

Miesięcznik
Okręgowej
Izby
Lekarskiej
w Warszawie
im.
prof. Jana
Nielubowicza

puls

listopad 2016 nr 11

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd.
Ponad 16 tys.
ubezpieczonych

Rozmowa
z prezesem
ORL w Warszawie
**Andrzejem
Sawonim**
[str. 3]

Bezpłatne leki 75+
– zasady
wypisywania
recept
[str. 6]

Badanie
pacjenta
na odległość?
[str. 22]

Profilaktyka
zakażeń
[str. 30]



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Andrzej Sawoni; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów

Marta Klimkowska-Misiak; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL

Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Bogusława Różycka

tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

asystentka prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie

Marta Bodek; tel. 22-542-83-50

Sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka

tel. 22-542-83-31

asystentka: Katarzyna Kalinowska

tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-40

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka

sekretariat: tel. 22-542-83-40, 42

Główna księgowość Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

Księgowość – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

Agnieszka Stefaniak-Giza, Emilia Andersz; tel. 22-542-83-54

Kasa – Stanisława Błaszczyk; tel. 22-542-83-34

Składki – kierownik Maciej Lisieski, Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

Kadry – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Kancelaria prawna

prac. biura: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

kanc.: Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24; faks 22-542-83-23

Małgorzata Gorońska; tel. 22-542-83-22

Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski przewodniczący Roman Jasiński

tel. 22-542-83-21; *kanc.*: Magdalena Kujawska,

Joanna Antonowicz; tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64; *prac. biura*: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kanc.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kierownik Sylwia Jaworska; tel. 22-542-83-16

prac. biura: Artur Obzejta, Dominika Sipińska,

Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska; tel. 22-542-83-18

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska; tel. 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Magdalena Goździk, Jolanta Otulak

tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama

tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentyistów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentyistów

przewodnicząca: Marta Starczewska

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Komisja Legislacyjna

przewodniczący Aleksander Kotlicki; tel. 22-542-83-46

prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy

przewodniczący Filip Dąbrowski

prac. biura: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentyistów

dyrektor Krzysztof Dziubiński

prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

tel. 22-313-19-70, 22-542-3-76; faks 22-313-19-65

odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-30

Marketing i reklama

Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej

Miroslaw Usidus; tel. 22-542-83-83;

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Zespół ds. informatycznych tel. 22-542-83-37

Marek Paluszek; tel. 784-98-67-28

Tomek Dzieńkowski; tel. 791-51-68-57

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16)

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30

pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

Klub Lekarza – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82

Fundacja „Pro Seniore” – Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02



Rok akademicki 2016–2017 na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym rozpoczęty

Fragmety wystąpienia inauguracyjnego rektora WUM prof. dr. hab. n. med. Mirosława Wielgosia [...] Na usta ciśnie się pytanie, jaką chcemy być uczelnią? Odpowiedź nie jest prosta. Chcemy być wielcy, zauważalni, innowacyjni, przyjaźni otoczeniu i spójni wewnętrznie. [...] Moim marzeniem jest to, aby Warszawski Uniwersytet Medyczny stał się uczelnią rozpoznawaną na arenie międzynarodowej. Trudno dokonać tego w pojedynkę – to chyba oczywiste. [...]

Nigdy nie zapomnę o naszych korzeniach, o naszej wspólnej historii z Uniwersytetem Warszawskim, który w tym roku świętuje 200-lecie. Myślę, że już dzisiaj mogę powiedzieć, że wspólnie z rektorem Uniwersytetu Warszawskiego, panem prof. Marcinem Pałyssem, chcemy stworzyć federację naszych uczelni. Zachowamy pełną wewnętrzną autonomię obu uniwersytetów, ale na zewnątrz będziemy występować na zasadzie synergii. Obaj wierzymy, że pozwoli nam to wzbić się nie tylko ponad naukową przeciętność, ale na wyżyny nauki. A przy odrobinie szczęścia, które może wzbogaci naszą wytężoną pracę, osiągniemy Olimp. Niech miarą tego wspólnego przedsięwzięcia, a raczej jednym z jego celów, będzie znalezienie się naszej federacji w pierwszej pięćsetce najlepszych uniwersytetów na świecie. Aby to osiągnąć, będziemy także blisko współpracować z innymi wiodącymi uczelniami o uznanej renomie. [...] Myślę, że inicjacją takiej współpracy międzynarodowej będzie realizacja zawartych już dawno, lecz dotychczas martwych, umów z McGill University w Montrealu. Będzie to z pewnością dobry początek kooperacji z innymi zagranicznymi podmiotami naukowymi. [...]

Co natomiast sami zamierzamy uczynić, aby umocnić naukę w naszej uczelni? Po pierwsze: tworzyć korzystne warunki pracy dla wybitnych naukowców. Naprawdę takich mamy. Moim marzeniem jest to, aby mogli zająć się tylko tym, w czym są naprawdę dobrzy. Inni muszą przejąć od nich pozostałe obowiązki. Jeżeli ich dogonią, sytuacja być może się odwróci. Będziemy wspierać wybitnych naukowców, promować młode talenty. Ale też chcemy aktywnie pozyskiwać tzw. naukowe perły – stwarzać im godne warunki pracy na naszym uniwersytecie, umożliwiać korzystanie z naszego Centrum Badań Przedklinicznych. Koniec z chowem wsobnym, niepopartym realnymi dokonaniem i osiągnięciami. Jeżeli chcemy być co najmniej dobrzy, o ile nie najlepsi, musimy respektować określone zasady, przyjmując przejrzyste reguły gry.

Obiecuję już dzisiaj, że będziemy promować i honorować wszystkich tych, którzy będą wykazywali ponadprzeciętną aktywność naukową. [...] Mam nadzieję, że każdy członek naszej społeczności akademickiej będzie w stanie to zrozumieć – dobro ogólne, dobro uczelni, musi być zawsze ponad indywidualnymi interesami. [...]

Niech przyświeca nam zasada, zgodnie z którą będzie liczyło się nie tylko to, co może dać nam uczelnia, ale przede wszystkim to, co każdy z nas może zaoferować Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu. [...] ■

(skrót egw)

Warszawa, 5 października 2016 r.



Fotografie: M. Teperak



Nr 11/2016 (259)
listopad 2016

Na okładce:
prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni
(fot. M. Teperek)

W numerze m.in.:	
▶ Rok Akademicki 2016–2017...	1
▶ wywiad	
▶ Siła samorządu	3
▶ Bezplatne leki 75+	6
▶ X Charytatywna Gala Karnawałowa	10
▶ Płace w ochronie zdrowia	12
▶ Prawa lekarza	16
▶ doniesienia naukowe	17
▶ Ostatni zgasi światło?	18
▶ Dużo, nie oznacza bezpiecznie	20
▶ Badanie wirtualne, a zagrożenie realne	22
▶ Kompleksowo pod jednym dachem	24
▶ lecmy ból	26
▶ Nobel za „samozjadanie”	28
▶ Profilaktyka zakażeń w gabinecie stomatologicznym	30
▶ z Delegatury Radomskiej	34
▶ Stres lekarzy	36
▶ u nas w samorządzie	38
▶ nowości wydawnicze	42
▶ goniec medyczny	44
▶ Posłuchać, zobaczyć...	47
▶ dla smakoszy życia	48
▶ literatura i życie	49
▶ ciekawe miejsca	50
▶ wspomnienia	51
▶ nowe przepisy prawne	53
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	14
▷ Balicki	15
▷ Müldner-Nieckowski	43
▷ Ciepły	43
▷ Kowal	44
▷ Jankowska	45

Fot. archiwum



Nie ma money...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Money makes the world go round... – śpiewała w filmie „Kabaret” Liza Minnelli. Dlaczego akurat ten film i dlaczego ta właśnie piosenka?

Rządzący obecnie krajem obiecywali przed wyborami tzw. dobrą zmianę – hasło było nośne i obok 500+ stanowiło jeden z filarów kampanii wyborczej sprzed roku. „Dobra zmiana” miała dotyczyć również ochrony zdrowia. Obiecywano wiele – od skrócenia kolejek po darmowe leki dla seniorów. Obiecywano także zmienić styl uprawiania polityki, kontestując pijarowskie zagrywki poprzedników, czyli stop „cieplej wodzie w kranie”. Po roku od wygrania przez PiS wyborów mamy „swojego” ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła – byłego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i działacza samorządu lekarskiego, który występował przez wiele lat o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce i pensje dla lekarzy na poziomie trzech średnich krajowych.

„To Konstanty, który znakomicie zna (bo sam je sformułował) nasze postulaty, ma jak nigdy dotąd szanse, ale i – moim zdaniem – obowiązek wprowadzenia w życie proponowanych przez środowisko rozwiązań. Chciałoby się napisać: jak nie teraz, to kiedy? jak nie on, to kto?” – piszą na forach lekarze.

Sekretarzem stanu w resorcie zdrowia jest także „swoj” Jarosław Pinkas, członek naszej Izby, były wiceminister zdrowia w poprzednim rządzie PiS i prawa ręka prof. Zbigniewa Religi.

Darmowe leki dla seniorów na razie wzbudzają wiele wątpliwości i wywołują niedosyt, bo jest na nie za mało pieniędzy (poszły na 500+). A przecież mamy inne przedwyborcze obietnice: ulżenie frankowiczom, obniżenie wieku emerytalnego, podwyższenie pensji minimalnej itd. Podwyżka pensji lekarzy i innych pracowników medycznych to propozycja w stylu *„za trzydzieści parę lat jak dobrze pójdzie”* (tak śpiewał kiedyś w kabarecie Pod Egidą Jan Pietrzak).

Niedawno budżetem na 2017 r. zajmowała się Sejmowa Komisja Zdrowia. W budżecie nie przewidziano środków na obiecywane wcześniej przez ministra Pinkasa szczepionki przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci w Polsce. Szczepionek więc nie będzie, bo minister finansów nie dał *money*. Będzie także prawdopodobnie o 3 tys. mniej miejsc dla rezydentów, niż było w tym roku, a przecież miało ich być ich więcej!

„Minister zdrowia wypowiada się w imieniu rządu i ministerstwa dlatego należy go zrozumieć, że nie forsuje swoich własnych poglądów w rozstrzyganych przez MZ kwestiach” – takie komentarze się pojawiają, ale smutna to konkluzja.

Kolejki do operacji i do specjalistów jak były, tak są, i to coraz dłuższe, a szykuje się totalna katastrofa, kiedy PiS wprowadzi planowaną podwyżkę podatków od jednoosobowych przedsiębiorców (także tych, którzy pracują w ochronie zdrowia na kontraktach). W efekcie ta forma zatrudnienia polskim lekarzom i pielęgniarkom przestanie się opłacać i dopiero wtedy okaże się, ile oddziałów, przychodni i szpitali trzeba będzie zamknąć z powodu braku fachowego personelu (już dziś, mimo kontraktów, brakuje lekarzy i pielęgniarek).

To, co dzieje się w polskiej służbie zdrowia, niestety nie jest kabaretem, choć chwilami tak wygląda. To smutna rzeczywistość, w której mimo obietnic nie ma *money, money, money*. ■

Siła samorządu

Z Andrzejem Sawonim, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Co jest najważniejsze dla dobrego i odpowiedzialnego reprezentowania lekarskiej społeczności zgodnie z jej oczekiwaniami?

Przede wszystkim musimy być blisko lekarzy, słuchać głosu naszego środowiska, znać jego potrzeby, aby móc szybko reagować na problemy, które się pojawiają. Jest ich dużo, wynikają z bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej i niedofinansowania systemu ochrony zdrowia. Tymczasem zarówno Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i zarządzający placówkami medycznymi szukają oszczędności, które dotyczą lekarzy, a także pacjentów. Trzeba pamiętać, że wykonując zawód, lekarz odpowiada za chorego. Do priorytetowych zadań izby lekarskiej, w imię dobra pacjentów, należy oddziaływanie na instytucje i decydentów, których obowiązkiem jest zapewnienie, przez działania decyzyjne i legislację, bezpiecznego wykonywania zawodu lekarza. Musimy domagać się takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, aby lekarz mógł prawidłowo diagnozować i prowadzić terapię, aby był wypoczęty, nieobciążony pracą i biurokracją ponad siły, aby miał możliwości podnoszenia kwalifikacji, gdyż nieustanne kształcenie się jest wpisane w nasz zawód.

Sytuacja w ochronie zdrowia nie sprzyja stabilizacji zawodowej lekarzy, szczególnie młodych. Wielu emigruje.

Znają języki obce, są wykształceni i pożądana na rynkach zagranicznych, ale widać też, że chcą pracować w Polsce. Dlatego żądają zmian, dlatego manifestują, zresztą nie tylko lekarska młodzież. Zwiększenia nakładów na zdrowie dobitnie domagają się już wszystkie zawody medyczne, ale obiecywana poprawa jest tak odległa, że nie wiadomo czy nastąpi. Przez 40 lat zawodowej pracy przeżyłem kilka reform, zawsze miało być lepiej i zawsze musieliśmy mierzyć się z przeciwnościami. Ale to doświadczenie zdobyte w trudnych realiach wykorzystuję w pracy. Zachęcam też lekarzy do dzielenia się z nami spostrzeżeniami, do dyskusji. W ramach naszej organizacji i możliwości, które ma samorząd lekarski, szukamy w Izbie korzystnych rozwiązań zwiększających poczucie bezpieczeństwa koleżanek i kolegów w ich pracy. Należą do nich m.in. program ubezpieczeniowy, pomoc prawną, oferta szkoleń.

Od czerwca 2015 r. Izba oferuje ubezpieczenie OC w składce na samorząd lekarski. Czy lekarze skorzystali z tej propozycji?

Ubezpieczyło się już ponad 16 tys. osób. Ten program to nasze wielkie osiągnięcie. Ułatwiamy lekarzom procedurę ubezpieczania się, a także – dzięki skali przedsięwzięcia – zapewniamy korzystne stawki. To oszczędność czasu i pieniędzy. Lekarze mają też możliwość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia, poza podstawowym (obowiązkowym dla prowadzących praktykę lekarską), opłaconym w ramach składki. Ponadto uczestniczący w programie zyskują zniżki na ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne. Szczegółowe informacje o warunkach każdy otrzyma w siedzibie naszej Izby, a komunikaty publikujemy na łamach „Pulsu” i na izbowej stronie internetowej. Członkom naszego samorządu zapewniamy też pomoc prawną. To przede wszystkim całodobowa infolinia. Lekarz w sytuacji



Płace w ochronie zdrowia
str. 12



O Szpitalu
Pediatricznym WUM
– rozmowa z Robertem
Krawczykiem,
dyrektorem SPDSK
w Warszawie
str. 24



Stres lekarzy
str. 36

Siła samorządu

trudnej, wymagającej porady prawnej, podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych, także na nocnym dyżurze, może uzyskać potrzebną pomoc. Świadczenia prawne dla członków naszej Izby są nieodpłatne, pytania należy zgłaszać telefonicznie lub drogą e-mailową.

Ważnym problemem, którym zajmował się samorząd, jest odpowiedzialność lekarzy za niepożądane zdarzenia medyczne. Jakie działania zostały podjęte w tej sprawie?

Pacjenci we wszystkich niekorzystnych zdarzeniach medycznych widzą błąd lekarza lub szerzej – personelu medycznego. Tymczasem zdarzenie niepożądane może być efektem np. stanu pacjenta, powikłania, innych czynników, które z tzw. błędem w sztuce nie mają nic wspólnego. Na początku 2016 r. zorganizowaliśmy międzynarodową konferencję na temat rekompensowania szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Wzięli w niej udział lekarze, prawnicy, przedstawiciele organizacji pacjentów. Zaprosiliśmy ekspertów ze Szwecji, z Francji i Nowej Zelandii. Na podstawie doświadczeń tych państw pokazaliśmy rozwiązania, które gwarantują pacjentom rekompensatę szkody doznanej w procesie leczenia, ale też dają ochronę personelowi medycznemu. Każdej stronie zapewniają poczucie bezpieczeństwa w systemie. Propozycje zmian, nad którymi pracował zespół powołany w naszej Izbie, przekazaliśmy ministrowi Radziwiłłowi do dalszego procedowania. Mam nadzieję, że zaowocują ustawą.

Jaką pomoc w zakresie kształcenia mogą lekarze uzyskać od Izby?

Nasz zawód wymaga nieustannego podnoszenia kwalifikacji, zdobywania wiedzy, dlatego kształcenie traktujemy priorytetowo. Certyfikujemy szkolenia dla lekarzy, które oferują różne podmioty. Mamy też ciekawą ofertę szkoleń prowadzonych na miejscu, w Izbie. Są bezpłatne lub za niewielką odpłatnością. Cieszą się dużym zainteresowaniem. Podpisaliśmy również porozumienie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w sprawie szkoleń specjalizacyjnych, które nie wymagają zaplecza klinicznego, np. z zakresu zdrowia publicznego. Jeżeli będą chętni, uruchomimy taki cykl szkoleniowy, zgodnie ze standardami i certyfikatem CMKP. Na realizację szkoleń chcemy przeznaczać oprócz środków własnych również fundusze pozyskane z programów unijnych.

Czy dużym zainteresowaniem cieszy się „becikowe”?

W naszej Izbie w związku z urodzeniem dziecka rodzic lekarz otrzymuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1000 zł, tzw. becikowe. W 2015 r. wypłaciliśmy z tego tytułu 360 tys. zł, w 2016 założony w budżecie limit został już przekroczony, ale nie wycofujemy się ze zobowiązania. Cieszy nas, że w lekarskich rodzinach rodzą się dzieci. Wspieramy również naszych seniorów, m.in. za pośrednictwem Fundacji „Pro Seniore”. W trudnych sytuacjach życiowych członkowie naszego samorządu mogą liczyć na pomoc w ramach świadczeń socjalnych i ekonomicznych. Wspieramy też pasje artystyczne i sportowe lekarzy. Oferujemy np.

karty umożliwiające korzystanie ze znacznej zniżką z oferty rekreacyjnej i sportowej w wybranych placówkach. Najnowszym przedsięwzięciem jest przystąpienie naszej Izby do platformy zakupowej, która umożliwi członkom samorządu korzystny zakup zarówno drobnych produktów związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej, jak i artykułów medycznych oraz wyposażenia gabinetów. O szczegółach informujemy na stronie internetowej.

Izba utrzymuje kontakty z lekarską Polonią. Jaki jest wymiar tej współpracy?

Kontakty z organizacjami polonijnymi utrzymujemy od lat. Jesteśmy silnie zaangażowani w relacje z lekarzami ze wschodniej Europy: Ukrainy, Litwy i Białorusi, a także z Gruzji i Azerbejdżanu. Propagujemy tam ideę samorządu zawodowego lekarzy, organizujemy dla naszych polonijnych kolegów szkolenia w Warszawie. Od pięciu lat współpracujemy z Narodową Naukową Biblioteką Medyczną Ukrainy w Kijowie, w której powstał dział polskiej książki medycznej. W październiku 2016 oficjalnie został on przekształcony w Polską Bibliotekę Medyczną w Kijowie. Dzięki darczyńcom z Polski, wydawnictwom naukowym, a przede wszystkim osobom prywatnym, lekarzom, ma w zbiorach ponad 5 tys. polskojęzycznych książek medycznych i z dziedzin pokrewnych, w tym wiele nowości. Oczywiście utrzymujemy również kontakty z Polonią na Zachodzie: w Niemczech, Francji, Szwecji, a także w USA. Możemy być dumni, że Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych powierzyła nam przygotowanie i rolę gospodarza IX Kongresu Polonii Medycznej, II Zjazdu Lekarzy Polskich w Warszawie. Chcę podkreślić, że po raz pierwszy kongres był nie tylko spotkaniem towarzyskim, ale też konferencją naukową. Udział wybitnych przedstawicieli medycyny, uznanych polskich lekarzy i naukowców pracujących w różnych częściach świata, którzy podczas wykładów i sesji dzielili się swoją wiedzą i doświadczeniami, nadał kongresowi wysoką rangę, a jego organizacja była ważnym doświadczeniem. Cieszymy się, że nasza praca została bardzo dobrze oceniona przez uczestników.

Jak te doświadczenia zostaną wykorzystane?

Pragniemy utworzyć w Izbie Ośrodek Współpracy z Zagranicą w ramach już działającej Komisji ds. Zagranicznych. Planujemy, że będzie realizował zadania delegatury Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych w Polsce i pełnił funkcję łącznika między Polonią medyczną na Wschodzie i na Zachodzie, między naszymi rodakami pracującymi w różnych miejscach świata.

W ubiegłym roku OIL w Warszawie uzyskała certyfikat ISO. Jakie to ma znaczenie dla izby lekarskiej?

Chcemy, aby izba była organizacją dobrze zarządzaną, a jako administracja przygotowana do obsługi lekarzy i lekarzy dentystów jak najlepiej realizowała swoje zadania, spełniała oczekiwania członków samorządu lekarskiego. Zdecydowaliśmy się na wprowadzenie systemu zarządzania jakością, żeby uporządkować procedury, wypracować najlepsze



Fot. M. Teperak

rozwiązania w zakresie obsługi. Przygotowania do certyfikacji trwały kilka miesięcy, ale pozwoliły całemu zespołowi spojrzeć na swoją pracę z innej perspektywy, dokonać analizy, potrzebnych zmian. Ten system tworzą sami pracownicy, oczywiście zgodnie z celami organizacji, wytycznymi, zakresem obowiązków, ale w oparciu o swoje doświadczenia i z możliwością wprowadzania korekt. Dzisiaj przychodzący do Izby lekarze mają gwarancję, że ich sprawy zostaną załatwione przez kompetentny zespół pracowników i zgodnie z procedurami. Te zadania spełnia z powodzeniem Biuro Obsługi Lekarza. W 2016 r., po 12 miesiącach od wydania pierwszego certyfikatu, otrzymaliśmy potwierdzenie stosowania systemu zarządzania jakością. Jestem przekonany, że nasze izbowe ISO było i jest potrzebne.

Czy lekarze garną się do pracy samorządowej?

Bywało z tym różnie. Obecnie dostrzegam ogromny potencjał młodych lekarzy. Cieszę się, że młodszy koledzy, bezpośrednio po stażu lub pracujący dwa, trzy, cztery lata, coraz chętniej nawiązują współpracę z Izbą. Mają pomysły, które chcieliby realizować, pracują w izbowych komisjach, mają reprezentantów w Okręgowej Radzie Lekarskiej i w Prezydium Rady. Są mocnym głosem środowiska, działają aktywnie, bo rozumieją, że dzięki sile samorządu mogą walczyć

o ważne dla społeczności lekarskiej sprawy. Dlatego bardzo namawiam wszystkich lekarzy do współpracy z Izbą, do wspierania idei samorządu, do udziału w wyborach, nie tylko przez oddanie głosu, ale też czynne uczestnictwo. Zachęcam do kandydowania. Uważam, że już nowy zjazd, na który delegaci będą wybierani w 2017 r., pokaże zdecydowanie obniżenie średniej wieku reprezentantów samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów.

Co jest siłą Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie?

Podkreślam, że samorząd lekarski jest wszędzie tam, gdzie są jego członkowie. Staramy się reagować na oczekiwania naszego środowiska. To, o czym już mówiliśmy: ochrona ubezpieczeniowa, pomoc prawna, szkolenia, głos samorządu w sprawach systemowych, to działania bardzo ważne, potrzebne, ale w dużej mierze dotyczą ogółu, adresat tych działań jest zbiorowy. Jestem przekonany, że o sile Izby, o sile samorządu lekarskiego najmocniej świadczą, choć jakże często pozostają w ukryciu, sprawy indywidualne, jednostkowe. W trudnych sytuacjach, w konfliktowych relacjach lekarza z pracodawcą, pacjentem, systemem, a także w sporach koleżeńskich, członek naszej Izby ma za sobą organizację, która nie pozostawia go samego, wspiera i udziela pomocy. Tą organizacją jest nasza Izba. ■



Dr n. praw. Janusz Jaroszyński

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Mgr farm. Marta Roszkowska

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny
w Warszawie

Recepty lekarskie

cz. 14

Bezpłatne leki 75+

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2015 r., poz. 581 ze zm.)
- 2) Ustawa z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2007 r., nr 166, poz. 1172)
- 3) Ustawa z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2016 r., poz. 652)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 62 ze zm.)

Stan prawny na 7.09.2016 r.

Od 1 września 2016 r. wszystkie osoby, które ukończyły 75 lat, mogą otrzymać część leków bezpłatnie. Uprawnienie przysługuje osobom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, najwcześniej od dnia ich 75. urodzin. Dotyczy więc pacjentów, którzy w dniu wystawiania recepty na leki ukończyli 75. rok życia. Wiek pacjentów jest weryfikowany na podstawie numeru PESEL (w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL na podstawie daty urodzenia). Wynika to z ustawy z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.¹ Jednak ustawa nie obejmuje wszystkich leków dostępnych na rynku. Decyzja należy do ministra zdrowia, który już ogłosił wykaz bezpłatnych leków. Lista będzie aktualizowana co dwa miesiące. Kolejne obwieszczenie będzie obowiązywało od 1 listopada 2016 r. Wykaz bezpłatnych leków dla seniorów jest zamieszczony na stronie internetowej MZ w Dzienniku Urzędowym MZ. Stanowi część „D” obwieszczenia refundacyjnego. Bardzo pomocne będą w tej sytuacji systemy informatyczne, które jednoznacznie wskażą, czy lek może być przepisywany we wszystkich wskazaniach rejestracyjnych, czy tylko w wybranych jednostkach chorobowych (tzw. wskazania zawężone). Jest to niezwykle istotne dla lekarzy, bo pomoże uniknąć wystawiania recept z błędnie przypisaną do leku refundacją.

Reasumując: „Bezpłatne leki przysługują uprawnionym pacjentom we wskazaniach określonych w decyzji o objęciu refundacją. Jeżeli lek jest refundowany we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach, to jest w nich wszystkich bezpłatny dla pacjenta. Jeżeli natomiast lek jest refundowany w określonych wskazaniach, to jest bezpłatny dla seniorów wyłącznie w tych właśnie wskazaniach”. Należy więc zakres wskazań objętych refundacją każdego leku z załącznika „D” porównać z zakresem wskazań refundacyjnych z załącznika „A”. Przykładem może być lek Xarelto (Rivaroxabanum), tabl. powł., 15 mg (42 szt.), w przypadku którego wskazania refundacyjne są węższe niż wskazania rejestracyjne zawarte w ChPL. Zatem nie każdy pacjent w wieku powyżej 75 lat otrzyma go bezpłatnie.

Pierwszy spis bezpłatnych leków został sporządzony na podstawie obowiązującego obwieszczenia ministra zdrowia z 19 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2016 r.² Obejmuje leki, które były wydawane do tej pory pacjentom z odpłatnością 30 proc. lub 50 proc., i zawiera 68 substancji czynnych, w tym 6 cząsteczek z ryczałtowym poziomem odpłatności. Łącznie 1129 pozycji (1129 preparatów).

MZ przewiduje, że leki przeznaczone dla seniorów, które zostały umieszczone w wykazie, pokryją ponad 80 proc. zapotrzebowania pacjentów na leki refundowane z poziomem odpłatności 30 proc., a tym samym pozwolą zaoszczędzić ponad 310 mln zł.³

■ Kto jest uprawniony do wystawienia recepty na bezpłatne leki?

Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w przepisach ustawy oraz komunikacie ministra zdrowia z 17 sierpnia 2016 r. w sprawie zasad wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia.⁴ Zgodnie z nimi recepty na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, mogą być wystawiane przez:

- 1) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3) lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, **który zaprzestał wykonywania zawodu** i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

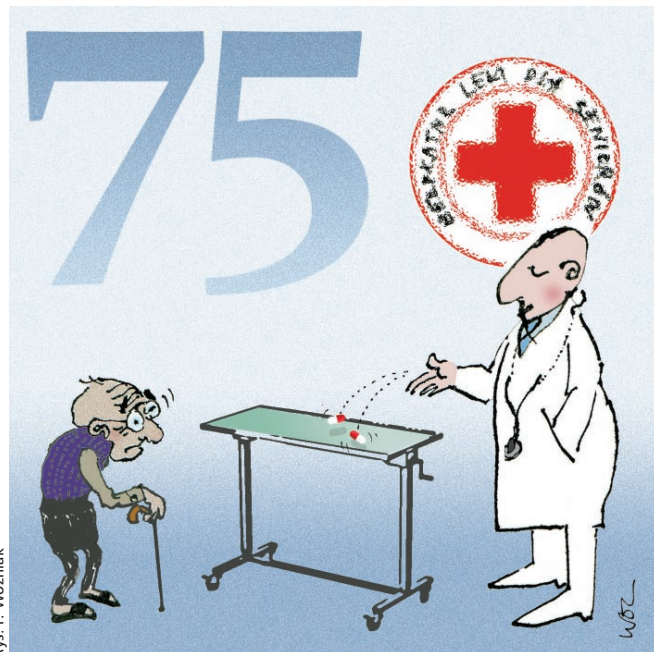
W tym miejscu należy dokładnie wyjaśnić, co oznacza pojęcie: „lekarz podstawowej opieki zdrowotnej”. Zgodnie z art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach: „Świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może udzielać lekarz, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- 2) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
- 3) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- 4) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- 5) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub
- 6) posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii

– w zakresie swoich kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU nr 166, poz. 1172), zwany dalej »lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej«”.

Dodatkowo należy wyjaśnić, co kryje się pod art. 14 ust. 1: „Lekarz:

- 1) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
- 2) inny niż wymieniony w pkt. 1, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej



Rys. P. Woźniak

– posiada prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej”.

Jeśli zaś chodzi o grupę lekarzy wymienionych w art. 14 ust. 3, „Lekarz, który nie posiada wymaganego okresu doświadczenia zawodowego określonego w ust. 1 pkt. 2, a który w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo będąc zatrudnionym lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zachowuje prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej do 31 grudnia 2017 r.”.

Lekarze ci zachowają więc swoje uprawnienia tylko do 31.12.2017 r. Po tym terminie nie będą mogli wystawiać recept z „S”, ponieważ utracą przymiot lekarza POZ. Zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie ust. 1 lub ust. 3 wydaje, na wniosek lekarza, właściwa okręgowa rada lekarska.

Należy zwrócić jednak uwagę, że zgodnie z przepisami prawa i wcześniej przytoczonym komunikatem, **uprawnienie takie nie przysługuje:**

- 1) lekarzom posiadającym status lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wystawiającym recepty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- 2) lekarzom zatrudnionym lub wykonującym zawód u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, którzy nie posiadają statusu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach.

Oznacza to, że recept na bezpłatne leki nie będą mogli wystawiać m.in.:

Bezpłatne leki 75+

- 1) lekarze bez specjalizacji, którzy wspomagają działalność świadczeniodawcy,
- 2) lekarze innych specjalizacji niż wymienione w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach, mimo zatrudnienia u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna,
- 3) lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, których pacjenci nie są przypisani ani do ich listy aktywnej, ani do listy aktywnej świadczeniodawcy, u którego są zatrudnieni lub wykonują zawód. Dotyczy to np. świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych seniorowi w podróży przez lekarza, który na co dzień nie opiekuje się nim w ramach POZ.⁵

Do tej listy należy dodać również felczera medycyny i położną.

Nie oznacza to, że świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej nie mogą być wykonywane przez innych lekarzy realizujących świadczenia u danego świadczeniodawcy. **Każdy pacjent spoza listy aktywnej danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo do otrzymania recepty na bezpłatne leki „S”, pod warunkiem, że wystawi ją inny lekarz POZ zatrudniony albo wykonujący zawód u tego samego świadczeniodawcy.** Przykładem jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zastępujący nieobecnego lekarza (np. ze względu na wyjazd szkoleniowy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, urlop, chorobę).

■ Zasady wystawiania recept

Kolejnym zagadnieniem, które reguluje komunikat z 17 sierpnia 2016 r., są zasady wystawiania recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne. W przypadku osób uprawnionych (pacjentów, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach) na receptie w polu kod uprawnień dodatkowych trzeba zatem wpisać symbol „S”. W przypadku zbiegu uprawnień „S” z innym uprawnieniem należy wpisać dwa kody uprawnień dodatkowych, czyli np. AZ, BW, IB, IN, IW, PO, ZK. **Nie można łączyć „S” z uprawnieniami CN, DN, WP.** Wynika to ze zmian, wprowadzonych w rozporządzeniu ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, obowiązujących od 1 września 2016 r.⁶ **Farmaceuta nie ma prawa poprawiania recepty lub dopisywania na niej kodu „S”. Ze względu na to na jednej receptce z kodem „S” mogą być przepisane zarówno leki bezpłatne, leki refundowane na zasadach ogólnych, leki przysługujące na podstawie innych uprawnień dodatkowych, jak i leki z pełną odpłatnością.**

Ponadto na receptce należy wpisać w polu odpłatności poziom odpłatności, z jaką lek byłby ordynowany w przypadku refundacji na zasadach ogólnych, czyli 30 lub 50 proc.

Bezpłatne leki przysługują pacjentom wyłącznie we wskazaniach określonych w decyzji refundacyjnej. **Jeżeli decyzja obejmuje refundację we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach, bezpłatny dostęp również następuje we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach.**

Natomiast jeśli lek objęty jest refundacją tylko w ograniczonych wskazaniach, bezpłatny dostęp zawężany jest tylko do tych wskazań.

Kolejną kwestią regulowaną przez komunikat z 17 sierpnia 2016 r. jest realizacja recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom. W przypadku realizacji recepty z kodem uprawnień dodatkowych oznaczonych symbolem „S” farmaceuta zobowiązany jest do wydania przepisanych na niej leków w najkorzystniejszym dla pacjenta wariantcie finansowym:

- 1) leki przepisane jako refundowane i znajdujące się w wykazie bezpłatnych leków – wydawane są bezpłatnie,
- 2) w przypadku zbiegu uprawnień dodatkowych leki wydawane są w najkorzystniejszym wariantcie finansowym.

W tym miejscu warto wspomnieć o wątpliwościach, jakie pojawiły się wśród farmaceutów w związku z programem 75+ i dotyczyły kwestii, kto będzie zobowiązany do ustalenia uprawnień osoby, która wystawiła receptę. Chodzi tutaj o mogące wystąpić wątpliwości dotyczące obowiązku ustalenia, czy recepta na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, określone w wykazie, została wystawiona przez uprawnionego lekarza lub pielęgniarkę. Według stanowiska przedstawionego przez Ministerstwo Zdrowia osoba, która będzie wydawała bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, nie jest uprawniona, a tym bardziej zobowiązana do ustalenia, czy recepta została wystawiona przez uprawnionego lekarza lub pielęgniarkę. **Ponadto nie jest ona uprawniona do ustalenia i wpisania kodu uprawnień do leków bezpłatnych, tj. kodu „S”.**

Poza tym farmaceuta wydający lek seniorom ma obowiązek poinformować ich o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptce. Musi to być jednak lek o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci oraz z takim samym wskazaniem terapeutycznym.

W sytuacji, gdy pacjent zdecyduje się na nabycie odpowiednika, który nie znajduje się w wykazie leków bezpłatnych przeznaczonych dla seniorów, farmaceuta zobowiązany jest do naliczenia odpłatności, z jaką lek zostałby wydany na zasadach ogólnych, oraz wydania go na żądanie pacjenta.

■ Lekarze specjaliści

Kolejnym komunikatem regulującym kwestie bezpłatnych leków dla seniorów jest komunikat ministra zdrowia z 19 sierpnia 2016 r. skierowany do lekarzy specjalistów w sprawie zasad dalszego prowadzenia leczenia, w związku z możliwością wystawiania recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia.⁷

Zgodnie z nim recepty na bezpłatne leki dla osób, które ukończyły 75 lat, przysługujące świadczeniobiorcom, o których

mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, mogą być wystawiane przez:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3) lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który **zaprzestał wykonywania zawodu** i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

W związku z tym lekarz specjalista, a więc lekarz nieposiadający statusu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie ma możliwości wystawienia recepty na bezpłatne leki pacjentowi 75+. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy lekarz specjalista posiada prawo wykonywania zawodu, **ale zaprzestał go wykonywać** i wystawił receptę dla siebie albo małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. W sytuacji, gdy pacjent powinien być leczony bezpłatnymi lekami, lekarz specjalista może zwrócić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z prośbą o wystawienie recepty oznaczonej literą „S”, która będzie uprawniała do bezpłatnego odbioru leków.

Zauważyć należy, że wprowadzenie bezpłatnych leków dla seniorów nie może wpłynąć na zmianę zasad leczenia pacjentów, która nie jest spowodowana ich stanem zdrowia. Chodzi tutaj o sytuację, gdy lekarz zmienia dotychczasowe leczenie tylko ze względu na fakt, że dany lek (np. lek tzw. drugiej

linii leczenia) znajduje się na liście bezpłatnych, a pacjent do tej pory był skutecznie leczony lekiem z tzw. pierwszej linii, zgodnie z posiadaną przez lekarza wiedzą medyczną. **Według wspomnianego komunikatu Ministerstwa Zdrowia sytuacja ta może być podstawą do wszczęcia kontroli wobec lekarza w zakresie zasadności prowadzonej ordynacji leków. ■**

¹ Ustawa z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, DzU z 2016 r., poz. 652.

² Obwieszczenie ministra zdrowia z 19 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującego od 1 września 2016 r., Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 2016 r., poz. 79.

³ Dane Ministerstwa Zdrowia.

⁴ Komunikat ministra zdrowia z 17 sierpnia 2016 r. w sprawie zasad wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia, znak: PLO.461.376.2016.BW.

⁵ Pkt I komunikatu ministra zdrowia z 17 sierpnia 2016 r. w sprawie zasad wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia, znak: PLO.461.376.2016.BW.

⁶ Zmiana rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, DzU z 2016 r., poz. 62 z późn. zm.

⁷ Komunikat ministra zdrowia z 19 sierpnia 2016 r. skierowany do lekarzy specjalistów w sprawie zasad dalszego prowadzenia leczenia, w związku z możliwością wystawiania recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia, znak: PLO.461.384.2016.BW.

NFZ **EMERGENCY MEDICAL SERVICES**

delta med
transport-ratownictwo medyczne

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
POGOTOWIE RATUNKOWE



- specjalistyczny transport medyczny w ramach umowy z NFZ
- prywatny transport medyczny osób chorych i niepełnosprawnych
- zabezpieczenia wizyt lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty
- międzynarodowy transport medyczny, w tym lotniczy
- przewóz krwi i materiałów biologicznych
- zabezpieczenie imprez masowych, sportowych, firmowych i koncertów
- szkolenia z pierwszej pomocy przedmedycznej
- pełny outsourcing usług medycznych i pozamedycznych
- tworzenie i obsługa punktów medycznych w zakładach pracy
- wynajem ambulansów z wyposażeniem zgodnym z normą PN/EN 1789

Zyskaj na współpracy z DELTAMED

NOWOCZESNE KARETKI Mercedes Benz, Volkswagen T5, Caddy

TRANSPORT natychmiast po zgłoszeniu

TELEFON do Państwa dyspozycji 519 179 707

BEZPŁATNE dodatkowe usługi ustalane indywidualnie dla każdego POZ

www.deltamed.com.pl, tel. kontaktowe i alarmowe: **515 341 100, 515 341 102**

www.facebook.com/ratownictwoDeltaMed



X CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

UDZIAŁ ZAPOWIEDZIELI:
ELEKTRYCZNE GITARY – JACEK BORKOWSKI
ŻUKI – JOACHIM PERLIK

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE, 4 LUTEGO 2017, GODZ. 20.00

CO MIESIĄC LOSOWANIE ATRAKCYJNYCH NAGRÓD!
POTWIERDŹ SWÓJ UDZIAŁ, A JEDEN Z WEEKENDÓW SPA
W SŁONECZNYM ZDROJU **** Hotel Medical Spa & Wellness
MOŻE BYĆ TWÓJ!

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ, DZWONIĄC POD NR:
22 542 83 02, 512 992 773 LUB DROGĄ MAILOWĄ proseniore@oilwaw.org.pl



Informacja dla lekarzy i lekarzy dentystów – emerytów niewykonujących zawodu

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie informuje, że 31 grudnia 2016 r. wygasają dotychczasowe umowy z NFZ o wystawianie recept na leki refundowane, w tym umów *pro auctore, pro familia*.

Aby od 1 stycznia 2017 r. móc korzystać z uprawnienia do wystawiania ww. recept, lekarz, lekarz dentysta – w tym również lekarz, lekarz dentysta emeryt niewykonujący zawodu – musi **drogą elektroniczną**, przez portal NFZ (po **uaktualnieniu danych osobowych**), przesłać **wniosek o utrzymanie uprawnień** do pobierania numerów recept, po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept, a następnie wydrukowany i podpisany wniosek **przesłać pocztą lub dostarczyć osobiście** do właściwego oddziału NFZ.

Jeśli lekarz, lekarz dentysta – emeryt niewykonujący zawodu nie miał dotychczas podpisanej umowy z NFZ i po raz pierwszy zwraca się do funduszu o nadanie numerów recept (i nie posiada konta na portalu NFZ) może, za pośrednictwem portalu NFZ, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału funduszu **wniosek o uzyskanie dostępu do portalu NFZ** oraz **wniosek o uzyskanie uprawnienia** do pobierania numerów recept nadawanych przez NFZ.

Wnioski te w postaci papierowej wraz z prawem wykonywania zawodu oraz dokumentem tożsamości **należy złożyć osobiście** we właściwym oddziale NFZ:

- Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ, 00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8,
lub w delegaturach:
- 06-400 Ciechanów, ul. 17 Stycznia 7,
- 07-410 Ostrołęka, ul. Kościuszki 45,
- 26-617 Radom, ul. Piastowska 4,
- 08-110 Siedlce, ul. Piłsudskiego 4.

Jednocześnie informujemy, że od 1 października 2016 r. w Biurze Obsługi Lekarza OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 i w biurze Delegatury Radomskiej, ul. Rwańska 16 (w każdą **środę w godz. 10.00–14.00**) można uzyskać pomoc w drukowaniu blankietów **recept refundowanych pro auctore, pro familia** dla **lekarzy, lekarzy dentystów – emerytów niewykonujących zawodu**, posiadających umowę z NFZ. Druki recept numerowanych **drukujemy tylko osobom posiadającym aktualne dane w NFZ** oraz mającym przy sobie **hasło i PIN** uzyskane z NFZ. **Informujemy również, że nadal można drukować bloczki recept refundowanych w drukarniach, z których usług Państwo dotychczas korzystali.**

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie informuje, że bezpłatne leki 75+ mogą być przepisywane na receptach *pro auctore* i *pro familia* o dotychczasowym wzorze lub uzyskanych na podstawie wniosku złożonego do NFZ. Na recepcie należy wpisać:

1) nazwę leku znajdującego się w **wykazie leków bezpłatnych**, udostępnionym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (http://75plus.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/08/zalacznik_d.pdf),

2) symbol „S” w polu „kod uprawnień dodatkowych”, a w przypadku zbiegu **uprawnienia „S” z innym uprawnieniem do refundacji** należy wpisać oba kody uprawnień; w polu „odpłatność” należy wpisać poziom odpłatności, z jakim lek byłby ordynowany w przypadku refundacji na zasadach ogólnych (czyli R lub 30% lub 50%).

Kontakt w przypadku pytań: **NFZ**, tel.: 22-279-76-24, 22-279-76-26; **OIL**, tel.: 22-542-83-30.

Ewa Miękus-Pączek, sekretarz ORL w Warszawie
Ładysław Nekanda-Trepka, zastępca sekretarza ORL w Warszawie



Fot. archiwum

Płace w ochronie zdrowia

Małgorzata Solecka

Młodzi lekarze przez kilka miesięcy walczyli, by politycy zrozumieli nie tylko sens, ale wręcz konieczność znaczącego zwiększenia wynagrodzeń rezydentów. Był czerwcowy marsz, była akcja wypisywania i wysyłania recept do biur poselskich, były wreszcie indywidualne rozmowy z parlamentarzystami, w ramach akcji „Adoptuj posła”. Efekt? Zerowy.

Sejmowa Komisja Zdrowia na początku października przyjęła rządowy projekt nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty. Głównym celem nowelizacji jest przywrócenie stażu podyplomowego, ale wprowadzono też istotną poprawkę dotyczącą egzaminów LEK, LDEK i PES: pytania egzaminacyjne mają być ujawniane na zasadach dostępu do informacji publicznej (czego domaga się samorząd lekarski), ale dopiero po pięciu latach od przeprowadzonego egzaminu.

Przy okazji lekarze dowiedzieli się, co część posłów Prawa i Sprawiedliwości sądzi na temat ich przygotowania do zawodu, co pośrednio może tłumaczyć niechęć do „przyznawania” jakichkolwiek podwyżek. Zwłaszcza rezydentom. Młodzi lekarze są niekompetentni, nieprzygotowani do wykonywania zawodu, próbują oszukiwać na egzaminach, a ujawnianie pytań egzaminacyjnych skończy się tym, że będą wkuwać kilka tysięcy pytań z poprawnymi odpowiedziami, zamiast pogłębiać i poszerzać swoją wiedzę.

Porozumienie Rezydentów OZZL, które brało udział w pracach Komisji Zdrowia, próbowało przeforsować poprawkę do ustawy o zawodzie lekarza, dotyczącą wysokości wynagrodzenia młodych medyków. Reprezentujący je Michał Balsa przypominał posłom, że obecnie wynagrodzenie to stanowi około 70 proc. średnich poborów lekarzy. – *Te wynagrodzenia powinny być zmienione natychmiast. To nie tylko nasza opinia, takie przekonanie wyrażał Konstancy Radziwiłł jako przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej* – twierdził.

Jednak poprawka przepadła. Wiceminister Piotr Warczyński poinformował posłów, że może być zgłoszona dopiero do projektu ustawy o wynagrodzeniach minimalnych w służbie zdrowia, który w tej chwili jest w konsultacjach publicznych. Sejmowi legislatorzy zaś uznali, że poprawka wykracza poza zakres nowelizacji i nie powinna być procedowana.

Szansa, że posłowie wprowadzą poprawkę do projektu ustawy o płacach minimalnych, również jest zerowa. Kilka dni



Rys. P. Woźniak

po ogólnopolskiej demonstracji, zorganizowanej przez Porozumienie Zawodów Medycznych, odbyło się posiedzenie Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, na którym minister Konstanty Radziwiłł przedstawił trzecią wersję projektu ustawy o płacach minimalnych w ochronie zdrowia. Siatka płac, czyli wskaźniki, pozostała w zasadzie bez zmian, choć np. „Solidarność” uznała nową wersję projektu za „krok w dobrym kierunku”. Powód? Pracownicy służby zdrowia pierwsze podwyżki mają otrzymać nie w styczniu 2018 r., ale pół roku wcześniej. Jednak coś za coś: pierwsza podwyżka sięgnie zaledwie 10 proc. różnicy między obecnym wynagrodzeniem a wynagrodzeniem przewidzianym przez wskaźnik określony w ustawie. W poprzednich wersjach projektu podwyżki miały wynosić, co roku, 20 proc. różnicy.

Jest jednak podstawowy problem: choć poziom podwyżek w ogóle nie przystaje do oczekiwań, postulatów, żądań środowisk medycznych (i przy okazji – nie rozwiązuje żadnego problemu, przede wszystkim braku kadr), koszty wprowadzenia siatki płac minimalnych przekroczą 7 mld zł (do 2020 r.). Nie ma źródła finansowania tych podwyżek, a resort zdrowia doskonale sobie zdaje z tego sprawę. Według relacji jednego z uczestników posiedzenia Konstanty Radziwiłł nawet żartował, że na podwyżki „wszyscy będą się musieli rzucić”. A wysocy urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia w kuluarach mówili, że świadczeniodawcy nie mogą liczyć na dodatkowe środki na pokrycie nowych, nałożonych ustawowo, zobowiązań wobec pracowników.

Po spotkaniu minister Radziwiłł ocenił, że było ono „dobre”, a sam projekt został pozytywnie przyjęty przez środowiska pracowników. Przyznał jednak, że związki zawodowe oczekują innych, wyższych wskaźników niż obecnie proponowane. „Celem wprowadzanych regulacji jest wzrost zainteresowania kształceniem w zawodach medycznych, promowanie podejmowania zatrudnienia na terenie kraju oraz zachęcenie już zatrudnionej kadry do podwyższania kwalifikacji w drodze specjalizacji” – podkreśla resort zdrowia w ocenie skutków regulacji projektu ustawy.

Co na to sami zainteresowani? Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy obliczyło natychmiast, że wzrost wynagrodzeń lekarzy w trakcie specjalizacji proponowany przez ministra zdrowia wyniesie od 20 do 90 zł. – Oznacza to, że sytuacja finansowa tych lekarzy praktycznie nie zmieni się – stwierdził Damian Patecki, szef PR OZZL. – System ochrony zdrowia znajduje się w stanie permanentnej zapaści, a bezpieczeństwo zdrowotne Polaków jest zagrożone. Przyczyną jest niedobór lekarzy, co prowadzi do zamykania oddziałów szpitalnych i zmusza medyków do pracy ponad siły. Tylko szybkie i zdecydowane działania mogą zmienić tę dramatyczną sytuację.

Dlatego na początku października Porozumienie Zawodów Medycznych zwróciło się do wicepremiera, ministra roz-

woju i finansów Mateusza Morawieckiego z prośbą o spotkanie i pomoc w przygotowaniu programu „Zdrowie+”. „Bez natychmiastowej i znacznej poprawy finansowania ochrony zdrowia nie osiągnie się europejskiego poziomu opieki zdrowotnej. Nie pomogą też rozwiązania i »zakłęcia« proponowane przez ministra zdrowia” – napisali przedstawiciele zawodów medycznych.

Fundamentem programu „Zdrowie+” miałyby być szybki wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu przynajmniej 6,8 proc. PKB. Związkowcy chcą, by minister finansów pomógł przekonać rząd, że zdrowie powinno być uznane za priorytet. „Niestety, obecny rząd idzie w ślady swoich poprzedników pod względem traktowania publicznej ochrony zdrowia. Jeśli zapowiada, że istotny wzrost nakładów na publiczne leczenie ma nastąpić w roku 2025, to – de facto – przyznaje, że ten wzrost nie nastąpi nigdy” – podsumowali.

PZM przypomina także, że niskie nakłady na ochronę zdrowia to tysiące Polaków, którzy przedwcześnie umierają, bo na czas nie wykonano badań diagnostycznych lub zbyt długo musieli czekać na terapię. To zaś negatywnie odbija się również na gospodarce. ■

” Fundamentem programu „Zdrowie+” miałyby być szybki wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu przynajmniej 6,8 proc. PKB.

IERASG XXV International
Evoked Response
Audiometry Study Group
Biennial Symposium

21-25 MAY 2017, WARSAW, POLAND
MARRIOTT HOTEL

Chair of the Symposium
Prof. Henryk Skarżyński

Chair of the Scientific Committee
Prof. Krzysztof Kochanek

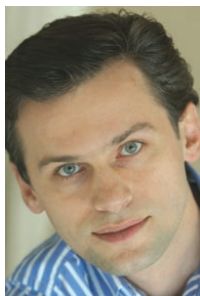
www.ierasg2017.com

ORGANIZERS

WORLD HEARING CENTER
OF THE INSTITUTE OF PHONOLOGY AND PATHOLOGY OF HEARING

www.ierasg.ifps.org.pl

INSTITUTE
OF SENSORY ORGANS



Jeszcze lepsza zmiana

Paweł Walewski

Minął już rok od kiedy w Ministerstwie Zdrowia realizuje się szczytną ideę dobrej zmiany. Tak dobrej, że podczas wrześniowej manifestacji Porozumienia Zawodów Medycznych pan minister musiał salwować się ucieczką przed pytaniami zgromadzonych, wśród gwizdów i buczeń. Potem otrzymał żółtą kartkę od pani premier (nieżyczliwi wieszczyli nawet, że będzie to kartka czerwona), którą chciała zdopingować go do pracy. – *Zobaczmy, jak sobie poradzi* – stwierdziła kwaśno Beata Szydło tuż po ogłoszeniu jesiennych zmian w rządzie, które tym razem nie dotknęły jeszcze dr. Radziwiłła. Ale widać, że cierpliwość się kończy. Jeszcze jeden taki protest, marsz lub strajk i – fiu, trzeba będzie szukać kandydatów do objęcia gorącego fotela. Bo kto powiedział, że dobra zmiana ma się nie skończyć na personaliach.

A przecież od 12 miesięcy nasz minister ze współpracownikami dwoi się i troi, by sprostać oczekiwaniom. Tyle tylko, że nikt już nie wie czym: prezesa Kaczyńskiego, obłaskawianego przez PiS Związku Zawodowego „Solidarność”, izb lekarskich, innych środowisk medycznych czy

może pacjentów? Dużo łatwiej było jedną decyzją wtrzymać finansowanie programu *in vitro*, niż pogodzić tak wiele interesów. Ale czy nie wiedziano o tym wcześniej, kiedy składane były propozycje podwyższenia zarobków, skrócenia kolejek, wyrugowania idiotyzmów, które utrudniają leczenie? Ilekroć obserwuję, jak każdy nowy minister zdrowia nie potrafi wybrnąć ze złożonych obietnic lub – jak dr Konstanty Radziwiłł – odsyła je *ad calendas graecas*, nie mogę się nadziwić, skąd ten brak wyobraźni. I dlatego wyborcy, włącznie ze związkami zawodowymi i środowiskami pacjentów, wciąż dają się nabierać na to wodzenie za nos, otumanieni nic nieznaczącą retoryką.

Wciąż tylko słyhać, jak to minister, wywodzący się w prostej linii z władz samorządu lekarskiego, jeszcze rok temu podczas negocjacji z rządem domagał się zwielokrotnienia finansowania opieki medycznej, podniesienia pensji i innych rozmaitych dobrych zmian, a dziś ma przytępiony słuch na identyczne postulaty i stara się tonować nastroje. Naprawdę ktoś wierzył w iluzję, że dla tego rządu ochrona zdrowia będzie liczyła się bardziej niż dla poprzedników, a minister finansów sypnie groszem z budżetu? Albo że gotowość do dialogu przemieni się w konkretne czyny i likwidacja NFZ pójdzie gładko jak po maśle? 12 miesięcy za nami i poza zaproponowanym przez PiS w kampanii wyborczej programem darmowych leków dla seniorów nie udało się niczego zbudować. Nastroje są złe. Co gorsze, recepty na ich poprawę są na razie tylko doraźne. I co jeszcze bardziej złowrogię – nie widać na horyzoncie ludzi, którzy mogliby wnieść jakiś nowy pomysł. Bo jeśli nawet tacy byli, to dobra zmiana już dawno ich osłepiła i stracili azymut. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Protesty lekarzy we Francji

Niedobory kadrowe, przeciążenie pracą lekarzy – to bolączki nie tylko polskiego systemu ochrony zdrowia. Z podobnymi kłopotami już od dłuższego czasu boryka się Francja.

Niezadowolenie wśród lekarzy stało się tak duże, że związki zawodowe zrzeszające anesteziologów, ginekologów, psychiatrów oraz lekarzy medycyny ratunkowej wezwały swoich członków do strajku ostrzegawczego, który odbył się 26 września. Szacowano, że w proteście weźmie udział około 80 proc. anesteziologów i 30–40 proc. lekarzy innych specjalności. Jedną z form strajku było odwołanie wszystkich planowanych na ten dzień zabiegów operacyjnych. W zamierzeniach jest kontynuowanie akcji strajkowych.

Lekarze francuscy są przemęczeni, ponieważ niedobory kadrowe w szpitalach sięgają 30 proc. W rezultacie zamiast przewidzianych prawem 48 godzin tygodniowo pracują 50–60. Lepsza organizacja i zmieniony sposób rozliczania czasu pracy pozwolą na lepsze wykorzystanie kadry lekarzy w szpitalach publicznych – uważają protestujący.

Zdaniem lekarzy do wymiaru czasu pracy powinno być także wliczane 20 proc. czasu spędzonego nie bezpośrednio z pacjentem, ale poświęconego na przykład na badania naukowe.

Problemem francuskiej ochrony zdrowia jest też wiek lekarzy. Oblicza się, że w 2020 r. 30 proc. z nich osiągnie wiek emerytalny.

– *Nie strajkujemy po to, aby pracować mniej, ale aby pracować lepiej i być należycie wynagradzani* – napisał w liście dr Yves Rebaufat, przewodniczący związku zawodowego anesteziologów.

Rozmowy z Ministerstwem Zdrowia o lepszej organizacji pracy lekarzy szpitalnych toczą się już dwa lata. Minister Marisol Touraine powiedziała, że na poprawę organizacji czasu pracy w szpitalach przewidziano 250 mln euro, a działania mające na celu rozwiązanie problemu trwają.

Na razie ministerstwo zaproponowało zwiększenie wynagrodzenia lekarzy o 2,1 proc., co uznano za propozycję niepoważną. Lekarze zatrudnieni w szpitalach publicznych nie mieli podwyżek płac od 2010 r. O wiele lepsze zarobki uzyskują francuscy lekarze pracujący prywatnie, więc migracja ze szpitali do sektora prywatnego jest jednym z problemów, z którymi boryka się tamtejszy system ochrony zdrowia. ■

Krystyna Knypl



Marek Balicki

Na ustawę o sieci szpitali czekaliśmy od początku obecnej kadencji. Miał to być przecież jeden ze sztandarowych aktów rządu PiS porządkujących sytuację w ochronie zdrowia. Niestety, skierowany do konsultacji społecznych projekt budzi

więcej obaw niż nadziei i zasadniczo odbiega od założeń z czasów prof. Religi. Przypomnę, że chodziło wówczas o stworzenie takiego mechanizmu planistycznego, który zapewni optymalne rozmieszczenie szpitali. Powinno odpowiadać potrzebom zdrowotnym mieszkańców i zapewnić im właściwą dostępność opieki szpitalnej w regionie. Dlatego oprócz bilansu łóżek w poszczególnych specjalnościach miał być również brany pod uwagę czas dojazdu do szpitala.

Tymczasem w ostatnim ministerialnym projekcie trudno doszukać się rozwiązań prowadzących do ustalenia pożądanej sieci szpitali lub oddziałów. Raczej chodzi o wprowadzenie daleko idących, wręcz rewolucyjnych, zmian w finansowaniu lecznictwa stacjonarnego i temu celowi najwyraźniej jest podporządkowana planowana kategoryzacja szpitali. Placówki, które znajdą się w nowo utworzonym „systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” (w skrócie: PSZ), zostaną podzielone na sześć poziomów: I, II i III stopnia, szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne

oraz szpitale ogólnopolskie (instytuty i szpitale kliniczne). Kwalifikacja do określonego poziomu będzie dokonywana przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na okres czterech lat, na podstawie ścisłych kryteriów podanych w rozporządzeniu ministra zdrowia. Będą to głównie przypisane do poszczególnych poziomów profile (specjalności) oddziałów. Posiadanie SOR lub izby przyjęć będzie obowiązkowe. Decyzja kwalifikacyjna oprócz przyporządkowania do odpowiedniego poziomu zawierać będzie profile (specjalności), w których szpital może udzielać świadczeń w ramach PSZ. To oznacza, że część oddziałów danego szpitala znajdzie się w PSZ, a część nie.

I tu doszliśmy do kluczowego elementu projektowanej zmiany. Oddziały szpitalne, które znajdują się w PSZ, będą miały zagwarantowane na cztery lata ryczałtowe finansowanie swojej działalności bez przeprowadzania konkursu. Wyjściowa kwota ma wynikać z dotychczasowego wykonania kontraktu z NFZ. W ten sposób będzie dzielonych 85 proc. środków. Oddziały niezakwalifikowane do PSZ zyskają prawo ubiegania się o kontrakt w postępowaniu konkursowym w ramach pozostałych 15 proc. i będą otrzymywać zapłatę na dotychczasowych zasadach. Gwarancji jednak nie otrzymają. Instytuty i szpitale kliniczne znajdą się w PSZ w całości.

Jakie będą skutki takiego rozwiązania w skali poszczególnych regionów, nikt dzisiaj nie wie. Symulacji brak. Wiadomo już jednak, że wiele szpitali publicznych może stracić pewność finansowania części oddziałów. Dotyczy to nawet kardiologii i neurologii. A to grozi chaosem. Co w tej sytuacji zrobić? Najlepiej przepracować projekt na nowo. ■

Poczuj swobodę działania
z elastycznym kredytem dla wolnych zawodów

- atrakcyjne oprocentowanie kredytu do 200 000 zł
- spłata kredytu gotówkowego lub konsolidacyjnego rozłożona nawet na 9 lat
- kredyt na dowolny cel dla osób zatrudnionych na umowę o pracę lub prowadzących działalność gospodarczą

Więcej na www.getinbank.pl

GET IN BANK

NR 1
W RANKINGU

przyjazny bank

Getin Bank jest częścią Getin Noble Bank SA. Getin Bank został zwycięzcą rankingu Przyjazny Bank Newsweeka 2016 w kategorii „Bank dla Kowalskiego”. Ranking banków dostępny na newsweek.pl.



Fot. archiwum

Prawa lekarza

Filip Niemczyk, adwokat

W debacie o relacji lekarza z pacjentem i prawach pacjenta oraz jego rodziny nie można pominąć kwestii praw lekarza.

Prawa lekarza mają źródło w godności zawodu. Kodeks Etyki Lekarskiej nakazuje strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a zasady etyki zobowiązują lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego (art. 1 KEL). Z tak rozumianej godności wynika zatem zobowiązanie do dbania nie tylko o wąsko pojęty wizerunek grupy zawodowej, ale przede wszystkim o wartości moralne i ludzkie. Z drugiej strony poczucie godności wiąże się z oczekiwaniem nie tylko od siebie, ale i od innych szacunku dla wykonywanej pracy oraz wyborów, jakie należy w związku z nią podejmować. Lekarz pełni w społeczeństwie rolę szczególnie ważną, towarzyszy każdemu od narodzin aż do śmierci. Zobowiązany jest wykonywać swe obowiązki sumiennie, według najlepszej wiedzy. Dlatego powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną (art. 4 KEL).

Mimo szczególnej roli społecznej, lekarz tylko w niektórych przypadkach objęty jest ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu. Na przykład podczas wykonywania zadań w ramach pomocy doraźnej i w przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), medycznych czynności ratunkowych (art. 5 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym) lub czynności lekarza sądowego (art. 2 ust. 3 ustawy o lekarzu sądowym). Szczególna ochrona prawną funkcjonariusza publicznego polega m.in. na tym, że określone zachowanie sprawcy przestępstwa wobec niego jest zagrożone karą surowszą. Oznacza to, że poza sytuacjami wymienionymi lekarz nie korzysta ze szczególnej ochrony.

Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego. Pacjent i jego rodzina powierzają mu życie i zdrowie oraz ściśle prywatne informacje. Odpowiedzialność, jaka się z tym wiąże, wymaga autonomii, która nie oznacza dowolności postępowania,

ale wymaga oparcia się na wiedzy medycznej, rozumie i sumieniu. W tym kontekście jako kluczowe prawa lekarza jawią się prawo niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta w uzasadnionych przypadkach, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki (art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej), oraz powstrzymywania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki (art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Nie budzi większych kontrowersji prawo odstąpienia od leczenia pacjenta, który zachowuje się niewłaściwie wobec lekarza lub nie stosuje się do zaleceń. Jeśli lekarz wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby zdrowia, może nie podjąć leczenia lub odstąpić od niego, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego (ust. 3). Polem niekończących się dyskusji jest tzw. klauzula sumienia. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2015 r., według którego art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie jest zgodny z konstytucją w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „*innych przypadkach niecierpiących zwłoki*” oraz w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, zdaje się znacząco rozszerzać uprawnienia przyznane lekarzowi, dając niemal nieograniczone prawo odmowy. W moim przekonaniu nie można

„**W moim przekonaniu nie można klauzuli sumienia interpretować z pominięciem źródeł praw lekarza ani też w kontrze do praw pacjenta.**”

klauzuli sumienia interpretować z pominięciem źródeł praw lekarza ani też w kontrze do praw pacjenta. Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego i jest częścią systemu służby zdrowia. Narzucanie własnych przekonań moralnych pacjentowi może być odebrane jako brak szacunku dla jego autonomii i podważać zaufanie do zawodu.

Na stronach internetowych niektórych izb lekarskich publikowana jest tzw. Karta Praw Lekarza i Lekarza Dentysty. W obecnym stanie prawnym na listę wynikającą z Karty Praw składa się przeszło 100 pozycji dotyczących m.in.: prawa do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia, bezpiecznych warunków pracy, urlopów i wypoczynku, reguł uzyskiwania specjalizacji, uznawania dyplomów itp. Warto pamiętać, że fundamentem wszystkich praw lekarza jest godność i ranga zawodu. Służba pacjentom nie może zatem wiązać się z nadużyciem uprawnień, bo w dalszej perspektywie oznacza to osłabienie pozycji zawodu lekarza. ■

OGŁOSZENIE



JĘZYK ANGIELSKI dla LEKARZY

Dla lekarzy, którzy chcą pogłębiać ogólną znajomość języka angielskiego (general English) oraz rozwijać słownictwo z dziedziny medycyny, farmacji oraz zdrowia publicznego.
KURS OBEJMUJE 48 GODZIN LEKCYJNYCH (48 X 45 MIN)



www.lingwistyka.edu.pl

Więcej informacji: tel. 501 306 102

Lokalizacja w centrum Warszawy

doniesienia naukowe



Poranne nudności

Nie są przyjemne, ale korzystne, zwiastują bowiem mniejsze ryzyko poronienia. Takie są najnowsze ustalenia. Poranne nudności występują u co drugiej kobiety w ciąży, ale u jednej czwartej ciężarnych powodują również wymioty. Bardzo rzadko, bo u jednej przyszłej matki na sto, zdarza się, że musi z tego powodu być hospitalizowana.

Nie wiadomo dlaczego do nich dochodzi. Jedna z hipotez mówi, że z organizmu kobiety usuwane są substancje, które mogą być szkodliwe dla rozwijającego się płodu.

Jedna z autorek najnowszego opracowania na ten temat, Stefanie N. Hinkle z National Institute of Child Health and Human Development, wykorzystwała obserwacje prowadzone w ramach badań Effects of Aspirin in Gestation and Reproduction (EAGeR). Badanie miało wyjaśnić, jaką rolę pełnią małe dawki kwasu acetylosalicylowego, ale przy okazji analizowano poranne nudności. Wynik: do ósmego tygodnia ciąży 57,3 proc. kobiet odczuwało nudności, a 26,6 proc. miało również wymioty. U ciężarnych, u których występowały te dolegliwości, o 50–75 proc. rzadziej dochodziło do poronienia („JAMA Internal Medicine”, wrzesień 2016, DOI:10.1001/jamainternmed.2016.5641).

Alkohol jak antydepresanty

To, że alkohol poprawia nastrój, nie jest zaskoczeniem, najnowsze badania wyjaśniają jednak, że na mózg wpływa on podobnie jak szybko działające antydepresanty. Alkohol nie jest jednak lekiem na depresję, choćby dlatego, że jego nadużywanie prowadzi do uzależnienia.

Antagoniści receptora NMDA, np. ketamina, łagodzą objawy depresji nawet już po dwóch godzinach, a efekt może się utrzymywać przez dwa tygodnie. Podobnie jest z alkoholem, choć jego działanie nie trwa aż tak długo. Dr Kimberly Raab-Graham z Wake Forest School of Medicine w Winston-Salem twierdzi, że po podaniu alkoholu poprawa nastroju jest podobna i równie szybka jak po zastosowaniu antagonistów NMDA. Jest jeszcze jedno podobieństwo do antydepresantów: blokując receptory NMDA, wiąże się on z białkiem FMRP, które reguluje biosyntezę wielu białek w organizmie i uczestniczy w procesach uczenia się i zapamiętywania.

Podejrzuwa się, że FMRP wpływa na rozwój autyzmu, ale wraz z alkoholem zmienia aktywność neuroprzekaźnika GABA. Wcześniej naukowcy z McLean Hospital odkryli, że białko to odgrywa kluczową rolę również w rozwoju uzależnienia („Nature Communications” 2016; 7: 12867 DOI: 10.1038/ncomms12867).

Genetyka raka

Czy rozwój nowotworów zależy od przypadkowych mutacji genetycznych, na które nie mamy większego wpływu? Z badań opublikowanych w styczniu 2015 r. przez „Science” wynika, że w prawidłowych komórkach macierzystych osób dorosłych powstają przypadkowe mutacje, które po-

czątkują rozwój komórek nowotworowych, nad którymi układ odpornościowy nie potrafi już zapanować. Mutacje tego rodzaju powstają w 22 spośród 31 typów nowotworów, takich jak rak kości, jajnika i trzustki.

Czy styl życia nie ma zatem większego znaczenia? Nie potwierdzają tego najnowsze badania, które w październiku opublikowano w „Nature”. Dr Ruben van Boxtel z Wydziału Genetyki Uniwersytetu Medycznego w Utrechcie doszedł do wniosku, że mutacje w komórkach macierzystych powstają, jednak nie wiadomo, dlaczego w jednych narządach częściej powstają nowotwory niż w innych.

Holenderski specjalista badał komórki macierzyste pobrane z jelita grubego, cienkiego oraz wątroby osób w wieku od 3 do 87 lat. Ustalił, że mutacje kumulują się w nich w podobnym stopniu, na ogół przez 40 lat. Proces jest taki sam w tkankach, które często ulegają złośliwym zmianom nowotworowym, i w tych, które ulegają im rzadko. – *Nagromadzenie się „pechowych” mutacji nie wyjaśnia zatem procesu nowotworowego* – podkreśla dr Boxtel („Nature”, doi:10.1038/nature19768).

Według raportu Cancer Research UK ponad 40 proc. nowotworów złośliwych, na jakie chorują Brytyjczycy, związanych jest ze stylem życia, głównie z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu oraz niewłaściwym odżywianiem. Za nowy czynnik ryzyka nowotworów, równie groźny jak palenie tytoniu, uznano otyłość. ■

Zbigniew Wojtasiński

XII International Tinnitus Congress (ITS)
 1st World Tinnitus Congress
 Honorary Patronage of the President of the Republic of Poland Andrzej Duda

Warsaw, Poland
22-24 May 2017
 Save the Date

We invite your proposals regarding round table topics and key lectures at science@its2017.com

President:
 Prof. Henryk Skarżyński, MD, PhD, dr h.c. multi

Organizers:
 WORLD HEARING CENTER | INSTITUTE OF SENSORY ORGANS | www.its2017.com

Od dwóch lat rośnie liczba lekarzy wyjeżdżających do pracy zagranicę – alarmuje Naczelna Rada Lekarska (w latach 2006–2016 Polskę opuściło łącznie 10 tys. medyków). W tym roku może zostać pobity rekord w liczbie wydawanych w tym celu zaświadczeń. Jednocześnie jesteśmy świadkami niekorzystnych zjawisk demograficznych. Towarzystwo Chirurgów Polskich informuje, że połowa przedstawicieli tej specjalizacji w naszym kraju ma już skończone 50 lat, czyli zwiększa się luka pokoleniowa. Gwałtownie starzeje się całe społeczeństwo, GUS ostrzega, że odsetek osób mających 60 lat i więcej wzrośnie z 22 proc. obecnie do ponad 40 proc. w 2050 r.

Przeciwny wprowadzeniu nakazów pracy jest Andrzej Sokółowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych. W wywiadzie udzielonym serwisowi parlamentarny.pl powiedział m.in.: – *Jestem lekarzem w czwartym pokoleniu. Mój ojciec dostał nakaz pracy i wcale nie była to dobra rzecz. Nakazy pracy lekarzy rezydentów czy stażystów – o tym należałoby zapomnieć, to nie ten system. Dziś lekarze przyjdą do pracy, jeżeli szpital będzie ładny, warunki płacy dobre, a lekarzy odpowiednia liczba.*

Tyle menedżerowie placówek medycznych. Zapytaliśmy o zdanie samych lekarzy. W internetowej ankiecie na łamach portalu Esculap.com wzięło udział ponad 1700 medyków. Na pytanie „Czy lekarz powinien odpracować swoje studia w Polsce?” twierdząco odpowiedziała co trzecia osoba (34 proc.), ale wiele dopisało pewne zastrzeżenia. Dwie trzecie (64 proc.) ankietowanych było zdecydowanie przeciwnych pomysłowi odpracowywania studiów medycznych. Nieliczni (3 proc.) nie potrafili zająć stanowiska w tej kwestii.



Fot. archiwum

Ostatni zgasi światło?

Jarosław Kosiaty

Mamy najgorszy w państwach Unii Europejskiej wskaźnik liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Rozwiązaniem problemu ma być zwiększenie naboru na istniejących uczelniach medycznych (w tym roku o 15–30 proc.) oraz otwieranie wydziałów lekarskich w kolejnych miastach (na uniwersytetach w Kielcach, Rzeszowie i Zielonej Górze oraz w uczelniach prywatnych: Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie i Warszawskiej Uczelni Łazarskiego). Jednak wykształcenie lekarza trwa co najmniej kilkanaście lat, a ponadto większość studentów medycyny już teraz deklaruje chęć wyjazdu i pracy zagranicą. Jak zatem zatrzymać ich w kraju?

Nasze koleżanki i koledzy z dłuższym doświadczeniem zawodowym dobrze pamiętają nakazy pracy wręczone po ukończeniu studiów. Czy ten relik minionej epoki ma szansę powrócić w nowej formie? W czerwcu 2016 r. w wywiadzie radiowym marszałek Senatu Stanisław Karczewski (61-letni chirurg z Warszawy) powiedział: – *Rocznie wyjeżdża z Polski nawet tysiąc lekarzy. (...) Lekarze powinni odpracować swoje studia w Polsce. Nie wiem przez jaki czas – 15, 20 lat.* I choć informacja o takich planach została szybko zdementowana przez ministra zdrowia, pomysł podchwyciły inne osoby.

Wiktor Król, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, zaproponował taką zmianę aktualnych przepisów, by lekarze po studiach musieli określony czas pracować w kraju, także w szpitalach powiatowych. Jego zdaniem byłby to sposób na częściowe uzupełnienie braków kadrowych w tych placówkach.

Oto niektóre uwagi i komentarze:

„Zakaz wyjazdu z kraju i nakaz pracy? [...] Nikogo nie zabiłem, nie okaleczyłem. Może dlatego, że nie piję, nie okradam i tyram codziennie po 12–14 godzin, często nie mając nawet wolnego w wakacje czy w inne wolne dni. Jaką przyszłość mają mieć młodzi lekarze? Jak mają leczyć starzejące się społeczeństwo? Młodzi i tak wyjadą, bo życie jest tylko jedno, a pomysły polityków odbijają się jak zwykłe na pacjentach, bo to oni, a nie politycy zapłacą więcej za wizytę. Pacjenci zapłacą za to więcej z dwóch powodów: mniejsza liczba lekarzy podyktuje wyższe stawki, w stawkach za wizytę trzeba będzie uwzględnić też cenę ubezpieczenia lekarza za tzw. błędy. Istnieje też inny, bardzo prawdopodobny scenariusz: zastraszeni lekarze będą leczyć wszystkich paracetamolem, jak w Wielkiej Brytanii. I tak garstka niedowartościowanych polityków upodli do końca etos jednego z najbardziej szanowanych zawodów na świecie, a poziom usług medycznych sprowadzą do poziomu ze średniowiecza”.

„Ciekawe, jak miałyby wyglądać to spłacanie kredytu za studia. Studiowałem w latach 1992–1997. Potem był staż, założenie rodziny i tak około 2000 r. wybrałem się do banku w celu uzyskania kredytu na zakup mieszkania (nawny młody doktor, pracujący na ponad dwóch etatach: szpital, dyżury, pogotowie, tyrający 350–400 godzin w miesiącu; żona na etacie). I wtedy okazało się, że... nie mam zdolności kredytowej (sic!). I w jaki sposób miałbym jeszcze spłacać kredyt za studia? To takie współczesne niewolnictwo”.

„Przypominam, że przymus pracy jest niewolnictwem. Jeśli jest przymus pracy, to państwo powinno zapewnić wszystkim lekarzom dostęp do wybranej specjalizacji oraz kształcenie na odpowiednim poziomie, a także przymus kształcenia dla kierowników specjalizacji. Szpitale powinny zapewniać młodym lekarzom czas na kształcenie. Pan Król widzi wszystko jednostronnie. Tzn. wykorzystać tanią siłę roboczą, wycisnąć jak cytrynę. A ja Panu powiem: to się obróci przeciw takiemu myśleniu. Efektem będzie brak kadr i konieczność zamykania oddziałów, a nawet całych szpitali. Zapewniam, że zagranicą nie pozwolą, by wyspecjalizowani adepci medycyny wracali do Polski. I nie będą to nakazy czy zakazy, ale odpowiednie wynagrodzenie za wiedzę oraz umiejętności i pracę w jednym miejscu. Karanie to nie droga do zwiększenia kadr. To droga do katastrofy HR w polskiej medycynie”.

„Rozumiem, że dzieci, których rodzice biorą 500+, nie mają prawa nigdy wyjechać z Polski, jedynie może na krótki, 7-dniowy wypoczynek. I tylko pracować w Polsce aż do śmierci. Przecież to my, obywatele, uczestniczymy w kosztach ich wychowania, wykształcenia itd.”.

„Powinniśmy zmienić konstytucję tak, aby nauka w szkołach wyższych była chociaż częściowo odpłatna. Wtedy żadna z grup zawodowych, a w szczególności lekarze, na których studia (jedne z najdroższych) łożą wszyscy uczciwie płacący podatki w Polsce, nie będzie się czuła pokrzywdzona obowiązkiem odpracowania tego, z czego wcześniej nieodpłatnie korzystała. Popieram wypowiedź marszałka Karczewskiego i mam nadzieję, że szybko zostanie urzeczywistniona”.

„Mnie nie wykształciło państwo, tylko moi rodzice i to im winien jestem wdzięczność. Ciężką pracą zapłacili za moje studia! Ale mam propozycję, żeby posłowie i senatorowie odpracowywali 15–20 lat za swoje niewywiązywanie się z obietnic i zerowanie na publicznych pieniądzech!”.

„Moja córka skończyła studia w Szwecji za darmo, będąc Polką, i jakoś Szwecja nie każe jej zostać. Tylko pytanie, po co ma wracać do Polski?”.

„Niewolnictwo i odpracowywanie studiów? Cały czas to samo. We wszystkich mediach pisze się tylko o pijanych lekarzach albo o błędach bądź innych patologiach. Ale o tysiącach udanych operacji, o milionach diagnoz i o uratowanych pacjentach, już nie. Dla mnie kuriozum była sprawa wrocławskiego urologa, który raz w życiu pomylił się i niestety wyciął nie tę nerkę. Natychmiast zapomniano o tysiącach ludzkich istnień, którym przedłużył życie. Oczywiście natychmiast pojawiły się głosy: »partacz«, »morderca« itd. Prawda jest taka: jesteśmy ludźmi, często bardzo zmęczonymi... Pracujemy bardzo dużo. Oczywiście w komentarzach piszecie, że dla kasy. A co my robimy w tych wszystkich miejscach? Siedzimy tylko? Jak nas w tych miejscach dodatkowych nie będzie, to kto zoperuje albo przyjmie chorego? Może jakiś polityk? Ja czekam z utęsknieniem na wprowadzenie zakazu konkurencji... Jeden etat i tyle. Ale nikt tego nie robi niestety, bo się wszystko wtedy zawali”.

„Studiowałam w latach 1973–1979. Wyjeżdżałam w czasie wakacji do pracy zagranicę, co było nie lada wyzwaniem, bo: zdobycie paszportu, czekanie, konieczność zdania egzaminów. I najważniejsze: rodzice poświadczali notarialnie, że gdy nie wrócę, oni będą płacić za studia. Oczywiście nie było UE, ale umiano wycenić moje studia medyczne na 200–150 tys. zł. W USA też wszyscy biorą kredyty na studia, stypendia z wojska czy miejskie i muszą je spłacić. Studia medyczne na całym świecie są najdroższymi studiami. A teraz każdy młody lekarz chciałby robić tylko intratne specjalizacje: kardiologię inwazyjną, dermatologię, okulistykę...”.

„Typowy temat zastępczy. Nie ma bowiem aktualnie możliwości ani zakazania wyjazdu z Polski komukolwiek, ani wyegzekwowania zwrotu za studia w przypadku, gdy ktoś wyjedzie. Niby z czego miałyby to być ściągane? Z konta ROR funkcjonującego od debetu do debetu?”.

„Proponuję zrobić ze służby zdrowia formację na wzór wojska czy zakonu, wprowadzić nakaz pracy, wyboru specjalizacji, częściowo ubezwłasnowolnić, odebrać paszporty, wytatuować na twarzy celownik z napisem »tu uderzać«, żeby pacjent mógł celnie przywalić. Myślę, że to zakończyłoby wszystkie problemy ze służbą zdrowia”.

Przy okazji dyskusji na temat odpracowywania studiów i nakazów pracy przypomniał mi się inny sposób na likwidację braków kadrowych w naszej ochronie zdrowia. Pod koniec 2005 r. lekarze Porozumienia Zielonogórskiego nie chcieli podpisywać kontraktów z NFZ, domagając się zwiększenia stawki na jednego pacjenta. Ludwik Dorn, który był wtedy ministrem spraw wewnętrznych i administracji w rządzie PiS, zaproponował, aby „jeżeli wystąpi i będzie się nasilało niebezpieczeństwo dla obywateli”, brać lekarzy w kamasze (sic!).

Zainspirowany tą groźbą portal Esculap.com przeprowadził szybką ankietę. Na pytanie „W jakiej formacji wojskowej chciałbyś służyć po powołaniu do armii?” odpowiedziało 1395 naszych koleżanek i kolegów. Zwyciężyły lotnictwo (24 proc.) oraz służby kwatermistrzowskie (24 proc.). Na kolejnych miejscach uplasowały się: wojska desantowe (17 proc.), Marynarka Wojenna (16 proc.), wojska pancerne (8 proc.), piechota (6 proc.). Najmniejszą popularnością (zapewne ze względu na hałas) cieszyła się artyleria (5 proc.).

Jednak żarty na bok. Skala emigracji lekarzy z Polski rośnie i sprawa jest bardzo poważna. Kiedy nasi politycy i menedżerowie rozumieją wreszcie, że jedynym sposobem na zatrzymanie medyków w kraju jest stworzenie im godnych warunków wykonywania zawodu? W czasie ostatniej manifestacji rezydenci nieśli transparent „Chcemy żyć i pracować w Polsce!”. Niestety, bez zasadniczych zmian już niedługo nie będzie komu go nieść dalej. Jego autorzy będą leczyli chorych w innych krajach... ■

Autor jest lekarzem i nauczycielem akademickim.



Dużo, nie oznacza bezpiecznie



Rozmowa z prof. Piotrem Andziakiem, konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

Fot. P. Wierchowski

Gdyby zacząć od epidemiologii: w wielu dziedzinach medycyny spodziewamy się znacznego wzrostu liczby chorób. Czy dotyczy to również chirurgii naczyniowej?

Dotyczy, i to w szczególnym stopniu. Składają się na to dwie przyczyny. Pierwsza związana jest z tym, że częstość występowania chorób tętnic i żył obwodowych wzrasta z wiekiem. Schorzenia te najczęściej dotyczą ludzi w podeszłym wieku, a nasze społeczeństwo jest przecież coraz starsze. Druga wiąże się z postępowaniem medycyny. Coraz większe możliwości i coraz skuteczniejsze leczenie innych chorób, głównie serca, oznaczają zdecydowane wydłużenie życia osób cierpiących na choroby układu krążenia. To z kolei przekłada się na wzrost liczby osób z tętniakami aorty czy miażdżycą tętnic obwodowych. Podobną sytuację obserwujemy w wypadku cukrzycy. Czynniki środowiskowe oraz coraz skuteczniejsze leczenie powodują, że zwiększa się liczba chorych zagrożonych powstaniem niedokrwiennej stopy cukrzycowej. Należy przy tym podkreślić, że współwystąpienie miażdżycy tętnic obwodowych i cukrzycy podnosi ryzyko amputacji kończyny, co z kolei przyczynia się do

wzrostu zapotrzebowania na operacje klasyczne i wewnątrz-naczyniowe wykonywane przez chirurgów naczyniowych.

To rzeczywiście paradoks: postęp medycyny w jednej dziedzinie generuje rosnące zagrożenie w innych.

Nie nazwałbym tego paradoksem, lecz naturalną prawidłowością. Zresztą w dużym stopniu przewidzianą przez nas, taką, na którą od lat staramy się jak najlepiej przygotować. Z nie najgorszym skutkiem.

Znane są już pierwsze wersje map potrzeb zdrowotnych dotyczących chirurgii naczyniowej. Czy one także we właściwym stopniu przygotowują nas do wzrostu zachorowań na wspomniane przez pana choroby?

W mojej opinii idea stworzenia map jest krokiem we właściwą stronę. To, co czytamy we wstępnych wersjach map, wskazuje, jak bardzo są potrzebne. Czekamy na wersję ostateczną, uczestniczymy w jej opracowywaniu i do czasu powstania mapy wolałbym się wstrzymać z komentarzami. Jedno chciałbym podkreślić – stworzenie map potrzeb zdrowotnych pozwoli na określenie stanu posiadania chirurgii

naczyniowej oraz potrzeb w zakresie leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego we wszystkich województwach. Aktualny stan chirurgii naczyniowej w Polsce bardzo dobrze oddaje raport „Chirurgia naczyniowa w Polsce – zielona księga”, przygotowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. [...]

Jednym z najważniejszych postulatów środowiska jest stworzenie krajowego rejestru operacji naczyniowych. Czyżby zatem nie było w Polsce odpowiednich danych? Skoro tak, to jakość map też musi budzić wątpliwości.

Tak jak mówiliśmy wcześniej, pierwsze wersje map uznajemy za krok we właściwą stronę, ale nie w pełni jeszcze satysfakcjonujący. Mapy opierają się w dużej mierze na danych Narodowego Funduszu Zdrowia, które jednak nie są wystarczająco precyzyjne. Fundusz nie dysponuje danymi jakościowymi, lecz jedynie ilościowymi. Wprowadzenie krajowego rejestru operacji naczyniowych pozwoli na ocenę rzeczywistej liczby wykonywanych w Polsce operacji naczyniowych, a równocześnie umożliwi jakościową ocenę każdego z ośrodków przeprowadzających te operacje. Będzie zawierał dane o wszystkich interwencjach, którym poddany był chory, a nie tylko tych najważniejszych, które są umieszczane w raportach dla płatnika, o liczbie powikłań przypisanych do każdego ośrodka, ale i do każdego lekarza dokonującego operacji. Tej wiedzy nam brakuje, tego w raportach NFZ nie ma. I temu ma posłużyć rejestr.

Co zatem stoi na przeszkodzie, by taki rejestr powstał? Brak pieniędzy?

Tym razem pieniądze nie są najważniejszym problemem. Co do rejestru były wątpliwości prawne, czy jest konstytucyjny. Wątpliwości te zostały już rozwiane. Sądzę, że niebawem będziemy mogli wrócić do przerwanych prac nad rejestrem. Pod względem informatycznym i metodologicznym krajowy rejestr operacji naczyniowych jest przygotowany do tego, aby gromadzić i analizować dane dotyczące około 50 tys. operacji tętnic obwodowych rocznie oraz prawie 50 tys. operacji żył. Okres obserwacji chorych będzie obejmował rok po operacji.

Ale mapy, których publikacja przewidziana jest na styczeń 2017 r., powstaną bez tych danych.

Żałujemy tego, ale rejestr i tak stanie się bezcennym narzędziem w procesie poprawy jakości świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej.

Jak ocenia pan współpracę specjalistów z pańskiej dziedziny z POZ?

Warto zaznaczyć, że współpraca z lekarzami POZ ma dla chirurgii naczyniowej ogromne znaczenie. Dlatego tak ważne jest uświadomienie sobie występujących trudności. Istnieją dwa główne problemy związane z tą współpracą. Pierwszy to zbyt późne kierowanie chorych z przewlekłym miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych do chirurga naczyniowego. Skierowanie chorego z krótkim dystansem chromania przestankowego lub w początkowej fazie krytycznego niedokrwienia kończyny, gdy pojawia się ból nocny, zapewnia lepsze wyniki operacji i zmniejsza liczbę amputacji. Dopuszczenie do powstania zaawansowanej postaci krytycznego niedokrwienia kończyn, z martwicą tkanek, jest obciążone znacznie gorszym rokowaniem co do uratowania kończyny. Sytuacja ta mogłaby się poprawić, gdyby droga od lekarza

POZ do specjalisty była krótsza i gdyby chorzy wcześniej trafiali na badania i z tymi badaniami przychodzili do nas. Mam nadzieję, że reforma POZ, zapowiadana przez Ministerstwo Zdrowia, odblokuje odpowiednie mechanizmy oraz potencjał POZ w szybkim diagnozowaniu chorób tętnic i żył obwodowych. Drugim problemem jest często niepotrzebne kierowanie chorych do chirurga naczyniowego w sytuacji, gdy skuteczne leczenie można zapewnić na poziomie lekarza POZ. Dotyczy to szczególnie dwóch grup chorych. Pierwsza to chorzy z długim, powyżej 200 m, dystansem chromania przestankowego. Ta grupa wymaga obserwacji i długotrwałego leczenia zachowawczego, na które składają się modyfikacja czynników ryzyka miażdżycy, kontrolowany trening marszowy oraz leczenie farmakologiczne. Wszystkie elementy tego leczenia mogą być z powodzeniem prowadzone na poziomie lekarza POZ. Tu naprawdę nie trzeba dużych nakładów, potrzebna jest jednak wola i dobra organizacja. Drugą, bardzo liczną grupę stanowią chorzy z żyłakami kończyn dolnych. Chorzy, którzy nie chcą lub z jakiegoś powodu nie mogą być operowani, wymagają stosowania terapii uciskowej wyrobami o stopniowanym ucisku. Zalecenie dotyczące tego rodzaju leczenia może wydać lekarz POZ bez konsultacji specjalisty. Natomiast do chirurga naczyniowego powinni być kierowani chorzy z zaawansowaną postacią przewlekłej choroby żylniej, przede wszystkim z żylnymi owrzodzeniami łożyska. Uważam, że jeśli udałoby się rozwiązać te dwa problemy, poprawiłaby się dostępność specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej, a oczekiwanie na wizytę w poradni chirurgii naczyniowej byłoby krótsze. nierozwiązanym problemem pozostaje rehabilitacja chorych po amputacjach kończyn dolnych, wykonywanych z powodu niedokrwienia. Odsetek chorych po amputacjach, którzy wracają do aktywności życiowej i zawodowej, jest w Polsce bardzo niski, nie przekracza 10–15 proc. W wielu krajach europejskich jest znacznie wyższy. Nie wszyscy wiedzą także, że 5-letnia przeżywalność chorych po dużych amputacjach kończyn dolnych jest porównywalna z przeżywalnością chorych na raka jelita grubego. To koniecznie musi się zmienić.

Aż 40 proc. osób przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego w pańskiej dziedzinie nie zdało go. To niepokojące. Czy grozi nam głęboki deficyt chirurgów naczyniowych?

Egzamin w wiosennej sesji wcale nie był trudniejszy niż w poprzednich latach, dlatego jest to zastanawiające. Rzeczywiście, dzieje się coś niedobrego w naszym systemie szkolenia. Przyczyna jest złożona. Po pierwsze, należy dokładnie określić kryteria, jakie muszą spełniać ośrodki ubiegające się o miejsca szkoleniowe w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Obecnie kryteria te zostały bardzo złagodzone. Jest rzeczą naturalną i zrozumiałą, że najlepsze warunki do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego mają ośrodki akademickie i ośrodki drugiego stopnia referencyjności w chirurgii naczyniowej. Dlatego uważam, że znaczną część szkolenia kandydaci powinni odbywać właśnie w tych placówkach. Obecnie jest inaczej – przeważającą część szkolenia kandydaci odbywają w macierzystych ośrodkach. Biorąc pod uwagę wyniki ostatniej sesji egzaminacyjnej – nie służy to podniesieniu jakości szkolenia. ■

Rozmawiali: **Jakub Gołąb, Bartłomiej Leśniewski**

Artykuł ukazał się w „Menedżerze Zdrowia”, nr 6–7/2016.



Fot. archiwum

Badanie wirtualne, a zagrożenie realne

Krystyna Knypl

W niekończących się dyskusjach nad poprawą naszego systemu ochrony zdrowia często mówi się o telemedycynie jako cudownym leku na wszystkie bolączki. Miło wyobrazić sobie, że nie wychodząc z domu, znajdziemy rozwiązanie wielu naszych problemów zdrowotnych. Ponieważ od pewnego czasu nie musimy stawać w kolejce, żeby dokonać przelewu pieniędzy, może podobnie, siedząc w domowym zaciszu, uzyskamy przelew zdrowia na nadszarpnięte złym stylem życia konto zdrowotne? Rozwiązaniami telemedycznymi są bardzo zainteresowani nie tylko pacjenci, ale także producenci wielu urządzeń i systemów.

Współczesny człowiek ma do dyspozycji aż 160 tys. różnych aplikacji zdrowotnych przeznaczonych na urządzenia elektroniczne. Można by powiedzieć, że to dziwne, iż przy takim zalewie produktów podobno ratujących zdrowie ktoś jeszcze jest chory, a lekarze mają co robić.

Jednak same urządzenia elektroniczne nie czynią człowieka zdrowym. Potrzebny jest lekarz... A on od wieków zwykł był badać pacjenta osobiście, zanim coś zaordynuje.

Media dowiadują się wcześniej

Półtora roku temu podczas konferencji prasowej producenci gadżetu medycznego uporczywie powtarzali, że dzięki ich wyrobowi pacjenci będą mieli postawioną diagnozę przez Internet, więc unikną stania w kolejkach oraz wyczekiwania na termin wizyty. Słuchałam tego mocno poirytowana i gdy tylko zakończono prezentację, zabrałam głos. Przypomniałam, że od wieków postawienie diagnozy przez lekarza jest związane z osobistym zbadaniem pacjenta, a ustawa o zawodzie lekarza mówi o tym jednoznacznie.

Pomysłowi biznesmeni popatrzyli na mnie ze współczuciem jak na staromodną i niezorientowaną jednostkę, po czym oznajmili, że przygotowywane są zmiany we wspomnianej ustawie wprowadzające badanie na odległość. Nie mogłam temu dać wiary! To się nigdy nie zdarzy – oświadczyłam kolegom dziennikarzom niemającym dyplomu lekarskiego.

Na kolejną konferencję prasową (w październiku 2016) o cudownych gadżetach medycznych przysłałam wzbogaconą lekturą najnowszej wersji ustawy o zawodzie lekarza (obowiązującej od końca 2015 r.), która przewiduje nie tylko badanie pacjenta bezpośrednio, ale także przez systemy telemedyczne („Art. 42. Orzekanie o stanie zdrowia, wystawianie recepty lub zlecenia: 1. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”). Dopisanie kilku słów do treści artykułu precyzującego zasady wykonywania zawodu odbyło się bez szerszej publicznej dyskusji z lekarzami. Jedyne kilka reklamowych informacji w mediach pozwalało domyślać się, że przyszła medycyna nowa, a niech się stara schowa.

Na innej konferencji dowiedziałam się, że wkracza na rynek kolejny gadżet, który po przyłożeniu do określonej części ciała wykryje w niej nieprawidłowości. Co więcej, specjalny program komputerowy opiszę wynik badania i postawi diagnozę. – *Jaka jest rola lekarza?* – pytam pomysłodawców nowego biznesu. – *Lekarz się tylko podpisze pod wynikiem* – padła odpowiedź. – *Dlaczego konstruktorzy urządzenia nie chcą się podpisywać pod wynikiem?* – *Bo ktoś musi wziąć za wynik odpowiedzialność* – szczerze stwierdzono. Badanie zatem może nie być przeprowadzone osobiście przez lekarza, ale już odpowiedzialność pozostaje niezmiennie osobista!

Zawsze nienaruszalnym kanonem wykonywania zawodu lekarza była konieczność osobistego zbadania pacjenta. Zakres i metody mogły być różne, zależne od specjalności, miejsca badania i stanu chorego. Wyrażenie opinii bez osobistego zbadania pacjenta uważano za karygodne. Co się stało, że od końca 2015 r. jest to postępowanie zgodne z prawem? Czy dysponujemy naukowymi dowodami, że wydanie opinii lekarskiej na podstawie **telemedycznego kontaktu z pacjentem** jest bezpieczne? Nie sądzę!

Kiedy telemedycyna jest pomocna?

Korzystanie z możliwości informatyki nie ogranicza się do tworzenia prostych aplikacji. Telemedycyna jest interesującym **uzupełnieniem** metodologii uprawiania naszego zawodu. Znakomicie sprawdza się w badaniach obrazowych lub konsultacjach na odległość. Wzajemna wymiana doświadczeń na portalach dla lekarzy to także cenna odmiana telemedycyny.

Monitorowanie wyników leczenia, gdy diagnoza została wcześniej ustalona w realnych warunkach, kontrola postępów rehabilitacji, monitorowanie EKG są przykładami sytuacji, w których telemedycyna ma już zastosowanie, a będzie miała coraz szersze.

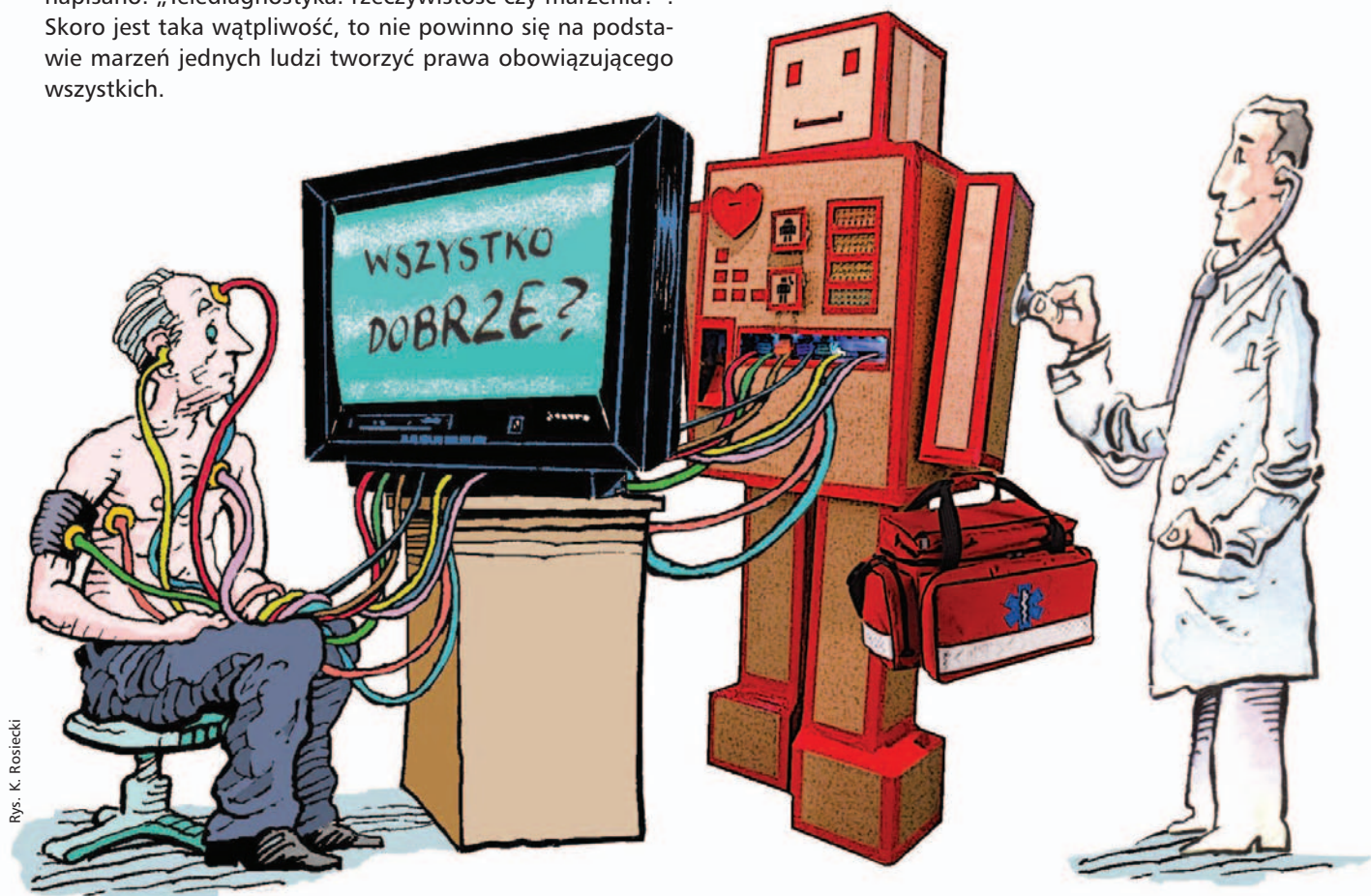
Telekonsultacje są cenne w odniesieniu do przypadków i sytuacji, w których nie ma ścisłych wytycznych postępowania. W ankiecie przeprowadzonej przez Sermo, największy międzynarodowy portal dla lekarzy, na pytanie o uczestniczenie w telekonsultacjach blisko 70 proc. lekarzy odpowiedziało negatywnie.

W bazie naukowych artykułów medycznych PubMed po wpisaniu hasła „telemedicine” otrzymuje się informację o ponad 22 tys. publikacji, ale ich lektura w wielu wypadkach rozczarowuje. W tytule jednego z włoskich doniesień napisano: „Teliagnostyka: rzeczywistość czy marzenia?”. Skoro jest taka wątpliwość, to nie powinno się na podstawie marzeń jednych ludzi tworzyć prawa obowiązującego wszystkich.

Wirtualność zalewa coraz większe obszary naszego realnego świata, a granice między tymi dwiema przestrzeniami nie są ostro zarysowane. I, jak to granice, bywają niepostrzeżenie naruszane przez osoby, których intencje są niebezpieczne.

Nikt na tej śliskiej drodze na skróty niczego dobrego nie zyska, może poza producentami dziwnych gadżetów. Fakt, że przepisy ustawy o zawodzie lekarza, powstałe pod wpływem lobbystycznych nacisków, pozwalają wystawienie recepty lub wyrażenie opinii o stanie zdrowia bez zbadania pacjenta, nie oznacza, iż lekarz musi tak postępować.

Jest kilka rzeczy, które każdy z nas musi zrobić osobiście i żadne przepisy tego nie zmienią. Musimy osobiście przyjść na ten coraz dziwniejszy świat i osobiście go opuścić. Nikt nas w tym nie zastąpi. Jesteśmy przyzwyczajeni do wirtualnych pieniędzy, ale realnie musimy je zarobić.



Rys. K. Rosiecki

Ciekawe jest opracowanie, w którym do telemedycyny zaliczono możliwość składania skarg na amerykański system ubezpieczeń Medicaid. Częstość składania skarg była bardzo zmienna w poszczególnych stanach (od 0 do 59 skarg na 10 tys. mieszkańców). Zgłaszali je głównie pacjenci starsi, w wieku od 45 do 64 lat. Częstym rozpoznaniem wśród skarżących były zaburzenia dwubiegunowe afektywne oraz ADHD (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27691381>).

Niezmienne zasady

Współczesny świat wymyślił pojęcie e-zdrowia, e-diagnozy, ale choroba ciągle pozostaje realna. Tak samo realne pozostają skutki posługiwania się niebezpiecznymi gadżetami dla pacjentów, ale też realna pozostaje odpowiedzialność lekarza. Nie możemy o tym zapominać.

Musimy osobiście zbadać pacjenta przed wyrażeniem opinii o stanie jego zdrowia. Tworzone doraźnie niebezpieczne przepisy prawne, powstające pod naciskiem nie do końca świadomych swego działania grup lobbystów, zagrażają w równej mierze pacjentom i lekarzom.

Pacjent narażony jest na błędną diagnozę, nietrafione leczenie, groźne interakcje leków, niebezpieczne powikłania. Lekarzowi grozi odpowiedzialność prawna, surowe wyroki, odpowiedzialność finansowa.

Nie jesteśmy w stanie pilnować wszystkich należących do nas dóbr materialnych i niematerialnych przed zakusami innych ludzi. Są jednak obszary, które musimy chronić szczególnie. Jednym z naszych dóbr niematerialnych narażonych na ciągłą dewastację są zasady i standardy wykonywania zawodu lekarza. ■

Kompleksowo pod jednym dachem

Z Robertem Krawczykiem, dyrektorem Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Na nowoczesny szpital pediatryczny Warszawa czekała wiele lat. Minął już rok od uroczystej inauguracji działalności w nowo wybudowanym obiekcie na terenie kampusu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Co się wydarzyło w tym czasie?

Przypomnę, że przed przeprowadzką szpital funkcjonował w dwóch miejscach. W chwili gdy przecinaliśmy wstęgę pod koniec września 2015 r., w nowym szpitalu mieliśmy już kliniki diabetologii i pediatrii, gastroenterologii, pulmonologii i alergologii oraz kardiologii przeniesione z ul. Działdowskiej. Sukcesywnie, do końca ubiegłego roku, przenosiliśmy oddziały kliniczne z ul. Litewskiej. W styczniu 2016 r. rozpoczęliśmy pracę w takim układzie organizacyjnym jak w poprzednich miejscach. Dodatkowo od razu otworzyliśmy niewielki oddział obserwacyjno-izolacyjny. Cały czas robiliśmy również zakupy wyposażenia, którego na początku trochę brakowało. W tym roku wyposażamy jeszcze nowe kliniki: położnictwa, neonatologii, neurochirurgii i neurotraumatologii. Kończymy procedury przetargowe. Od rozpoczęcia działalności w budynku przy ul. Żwirki i Wigury do końca września 2016 r. przyjęliśmy 79,5 tys. pacjentów.

Jednak nie wszystkie kliniki i oddziały, które zostały zapisane w nowej strukturze organizacyjnej szpitala, działają.

Do końca 2016 r. zakończymy ten proces. Na początku października otworzyliśmy oddział neurochirurgii i neurotraumatologii, na razie bez kontraktu z NFZ. Świadczenia będziemy rozliczali najprawdopodobniej jako ratujące życie. Rozpoczął też pracę oddział neonatologii. Na razie przyjmuje dzieci z izby przyjęć lub innych oddziałów, ponieważ klinika położnicza czeka jeszcze na potrzebne wyposażenie. Niebawem wystąpimy do NFZ o przekwalifikowanie izby przyjęć w szpitalny oddział ratunkowy. Mimo że izba już jest prowadzona w systemie SOR (są wszystkie strefy, specjalistyczny personel), nie chcieliśmy przyspieszać rejestracji z uwagi na brak czynnego zaplecza urazowego. Otwarcie neurochirurgii zmienia tę sytuację. Wypełniliśmy również wszystkie formalności związane z lądowiskiem dla helikopterów. Ma status „zawieszony”, ale w każdej chwili możemy je aktywować. Przy okazji chcę zaznaczyć, że przeprowadzka tak dużej jednostki była trudnym przedsięwzięciem logistycznym. Nie wiem, czy rok na „rozkręcenie się” wielkiej instytucji to dużo czy mało, ale przeprowadzka została

wykonana perfekcyjnie, zaangażowanie zespołu było ogromne, a koszty też niemałe. Nie było żadnej przerwy w udzielaniu świadczeń, żaden pacjent z powodu tych zmian nie ucierpiał. A był moment, że pracowaliśmy jednocześnie w trzech miejscach. Na pewno potrzebowaliśmy czasu, aby nauczyć się nowej topografii, „oswoić” ten szpital.

Czy nowy obiekt w praktyce spełnia oczekiwania? Jak się tutaj pracuje?

Dla naszych pacjentów, a także dla ich rodziców i opiekunów warunki są znakomite: jedno- i dwuosobowe sale z węzłami sanitarnymi, świetlice dla dzieci, a dla rodziców przyjazne zaplecze socjalne: kuchenki oddziałowe, łazienki, szafki na rzeczy osobiste, rozkładane fotele do spania. Personel medyczny również zyskał nieporównywalne z poprzednimi warunki pracy, chociażby przestronne dyżurki lekarskie, pokoje pielęgniarek. Z nowego budynku korzystają też studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Mamy tu ponad 60 sal dydaktycznych i seminaryjnych, aulę konferencyjną. Natomiast pewnym problemem są odległości na oddziałach i między nimi. Dlatego potrzebowaliśmy zwiększenia obsady pielęgniarskiej. Utrzymanie budynku jest bardzo kosztowne. Przed przeprowadzką pracowaliśmy na dwudziestu kilku tysiącach metrów kwadratowych, a tutaj mamy 100 tys. Tę powierzchnię trzeba ogrzać, oświetlić, posprzątać. A przecież NFZ płaci tak samo za leczenie pacjenta na łóżku w sali wieloosobowej i jednoosobowej. Komfortowe warunki pobytu, jakie zapewniamy chorym, nie są dla płatnika argumentem.

Czy szpital jest w pełni wykorzystany?

Od pierwszych dni działalności obłożenie jest pełne, oczywiście mówimy o czynnych oddziałach. To dowód, jak szpital jest dzieciom i ich rodzicom potrzebny. Warszawa według oficjalnych danych ma blisko 1,8 mln mieszkańców. Kolejne kilkaset tysięcy osób, które z powodu pracy mieszkają lub przebywają czasowo w stolicy, także z dziećmi, jest zameldowanych gdzie indziej. Wśród nich są również nasi pacjenci. Nie chcemy odsyłać dzieci do innych placówek i nie robimy tego. Poza tym często nie bardzo mielibyśmy dokąd. Szpitale pediatryczne w Warszawie (przy ul. Niekańskiej i ul. Kopernika) też są przepełnione. Nam również zdarzały się już dostawki. Mamy nadwykonania, a kontrakt średnio przekraczamy o 50 proc. miesięcznie. W tym zakresie współpraca z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ



Fot. ach

układa się dobrze, nadwyżki rozliczamy. Natomiast trudno zrozumieć, dlaczego nie otrzymaliśmy kontraktów dla nowo utworzonych oddziałów i spotykamy się z odmową. To sytuacja skandaliczna.

Jaka jest perspektywa dla finansowania tych oddziałów?

Dziecięcy Szpital Kliniczny nie jest przedsięwzięciem prywatnym. Wybudowano go dzięki funduszom z budżetu państwa. Dla tej inwestycji było uzasadnienie, a koncepcja działania i program medyczny lecznicy zostały zaaprobowane. Uważam, że Ministerstwo Zdrowia powinno dać wyraźny sygnał, aby tak oczekiwana w Warszawie placówka, przygotowana do kompleksowego, pod jednym dachem, udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom, mogła w pełni funkcjonować, zgodnie z przyjętymi założeniami.

Czy zespół w tak dużym szpitalu musiał być wzmocniony liczebnie?

W zdecydowanej większości personel przeszedł z poprzednich miejsc. Problemów z obsadą lekarską nie mamy. Nie ukrywam, że szpital uniwersytecki przyciąga. Oczywiście, jak wszędzie, są trudności z anestezjologami, radiologami, których jest za mało, ale radzimy sobie dobrze. Mieliśmy kłopoty z obsadą pielęgniarską. Z uwagi na znacznie większą powierzchnię obiektu, o czym już wspominałem, potrzebowaliśmy więcej personelu, a chętnych brakowało. Kilka miesięcy temu podjąłem dość trudną decyzję o zwiększeniu wynagrodzeń. To przyniosło pozytywny skutek – udało się nam zatrudnić dodatkowo 70 pielęgniarek.

Początkowo było sporo niedogodności z dojazdem do szpitala i z parkowaniem. Czy udało się rozwiązać te problemy?

Jest parking podziemny. Część miejsc została przygotowana dla personelu (pracownicy korzystają z nich odpłatnie), a część oddana w dzierżawę firmie zewnętrznej i przeznaczona dla pacjentów. Ponieważ parking jest płatny, w dużej części stoi pusty. Ludzie wolą parkować na okolicznych uliczkach niż pod dachem, kilka kroków od windy, w miejscu skąd można z dzieckiem wygodnie dostać się do szpitala.

Ale na to nie mamy już wpływu.

Co jest największą bolączką dyrektora szpitala?

Pieniądze.

A największym marzeniem?

Też pieniądze. Mamy znakomity zespół, świetne warunki do pracy. Pieniądzy brakuje i zawsze brakowało. Od lat mówi się, że pediatria jest niedofinansowana. Od 1 lipca 2016 r. została zmieniona wycena części procedur, właściwie tylko niektórych kodów w niektórych specjalnościach. Dla nas oznacza to zwiększenie kontraktu średnio o 5–6 proc. miesięcznie. Kropla w morzu potrzeb. Wciąż brakuje finansowego komfortu. Priorytetem są kontrakty dla nowych oddziałów. Jeśli je uzyskamy, będziemy działali w pełni i kompleksowo. Do nas będzie mogła przyjść ciężarna kobieta, urodzić, a jeżeli jej dziecko będzie wymagało specjalistycznej opieki, otrzyma ją na miejscu. I będzie leczone. Jesteśmy samowystarczalni. Takie było założenie, które realizujemy. ■



Fot. archiwum

Farmakoterapia bólu w oparciu o drabinę

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu pierwszym są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na drugim – słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina – DHC), a na trzecim – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do każdego stopnia w wybranych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające – adjuwantowe. Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest możliwość zastosowania niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę), zamiast słabych opioidów na drugim szczeblu drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia bólu, jego rodzaju i stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie, odpowiednie łączenie leków przeciwbólowych, które wykorzystuje sumowanie się efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej synergizm działania, oraz właściwe dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Dobrze zastosowana farmakoterapia jest skuteczna u około 85 proc. chorych.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Niesteroidowe leki przeciwzapalne są najczęściej stosowanymi lekami nie tylko w terapii bólu, ale również w całej praktyce klinicznej. Aby maksymalizować korzyści terapeutyczne i minimalizować ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, należy zdać sobie sprawę, że wybór NLPZ nie może być przypadkowy i musi uwzględniać nie tylko główny mechanizm działania, jakim jest hamowanie aktywności cyklooksygenazy, ale także efekty pozacyklooksygenazowe oraz indywidualnie oszacowane ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych.

NLPZ wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i przeciwgorączkowe. Główny mechanizm ich działania polega na blokowaniu syntezy prostaglandyn przez wpływ na cyklooksygenazy. Istnieją dwie izoformy cyklooksygenazy: konstytutywna (COX1) i indukowana (COX2). COX1 występuje w organizmie w warunkach fizjologicznych (płytki krwi, śluzówka żołądka, nerki, endotelium) i bierze udział w przemianie kwasu arachidonowego w prostaglandyny E2 i I2. Działa cytoprotekcyjnie na przewód pokarmowy, wpływa korzystnie na przepływ krwi w nerkach oraz reguluje funkcje płytek krwi. COX2, izoforma indukowana, powstaje najczęściej w następstwie działania endotoksyny lub cytokin prozapalnych (IL1, TNF- α). Jest odpowiedzialna za powstawanie prostaglandyn indukujących wzrost przepuszczalności naczyń, obrzęk i ból. Należy jednak zaznaczyć, że COX2 występuje również w warunkach fizjologicznych (konstytutyw-

na COX2) w OUN, komórkach kanalików nerkowych (zawija funkcję prawidłową układu renina-angiotensyna-aldosteron), układzie rozrodczym, śródbłonku i oskrzelach. COX2 jest indukowana pod wpływem steroidów płciowych w czasie owulacji i ciąży. Jej obecność stwierdzono także w obszarze gojącego się owrzodzenia przewodu pokarmowego oraz w trakcie zapalenia indukowanego infekcją *Helicobacter pylori*. W 2002 r. odkryto kolejną cyklooksygenazę, którą nazwano COX3. Jest ona izomerem COX1 i występuje m.in. w strukturach OUN, a jej aktywność jest hamowana przez niskie stężenie metamizolu i niektórych NLPZ, np. diklofenaku. Poza tym, że mają wpływ na cyklooksygenazy, NLPZ powodują także efekt hamowania czynnika jądrowego NF- κ B, regulującego proces transkrypcji genowych wszystkich pozapalnie działających cytokin. Efekt przeciwzapalny NLPZ jest związany również z aktywacją przez tę grupę leków układu lipoksyn (zwłaszcza lipoksyny A), które są endogennymi mediatorami przeciwzapalnymi. NLPZ mają zdolność hamowania ekspresji NOS (syntazy tlenu azotu), syntezy selektyn oraz wpływania na apoptozę komórek uczestniczących w progresji zapalenia. Niektóre NLPZ hamują przechodzenie leukocytów przez ścianę naczyń do miejsca zapalenia w tkankach (nimesulid, diklofenak, indometacyna, ketoprofen, meloksykam). Nimesulid ogranicza przyleganie neutrofilów do śródbłonka oraz produkcję wolnych rodników tlenowych, przez co hamuje obumieranie chondrocytów. Zmniejsza również wielokrotnie stężenie prostaglandyn w krwi miesięczkowej, dlatego jest szczególnie przydatny w leczeniu bólu miesięczkowego. Kwas acetylosalicylowy, ketoprofen i naproksen ograniczają wydzielanie elastazy przez neutrofile w miejscu zapalenia, a lornoksykam zmniejsza produkcję interleukiny 1,6 i TNF- α , a także silnie hamuje NOS. NLPZ mogą zwiększać uwalnianie β -endorfin (zwłaszcza ibuprofen). Mają też zdolność do modulacji nadrdzeniowych szlaków cholinergicznym (ketoprofen, deksketoprofen, ibuprofen).

Paradoksalnie NLPZ, leki obciążone wieloma działaniami niepożądanymi, są przez pacjentów postrzegane jako bezpieczne. Jednakże ryzyko powikłań, często groźnych dla życia, jest wysokie. Zwłaszcza ryzyko rozwoju niewydolności krążenia, niewydolności nerek i krwawienia z przewodu pokarmowego. NLPZ obniżają skuteczność działania wszystkich grup leków hipotensyjnych, pogłębiając jednocześnie ich efekt neurotoksyczny. Ich stosowanie łączne z aspiryną budzi wiele wątpliwości (antagonizowanie przeciwplatekowego działania aspiryny). NLPZ w skojarzeniu z aspiryną, glikokortykosteroidami (GKS) lub doustnymi dwufosfonianami zwiększają ryzyko owrzodzeń żołądka i dwunastnicy oraz krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku skojarzenia NLPZ z GKS najmniejsze ryzyko związane jest ze stosowaniem deksametazonu. Wynika to

przewlekłego analgetyczną WHO

cz. 1

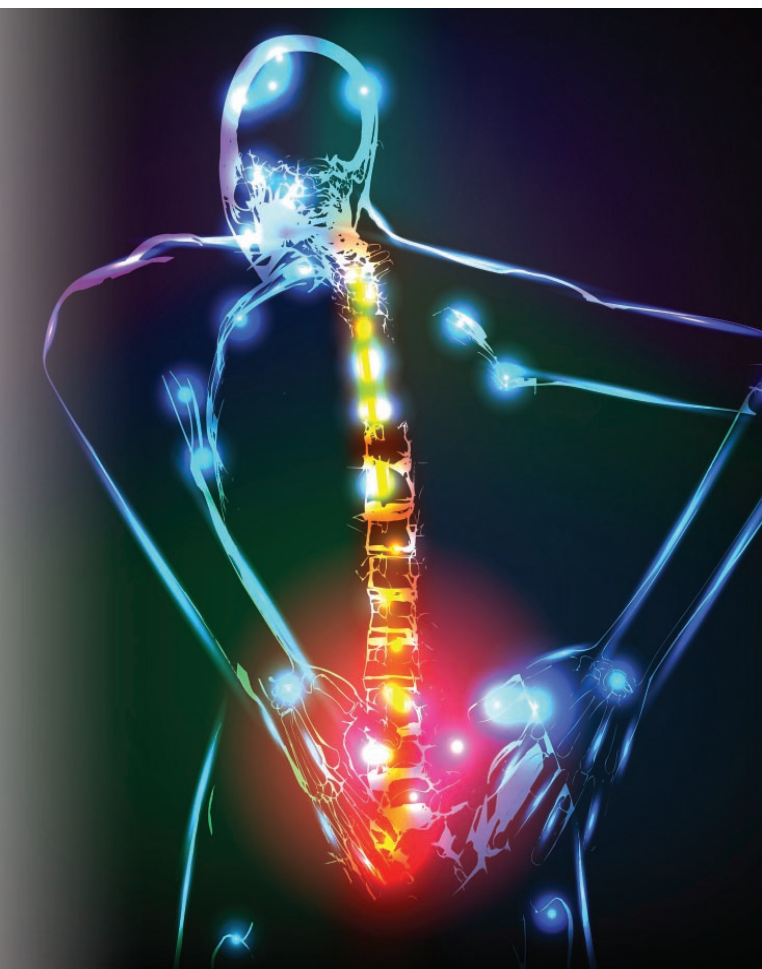
(proste leki
przeciwbólowe)

głównie z faktu, że lek ten nie ma aktywności mineralokortykoidowej. Zwiększone ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego opisywano również u pacjentów leczonych NLPZ w skojarzeniu z selektywnymi inhibitorami wychwyty zwrotnego serotoniny – SSRI (ang. *selective serotonin reuptake inhibitors*) oraz inhibitorami wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – SNRI (ang. *serotonin noradrenaline reuptake inhibitors*), które zmniejszają wychwyty zwrotny serotoniny przez płytki krwi, pogarszając ich zdolności zlepne. Ryzyko krwawień jest też wyższe u chorych przyjmujących preparaty heparyny, również drobnocząsteczkowe. Stosowanie NLPZ z doustnymi antykoagulantami zwiększa od 6 do 13 razy ryzyko wystąpienia krwawiącego wrzodu żołądka i dwunastnicy, szczególnie u pacjentów w wieku podeszłym i u pacjentów, u których wartość wskaźnika INR (ang. *international normalized ratio*) jest niestabilna. NLPZ mogą wpływać na farmakokinetykę doustnych antykoagulantów, m.in. przez ich wypieranie z połączeń z albuminami. Większość NLPZ charakteryzuje się wysokim stopniem wiązania z albuminami (97–99,5 proc.). Za NLPZ szczególnie niezalecany u chorych po udarze i po zawale mięśnia sercowego uznano popularny w Polsce diklofenak. Jego stosowanie u pacjentów po incydentach naczyniowych i u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia takiego incydentu powoduje zwiększone ryzyko ostrego udaru mózgu i zawału mięśnia sercowego.

NLPZ stanowią ważny element uśmierzania bólu w narządzie ruchu. Wszystkie struktury stawowe poza chrząstką są bogato unerwione, dlatego ból ten cechuje zwykle duże natężenie. Główną rolę w procesie powstawania obwodowego bólu zapalnego odgrywają prostaglandyny, dlatego NLPZ, których podstawowy mechanizm działania polega na blokowaniu ich syntezy, stanowią ważny składnik w leczeniu tego rodzaju bólu.

Stężenie, jakie uzyskuje NLPZ w surowicy krwi, wyznacza jego działanie przeciwbólowe, a stężenie leku w stawie wyznacza jego działanie przeciwzapalne.

Godne uwagi wydaje się, zwłaszcza w przypadku chorych w podeszłym wieku, miejscowe podawanie NLPZ, jako forma leczenia wspomagająca efekt przeciwbólowy, ewentualnie przeciwzapalny. Ich działanie wykorzystuje się zwłaszcza w ostrych bólach mięśniowo-szkieletowych. Stwierdzono, że penetracja leku przez skórę zależy od ilości i postaci leku. Liczne badania kliniczne dowiodły, że po podaniu NLPZ miejscowo na skórę stężenie leku w surowicy osiąga zaledwie 5–15 proc. wartości stężenia, które uzyskujemy po podaniu systemowym. Nie zmienia tego faktu wielokrotne podawanie. Penetrację leków można poprawić za pomocą ultradźwięków i jontoforezy. Koncentracja NLPZ po klasycznym podaniu przezskórnym jest w chrząstce stawowej



i łątkach 4–7 razy większa, a w pochewkach ścięgniętych i w kaletkach maziowych nawet kilkadziesiąt razy większa niż po podaniu NLPZ drogą doustną. W bólu zapalnym celowe wydaje się połączenie terapii miejscowej z NLPZ podanym drogą doustną. Połączenie obu dróg podania zapewni właściwe przenikanie leku do wszystkich struktur stawowych i zwiększy szansę zahamowania procesu zapalnego. Poza tym umożliwi redukcję dawki NLPZ stosowanego systemowo, co wpłynie na poprawę bezpieczeństwa terapii za pomocą tej grupy leków.

Paracetamol

Paracetamol należy do nieopioidowych leków przeciwbólowych o działaniu dodatkowym przeciwgorączkowym. Stosowany jest w uśmierzaniu bólu ostrego i przewlekłego o umiarkowanym natężeniu. Mechanizm działania paracetamolu nie jest do końca poznany, istnieją przekonujące dowody na jego silne działanie ośrodkowe. Prawdopodobnie jest inhibitorem części oksygenazowej cyklooksygenazy, co powoduje zahamowanie ośrodkowej produkcji probólowych prostanoidów. ▶

Nobel za „samozjadanie”



Ze względu na ogromny majątek i liczne podróże Wiktor Hugo nazywał go „najbogatszym wagabundą Europy”. Był autorem kilkuset wynalazków, w tym najbardziej wybuchowego, dzięki któremu zarobił miliony – dynamitu. Ufundowana przez niego nagroda jest marzeniem każdego naukowca i pisarza. Od śmierci Alfreda Nobla 120 lat temu zaszczytu otrzymania złotego medalu z jego wizerunkiem dostąpiły 874 osoby oraz 26 organizacji.

Zagadka: w jakiej rodzinie z polskimi korzeniami aż pięciu osobom przyznano tę najważniejszą naukową nagrodę? – *Dwie dla matki, jedna dla ojca, jedna dla siostry i szwagra oraz jedna dla męża. Tylko mnie się nie udało* – wspominała po latach z uśmiechem humanistka Eva Curie, córka Marii Skłodowskiej-Curie.

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymał

Japończyk **Yoshinori Ohsumi** za odkrycia dotyczące mechanizmów autofagii, czyli „samozjadania” (z języka greckiego: „auto” – „samo”, „phagein” – „jeść”). Dzięki wieloletniej, żmudnej pracy 71-letniego naukowca z Tokyo Institute of Technology wiemy dziś, jak nasze komórki pozbywają się „odpadów”, odzyskując przy tym materiał budulcowy i zdobywając energię niezbędną do przetrwania okresów głodu i stresu. To taki „kanibalizm wewnątrz-

komórkowy”, bez którego nie byłby możliwy również rozwój i różnicowanie się komórek od poziomu zarodka aż do stadium dojrzałego organizmu.

Czy ktokolwiek mógł wcześniej przypuszczać, że w dobie dynamicznego rozwoju takich dziedzin medycyny jak genetyka czy immunologia Nagrodę Nobla dostanie naukowiec prowadzący badania nad prostymi, jednokomórkowymi grzybami? Ale zacznijmy od początku.

▶ Aktywuje również opioidowy i serotonergiczny zstępujący układ kontroli bólu (zwiększenie uwalniania serotoniny, nie jak w przypadku leków przeciwdepresyjnych przez zahamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny). Blokuje neuronalną izoformę syntazy tlenu azotu i aktywuje układ kanabinoidowy przez działanie na receptory CB1. Lek dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego w jelicie cienkim i jest prawie całkowicie metabolizowany w wątrobie. Słabo wiąże się z albuminami osocza. Nie działa drażniąco na śluzówkę przewodu pokarmowego. Paracetamol jest lekiem względnie bezpiecznym dla chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Może być podawany łącznie z opioidami, ponieważ redukuje zapotrzebowanie na nie. Należy pamiętać, że dawka 4 g na dobę może być zbyt wysoka dla chorych z niską masą ciała, a także dla pacjentów, u których występuje zwiększone ryzyko działania hepatotoksycznego paracetamolu po zastosowaniu łącznym leku z induktorami enzymów CYP450 (rifampicyną, fenytoiną, karbamazepiną i barbituranami). Ryzyko powikłań toksycznych po zastosowaniu paracetamolu jest wyższe u chorych na nowotwór, AIDS, zapalenie wątroby typu C, marskość wątroby, niedożywionych i alkoholików. Nie można zapomnieć o znacznym ryzyku interakcji między paracetamolem i warfaryną, bo jej skutkiem bywa wzrost ryzyka krwawień, i niekorzystnej interakcji między paracetamolem i doustnymi lekami antykoncepcyjnymi (znaczące skrócenie okresu półtrwania paracetamolu).

Metamizol

W aktualnym piśmiennictwie metamizol poleca się do leczenia bólu ostrego. Dane uzyskane z badań na zwierzętach wskazują, że lek hamuje cyklooksygenazę (COX) zarówno w tkankach obwodowych, jak i w ośrodkowym układzie

nerwowym. Różni się od NLPZ i opioidów właściwościami spazmolitycznymi, które prawdopodobnie wynikają z bezpośredniego działania rozkurczającego mięśnie gładkie (zahamowanie wychwytu zwrotnego adenozyliny w OUN). Dzięki właściwościom spazmolitycznym metamizol jest bardzo skuteczny w uśmierzaniu bólu w kolce nerkowej i bólu pooperacyjnego po zabiegach w obrębie jamy brzusznej, operacjach ginekologicznych i urologicznych.

W przeciwieństwie do NLPZ stosowanie metamizolu wiąże się z małym ryzykiem powikłań żołądkowo-jelitowych, a metaanaliza autorstwa Andrade i wsp. pokazuje wyraźnie, że częstość występowania zgonów z powodu niedokrwistości aplastycznej spowodowanej metamizolem nie różni się od częstości występowania zgonów z powodu aplazji szpiku wywołanej podażą np. diklofenaku. Warto zauważyć, że dzisiaj inaczej podchodzimy także do kojarzenia metamizolu z innymi lekami przeciwbólowymi. Uzyskuje on synergizm działania przeciwbólowego z analgetykami opioidowymi, ale można go kojarzyć także z NLPZ oraz paracetamolem. Zmiana podejścia do łączenia metamizolu z NLPZ i paracetamolem jest związana z identyfikacją w 2012 r. nowych czynnych metabolitów metamizolu. Metabolity te mają działanie hamujące w stosunku do COX1 oraz COX2. Dodatkowo wykazują powinowactwo z receptorami kanabinoidowymi (CB1 oraz CB2), indukują analgezję na poziomie rdzenia kręgowego oraz mózgu, a także zwiększają aktywność zstępującego układu antynocycetywnego opioidowego i serotoninowego. Lek stosowany jest doustnie i pozajelitowo w dawkach do 5 g na dobę. ■

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.



Yoshinori Ohsumi przyszedł na świat 9 lutego 1945 r. w Fukuoka w Japonii. Jego ojciec był inżynierem, profesorem na uniwersytecie Kyushu, ale młodego Yoshinori bardziej niż technika fascynowały nauki przyrodnicze. Zaczął od studiowania chemii na uniwersytecie w Tokio. Potem była biologia molekularna i badania nad bakteriami *E. coli*, a także nad... sztucznym zapłodnieniem u myszy (na Uniwersytecie Rockefellera w USA). I tu pojawia się polski akcent. W czasie pobytu w Stanach Zjednoczonych Yoshinori Ohsumi dołączył do zespołu Mike'a Jazwinskigo, z którym prowadził badania nad duplikacją DNA w komórkach drożdży.

Po powrocie do Japonii już samodzielnie kontynuował obserwacje tych niezwykłych organizmów. W serwisie naukowym Polskiej Agencji Prasowej czytamy: „Na początku lat 90. XX w. pod mikroskopem optycznym zaobserwował, jak w zgłodniałych komórkach drożdży uruchamiane są mechanizmy pomagające przetrwać. Wykorzystywane są wtedy obumarłe lub uszkodzone elementy własnej struktury, bez których organizmy te mogą się obejść (ich strawienie pomaga przetrwać)”.

Fakt, że w komórkach może występować zjawisko „kanibalizmu”, a więc zjadania własnych części składowych

(np. uszkodzonych białek, a nawet całych organelli), naukowcy zaobserwowali już w latach 60. ubiegłego wieku. Jednak dopiero przełomowe doświadczenia, które na początku lat 90. XX w. Yoshinori Ohsumi przeprowadził właśnie na zwykłych drożdżach piekarskich, pozwoliły uchylić rąbka tajemnicy. Dzięki zaburzaniu procesu autofagii Japończykowi udało się poznać mechanizmy tego ważnego zjawiska oraz zidentyfikować geny, które odpowiadają za jego regulację. Później naukowiec udowodnił, że podobne procesy zachodzą także w naszych, ludzkich komórkach.

Jakie praktyczne znaczenie dla medycyny mają odkrycia dokonane przez Yoshinori Ohsumi? Wyjaśnia to prof. Magdalena M. Rost-Roszkowska z Katedry Histologii i Embriologii Zwierząt Uniwersytetu Śląskiego w wywiadzie udzielonym serwisowi „Nauka i Zdrowie”: „Autofagia jest procesem, w którym w komórce, przy udziale tzw. lizosomów, dochodzi do trawienia uszkodzonych lub degenerujących struktur komórkowych czy związków, takich jak białka. Uszkodzone fragmenty lub organelle mogą doprowadzić komórkę do śmierci. Jeśli zostaną unieszkodliwione – a więc strawione na drodze autofagii – komórki przeżyją i nie zostanie wywołany na przykład stan zapalny w narządzie czy tkance”. W niektórych sytuacjach autofagia może prowadzić do obumarcia komórki, „jeśli będzie zachodziła na tyle intensywnie, że uruchomiony zostanie automatycznie jeden z typów śmierci komórkowej (np. nekroza lub apoptoza)” – dodaje badaczka z Katowic.

Zaburzenie „samozjadania” może przyczynić się do rozwoju wielu groźnych schorzeń, np. choroby Alzheimera, choroby Parkinsona, cukrzyca typu 2 oraz chorób nowotworowych. Z drugiej strony odpowiednia ingerencja w ten proces może być wykorzystana jako skuteczny element terapii przeciwnowotworowych.

Dr Ewa Totoń z Katedry Chemii Klinicznej i Diagnostyki Molekularnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prowadzi badania nad regulacją autofagii w komórkach nowotworowych glejaka wielopostaciowego. Chodzi dokładniej o działanie kinazy białkowej C epsilon.

Ten należący do transferaz enzym, jako jedyne spośród 12 kinaz białkowych C, ma onkogenny charakter. – *Zaobserwowaliśmy, że modulacja ekspresji onkogennej kinazy białkowej C epsilon powoduje zahamowanie procesu autofagii. Jeśli w komórce nowotworowej zahamujemy ten proces, to nie otrzyma ona substancji odżywczych, co może zaburzyć jej dalszy rozwój* – wyjaśnia dr Totoń.

Inne badania dotyczące zjawiska „samozjadania” wewnątrzkomórkowego prowadzą naukowcy pracujący pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Gajewskiej ze Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Obiektem ich zainteresowania jest gruczoł piersiowy i jego przebudowa w okresie cyklu laktacyjnego.

Polskim autorytetem w dziedzinie badań nad autofagią (m.in. w przypadku raka piersi) jest prof. Tomasz Motyl, kierownik Katedry Nauk Fizjologicznych SGGW, autor wielu prac publikowanych na łamach takich czasopism naukowych jak „Apoptosis”, „Autophagy” czy „European Journal of Cell Biology”.

Na koniec wróćmy do skromnego biologa z Tokio. Wiadomość o przyznaniu Nagrody Nobla (poza prestiżem jest to kwota 8 mln koron szwedzkich, czyli około 850 tys. euro) zastała japońskiego badacza w laboratorium. Szczerze zaskoczony Yoshinori Ohsumi poradził młodym naukowcom, aby w wyborze kierunku swoich badań nie kierowali się wyłącznie popularnością danej dziedziny, licząc na wysoką liczbę cytowań.

O wytrwałości i pionierskim charakterze odkryć dokonanych przez tegorocznego laureata Nagrody Nobla świadczy fakt, że kiedy młody Japończyk zaczynał swoje badania nad autofagią, mógł przeczytać jedynie około 20 prac na ten temat. Obecnie jest już ich ponad 5 tys. W wywiadzie udzielonym „Nobel Media” Yoshinori Ohsumi przyznał jednak z uśmiechem, że „w tej dziedzinie wciąż jest więcej pytań niż odpowiedzi”. ■

Jarosław Kosiaty

W czasie pisania artykułu korzystałem z informacji zamieszczonych na oficjalnej stronie Nagrody Nobla (www.nobelprize.org) oraz w serwisie Polskiej Agencji Prasowej „Nauka i Zdrowie” (nauka.pap.com.pl).



Fot. licencja Artmedia Partners

Profilaktyka zakażeń w gabinecie stomatologicznym



Z dr hab. n. med. Martą Wróblewską,
kierownikiem Zakładu Mikrobiologii
Stomatologicznej WUM oraz Zakładu
Mikrobiologii SP CSK w Warszawie,
rozmawia Małgorzata Skarbek.

Jakie są najważniejsze zasady profilaktyki zakażeń?

Podstawowa czynność to higiena rąk, obejmująca ich mycie, suszenie i/lub dezynfekcję. Obecnie zaleca się jak najczęstszą dezynfekcję skóry rąk, gdyż zajmuje mniej czasu niż mycie, jest bardziej skuteczna, a jednocześnie mniej drażniąca dla skóry. Mycie rąk jest jednak konieczne w określonych sytuacjach, np. przed rozpoczęciem pracy w danym dniu i po jej zakończeniu, przed posiłkiem, po skorzystaniu z toalety, a także gdy mamy uczucie, że ręce są nieświeże lub zabrudzone. Mycie rąk jest też konieczne podczas kontaktu z pacjentem zakażonym lub skolonizowanym *Clostridium difficile*, gdyż środki do dezynfekcji rąk produkowane są na bazie alkoholu, a więc nie działają na przetrwalniki wytwarzane przez tę bakterię.

Po umyciu rąk należy je przed zdezynfekowaniem wysuszyć, by nie rozcieńczyć środka dezynfekcyjnego, który w niższym stężeniu może utracić właściwości biobójcze. Do tego celu trzeba stosować jednorazowe ręczniki papierowe, a nie suszarki do rąk.

Czasami w gabinetach są chusteczki do sprzętu nasączone preparatem dezynfekcyjnym, należy jednak pamiętać, że nie nadają się do dezynfekcji skóry rąk.

Mycie i/lub dezynfekcję rąk należy wykonywać według znanego powszechnie schematu, ze zwróceniem uwagi na przestrzenie międzypalcowe, okolice paznokci i kciuki. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca pięć punktów, zgodnie z którymi powinny być wykonywane procedury higieny rąk: przed i po kontakcie z pacjentem, przed wykonaniem

procedury wymagającej aseptyki, po kontakcie z wydzielinami pacjenta i z powierzchniami, z którymi pacjent miał kontakt. Rękawiczki powinny być nałożone tuż przed badaniem pacjenta lub wykonaniem u niego zabiegu. Należy pamiętać, by po ich nałożeniu nie dotykać lampy, dokumentacji i innych przedmiotów, przed użyciem u pacjenta. Konieczne jest zwrócenie uwagi, że stosowanie rękawiczek nie zwalnia z obowiązku wykonania procedury higieny rąk po ich zdjęciu. Jak wcześniej wspomniałam, podczas pracy przy pacjencie lekarz dentysta powinien stosować także środki ochrony osobistej w postaci maseczki oraz okularów i/lub przyłbicy. Zabezpieczają one drogi oddechowe oraz błony śluzowe (w tym spojówki oka) pracownika przed drobnoustrojami szerzącymi się drogą oddechową i przed ekspozycją na krew, stanowiąc jednocześnie ochronę pacjenta przed drobnoustrojami pochodzącymi z dróg oddechowych pracownika.

Kontakt krwi ze zdrową skórą nie jest uważany za ekspozycję, jednak błony śluzowe oka (spojówki), jamy ustnej czy nosa nie stanowią bariery przeciw wirusom szerzącym się przez krew. Ryzyko zakażenia się w ten sposób jest dużo mniejsze niż wskutek zakażenia się, ale istnieje (w przypadku HVC – 0,09 proc.).

Profilaktyka zakażeń obejmuje również stosowanie przez pracowników gabinetu odpowiedniej odzieży ochronnej. Należy ją zmieniać codziennie na czystą, gdyż po całym dniu pracy ulega skażeniu drobnoustrojami. Jeżeli praktyka stomatologiczna znajduje się na terenie szpitala, lekarz dentysta i inny personel nie powinien wychodzić z gabinetu w fartuchu, zwłaszcza do stołówek, kawiarni czy do innych podobnych miejsc. Zapobieganie zakażeniom obejmuje nie tylko częstą zmianę używanego fartucha na czysty, lecz także noszenie ubrań z krótkim rękawem. Długi rękaw ułatwia bowiem kontakt z odzieżą pacjenta (szczególnie w praktyce stomatologicznej) i w ten sposób może dochodzić do przenoszenia się bakterii. W Anglii od prawie dziesięciu lat obowiązuje zasada „nic poniżej łokcia”, zgodnie z którą pracownik medyczny nie tylko powinien nosić ubranie z krótkim rękawem, lecz także zrezygnować z ozdób na dłoniach i nadgarstkach, takich jak pierścionki, bransoletki, a nawet zegarek. Udowodniono bowiem, że niemożliwa jest dezynfekcja rąk z biżuterią. Kobiety mające w pracy kontakt z pacjentami nie powinny nosić tipsów ani nawet lakierować paznokci, gdyż może to sprzyjać długotrwałej kolonizacji dłoni przez bakterie.

Wykazano niedawno, że nawet łańcuszek wielokrotnego użytku, którym jest przypinana jednorazowa serwetka chroniąca ubranie pacjenta podczas wizyty u stomatologa, może sprzyjać przenoszeniu się bakterii i innych drobnoustrojów, ze względu na trudność w przeprowadzeniu skutecznej dezynfekcji takiego przedmiotu o powierzchni z licznymi zagłębieniami.

Jak dezynfekować sprzęty i aparaturę?

Niezmiernie ważne jest przestrzeganie zasad dezynfekcji i/lub sterylizacji sprzętu medycznego. Ten, którym dotyka-

my tylko nienaruszonej skóry pacjenta, np. stetoskop, nie musi być sterylizowany, lecz jedynie dezynfekowany po każdym pacjencie. Z kolei sprzęt chirurgiczny, a także używany w zabiegach, w których może wystąpić przerwanie ciągłości tkanek, bezwzględnie musi być sterylny. Obecnie uważa się, że w opiece zdrowotnej najlepszą metodą sterylizacji jest autoklawowanie, o ile sprzęt może być poddany temu procesowi. Trzeba jednak sprawdzać skuteczność sterylizacji za pomocą różnych wskaźników. Pomiar czasu trwania cyklu, temperatury i ciśnienia w komorze autoklawu to tzw. wskaźniki fizyczne. Druga grupa to wskaźniki chemiczne, które zmieniają kolor, jeśli sterylizator działa prawidłowo. Kontrola prawidłowości procesu sterylizacji obejmuje również stosowanie wskaźników biologicznych, zawierających przetrwalniki bakterii.

Oczywiście należy stosować sprzęt jednorazowego użytku wszędzie tam, gdzie jest to możliwe (igły, strzykawki, także końcówki do ślinociągów są jednorazowe). Trzeba jednak zwrócić uwagę na termin przydatności do użycia jednorazowych igieł i strzykawek, gdyż podczas długotrwałego przechowywania w gabinecie mogą ulec przeterminowaniu. W 2013 r. ukazało się rozporządzenie ministra zdrowia, które zobowiązuje pracodawców do stosowania wszelkich dostępnych środków w celu eliminacji lub ograniczenia do minimum ryzyka narażenia pracownika opieki zdrowotnej na zranienia ostrymi narzędziami, m.in. przez ocenę ryzyka ekspozycji parenteralnej i zapewnienie ostrego sprzętu z mechanizmem chroniącym pracownika przed zranieniem. Obecnie dostępny jest tzw. bezpieczny ostry sprzęt medyczny, w którym ostrze po użyciu zostaje zasłonięte, co zapobiega zakażeniu się pracownika.

Rozporządzenie to zawiera też zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia (np. na zużytą igłę), potencjalnie skażone materiałem biologicznym, gdyż jest to związane z dużym ryzykiem zakażenia się, a więc ekspozycji parenteralnej na niebezpieczne drobnoustroje, szczególnie wirusy szerzące się przez krew. Niestety, jest to ciągle powszechna praktyka w gabinetach stomatologicznych (wielu lekarzy dentystów wkłada igłę do osłonki zanim przekaże ją asystentce) i w innych placówkach ochrony zdrowia. W raportach dotyczących parenteralnych ekspozycji pracowników medycznych zakażenia igłą podczas nakładania na nią osłonki ciągle stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zranień. Należy pamiętać, że wszystkie przypadki ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny muszą być zgłaszane zwierzchnikom, by jak najszybciej wdrożyć właściwe postępowanie.

Trzeba mieć świadomość, że drobnoustroje mogą być również obecne na powierzchniach w tzw. strefie pacjenta (unitu stomatologicznego, fotela dentystycznego, stolików, klamek, uchwytów) – w miejscach, z którymi pacjent ma kontakt. W dużo mniejszym stopniu dotyczy to innych powierzchni (umywalek, podłogi, ścian), choć ze względu na specyfikę praktyki dentystycznej i stosowanie szybkoobrotowego sprzętu istnieje ryzyko skażenia także bardziej odległych powierzchni.

Trzeba mieć świadomość, że drobnoustroje mogą być również obecne na powierzchniach w tzw. strefie pacjenta (unitu stomatologicznego, fotela dentystycznego, stolików, klamek, uchwytów) – w miejscach, z którymi pacjent ma kontakt. W dużo mniejszym stopniu dotyczy to innych powierzchni (umywalek, podłogi, ścian), choć ze względu na specyfikę praktyki dentystycznej i stosowanie szybkoobrotowego sprzętu istnieje ryzyko skażenia także bardziej odległych powierzchni.

” W raportach dotyczących parenteralnych ekspozycji pracowników medycznych zakażenia igłą podczas nakładania na nią osłonki ciągle stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zranień.

Czy w stomatologii obowiązują szczególne zasady utylizacji odpadów?

Lekarzy dentyków, podobnie jak innych lekarzy prowadzących praktykę lekarską, obowiązują przepisy prawne dotyczące postępowania z odpadami, w tym z odpadami medycznymi. Zgodnie z nimi odpady potencjalnie skażone trzeba usuwać do odpowiednio oznakowanych worków (lub pojemników) jednorazowego użytku koloru czerwonego, a następnie przekazywać do miejsca utylizacji tego typu odpadów. Z kolei odpadów komunalnych nie należy wrzucać do czerwonych worków (pojemników), gdyż to znacznie podnosi koszty ich utylizacji. Aktualizowane rozporządzenia ministra zdrowia szczegółowo określają zasady znakowania i częstotliwość usuwania tych potencjalnie niebezpiecznych odpadów.

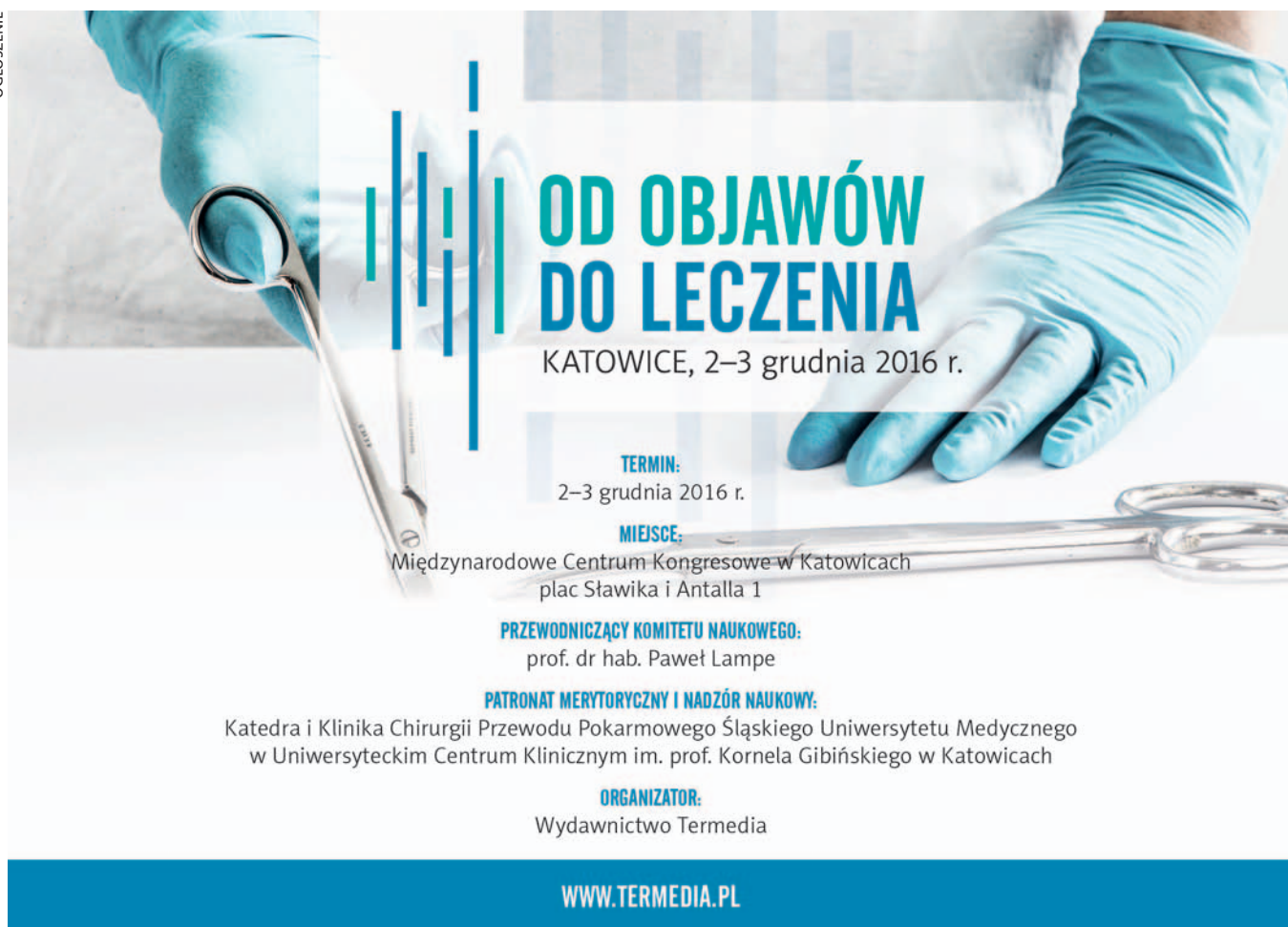
Wydawałoby się, że wszystkie przytoczone zasady są znane i oczywiste, a ich stosowanie dość proste. Aż dziwne, że trzeba je powtarzać.

Rzecz jasna wspomniane wcześniej zasady są znane pracownikom medycznym, jednak w codziennej praktyce należy dołożyć wszelkich starań, by były ściśle przestrzegane, mimo natłoku obowiązków. Prowadzone okresowo kontrole wykazują, że zdarzają się nieprawidłowości. Z danych opartych na badaniach ankietowych opublikowanych w 2012 r. wynika, że we wszystkich (43) praktykach stomatologicznych objętych analizą (na terenie całej Polski) stosowano sterylizację przy użyciu autoklawów, ale w wielu placówkach stwierdzono nieprawidłowości, np. brak kontroli procesów sterylizacji

(tylko około 10 proc. dentyków stosowało odpowiednie wskaźniki chemiczne, a 50 proc. nie przeprowadzało kontroli biologicznej) oraz niewłaściwe postępowanie z końcówkami stomatologicznymi (prawie 60 proc. stomatologów nie sterylizowało ich, lecz jedynie poddawało dezynfekcji polegającej na przecieraniu ich chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekcyjnym). Autorzy publikacji wskazują konieczność pogłębienia wiedzy polskich stomatologów na temat zasad dekontaminacji sprzętu, kwalifikacji narzędzi do właściwego cyklu sterylizacji oraz prawidłowości prowadzenia dokumentacji tych procesów. Miejmy nadzieję, że te wskaźniki poprawiły się w ostatnich latach.

W literaturze naukowej istnieją też doniesienia z innych krajów wskazujące błędy w zakresie zapobiegania zakażeniom w praktyce stomatologicznej, m.in. nieprawidłowości w wykonywaniu procedur higieny rąk, niezmiennianie rękawiczek przed rozpoczęciem leczenia kolejnego pacjenta, niestosowanie przez personel gabinetu dentykologicznego środków ochrony osobistej (maseczek, osłony oczu i twarzy) tak ważnych w praktyce stomatologicznej.

Na zakończenie chciałabym pokreślić konieczność ścisłego przestrzegania zasad kontroli zakażeń w praktyce dentykologicznej, gdyż – ze względu na jej specyfikę – istnieje duże ryzyko szerzenia się drobnoustrojów różnymi drogami podczas badania lub leczenia pacjenta przez stomatologa. Należy pamiętać, że jest to interakcja dwustronna: pacjent – pracownik oraz pracownik – pacjent. ■



OD OBJAWÓW DO LECZENIA
KATOWICE, 2–3 grudnia 2016 r.

TERMIN:
2–3 grudnia 2016 r.

MIEJSCE:
Międzynarodowe Centrum Kongresowe w Katowicach
plac Sławika i Antalla 1

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:
prof. dr hab. Paweł Lampe

PATRONAT MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY:
Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. Kornela Gibińskiego w Katowicach

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL

XX-lecie Regionu Mazowieckiego OZZL

Region Warszawski OZZL powstał w styczniu 1996 r. z kilkunastu oddziałów terenowych rozproszonych w dawnych województwach: płockim, radomskim, ostrołęckim, siedleckim, mławskim oraz warszawskim. Już w 1997 r. związkowcy przyłączyli się do organizowania akcji strajkowych, które poskutkowały wzrostem płac i wynagrodzeń za dyżury sobotnie i świąteczne (100 proc.). Następny zryw strajkowy miał miejsce dziesięć lat później (w latach 2005–2007) i zaowocował znacznym zwiększeniem płac (przeciętnie dwukrotnym). W tym okresie w Regionie Mazowieckim OZZL (przemianowanym w 1999 r. zgodnie z reformą administracyjną kraju) liczba związkowców była najwyższa (ponad 2500).

Jubileuszowy zjazd odbył się 30.09–2.10.2016 r. w pięknym pałacu Radziejowskich i hotelu Afrodyta. Piątkowy bankiet uświetnił swoim występem Jerzy Kryszak.

Sobotnią uroczystą akademią rozpoczął występ pianisty Dominika Stępińskiego, a po wspomnieniach z 20 lat funkcjonowania RM OZZL odbył się koncert pieśni wykonanych przez naszą koleżankę z Instytutu Matki i Dziecka – dr Annę Kutkowską-Każmierczak. ■

Maria Balcerzak
przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL



Fot. J. Wróbel

Paragona jest europejskim liderem w dziedzinie rozwiązań kadrowych w sektorze medycznym.

paragona™

REKRUTACJA LEKARZY RODZINNYCH DO WIELKIEJ BRYTANII!

Z nami nie musisz zdawać IELTS ani rejestrować się w Induction & Refresher Scheme!

Oferujemy:

- bezpłatny, intensywny kurs języka angielskiego obejmujący naukę angielskiego medycznego
- kompleksowy program wdrożeniowy, w czasie którego otrzymasz pełne wynagrodzenie
- bardzo atrakcyjne wynagrodzenie (70 000–90 000 £ rocznie!)

info@paragona.com
+48 22 653 66 80
+48 795 546 610
www.paragona.com

Prowadzimy także rekrutację lekarzy rodzinnych do Szwecji.

* Wyniki referendum w sprawie członkostwa w UE nie zmieniły sytuacji lekarzy z krajów UE w Wielkiej Brytanii i Paragona zapewnia, iż nasz klient zatrudnia lekarzy na dotychczasowych warunkach.



OGŁOSZENIE



Fot. R. Natorski

Placówka ze stuletnią tradycją

Mija 100 lat od utworzenia w Kozienicach pierwszego szpitala. Tradycje tamtej placówki kontynuuje dziś Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, który boryka się z licznymi problemami finansowymi, ale wciąż stara się zapewnić pacjentom jak najlepszą opiekę.

5 listopada 1916 r. uroczyście otwarto Szpital Miejski im. Jana III Sobieskiego. W pierwszych miesiącach opiekę nad chorymi sprawowały sprowadzone z Galicji zakonnice ze Zgromadzenia Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu, zwane potocznie nazaretankami, później zastąpiły je józefitki, czyli grupa kobiet ze Zgromadzenia Sióstr Świętego Józefa.

Warunki pracy miały bardzo trudne, ponieważ lecznica składała się wówczas tylko z ambulatorium, gdzie można było wykonywać proste zabiegi chirurgiczne, oraz czterech niewielkich salek mieszczących 20 łóżek.

W 1923 r. ordynatorem kozienskiego szpitala została dr Maria Godlewska. Dzięki jej staraniom placówkę przeniesiono do znacznie większej siedziby, na potrzeby której zaadaptowano pomieszczenia gospodarcze, wybudowane niegdyś dla żołnierzy armii carskiej.

Lecznica mieściła się tam aż do 1981 r., gdy nastąpiło otwarcie nowo wybudowanego szpitala z 309 łózkami i sześcioma oddziałami.

Po 1989 r. placówka przechodziła liczne zmiany organizacyjne. Obecnie jest to Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, w ramach którego funkcjonuje 13 oddziałów: anesteziologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczy, neonatologiczny, neurologiczny, otolaryngologiczny, pediatryczny, urazowo-ortopedyczny, urologiczny, wewnętrzny z pododdziałem kardiologii, zakaźny, szpitalny oddział raka oraz utworzony w 2000 r. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy z 28 łózkami dla pacjentów wymagających opieki długoterminowej.

W poszukiwaniu oszczędności

Dług lecznicy sięga już 40 mln zł, a w pierwszym półroczu 2016 placówka zanotowała około 3,5 mln zł straty spowodowanej przede wszystkim dużymi nadwykonaniami i rosnącymi kosztami amortyzacji.

– *Od dawna wiadomo, że kontrakty szpitala są za niskie, aby pokryć koszty. Musimy poczekać, co przyniosą zmiany systemowe zapowiedziane przez rząd. Nasza lecznica trafi do drugiej grupy szpitali, tych ponadregionalnych, co powinno poprawić jej status. Kiedy poznamy konkrety, rozpoczniemy działania i bardzo możliwe, że konieczna będzie restrukturyzacja* – tłumaczył podczas niedawnej sesji Rady Powiatu Jarosław Pawlik, dyrektor SPZZOZ w Kozienicach.

Władze szpitala rozpaczliwie szukają oszczędności, m.in. ograniczając liczbę etatowych pracowników. W tym celu utworzono centralną rejestrację, zlikwidowano centralę telefoniczną, a kierowców karetek zastąpiono osobami, które jednocześnie są uprawnione do wykonywania zadań ratowniczych.

Lecznica boryka się też z dużymi problemami kadrowymi. Braki personelu medycznego zgłaszają kierownicy oddziałów wewnętrznego i pediatrycznego, a także SOR. Pozyskanie lekarzy będzie jednak bardzo trudne, bo w ciągu ostatnich ośmiu lat przeciętne wynagrodzenie w kozienskiej placówce wzrosło o... 1 proc. (w całej Polsce o ponad 32 proc.).

Urologia po warszawsku

Niedawno kozienska Rada Miejska zgodziła się przekazać placówce z budżetu gminy 400 tys. zł na remont kilku oddziałów oraz zakup urządzeń.

Ciekawy eksperyment prowadzony jest na oddziale urologicznym, od blisko roku w gestii warszawskiego Szpitala Mazovia, który wygrał konkurs ogłoszony przez kierownictwo lecznicy w Kozienicach. Dzięki temu wykonywane są tutaj unikalne w skali kraju laparoskopowe operacje pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, np. usunięcie pęcherza moczowego razem z prostatą czy uformowanie sztucznego pęcherza z jelita. Leczy się również osoby z kamicą moczową oraz cierpiące z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu. ■

Rafał Natorski



DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom,
ul. Rwańska 16,
tel.: 48-331-36-62,



Przewodniczący **Julian Wróbel**
e-mail: julian@wp.eu
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

Leczenie SM – umiarkowane zmiany na lepsze

Polscy pacjenci ze stwardnieniem rozsiannym (*sclerosis multiplex*) doczekali się nowoczesnego leczenia w pierwszej linii. 1 lipca 2016 r. do wykazu leków refundowanych trafiły dwa nowe leki, doustny i do iniekcji podskórnej. Niestety, ich stosowanie rozwiąże tylko jeden z licznych problemów chorych na SM – uważa prof. Przemysław Nowacki, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Nasz kraj ma jedną z największych populacji cierpiących na tę chorobę w Europie. Spośród około 40 tys. chorych leczy się zaledwie 22 proc. Jest pewien postęp, ponieważ stosunkowo niedawno leczyło się 13 proc. Jedną z barier w podjęciu terapii jest niedobór neurologów, w tym lekarzy specjalizujących się w rozpoznawaniu SM w badaniu MRI. Średni czas kwalifikacji do programu lekowego wynosi 12 miesięcy, ale w niektórych województwach czeka się nawet dwa lata. – *Nie wszyscy chorzy są kwalifikowani do programów lekowych. Leki refundowane I linii stosuje się u 9 tys. pacjentów, II linii – u 884 pacjentów. Są także trudności ze*

zmianą rodzaju terapii w przypadkach nieefektywnego leczenia – podkreśla prof. Nowacki. – Przesunięcie z I do II linii ograniczają przepisy NFZ.

Mimo dużego arsenału leków często stosuje się terapie, które nie są optymalne. Nowe metody leczenia są przeznaczone dla pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią SM (około 80 proc. chorych) i otwierają kolejną erę terapii w I linii. Poprawi się efektywność leczenia, a dla pacjentów to szansa na życie bez objawów choroby i bez postępów niepełnosprawności.

Ważna w tej chorobie jest rehabilitacja, a właśnie ona stanowi piętę achillesową naszego systemu opieki zdrowotnej. Mamy najniższy wskaźnik rehabilitacji pacjentów z SM w Europie. Świadczenia ZUS dla osób z SM w 2012 r. wyniosły 256 mln zł, z czego 231 mln zł przeznaczono na renty z tytułu niezdolności do pracy. W tym samym okresie ZUS na świadczenia rehabilitacyjne wyasygnował tylko 250 tys. zł. Na rehabilitację czeka się długo, jeden z oddziałów NFZ przystał osobie chorej kwalifikację do rehabilitacji na rok 2027! ■ mkr



Podziękowanie

Bardzo serdecznie dziękuję dr. hab. n. med. Jarosławowi Andryhowskiemu i dr. Rafałowi Mikuskowi za opiekę i leczenie.

Senior lek. dentysta Ryszard Łopuch

POWIERZCHNIA DO WYNAJĘCIA/SPRZEDAŻY

PRZYCHODNIA
GABINETY LEKARSKIE
LOKAL USŁUGOWO-HANDLOWY
329 m²

ul. Borowska 242 we Wrocławiu
(naprzeciwko Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego we Wrocławiu)
kontakt: 71/356 40 20, 605 959 459



- dogodny dojazd, ok. 4 km na południe od centrum miasta
- bardzo dobra lokalizacja na przychodnię, gabinety lekarskie
- lokal przystosowany do poruszania się osób niepełnosprawnych
- lokal wyposażony pod przychodnię lekarską, przystosowany dla potrzeb usług medycznych lecznictwa otwartego
- wykończenie materiałami wysokiej jakości oraz wyposażenie we wszelkie instalacje oraz urządzenia niezbędne do prowadzenia ww. działalności, w tym klimatyzację, wentylację, monitoring i kamery, instalację komputerową i serwer, komplet mebli
- **pozytywna opinia PPIS we Wrocławiu stwierdzająca spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych dla potrzeb prowadzenia działalności medycznej**

Z dr. n. med.
Bohdanem Woronowiczem,
 pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy
 i lekarzy dentystów w OIL w Warszawie,
 rozmawia Anetta Chęcińska.

**Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się ze stresem.
 Jak wpływa on na pracę?**

Wśród 100 najbardziej stresogennych zawodów w Polsce lekarze znajdują się na miejscu dziewiątym. Doświadczają nie tylko „typowych” stresów wynikających z obciążenia obowiązkami, warunkami pracy czy relacjami interpersonalnymi. Narażeni są na działanie specyficznych stresorów związanych z długotrwałą relacją z przewlekle chorymi, skutkującą przejściem odpowiedzialności za stan zdrowia i funkcjonowanie pacjenta, a także ze schorzeniami, które mają charakter postępujący, są nieuleczalne i prowadzą do śmierci. Lekarze, będąc jedną z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych, są w dodatku świadomi skutków stresu, który powoduje poważne problemy zdrowotne, w tym obniżenie sprawności fizycznej i intelektualnej. Zaangażowanie emocjonalne w relację z pacjentem w sposób szczególny wiąże się z ryzykiem tzw. wypalenia zawodowego, czyli wystąpienia

i stresujące, które wymieniają polscy lekarze, nie odbiegają od zgłaszanych przez amerykańskich kolegów. Jest jednak dość istotna różnica. W naszym badaniu na drugim miejscu wśród źródeł stresu, tuż za „nadmiernym obciążeniem biurokratycznym i administracyjnym” (78 proc. respondentów), był brak satysfakcjonującego wynagrodzenia w stosunku do nakładu pracy (73 proc. respondentów). To daje do myślenia i warto o tym mówić w okresie „dobrej zmiany”. Zbyt duże obciążenie pracą sygnalizowało 71 proc. respondentów, a 66 proc. – brak czasu na rozwijanie zainteresowań. Problemy dotyczące komunikacji i relacji z pacjentem (m.in. agresja ze strony pacjenta lub jego rodziny, manipulacja, nierealistyczne oczekiwania) znalazły się na dalszych pozycjach, a przyczyn wypalenia zawodowego jest oczywiście znacznie więcej.

Lekarze jakich specjalności są najbardziej narażeni na stres?

Z badań Peckhama (2015) wynika, że ofiarami wypalenia zawodowego, które jest rezultatem pracy w warunkach przewlekłego stresu, są najczęściej lekarze pracujący na OIOM-ach, oddziałach ratunkowych, lekarze rodzinni, lekarze chorób wewnętrz-

Stres lekarzy

objawów „zespołu wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” – jak to określiła amerykańska psycholog Christina Maslach. Z kolei Europejskie Forum Stowarzyszeń Medycznych WHO definiuje wypalenie zawodowe jako zespół wyczerpania energii emocjonalnej, fizycznej i poznawczej przejawiający się zmęczeniem emocjonalnym i fizycznym oraz brakiem efektywności.

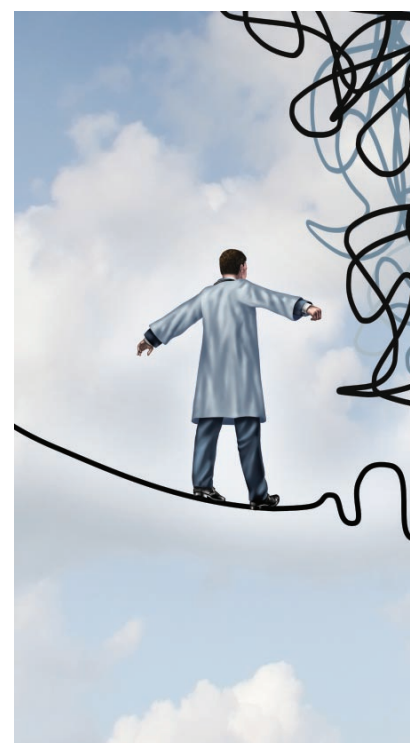
Jakie są wyniki skierowanej do lekarzy ankiety dotyczącej szczególnie trudnych i stresogennych sytuacji w ich codziennej praktyce?

Ankieta przygotowana z Grzegorzem Rajcą, psychologiem, który teraz opracowuje wyniki od strony statystycznej. Użyliśmy odpowiedzi od 474 respondentów. Kobiety stanowiły 2/3 badanych, średnia wieku wyniosła 38,3 roku, średni staż pracy – 12,3 roku. 44 proc. ankietowanych to lekarze specjaliści, 48 proc. – lekarze w trakcie specjalizacji. 95 proc. badanych miało codzienny kontakt z pacjentem. Wyniki amerykańskich badań z ostatnich lat wykazują, że największy wpływ na wypalenie zawodowe lekarzy ma nadmiar obowiązków zawodowych, a także obciążenie pracą administracyjną i biurokracją. W badaniu, które prowadziłem w ciągu minionych kilku miesięcy (ankieta była udostępniona na stronie internetowej naszej Izby), czynniki utrudniające pracę

nych i chirurdzy. Tam, gdzie bezpośrednio ratuje się życie, gdzie spotyka się przypadki trudne do leczenia, tam gdzie są częste zgony. Najmniej narażeni na wypalenie zawodowe według tych badań są dermatolodzy, psychiatry, patolodzy i okuliści. W naszych badaniach najczęściej doświadczeni stresujących (proporcjonalnie do liczby ich przedstawicieli wśród respondentów) zgłaszali specjaliści anestezyjologii i intensywnej terapii oraz chirurdzy, internści, położnicy i lekarze rodzinni.

Czy ze stresem łatwiej radzą sobie młodzi czy starsi lekarze? Co powinno być dla nich i dla otoczenia sygnałem ostrzegawczym?

Na podstawie przeprowadzonego badania mogę powiedzieć, że w naszych realiach podatność na stres częściej dotyczy młodych lekarzy, stażystów i w trakcie specjalizacji. Lekarze, którzy doświadczają przewlekłego stresu w pracy, skarżyli się na stany ciągłego zmęczenia, rozdrażnienie, utratę zadowolenia z wykonywanej pracy i spadek motywacji do niej. Pisali też o przenoszeniu się problemów zawodowych na życie rodzinne i trudnościach w pogodzeniu obu tych sfer życia.



A skutki?

Sytuacje stresogenne prowadzą do wspomnianego już tzw. wypalenia zawodowego, rzutują na jakość pracy i bezpieczeństwo pacjenta, co w zawodzie lekarza jest szczególnie obciążone ryzykiem, a także na życie osobiste i własne zdrowie. Objawy wypalenia zawodowego dotyczą sfery funkcjonowania fizycznego (ból głowy, zaburzenia snu, skoki ciśnienia itp.) i emocjonalnego (obniżenie nastroju, poczucie bezradności, zniechęcenie, brak wiary w możliwość zmiany trudnej sytuacji itp.) oraz sfery zachowań (opuszczanie pracy, spadek wydajności, konflikty z pacjentami, ze współpracownikami itp.). Jednym z niezwykle ryzykownych i niestety dosyć często spotykanych sposobów radzenia sobie ze stresem i z objawami wypalenia zawodowego jest korzystanie z „pomocy” substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, leki czy narkotyki, które przynoszą chwilową ulgę. Wykazują to zarówno badania zagraniczne, jak i te, które ostatnio my przeprowadziliśmy.



Graf. licencja Artmedia Partners

Z badań amerykańskich wynika, że wypalenie zawodowe może powodować także wystąpienie objawów PTSD, a nawet myśli samobójczych. Badania te potwierdzają, że liczba lekarzy mających objawy wypalenia zawodowego rośnie. W 2013 r. zgłaszało je 45 proc. kobiet i 37 proc. mężczyzn, a w 2015 – 51 proc. kobiet i 43 proc. mężczyzn. Inne badania wykazały, że 55 proc. lekarzy w Stanach Zjednoczonych stwierdziło u siebie objawy wypalenia. Nie wydaje mi się, żeby problem wśród polskich lekarzy był mniejszy. Nie zdziwiłbym się, gdyby okazało się, że jest nawet większy, bo np. opublikowane w 2006 r. polskie badania

dowodzą, że prawie połowa lekarzy uważa, iż nie radzi sobie ze stresem w pracy, z czego 1/5 przyznaje, że potrzebuje w tym względzie pomocy (Joško i wsp.).

Jak można pomóc lekarzom w radzeniu sobie ze stresem?

Nie ulega wątpliwości, że to poważny problem i konieczne jest podjęcie działań mających na celu nabycie umiejętności radzenia sobie ze stresem przez lekarzy. Konieczne jest to tym bardziej, że przeprowadzone jeszcze w latach 80. ubiegłego stulecia w szpitalach amerykańskich badania wykazały, iż dzięki programom antystresowym o około 50 proc. spadła liczba błędów lekarskich.

Kierując ankietę do lekarzy, chciałem dowiedzieć się, jak często i w jakich okolicznościach zawodowych doświadczają stresu. Zależało mi również na poznaniu opinii na temat propozycji wsparcia koleżanek i kolegów w radzeniu sobie z sytuacjami stresogennymi przez nasz samorząd. Aż 80 proc.

Grupa wsparcia psychologicznego



Wychodząc naprzeciw Państwa oczekiwaniom, informuję, że w Okręgowej Izbie Lekarskiej, przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Rejtana), są organizowane cyklicznie (w poniedziałki) nieodpłatne **spotkania grupy wsparcia psychologicznego dla lekarzy**. Uczestnictwo jest anonimowe. Serdecznie zapraszam wszystkich zainteresowanych.

Terminy spotkań grupy wsparcia:

listopad – 7.11.2016 i 21.11.2016,

grudzień – 5.12.2016 i 19.12.2016 r.,

w godz. 18.00–20.00.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt, tel.: 22-54-28-308, e-mail: m.rajca@oilwaw.org.pl.

Bohdan Woronowicz

pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków

badanych uznało, że jest to inicjatywa bardzo potrzebna. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, od września 2016 r. prowadzimy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie grupę wsparcia psychologicznego dla członków naszego samorządu (informacja powyżej).

Czy lekarze potrafią otwarcie mówić o swoich problemach związanych ze stresem i konsekwencjach takich stanów?

Niestety my, lekarze, mamy z tym problem. Prosić o pomoc w tak delikatnej sprawie nie jest łatwo, zwłaszcza kiedy dotyczy to osób zawodowo zajmujących się niesieniem pomocy innym. Dużo łatwiej radzić komuś w sprawach zdrowotnych, niż prosić o radę w sprawie swojego nie najlepszego samopoczucia. Pierwszy krok jest trudny, ale tym bardziej uważam, że kontakt z doświadczonym psychologiem, w miejscu przyjaznym i bezpiecznym, z zapewnieniem pełnej dyskrecji, może być pomocny w radzeniu sobie z długotrwałym stresem i jego skutkami, może zmniejszyć zagrożenie wypaleniem zawodowym. Skoro mamy świadomość, że problem stresu dotyka lekarzy coraz częściej, wspólnie musimy szukać sposobów przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom tego zjawiska i proponować działania zapewniające skuteczną pomoc. To kolejny temat dla „dobrej zmiany”, którą w tej kwestii powinien realizować zarówno resort, jak i samorząd lekarski. Nasz projekt dopiero ruszył, pierwsze spotkania za nami. Chciałbym, żeby tworząca się grupa wsparcia psychologicznego była zaworem bezpieczeństwa. Warto wiedzieć, że w razie potrzeby można go wykorzystać.

Musimy mieć świadomość, że nie jesteśmy w stanie wpływać bezpośrednio na natychmiastową poprawę sytuacji, w jakiej nam przyszło pracować, jednak zgodnie z sugestią rzymskiego cesarza i filozofa Marka Aureliusza możemy zmienić własną ocenę sytuacji i dzięki temu stać się spokojniejsi i mniej zestresowani. Temu celowi ma służyć grupa wsparcia.

Polecam przypisywaną Markowi Aureliuszowi „Modlitwę o pogodę ducha”, z której sam często korzystam:

*Boże użyż mi pogody ducha,
abym godził się z tym, czego nie mogę zmienić,
odwagi, abym zmieniał to, co mogę zmienić,
i mądrości, abym umiał odróżnić jedno od drugiego. ■*

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL

poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

Kasa

poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,

środa: od 9.00 do 17.00,

czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek: od 8.45 do 15.45,

środa: od 8.45 do 17.45

W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza dąży do najwyższej jakości w wypełnianiu zadań publicznych oraz do stworzenia warunków wpływających na profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentystów.

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji, dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przesyłać do nas e-mailem pod adresem: opinia@oilwaw.org.pl.

Prosimy o zawarcie w e-mailu informacji, jakiego obszaru działania Izby dotyczy opinia, uwaga, sugestia, skarga lub reklamacja oraz jakich działań naprawczych Państwo oczekują.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików. KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać. W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL. Kontakt: R. Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

15 października 2016 r. Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie reprezentowane było na Wielkiej Pokutnej Pielgrzymce na Jasną Górę. W niezwykłym spotkaniu Polaków wzięły udział przewodnicząca KLK A. Dziarczykowska-Kopeć oraz M. Piórkowska.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

www.izba-lekarska.pl; **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

Krajowe oferty pracy na 18.10.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 30	endokrynologia dziec. 3	medycyna ratunkowa 6	radiologia USG 2	stomatologia ortodon. 9
alergologia 1	gastroenterologia 8	medycyna rodzinna 35	radiol. USG internist. 1	stomatologia pedodon. 1
andrologia 1	genetyka kliniczna 1	nefrologia 5	rehabilitacja med. 3	stomatologia protetyka 1
anestezjologia 8	geriatria 1	neonatologia 3	reumatologia 3	urologia 5
anestezjologia dziec. 1	ginekologia i poł. 12	neurochirurgia dziec. 1	stomatologia 17	urologia dziecięca 1
chirurgia dziecięca 4	hematologia 2	neurologia 15	stomatologia chirurg. 2	USG 7
chirurgia naczyniowa 4	hematologia dziec. 1	neurologia dziecięca 4	stomatologia endodon. 1	USG ginekologiczne 1
chirurgia ogólna 10	kardiologia 5	okulistyka 11		
chirurgia onkolog. 1	kardiologia/hipertens. 1	ortopedia 8		
choroby płuc 3	kardiologia dziecięca 3	ortopedia dziecięca 1		
choroby wewn. 45	laryngologia 11	pediatria 27		
dermatologia 10	laryngologia dziec. 1	psychiatria 7		
diabetologia 4	medycyna paliatywna 1	psychiatria dziecięca 3		
endokrynologia 9	medycyna pracy 8	radiologia 7		

Kontakt: tel. 22-542-83-30
praca@oilwaw.org.pl

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



Opłacanie składek członkowskich
na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej
z 5 września 2014 r.
w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.
W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie
będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

**W przypadku pytań lub wątpliwości pomocą służy Sekcja Windykacji Składek
Biuro OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, parter, pok. 001
tel.: 22-54-28-338 lub 339, faks: 22-54-28-304, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl**

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

60 zł – podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentystów,

10 zł – kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentystów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”).

Lekarz lub lekarz dentysta, który przed 1 stycznia 2015 r. miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 zł, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentysta: 1) ukończył 75 lat, 2) został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej, 3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągnięcia przychodów.

Lekarz korzystający ze zwolnienia z opłacania składki ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową radę lekarską o osiągnięciu przychodów oraz traci prawo do zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód.

Druki stosownego oświadczenia i zawiadomienia są dostępne na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i w biurze Izby.

Lekarz, który przed 1.01.2015 r. uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Informujemy, że od 1 czerwca 2015 r. uległy zmianie numery Państwa indywidualnych rachunków bankowych do opłat składek członkowskich.

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

Prosimy o dokonywanie opłat składek na **nowe** indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:
<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>
lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie





24-godzinna opieka prawna
dla lekarzy i lekarzy dentyków
z Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie



Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, korzystają z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej kancelarii prawnej Lex Secure, która udostępnia członkom samorządu lekarskiego działającą całodobowo linię pod numerem tel. 501-538-539.

Oferta Lex Secure dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie to m.in.:

- nielimitowana liczba zapytań w trybie określonym zgodnie z Regulaminem Świadczenia Usług „Lex Secure Twoja Opieka Prawna” zamieszczonym na stronie internetowej www.opiekaprawna.pl,
- nieograniczony zakres prawny,
- gotowe szablony i wzory dokumentów prawnych w ramach systemu Bazy Wzorów Dokumentów Lex Secure,
- rozwiązanie problemu w 24 godziny; w przypadku pytań skomplikowanych termin ustalany jest indywidualnie.



24h Infolinia Prawna
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyków, członków OIL w Warszawie

- Warunki programu są zgodne z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Do zawarcia takiego ubezpieczenia zobowiązani są lekarze i lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową (tj. mający zarejestrowaną działalność gospodarczą).
- Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentystę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- Do programu mogą przystąpić również – **na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego** – lekarze i lekarze dentyści, którzy nie mają zarejestrowanej działalności gospodarczej, pracujący jako wolontariusze, zatrudnieni na umowie o pracę lub umowie-zleceniu.
- Udział w programie nie wyklucza zawarcia przez ubezpieczonego, we własnym zakresie, dodatkowego ubezpieczenia OC (tzw. **ubezpieczenia nadwyżkowego**). Otrzymuje on **25-proc.** zniżkę na to ubezpieczenie (w ramach programu PZU zorganizowanego przez APRIL Polska Medbroker).
- Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w programie otrzymują także dodatkowo, na podstawie wydanej karty klienta PZU, **20-proc.** zniżkę na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe, turystyczne.
- Organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek ubezpieczeniowych jest OIL w Warszawie.

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
www.izba-lekarska.pl,

a także u operatora programu
w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18;
Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,
tel. (+48) 508-504-318, 508-504-332,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com



XXIV Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji

14–16 września 2016 r. odbył się w Poznaniu XXIV Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji połączony z Walnym Zebraniem Wyborczym.

Podczas uroczystej sesji prowadzonej przez prof. Anitę Magowską – prezes PTHMiF oraz kierującą Katedrą i Zakładem Historii Nauk Medycznych, a zarazem organizatorkę zjazdu, wysłuchaliśmy wielu ciekawych wykładów, m.in.: prof. Stanisława Czekalskiego (UMP) – „Historia medycyny i klinika” i prof. Ryszarda Gryglewskiego (UJ) – „Kliniczny ogląd ciała od Boerhaavego do Louisa”. W kolejnej sesji, poświęconej muzealnictwu, prof. Edward Towpik (MHM WUM) wygłosił wykład pt. „Muzea medycyny w Polsce i w Europie”, a prof. Iwona Arabas (MFMW) – „30 lat Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej, oddział Muzeum Warszawy: historia i nowa odsłona”.

W kolejnym dniu podczas pierwszej sesji Krzysztof Królikowski z Sekcji Historycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przybliżył temat „Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie. 15 lat w służbie Warszawy i Polski” oraz zapoznał słuchaczy z prowadzonymi przez Sekcję Historyczną pracami związanymi z upamiętnieniem wieloletniego prezesa Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej prof. Władysława Szenajcha. Marta Piszczatowska natomiast przedstawiła dzieje Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.



Maria Ciesielska i Krzysztof Królikowski

Fot. archiwum PTHMiF

Sesję o historii opieki zdrowotnej prowadziła, wraz z prof. Jaromirem Jeszke, dr Maria Ciesielska – przewodnicząca Sekcji Historycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Podczas sesji poświęconej historii chorób infekcyjnych dr Ciesielska przedstawiła pracę „Czym był w wieku XX dur plamisty, nazywany potocznie tyfusem, i jak próbowano stworzyć skuteczne szczepionki przeciwko tej śmiertelnej chorobie”. Był to wykład odnoszący się do monografii autorki pt. „Tyfus – groźny zabójca i sprzymierzeniec” (2015 r.).

W ramach zjazdu odbyła się także sesja wyjazdowa w Muzeum w Koszutach, gdzie można było zapoznać się z dziejami dworku, a także wysłuchać wykładu prof. Iwony Arabas i koncertu fortepianowego Karoliny Bogusz, która zgrała utwory Chopina, Schumana i Debussy’ego.

Na zjeździe zmieniono nazwę Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji na Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych. W wyniku wyborów nową wiceprezes PTHNM została Maria Ciesielska.

Zjazd był okazją pokazania, jak ważnym ośrodkiem dla historii medycyny mogą być izby lekarskie. ■

Krzysztof Królikowski,
Sekcja Historyczna OIL w Warszawie

Zapraszamy na posiedzenia Sekcji Historycznej TLW

25.11.2016 r., piątek, godz. 11.30

„Życie i działalność prof. dr hab. med. Aliny Dobrzańskiej (zm. 23.07.2016 r.)”
– prof. Bohdan Dobrzański jr., red. Zofia Czernicka

16.12.2016 r., piątek, godz. 11.30

„Historia i znaczenie lecznictwa uzdrowiskowego” (100-lecie uzdrowiska w Ciechocinku)
– dr Ireneusz Lelwic, dr Waldemar Sójka

„Poradnik seniora” – promocja książki,
– prof. dr hab. med. Andrzej Kułakowski, fragmenty czyta Bibiana Mossakowska

Posiedzenia odbywają się w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego,
przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie.



O tych, którzy też się boją

Inspiracją do napisania tej książki były osobiste przeżycia związane z chorobą nowotworową bliskich osób dziennikarzy, Joanny Kryńskiej i Tomasza Marzec. Dlatego oboje rozmawiają z lekarzami o raku tak, jak robią to najczęściej pacjenci i ich rodziny. A na swoich rozmówców wybrali lekarzy doświadczonych, w dodatku – co jest wielką zaletą – nie według profesorskiego klucza, lecz z życiowym podejściem do chorych. Tacy specjaliści nieczęsto bywają zapraszani do studia telewizyjnego i z trudem namawia się ich do zwierzeń w wywiadach prasowych. Wykonują swoją mrówczą pracę, służąc pacjentom niemal na każde wezwanie, nie dbając o rozgłos ani medialną promocję. Pacjenci sami ich znajdują lub natrafiają na nich przypadkiem, dziwiąc się potem, że są w Polsce lekarze, którzy potrafią być przy chorym, pomagać, a kiedy trzeba wspólnie znosić trudny los. Takich jest wielu. Kryńska i Marzec wybrali ośmiu.

Nie jestem entuzjastą współczesnej mody na pisanie książek opartych na wywiadach przez wszystkich, którym wydaje się, że potrafią pisać. Dziennikarze telewizyjni to mimo wszystko nie literaci, którzy umieliby piórem czarować czytelnika i prowadzić w druku rozmowę tak, aby

pytania wciągały bez reszty. To, co dobrze wypada w kamerze, niekoniecznie sprawdza się w książce – ale to mój jedyny zarzut do wydawcy, który widać uznał, że kiedy autorami będą rozpoznawalni dziennikarze, reklama „zrobi się” sama. Tak naprawdę reklamą powinni być bohaterowie tych wywiadów – onkolodzy z Warszawy, Białegostoku i Poznania. Na jedno z pytań, czym się zajmują – ratowaniem życia, podtrzymywaniem złudzeń czy pomaganiem w odchodzeniu? – lekarka odpowiada: „*Chyba tym wszystkim naraz. Ale jak myślę o mojej pracy, to w pierwszej chwili przychodzi mi do głowy, że tak samo często zajmuję się biciem głową w mur*”.

Inna lekarka, przepytwana przez Kryńską i Marzec, musi odpowiedzieć na pytanie, czy onkolog może być pogodnym człowiekiem. „*To pewnie kwestia odporności psychicznej i podejścia do zawodu – tłumaczy. – Ale nie potrafię powiedzieć, czy jesteśmy pogodni. Znam onkologów, którzy są zupełnie inni, smutni. Z doświadczenia wiem, że oni nie zawsze sprawdzają się w tej specjalności. Miałam kiedyś koleżankę...*”. Nie zdradzę Państwu tej historii, warto bowiem sięgnąć po „Onkologów”, aby poznać ich życie, doświadczenia i spojrzenie na wiele spraw, które nabierają zupełnie innego wymiaru w perspektywie choroby nowotworowej, kiedy pacjent przychodzi w stresie i poszukuje u lekarza nadziei. Tę nadzieję wykrzesać nieraz trudno, choć na szczęście onkologia zmienia swoje oblicze, a wraz z nią zmieniają się onkolodzy.

Być może wielu specjalistów innych dziedzin medycyny uzna, że szczególne zainteresowanie dziennikarzy rakiem jest objawem medialnej choroby, przesadnej i zbyt rzewnej. Wszak w innych dyscyplinach, od radiologii po pediatrię, można znaleźć bezimiennych bohaterów nie mniej zaangażowanych w swoją pracę i oddanych pacjentom. No cóż, tak jak praw fizyki nie da się zmienić, tak nie zrzucimy z panteonu onkologów, dla których rak jest codziennością, ale wcale nie staje się przez to mniej oswojony. Szczere rozmowy z nimi mogą to zmienić i dlatego są tak wartościowe. ■

Paweł Walewski

OGŁOSZENIE

II KONFERENCJA
WYTYCZNE
w otorynolaryngologii
audiologii i foniatryi
pod patronatem
KONSULTANTA KRAJOWEGO
w dziedzinie otorynolaryngologii
9-11 MARCA 2017 roku
Zakopane

INSTYTUT FIZJOLOGII
I PATOLOGII SŁUCHU
www.otolaryngologia2017.pl



Fot. archiwum

Wyróżnienia w tekście

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Cz asem w tekście trzeba wyróżnić wyraz, wyrażenie, zdanie czy nawet dłuższy fragment. I to się czyni, ale jest kilka zasad, których trzeba przestrzegać.

Zasada pierwsza mówi, że najlepiej niczego nie wyróżniać, chyba że istnieje głębokie uzasadnienie takiego działania. Wyróżnienia psują wygląd tekstu i utrudniają czytanie. Szczególnie dokuczliwe są wtedy, kiedy autor nie jest pewien mocy budowanych zdań i stara się co chwila zaznaczać (akcentować) najważniejsze elementy treści.

Nieraz spotyka się nadmiar wyróżnień, bo autor usiłuje oszukać czytelnika. Widujemy to w rozmaitych umowach, na przykład bankowych. W takich tekstach pojawiają się fragmenty nieczytelne przez to, że są pisane na przykład wersalikami (literami wielkimi). W Internecie pisanie wielkimi literami jest uważane za „krzyk” albo przejaw złego wychowania. Nieco lepiej czyta się teksty pisane małą czcionką. Ludzie starsi, kierowani bolesnym doświadczeniem, coraz chętniej noszą z sobą lupę Fresnela, ale młodzi dają się nabierać i tekstów mikroskopijnych po prostu nie czytają. Na trzecim miejscu co do nieczytelności znajduje się kursywa. Uważa się, że nieczytelne stają się podane pismem pochyłym teksty, które są dłuższe niż 10 linijek na stronie w formacie A5 i 8 linijek na stronie B5.

Dруга zasada brzmi: w druku nie używa się podkreślania kreską.

Trzecia zasada mówi, że wolno wyróżniać tylko te fragmenty, które są krótkie (kilkuwyrazowe) i kiedy nie zakłóca to układu graficznego strony. Cytaty powinny być wyróżniane przez ujęcie cudzysłowami albo kursywą. Wybór sposobu należy raczej do redaktora dzieła lub operatora składu drukarskiego, a nie autora.

Czwarta zasada głosi, że w całej publikacji (też w serii książkowej, w danym tytule czasopisma itd.) wyróżnienia stosuje się konsekwentnie – od strony pierwszej do ostatniej.

Zasada piąta powiada, że w tekstach artystycznych (prozie, poezji) w ogóle nie używa się cyfr, skrótów ani wyróżnień, z wyjątkiem: wielkich liter na początku zdań i w nazwach własnych oraz cudzysłowów.

W książkach i artykułach naukowych występuje większy repertuar. Kursywą oznacza się niektóre mało znane wyrazy (np. obce), cytaty i tytuły cytowanych tekstów, nowe terminy albo wyrazy wymagające zaakcentowania w zdaniu. Pozostałe elementy ujmujemy w cudzysłowy, ale nigdy nie czynimy tego z utartymi związkami frazeologicznymi, bo one wyróżniania nie wymagają. Cudzysłów może być stosowany, jeśli wyrażenie jest użyte ironicznie.

Eleganckie rozstrzelanie liter (ale nie spacjami, tylko za pomocą mechanizmu rozciągania!) widuje się w tekstach humanistycznych. Środki agresywne, takie jak pismo półgrube, zmiana kroju czcionki czy podkład kolorowy (tzw. tintę) dopuszcza się tylko wyjątkowo. ■



Kładka Bernatka

Do mniej znanych, ale wyjątkowo urokliwych atrakcji Krakowa należy Kładka Bernatka łącząca modny dzisiaj Kazimierz z prawobrzeżnym Podgórzem. Dla niewtajemniczonych dodajmy, że Laetus Bernatek, od którego pochodzi nazwa, był morawskim zakonikiem osiadłym w Krakowie. Jako przeor zakonu bonifratrów wznosił w latach 1897–1906 nowy Szpital Konwentu Bonifratrów, funkcjonujący do dzisiaj. I jego imieniem nazwano, wybudowaną przed kilku laty (2010 r.), kładkę przez Wisłę dla pieszych i rowerzystów. Obok możemy podziwiać ekspozycję rzeźb przestrzennych (autorstwa Jerzego Kędziory – artysty z Częstochowy). Przedstawiają postacie fruujących istot, które jakby nie podlegają sile grawitacji.

Natomiast sile zdecydowanie materialnej podlega w świecie medycznym Krakowa uruchomienie pierwszych w Polsce prywatnych studiów medycznych w Akademii im. A.F. Modrzewskiego. Przyznany limit 100 miejsc na studia z wykładowym językiem polskim został wykorzystany przy konkurencji wynoszącej około trzech kandydatów na jedno miejsce. To nieźle, choć na studia w Collegium Medicum UJ konkurencja była parokrotnie wyższa. Gorzej poszła rekrutacja na studia z wykładowym językiem angielskim. Przyjęto około 30 osób (limit 100 miejsc), w dodatku zaledwie dwa nazwiska z listy przyjętych wydały mi się obco brzmiące. Pojawili się zatem Polacy od razu planujący swoje życie zawodowe zagranicą.

Koszt roku edukacji wyceniono na 40 tys. zł. To więcej (o jedną czwartą) niż płaci się za studia niestacjonarne na państwowych uczelniach medycznych.

Program nauczania, jak deklarują przedstawiciele Akademii im. A.F. Modrzewskiego, został oparty na wzorach modułowych kształcenia lekarzy w USA i Kanadzie. Są m.in. zajęcia z zakresu fizjologii, chemii, anatomii, histologii dotyczące rozwoju prenatalnego czy układu krążenia i oddychania. Egzaminowi wstępnemu towarzyszyła rozmowa kwalifikacyjna. Praktyka po I roku obejmuje zajęcia pielęgniarskie, m.in. w hospicjum.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego jest prof. Emil Gołkowski wywodzący się z Katedry Endokrynologii CM UJ. Z Collegium Medicum rekrutuje się też część kadry.

Na koniec szczegół personalny. Wieloletni członek Naczelnej Rady Lekarskiej, prezes krakowskiej Izby IV i V kadencji, dr Jerzy Friediger został dyrektorem Szpitala im. Stefana Żeromskiego w Nowej Hucie. Wyzwanie jest niebagatelne, ponieważ placówka ma ponad 60 mln zł długu. Ale przecież wciąż aktualne pozostaje wezwanie: „*Silniejszy jestem, cięższą podajcie mi zbroję*”. ■

Stefan Cieplý



Goniec Medyczny

Bezpłatnie

„Bezpłatna służba zdrowia” trzyma się mocno (w sercach i umysłach pacjentów oraz polityków). – W polskiej tradycji ugruntowała się bezpłatna służba zdrowia i będziemy konsekwentnie się tego trzymać – powiedział minister zdrowia Konstanty Radziwiłł w wywiadzie udzielonym serwisowi parlamentary.pl.

Wybitni lekarze równi wobec prawa

– Funkcjonariusze o godz. 6.00 wkroczyli do kilkunastu mieszkań lekarzy i dokonywali bardzo szczegółowych przeszukań, chciałbym prosić, aby takich sytuacji unikać – powiedział w Sejmie były minister zdrowia Marian Zembala. Minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro odpowiedział: – Wszyscy są równi wobec prawa.

Zwolnienia elektroniczne

Rząd chce zwiększyć liczbę e-zwolnień przekazywanych do ZUS. Jeśli tak się stanie, elektroniczne dokumenty z gabinetów trafią wprost na serwer ZUS. **Od 2018 r. wszystkie zwolnienia mają być wystawiane elektronicznie.**

Zamieszanie z dokumentacją

Resort zdrowia zamierza uporządkować kwestię wydawania kopii i oryginałów kart pacjenta oraz wyników badań. Ale projekt nowelizacji przepisów wymaga wielu poprawek. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że w nowych przepisach nie poruszono m.in. kwestii dostępu do materiałów, których nie da się wprost skopiować, np. zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy, preparatów histopatologicznych, próbek wydzielin czy wycisków stomatologicznych.

Kolejki dla pacjentów bez DiLO

Zdaniem ekspertów 1/3 pacjentów onkologicznych może nie posiadać tzw. zielonej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Zgodnie z najnowszymi danymi OnkoBarometru WHC, pacjenci bez karty DiLO ustawiani są w osobnych kolejkach i ich czas oczekiwania jest znacznie dłuższy (w skrajnych wypadkach nawet pięciokrotnie) niż pacjentów z kartą!

Pojedyncze procedury

Odstąpienie od finansowania pojedynczych procedur na rzecz ryczałtu obejmującego całość opieki przewiduje projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Utworzona ma zostać sieć szpitali, w ramach której placówki miałyby zagwarantowaną umowę z NFZ.

Problemy z receptami?

Lekarze i lekarze dentyści coraz częściej zgłaszają problemy z przejściem procedury aktualizacji danych w systemie numerowanych recept lekarskich (SNRL). Ten warunek muszą spełnić, by móc wystawiać recepty na leki refundowane po 1 stycznia 2017 r. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poprosił prezesa NFZ Andrzeja Jacynę o wyjaśnienie i zlikwidowanie przyczyn wadliwego funkcjonowania systemu SNRL.



Fot. archiwum

Wybory w USA

Paweł Kowal

Kiedy niniejszy tekst trafi do rąk czytelników, będzie już wiadomo, kto wygrał wybory prezydenckie w USA. Amerykanie zdecydowali: Clinton czy Trump. Jeśli Donalda Trumpa pogrążą nagrania sprzed 11 lat, uważane przez część wyborców za seksistowskie, prezydentem będzie Hillary Clinton. W większości stanów zwycięzca bierze wszystkie głosy elektorskie. Być może przeważą decyzje jedynie kilku tysięcy osób w kilku stanach: Karolinie Północnej, Ohio i na Florydzie. Ameryka wciąż jest najpotężniejszym państwem świata, dlatego tak ważne będą głosy grupy tzw. swingujących wyborców, którzy zapewnią większość wybranych przez nich elektorom także w skali całego kraju.

Kampania w USA pokazała, jaki poziom osiągnęły niektóre elementy demokracji. Rozpowszechnianie się treści żenująco niskich etycznie ułatwia uruchamianie wielkich fal populizmu. Kiedyś podmywały demokrację, odbierały politykom po kilka procent poparcia, dzisiaj są jak sztorm na oceanie. Manipulowanie społeczeństwami stało się dziecinnie proste. Podczas ostatniego referendum w Wielkiej Brytanii w sprawie Brexitu nawet BBC tylko relacjonowała stanowiska obu stron, ale nie sprawdzała podawanych przez polityków obliczeń, nie weryfikowała faktów. Do głosujących docierały niesprawdzone tezy i sfalszowane dane, na których podstawie musieli sobie wyrobić opinię na kluczowe dla losu ich kraju tematy. Jeśli działająca w sieci machina wzajemnie się napędzających populizmu i głupiej treści nie zostanie wyhamowana, to za kilka lat dojrzałe demokratyczne społeczeństwa będą stawiać już tylko na modelki i celebrytów, a dzisiejszym politykom pozostanie staranie się o posady ich doradców.

Niezależnie czy wygra Clinton, czy Trump, dla Ameryki będzie to prezydentura przejściowa. Kończy się okres, który jesienią 1980 r. zapoczątkował Ronald Reagan. Spełnił się jego sen o Ameryce, zrealizował swój wielki cel w polityce międzynarodowej, rozmontował ZSRR, dał Amerykanom poczucie imperialnej wielkości na miarę Imperium Rzymskiego czy wiktoriańskiej Anglii. Na naszych oczach mija ta epoka. Trudno uwierzyć, by Clinton lub Trump pozostali na drugą kadencję, ostatnia kampania była odpowiedzią na frustrację Amerykanów. Czasy się zmieniły, Amerykanie mają dosyć „płacenia za pokój” na całym świecie, wraca fala myślenia, by się od świata wyizolować, zażyć świętego spokoju. Trzeba się napatrzeć na Amerykę, którą znamy, bo za kilka lat może być nie do poznania. ■



Ze smutkiem i nadzieją

Janina Jankowska

Tyle nagromadziło się w ostatnich czasach wydarzeń, a wszystkie ważne lub boleśnie dotykające, dla mnie najmocniej – odejście Andrzeja Wajdy. Pożegnanie z polskim inteligentem, głęboko obecnym we współczesnej kulturze, a jednocześnie jakże bliskim wielkim romantykiem, bohaterem powieści Stefana Żeromskiego. Ubóstwianym również przez tych, którzy historię Polski woleliby zamknąć na klucz w pracowniach naukowych i archiwach. Taki paradoks. Dla mnie Andrzej Wajda, nawet w najtrudniejszych dla wolnego słowa czasach, był artystą przewodnikiem po polskiej historii. Jego filmy towarzyszyły mi przez całe dorosłe życie, od „Kanału”, „Popiołu i diamentu”, po „Katyń” i „Wałęsę”. Mógłby powiedzieć za Żeromskim: *„Byłem zawsze jak doboż, który biegnie bez tchu obok spracowanego szeregu, znany takt wybijając pałkami”*. Jego filmy obejmowały ciąg polskich losów, ale zawsze były autorskimi komentarzami do naszej historii. Z niektórymi nie zgadzałam się, ale zawsze inspirowały mnie w myśleniu o Polsce. To był twórca dźwigający misję. Mój Boże, to takie dziś niemodne słowo.

Oglądając ostatnią debatę kandydatów na prezydenta USA, przeraziłam się stopniem brutalizacji języka polityki, miejscami schodzącego do poziomu magla. I to gdzie? W jądrze demokracji naszego globu, gdzie ważą się losy świata. Nam jeszcze do tego daleko, myślę z ulgą. Tymczasem z Europy dochodzą kolejne informacje o aktywności młodych potomków najstarszej demokracji europejskiej, którzy po Brexicie postanowili oczyszczać Wyspy Brytyjskie z „obcych”, czyli Polaków i pewnie innych Słowian. Czasem ze skutkiem śmiertelnym. Wtedy władze polskie oburzają się i wysyłają do Anglii swoich ministrów. Wyniki tych podróży nie są znane opinii publicznej, bo jeśli nie ma afer, to dziennikarze nie interesują się dalej danym tematem.

Tymczasem ci sami ministrowie, podróżujący w obronie bitych w Anglii Polaków, często nie zauważają, że w naszej ojczyźnie dzieją się rzeczy podobne do tych, które mają miejsce w Europie. Jaki z tego wniosek? Nie jesteśmy ani gorsi, ani lepsi. Świat się brutalizuje. Nie jest temu winien Donald Tusk z ideą ciepłej wody w kranie ani Jarosław Kaczyński z niezagojoną raną po stracie brata. Donald Tusk przed porażką wyborczą umknął do Komisji Europejskiej, co uważam za dobrą dla Polski okoliczność (nie ze względu na jego nieobecność w kraju, ale na obecność we władzach UE, czego nie doceniamy należycie). Problem w tym, że Jarosław, mimo wygranej, osobistą ranę przenosi na poziom państwowy. Polityk z jednej strony wybitny, z drugiej nieustannie poszukujący wroga. Przez jednych uwielbiany, ale przez sporą część społeczeństwa zniechęcony.

Prawdą jest, że Jarosław Kaczyński ma koncept, zbudował swoją wizję silnej Polski w Europie. Jednocześnie nie wykazuje chęci, by o tym projekcie z kimkolwiek dyskutować. Ani z opozycją, ani wewnątrz własnego obozu. Realizację swojej wizji powierza posłusznym i często bardzo mierzonym. W tym gronie wybijają się jednostki ambitne, krzykliwe, niebudzące zaufania w społeczeństwie, a nawet w sporej jego części wywołujące reakcje alergiczne. Jak w każdym zespole są też ciężko pracujący, mało widoczni, to oni pchają ten wózek. I wreszcie pojawia się też postać nowa, z którą nie tylko Jarosław Kaczyński wiąże wielkie nadzieje – Mateusz Morawiecki. Nie będzie mu łatwo. Opozycja z góry rzuca się na każdy projekt rządu, by rozerwać go na strzępy, niezależnie od meritum. Nie ma miejsca na spokojną analizę projektów i skutków ich wejścia w życie. U naszych polityków liczy się najczęściej tylko interes ich partii. W tej smutnej sytuacji pojawiło się światło w tunelu. Budzi się społeczeństwo obywatelskie, które wkracza do gry tam, gdzie podejmowane są decyzje państwowe. Przykładem środowiska „pro life”, które przygotowały restrykcyjny projekt ustawy całkowicie zakazującej aborcji. Reakcją był „czarny poniedziałek”, czyli protest kobiet w obronie prawa do wolnego wyboru. I protestujące, jak w porządnym kraju demokratycznym, tę pierwszą bitwę wygrały. Dzięki nim premier Szydło przedstawiła pakiet ochrony dla kobiet w trudnych ciążach i dla wszystkich rodzin wychowujących dzieci specjalnej troski. Cieszymy się, że władza ustąpiła, że (niezależnie od motywów decyzji) uszanowała głos społeczeństwa. Dajmy jej teraz szansę. ■

Poszukiwani lekarze sądowi

Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu oraz Sąd Okręgowy w Warszawie poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie

do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

Poszukiwani biegli sądowi

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwracają się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Mazowiecki im. Błogosławionej dr Ewy Noiszewskiej

Zawiadamiamy, że 8 września 2016 r. odbyło się Walne Zebranie Mazowieckiego Oddziału KSLP, na którym dokonano wyboru nowych władz.

Prezesem oddziału został **prof. Bogdan Chazan**.

W skład zarządu weszli:

Marzena Koszańska – wiceprezes,

Maria Balcerzak – skarbnik,

Iwona Daniluk – sekretarz,

Maria Jakubiak – zarządzanie Środowiskiem Medycznym

Błogosławionej dr Ewy Noiszewskiej.

Serdecznie zapraszamy w każdą czwartą środę miesiąca do kościoła Niepokalanego Poczęcia NMP w Warszawie, przy ul. Przy Agorze 9.

23 listopada 2016 r. zapraszamy na spotkanie środowiska medycznego u diecezjalnego duszpasterza służby zdrowia ks. prof. Stanisława Warzeszaka.

Godz. 18.00 – msza św.

w Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP, Warszawa-Wrzeciono, ul. Przy Agorze 9,

godz. 19.00 – prelekcja prezesa oddziału KSLP prof. Bogdana Chazana:

„Miłosierdzie różni się od sprawiedliwości, a jednak jej się nie sprzeciwia”.

Grażyna Rybak, delegat KSLP Oddziału Mazowsze



W imieniu Fundacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej pragnę serdecznie podziękować wszystkim Darczyńcom, którzy ofiarowując 1 proc. swojego podatku, wsparli naszą działalność. Dzięki Państwu możemy realizować statutowe cele fundacji i przybliżyć się do urzeczywistnienia najważniejszego z nich – budowy domu seniora z kompleksową opieką długoterminową. Otrzymane wsparcie pomaga uwierzyć, że wspólnie możemy zmienić świat seniorów na lepszy i jaśniejszy.

Andrzej Surowiecki, prezes Fundacji „Pro Seniore”

Program Klubu Lekarza w Warszawie, ul. Raszyńska 54

16.11.2016 r. godz. 16.00 – „Madame Radzywińska” – recital Aldony Jacórzyńskiej.

21.11.2016 r. godz. 14.00 – Spotkanie Koła Lekarzy Emerytów OIL w Warszawie.

23.11.2016 r. godz. 16.00 – „Peru – największy koloryt indiański, najwspanialsze pozostałości architektury Inków”.

7.12.2016 r. godz. 16.00 – „Tajemniczy sojusznik” – projekcja filmu w reż. Piotra Fudakowskiego.

14.12.2016 r. godz. 16.00 – Koncert kolęd w wykonaniu chóru „Uśmiech” z Domu Kultury Śródmieście w Warszawie.

Spotkanie po latach

4 października 2016 r. w Klubie Lekarza w Warszawie spotkało się jedenaścioro byłych absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, którzy równo przed 70 laty podjęli studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego.

Wspominano trudne warunki nauki w owym czasie oraz dalsze losy koleżanek i kolegów, którzy w większości już odeszli na wieczny dyżur. Warto podkreślić, że spośród nieco ponad 300 absolwentów z 1951 r. tytuły profesorskie uzyskało 28.

Hanna Kumuniecka

NZOZ w Skierniewicach **zatrudni** stomatologa, chirurga, ortodontę.
Kontakt: tel. 606-943-737.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku: lekarz orzecznik ZUS lekarza specjalistę, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny pracy, medycyny rodzinnej, chirurgii, ortopedii, neurologii.
Tel.: 22-714-21-37.

Gabinet **zatrudni** ortodontę ze specjalizacją w ramach kontraktu NFZ.
Warszawa-Bemowo, tel.: 518-332-790.

Posłuchać, zobaczyć...

Piękny świat chińskiego uczonego

Wystawa w Muzeum Narodowym w Warszawie obrazuje bogate życie artystyczne i duchowe elity społecznej dawnych Chin. Przedstawia uczonego i urzędnika, człowieka doskonale wykształconego i wyróżniającego się wyrafinowanym gustem, który pełniąc często funkcje państwowe, był jednocześnie artystą i kolekcjonerem sztuki. Zarówno przez kontekst historyczno-filozoficzny, oparty na etyce konfucjańskiej, jak i aspekty życia codziennego, rozrywkę, spotkania towarzyskie zwiedzający poznają szeroki obszar twórczej aktywności chińskich erudytów. Prezentowane przedmioty, m.in. wyroby rzemiosła artystycznego, zwoje malarskie, odbitki graficzne, przykłady kaligrafii, pochodzą ze zbiorów Chińskiego Muzeum Narodowego w Pekinie. Wystawa czynna do 8 stycznia 2017 r.

www.mnw.art.pl

O Rzeczypospolitej w Łazienkach

„Czy mogła się uratować? Rzeczpospolita w XVIII wieku” to cykl wykładów o historii i trudnej sytuacji politycznej państwa polsko-litewskiego w przeddzień utraty suwerenności. Wybitni znawcy czasów Stanisława Augusta i XVIII-wiecznej historii przedstawiają zagadnienia związane z upadkiem I Rzeczypospolitej, jej słabości i ograniczenia, ale też próbują skłonić słuchaczy do spojrzenia na czasy i postawy nam współczesne przez pryzmat tamtego okresu. Wykłady odbywają się w Pałacu na Wyspie. Cykl potrwa do czerwca 2017 r. Najbliższe spotkania 16 listopada i 7 grudnia.

www.lazienki-krolewskie.pl



Fot. kb

100 na 100

Na Zamku Królewskim w Warszawie zaprezentowano 100 najcenniejszych dzieł sztuki ze zbiorów Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II: obrazy, rysunki, rzeźby, ceramikę oraz rękopisy i dokumenty. Wśród eksponatów są prace wybitnych polskich artystów, m.in. Jana Matejki, Józefa Chełmońskiego, Jacka i Rafała Malczewskich, Włodzimierza Tetmajera, a także twórców europejskich. Wystawa zapowiada obchody jubileuszu stulecia lubelskiej uczelni w 2018 r. Ekspozycja czynna do 30 grudnia.

www.zamek-krolewski.pl

ach



Goniec Medyczny

Interna a młodzi lekarze

Spada liczba chętnych do uzyskania specjalizacji z chorób wewnętrznych. Wcześniej po internie można było robić specjalizację np. z diabetologii. Obecnie jest to niemożliwe.

Ściągali na egzaminie

Niektórzy lekarze, używając urządzeń elektronicznych, ściągali w czasie Lekarskiego Egzaminu Końcowego. – *Jest mi wstyd za tych lekarzy. Proszę wszystkich przygotowujących się do egzaminu, by i podczas niego zachowywali się godnie* – powiedział Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Dziecko trojga rodziców

Pierwsze dziecko trojga rodziców przyszło na świat dzięki nowej metodzie wykorzystującej komórki jajowe dwóch kobiet – informuje „New Scientist”.

Leki w wodzie

Niemal 60 proc. dorosłych Amerykanów przyjmuje obecnie leki na receptę – od antydepresyjnych po obniżające poziom cholesterolu. Część jest rozkładana w organizmie, reszta zostaje wydalona i w ten sposób trafia do oczyszczalni ścieków, rzek i jezior – wynika z badań naukowców z University of Vermont.

Gen ULK4

Dotychczas kojarzony z nadciśnieniem tętniczym gen ULK4 ma związek z rozwojem schizofrenii, zaburzeń dwubiegunowych, depresji i autyzmu – wynika z badań opublikowanych w czasopiśmie naukowym „Scientific Reports”.

Ostrożnie z cynkiem

Spożywanie nadmiernej ilości cynku powoduje zmiany w mikrobiomie jelitowym i zwiększa ryzyko zakażenia *Clostridium difficile* – ostrzegają naukowcy na łamach pisma „Nature Medicine”.

Skandal we Francji

Leki na padaczkę, które zawierają walproinian sodu, mogły być powodem wad wrodzonych u 70 tys. płodów. Państwowa Agencja Bezpieczeństwa Leków we Francji w utajnionym przez rząd sprawozdaniu poinformowała, że tylko w latach 2007–2014, kiedy specjalistom znane już były negatywne skutki podawania walproinianu sodu kobietom w ciąży, leki z tą substancją przepisano ponad 10 tys. ciężarnych.

Lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny Esculapa

„Goniec Medyczny” jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie trzy razy w tygodniu pod blisko 100 tys. adresów poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych profesjonalistów medycznych – użytkowników portalu edukacyjnego Esculap (www.esculap.com). Dostęp do wszystkich materiałów i usług w Esculapie jest bezpłatny, przy pierwszej wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

e-mail: redakcja@esculap.pl

Bakłazan po grecku

Jesień na dobre się już rozgościła, w związku z tym proponuję dziś przepis na danie z warzywa, które zdobywa coraz większą rzeszę sympatyków, a niewątpliwie jest wspomnieniem lata. To bakłazan, czyli lśniące, ciemnofioletowe warzywo znane również pod nazwą oberżyna lub psianka podłużna. Do Europy zawędrował z muzułmanami z Azji. Przez długi czas uznawany był na naszym kontynencie za szkodliwy i wykorzystywano go jedynie jako roślinę ozdobną. Mniej znaną nazwą bakłazana jest „gruszka miłości”. Określenie to zawdzięcza afrodyzjakalnym właściwościom, za które ceniony jest w wielu krajach. Do atutów bakłazana, poza tym, że zawiera witaminy A i C, należy także obecność w jego skórce nasuniny. To związek o silnych właściwościach antyoksydacyjnych, który chroni błony komórkowe w mózgu przed wolnymi rodnikami, czyli ma działanie przeciwnowotworowe. Ze względu na zawartość toksycznej solaniny bakłazana nie należy spożywać na surowo. Jest warzywem niskokalorycznym, jednak podczas przygotowywania może wchłaniać dużo tłuszczu.

Składniki: ◆ 1 duży bakłazan (ok. 25 cm)
◆ 1 opakowanie sera typu feta ◆ 2 ząbki czosnku ◆ 5 łyżek dobrej oliwy z oliwek ◆ garść zielonych lub czarnych oliwek (wg upodobania) ◆ 1/2 łyżeczki granulowanego czosnku ◆ 2 szczypty soli ◆ kilkanaście listków świeżej bazylii ◆ gałązka rozmarynu

Wykonanie: Bakłazan przekroić na pół. Wyciąć miąższ, zostawiając warstwę około 2 cm, odłożyć do miseczki. Bakłazan naciąć w kratkę, tak by nie przeciąć skórki. Delikatnie oprószyć solą i granulowanym czosnkiem, natrzeć oliwą. Włożyć do piekarnika rozgrzanego do 180 st. C na 15–20 minut. Kontrolować podczas opiekania, czy już się „rozłożył”. Posiekać nieregularnie pozostały miąższ i połączyć z pokruszonym serem feta, zmiażdżonym czosnkiem, 2 łyżkami oliwy, posiekaną bazylią oraz pokrojonymi oliwkami. Wyłożyć tak przygotowany farsz na upieczone połówki bakłazana, posypać posiekanym rozmarynem i zapiekać przez 15 minut z ogrzewaniem włączonym na górę piekarnika albo z włączoną funkcją grillowania. Uwaga, miąższ bakłazana powinien stać się lekko przezroczysty. Podawać na ciepło, najlepiej z kieliszkiem schłodzonego białego wina. ■

Dariusz Hankiewicz



Fot. D. Hankiewicz

Autor jest specjalistą w dziedzinie otolaryngologii, członkiem NRL i ORL w Lublinie.



Fot. K. Stankiewicz

XII Zlot DoctorRiders

Tradycyjnie w ostatni weekend sierpnia lekarze motocykliści z całej Polski organizują zlot podsumowujący sezon. I tym razem przyjechalibyśmy do Stoku, do gościnnego hotelu Wodnik. Od kilku lat spotykamy się pod Bełchatowem, gdzie wielki przemysł i przyroda współistnieją harmonijnie, a możliwość wypoczynku w sąsiedztwie kominów wielkiej elektrowni jest tego przykładem.

Zlot był ważny dla środowiska, bo połączony w walnym zgromadzeniem i wyborem nowych władz. Oczywiście prezydentem DoctorRiders został jego ojciec duchowy, kolega Grzegorz Krzyżanowski (na zdjęciu). Wzruszającym momentem było wręczenie złotych i srebrnych odznak klubu DoctorRiders. Zostały przyznane osobom z przeszło pięcio- i dziesięcioletnim stażem. Tak długie członkostwo osiągnąć niełatwo, bo kryteria przynależności do klubu zaostrzają się w ostatnich latach. Staż kandydacki ukończył członek naszej grupy DR kolega Bartłomiej Kowalski z OIL w Warszawie, który tym samym został pełnoprawnym członkiem Ogólnopolskiego Klubu Lekarzy Motocyklistów DoctorRiders.

Podczas zlotu dyskutowaliśmy na temat bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Ważnym postulatem było wprowadzenie regularnych ćwiczeń i treningów pozwalających unikać sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu. Ponieważ realizujemy nasze pomysły bezzwłocznie, już podczas zlotu zostały zorganizowane szkolenia na placu manewrowym i w trasie. Nie obyło się bez pokazów stuntu, czyli jazdy na jednym kole i „palenia gum” (do tego typu pokazów używa się specjalnie przygotowanych motocykli, które nie poruszają się w ruchu drogowym, a droga do osiągnięcia tych umiejętności jest daleka i bardzo bolesna).

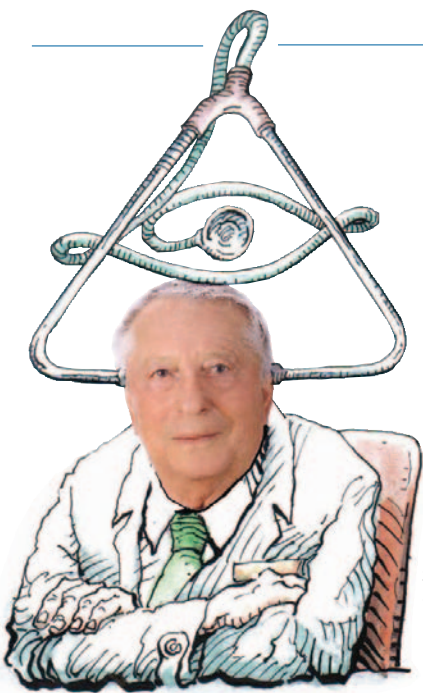
Cieszy fakt, że coraz więcej koleżanek aktywnie uczestniczy w życiu naszego środowiska, porzucając rolę „plecaka” i stając się 100-proc. „bikerkami”. Trochę w tym pomaga technika, bo pojawia się coraz więcej motocykli z automatyczną skrzynią biegów, co ułatwia prowadzenie maszyny.

Te kilka razem spędzonych dni to wielkie święto i sukces środowiska lekarskiego. Mamy czas na wspólną zabawę, wycieczki, ale również na poważne rozmowy. Reprezentujemy różne specjalności, pochodzimy z odległych od siebie zakątków kraju, a czujemy się podczas tych spotkań jak w najbliższej rodzinie. Życzę tego uczucia całemu środowisku lekarskiemu w tych ciężkich dla nas czasach. ■

Krzysztof Sankiewicz, „Sanki”

Ameryka, Ameryka

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”



Rys. K. Rostiecki

Artur Dziak

W roku 1954 zorganizowano w warszawskim Arsenale wystawę „Oto Ameryka”, która w zamyśle ideologów partii miała zohydzać wszystko, co zachodnie, i przekonać młodzież polską o wyższości socjalizmu. Albo towarzysze z Komitetu Centralnego byli nieprawdopodobnymi matołami, albo miała miejsce grubymi nićmi szyta prowokacja, gdyż wystawa przyniosła efekt odwrotny. Młodzież waliła na nią dniami i nocami, drzwiami i oknami, by zobaczyć migawki ze świata zachodniego, przekonać się, jak kolorowo i radośnie ubiera się tamtejsza młodzież, jak wesoło uczy się i bawi, jak wygląda coca-cola, jak się tańczy itp.

Naturalnie na wystawie prezentowano liczne karykatury przywódców Zachodu, także takich „imperialistów” jak Tito, który najchętniej portretowany był z okrwawionym toporem w ręce, przy katowskim pniu, z którego spadała odcięta głowa jakiegoś bojownika o „trwały pokój”. A wycylindrowany Churchill, z nieodłącznym cygarem w ustach, z obleśnym uśmiechem spoglądał na nędzę Murzynów w Afryce.

Ponieważ pokazano także autentyczne kolorowe skarpetki w poprzeczne paski, jaskrawe krawaty z wizerunkami małp na drzewach itp., nic dziwnego, że na tzw. barach, czyli ciuchy – wszelkie używane i kradzione dziadostwo – według określenia mego ojca, nastąpił niebywały run. W efekcie wystawy ulice Warszawy zaroily się od młodzieży w obcisłych gatkach (że tylko grać Gogola – jak mawiała babcia Rozalia), w butach na grubej słoninie, szerokich marynarkach w kratę i z plerezami, czyli zapuszczonymi włosami zaczesywanymi w tzw. mandolinę. Ulica zaraz ochrzciła przebierańców mianem bażanciarzy, a oficjalna nomenklatura – chuliganów. Natychmiast dowcipnie odpowiedzieli na to piosenką wyrażającą pogardę dla kultu pracy i stylu życia w socjalizmie:

*Chuliganie to są ludzie tacy,
co pierdolą dyscyplinę pracy.
Pierdoli jeden, pierdoli drugi,
jazz, boogie woogie.*

„Ciuchy” przy ul. Stalowej były jedynym miejscem w Warszawie, gdzie wypadało się ubierać. Pochodzące stamtąd koszule, krawaty, garnitury, buty, a nawet skarpety były marzeniem każdego młodego Polaka, który w ówczesnych, siermiężnych czasach wczesnego socjalizmu aspirował do opinii dobrze ubranego. Pozostali ubierali się w państwowych sklepach, w których sprzedawano stroje pod względem kroju i jakości materiałów nienadające się – jak mawiała babcia Rozalia – nawet dla fornali. Toteż jeszcze przez parę lat donaszałem garnitury mego ojca, chociaż już dawno z nich wyrostem. Były z prawdziwej angielskiej i bielskiej wełny, stylowo skrojone, o wytwornych wzorach i kolorystyce. Jesionkę ojca mogłem donaszać dłużej, gdyż fakt, że z niej wyrostem, nie rzucił się w oczy. Była absolutnym hitem, mimo że z czasem została przenicowana na lewą stronę, by z powrotem ujawnił się jej niepowtarzalny deseń. Nie zgadzało się tylko zapięcie, które wypadło na damską stronę, co przysparzało mi zgryzoty, gdyż miałem wrażenie, że wszyscy to zauważają.

Po latach, kiedy w malejącym w oczach gronie przyjaciół przychodzi mi zadumać się nad minioną młodością, przypominam sobie zawsze przypowieść wuja Leopolda o pewnej dyskusji w grupie ruskiego Hitlerjugend, czyli Komsomołu. Omawiano tam przeróżne gradacje poświęcania się dla socjalistycznej ojczyzny. W pewnym momencie prelegent zaczął przepytawać jednego z najbardziej zaangażowanych komsomolców, jak to będzie, gdy ojczyzna znajdzie się w potrzebie.

– *Jak będzie trzeba, Waniuszka, oddać ojczyźnie dom, oddasz?*

– *Oddam – pada odpowiedź.*

Po kilku kolejnych tego typu pytaniach prelegent dochodzi do ostatniego.

– *A jak ojczyzna wezwie, żebyś ty sapożki oddał, oddasz?*

– *Nie!*

– *A dlaczego?* – pyta zdumiony prelegent.

– *A dlatego, że sapożki moje – pada rezolutna odpowiedź.*

Tak ankiety zakończyć nie można, więc prelegent zadaje Waniuszce jeszcze jedno pytanie:

– *A jak trzeba będzie życie za ojczyznę oddać, oddasz?*

– *Oddam! Po kie-
licho mi takie
życie. ■*



Collage: Artmedia Partners





Korona świętego Stefana

Jacek Walczak

W budapeszteńskiej Bazylice św. Stefana przechowywana jest najważniejsza dla Węgrów relikwia. W szkatule zbudowanej na kształt gotyckiej kapliczki kryje się dłoń króla Stefana I, którą wznosił koronę podczas ofiarowania narodu węgierskiego Matce Bożej tuż przed swoją śmiercią.

Historia *Szent Korony* (Świętej Korony) była niezwykle burzliwa. Korona wcale nie była przeznaczona dla władcy naszych bratanków. Papież Sylwester II zamierzał ofiarować ją polskiemu królowi Bolesławowi Chrobremu. Dla Węgrów stała się gwarantem ciągłości istnienia państwa, posiadającym wręcz magiczną siłę. Być może sprawa korony była pierwszym znanym epizodem w dziejach stosunków polsko-węgierskich, ale nie był to jeszcze czas, kiedy nasze relacje określało powiedzenie „*Lendziel, Madziar, kyjt jou borat...*” („Polak, Węgier, dwa bratanki...”; przysłowie pochodzi prawdopodobnie z czasów konfederacji barskiej).

Spór o koronę nie osłabił jednak wzajemnych sympatii. Król Stefan wspierał Bolesława w jego wyprawie na Ruś Kijowską, co można uznać za pierwsze wspólne wojskowe przedsięwzięcie. Władcy Polski i Węgier byli dość bliskimi kuzynami. Według Pawła Jasienicy król Stefan był synem Adelaidy Białej Knegini. Niezwykle wojownicza dama była siostrą bądź córką Mieszka I.

Znamy więcej legend o Świętej Koronie niż faktów historycznych. Współczesne badania wskazują, że powstała nieco później niż mówią podania, w XI w., z połączenia dwóch królewskich diademów. *Corona graeca*, wykonana przez mistrzów bizantyjskich, stała się darem cesarza Michała VII dla węgierskiego króla Gejzy I. Późniejsza *Corona latina*, w formie kabłąka wieńczącego starszą część, jest dziełem złotników dynastii Arpadów. Charakterystyczny złoty krzyżyk został przekrzywiony – jak mówi kolejna przypowieść – w XV lub XVI w. Insignium koronacyjne węgierskich królów przechowywano w Bazylice Koronacyjnej w Székesfehérvár. Gdy pod bramami Budapesztu stanęły mongolskie ordy Batu-chana (wnuka Dżyngis-chana), Święta Korona została wywieziona na Chorwację, gdzie na wyspie Trau przetrwała wojenną zawieruchę. Spory pretendentów do węgierskiego tronu, po śmierci ostatniego z dynastii

Arpadów – Andrzeja III, sprawiły, że w 1301 r. węgierski skarb przywłaszczył sobie Wacław II Czeski. Korona przechodziła z rąk do rąk, przez jakiś czas miał ją László, wojewoda siedmiogrodzki, który uzurpował sobie prawo do tronu. W połowie XV w. spora grupa węgierskiej szlachty zażądała wprowadzenia na tron Węgier Władysława Warneńczyka. Po jego śmierci królowa regentka Elżbieta w interesie swego syna Władysława Pogrobowca wykradła koronę z Wyszehradu. Działanie okazało się skuteczne, młody Habsburg został koronowany, a korona przewieziona do Wiener Neustadt. Insignium królewskie zwrócił Węgrom cesarz Fryderyk III dopiero w 1464 r. Po bitwie pod Mohaczem w 1526 r. Święta Korona została wykradziona ze skarbca w Wyszehradzie przez Piotra Perenyego, węgierskiego magnata. Długo się nią nie cieszył, bowiem trzy lata później przypadła jako łup wojenny sułtanowi Sulejmanowi I Wspaniałemu. Turecki władca odesłał ją jednak swemu wasalowi Janowi Zapolyi, władcy Siedmiogrodu. Po jego śmierci wdowa regentka Izabela Jagiellonka oddała koronę Habsburgom, insignium trafiło do Wiednia. Niekończące się spory dynastyczne i terytorialne powodowały, że korona świętego Stefana wciąż była przenoszona i ukrywana. W 1683 r., podczas najazdu

tureckiego, została wywieziona z Preszburga i ukryta w Wiedniu. Dzięki odsieczy wiedeńskiej nie wpadła w ręce muzułmanów.

Po upadku Wiosny Ludów w 1849 r. węgierski przywódca Laos Kossuth nakazał zakopać narodowe skarby w Orszowej. Odnaleziona cztery lata później korona, przewieziona uroczystie do Budapesztu, stała się narodową relikwią i symbolem suwerenności Węgier. Ostatni raz wywieziono ją z kraju



pod koniec II wojny światowej, by zapobiec zrabowaniu przez Sowieców. Za pośrednictwem Austrii została przekazana Stanom Zjednoczonym i zdeponowana w Fort Knox, największym magazynie złota na świecie. Prezydent Jimmy Carter podjął decyzję o oddaniu jej, w styczniu 1978 r., władzom węgierskim. Od 2002 r. razem z mieczem koronacyjnym jest wystawiona w Sali pod Kopułą parlamentu Węgier, a jej wizerunek widnieje nad godłem kraju. ■



Anna Kasperlik-Zaluska (1933–2016)

Anna Kasperlik-Zaluska urodziła się w Warszawie 16 sierpnia 1933 r. Ukończyła Liceum im. Królowej Jadwigi, uzyskując świadectwo dojrzałości z wyróżnieniem. Studia lekarskie odbyła w latach 1951–1957 w Akademii Medycznej w Warszawie.

Od początku swej pracy zawodowej związała się z Kliniką Endokrynologii prof. Walentego Hartwiga, początkowo jako stypendystka Instytutu Doskonalenia Kadr Lekarskich, a następnie jako asystentka. Kolejne stopnie rozwoju zawodowego przeszła w Studium Doskonalenia Lekarzy AM w Warszawie oraz w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. W 1960 r. związała się też ze Szpitalem Bielańskim.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w AM w Warszawie w 1967 r., a stopień doktora habilitowanego w zakresie endokrynologii w 1978. Tytuł profesora nadzwyczaj-

nego nauk medycznych otrzymała w 1989 r., a zwyczajnego – w 2001.

Jako nauczyciel akademicki była kierownikiem specjalizacji z chorób wewnętrznych i endokrynologii ponad 100 lekarzy. W latach 1992–1999 pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie endokrynologii.

Od 1958 r. była członkinią Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. Wchodziła w skład Zarządu Oddziału Warszawskiego, a w latach 1990–2012 nieprzerwanie była przewodniczącą tego oddziału.

Zajmowała się głównie badaniami dotyczącymi zaburzeń czynności kory nadnerczy. Znalazło to swój wyraz w ponad 200 pracach oryginalnych, opublikowanych m.in. w renomowanych czasopismach zagranicznych. Była też autorką wielu prac poglądowych i rozdziałów w podręcznikach.

Za swą działalność naukową otrzymała kilkakrotnie nagrodę ministra zdrowia oraz wiele nagród przyznanych przez dyrektora CMKP.

Zmarła nagle 7 marca 2016 r., podczas codziennej pracy w klinice, z którą związana była od 60 lat.

Prof. Wojciech Zgliczyński
kierownik Kliniki Endokrynologii CMKP, Warszawa



Jadwiga Nowicka (1918–2016)

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 4 maja 2016 r. zmarła w wieku 98 lat śp. **dr Jadwiga Nowicka**, wdowa po prof. Pawle Nowickim, lekarz pediatra z wykształcenia i powołania.

Była związana z Wilnem. Tam przeżyła najszcześniejsze lata w domu rodzinnym. Uczyła się w Gimnazjum Sióstr Nazaretanek. Od 1937 r. była student-

ką medycyny na Uniwersytecie im. Stefana Batorego, gdzie poznała swojego przyszłego męża.

Mimo wojny i konieczności opuszczenia ukochanego miasta, kontynuowała studia na uniwersytecie kowieńskim. Dyplom lekarski uzyskała w 1946 r. Pracowała w szpitalach w Grudziądzu i Ząbkowicach, a następnie, już jako specjalista pediatrii, w Klinice Chorób Dzieci w Gdańsku.

Po zamieszkaniu w Warszawie związała się z Polikliniką Centralnego Szpitala Klinicznego WAM, gdzie z oddaniem zajmowała się pacjentami, opóźniając odejście na emeryturę.

Była bardzo lubiana. Przez 45 lat czynnego kontaktu z chorymi pomogła wielu młodszym i starszym, którzy po latach, spotykając swoją „panią doktor”, nie potrafili ukryć wzruszenia.

Odeszła, do końca interesując się medycyną, polityką, światem.

Rodzina



Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

**zaprasza do Domu i Klubu Lekarza
w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.**

Klub, czynny codziennie w godz. 12.00–22.00, jest otwarty dla środowiska lekarskiego Warszawy w celu odbywania posiedzeń naukowych, szkoleniowych, spotkań kulturalnych i towarzyskich oraz imprez okolicznościowych.

Restaurację w Klubie Lekarza prowadzi kucharz warszawski Sylwester Puchta, który zaprasza na degustację dań kuchni polskiej i nie tylko.

Ponadto dysponujemy czterema pokojami gościnnymi oferowanymi w niskich cenach lekarzom i ich rodzinom.

Tel.: 22-822-23-42, 22-823-96-82, 22-823-96-83;
e-mail: rezerwacja@klublekarza.pl



Krystyna Szafrank (1933–2015)

Mija właśnie rok od śmierci doktor Krystyny Szafrankowej, osoby nieodłącznie związanej ze Szpitalem Psychiatrycznym w Krychnowicach.

Doktor Krystyna Szafrankowa urodziła się w Sanoku, studia medyczne ukończyła w Krakowie, dyplom lekarza otrzy-

mała w 1957 r. Pracę zawodową rozpoczęła w Miejskim Szpitalu Dziecięcym, następnie pracowała w Państwowym Domu Małego Dziecka, a później w Szpitalu Psychiatrycznym w Gorzowie Wielkopolskim, zdobywając kolejno specjalizacje z pediatrii oraz psychiatrii dziecięcej.

Do naszego szpitala przyjechała w 1969 r. z mężem, nieżyjącym już od dziesięciu lat znakomitym psychiatrą i wspinałym człowiekiem, doktorem Jerzym Szafrankiem. Najpierw zajmowała się organizowaniem Oddziału Psychiatrii Dziecięcej, a później przez większą część życia zawodowego była jego ordynatorem.

Pracowała także w Poradni Zdrowia Psychicznego, w Schronisku dla Nieletnich w Stawiszynie oraz w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym w Radomiu, gdzie w pracy z trudną młodzieżą i dziećmi oraz skonfliktowanymi rodzinami bardzo przydatne były Jej głęboka wiedza, doświadczenie zawodowe i życiowe oraz wysokie kompetencje osobiste.

Po zakończeniu w 2003 r. pracy w szpitalu przez długi jeszcze czas kontynuowała działalność zawodową w pozostałych wymienionych placówkach. Wszędzie była bardzo ceniona i poważana przez przełożonych, współpracowników i podwładnych oraz szanowana i lubiana przez kolegów. Praca dawała jej ogromną satysfakcję i stanowiła bardzo ważną część Jej życia. Była przywiązana do swoich małych pacjentów, kochana i szanowana przez nich i ich rodziny. Lekarzy tej specjalności (a zwłaszcza tej klasy) jest niewiele i – jak widać to wyraźnie dzisiaj – niełatwo ich zastąpić.

Praca zawodowa nie wypełniała jednak całego Jej życia. Kryścia była człowiekiem wielu pasji. Miała artystyczną duszę, żywo interesowała się sztuką, pochłaniała Ją literatura, muzyka

poważna, lubiła operę. Mnie najbardziej znane i najbliższe było Jej umiłowanie poezji (sama zresztą podejmowała próby poetyckie – pisała liryczne, wzruszające wiersze).

To umiłowanie poezji Kryścia łączyła umiejętnie z pasją społecznikowską, która przejawiała się w działalności animatorskiej. Zajmowała się organizowaniem życia kulturalno-towarzyskiego środowiska zgromadzonego wokół naszego szpitala (z niedowierzaniem myślę dzisiaj, że było kiedyś takie zjawisko w Krychnowicach). Potrafiła skupić wokół siebie bardzo różnych ludzi i zachęcić ich do współpracy, poświęcenia prywatnego czasu dla przyjemności obcowania ze sztuką i ze sobą nawzajem. Ludzie ci wywodzili się z różnych grup zawodowych – lekarzy, pielęgniarek, psychologów, sekretarek, instruktorów terapii zajęciowej, wychowawców szkolnych. Z osób dzielących Jej zamiłowanie do poezji stworzyła grupę, którą nazwała Estradą Poetycką, i z tą grupą realizowała spektakle. Tworzyła program przedstawienia, reżyserowała je, przeprowadzała próby i organizowała występy, które odbywały się cyklicznie w naszym szpitalu, gromadząc zawsze wielu widzów. Jako uczestniczka tych wydarzeń pamiętam, że grupa zdobyła kiedyś pierwsze miejsce w wojewódzkim przeglądzie amatorskich zespołów artystycznych pracowników służby zdrowia. Zawdzięczała to oczywiście wyłącznie Kryści i Jej ciężkiej pracy z tak oporną materią, jaką stanowi zespół bardzo rozmaitych ludzi.

Wiele moich miłych wspomnień z pierwszych lat pracy zawodowej jest związanych właśnie z Kryścią. Pozwalam sobie mówić o Niej tak bezceremonialnie, po imieniu, bo Kryścia – oprócz wielu innych zalet, miała jeszcze i tę, że bardzo łatwo zbliżała się do ludzi, także do młodszych, i zaszczyciła ich swoją przyjaźnią. Była barwną postacią; wspominam Ją ze wzruszeniem, jako osobę ciepłą, pogodną, życzliwą, otwartą i koleżeńską. Nam, Jej kolegom i przyjaciołom, wiadomo również, że była dobrą, kochającą żoną, wspierającą męża w różnych, także bardzo trudnych okresach życia, dobrą matką, kochającą i kochaną babcią i prababcią.

Tyle różnych ról życiowych pełniła tak dobrze i tak doskonale wywiązywała się ze swoich zadań i przyjętych na siebie obowiązków, że w bardzo wielu miejscach pozostawiła po sobie wyraźny ślad i najlepszą pamięć.


Także piękny, jesienny słoneczny dzień pogrzebu, owiany łagodną muzyką, z obecnością wielu życzliwych ludzi – Rodziny, przyjaciół, pacjentów żegnających Kryścię, stanowi jakieś dopełnienie i wpisuje się w melancholijne, ale i pogodne wspomnienie o Niej.

Katarzyna Karpińska



Z głębokim żalem żegnam
Moją Mamę
śp.
Krystynę Dzikielewską
lekarza neurologa,
która odeszła na zawsze
2 lutego 2016 r.

Córka



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci
prof. dr. hab. n. med.
Grzegorza Janczewskiego
wybitnego otolaryngologa,
wspaniałego nauczyciela akademickiego
i naukowca.
Rodzinie i Bliskim Pana Profesora
składamy wyrazy współczucia

prezes
i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

30 sierpnia 2016 r. weszła w życie ustawa z 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 1355.

Wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych sporządza dla obszaru województwa, raz na 5 lat, regionalną mapę uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt mapy regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do 15 października roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania mapy regionalnej.

Wojewoda na podstawie wymienionego projektu sporządza mapę regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w terminie do 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania mapy regionalnej.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego na podstawie map regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, następnie Mapę Ogólnopolską i mapy regionalne, przekazuje ministrowi zdrowia do zatwierdzenia do 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map.

Minister zdrowia zatwierdza mapy w terminie do 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map, a przed zatwierdzeniem może dokonać ich zmiany.

Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego monitoruje aktualność map i przekazuje ministrowi zdrowia corocznie, do 30 czerwca, wyniki monitorowania map za rok poprzedni.

Minister zdrowia może dokonać zmiany map na podstawie informacji otrzymanych w wyniku monitorowania, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tych informacji.

Na podstawie mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, w terminie do 1 września roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych priorytetów, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapę regionalną.

Wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą dokonuje aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w przypadku zmiany mapy regionalnej, w terminie 2 miesięcy od dnia dokonania tej zmiany.

1 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1372.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada: ● umowę zawartą z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu pozyskania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń ● ważną pozytywną opinię wojewody albo ministra zdrowia o celowości inwestycji w sektorze usług zdrowotnych.

Rozporządzenie określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy rozporządzenia stanowią, że **lekarz specjalista** to lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, określenie **lekarz w trakcie specjalizacji** oznacza lekarza, który:

- rozpoczął specjalizację w szczegółowej dziedzinie medycyny przed 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
Bohdan Woronowicz
środy – 11.00–14.00
tel.: 602-670-722,
22-542-83-08
b.woronowicz@oilwaw.org.pl



Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.



Mediator
Krzysztof Bielecki
czwartki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
prof.bielecki@gmail.com

Sekretariat, pracownik biura Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, m.rajca@oilwaw.org.pl

natomiast lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii to lekarz, który:

- rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, albo
- ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert, wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością, w następujących rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej: ● podstawowa opieka zdrowotna w zakresach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ● ambulatoryjna opieka specjalistyczna ● leczenie szpitalne ● opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień ● rehabilitacja lecznicza ● świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ● leczenie stomatologiczne ● lecznictwo uzdrowiskowe ● świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ● ratownictwo medyczne ● opieka paliatywna i hospicyjna ● leczenie szpitalne ● świadczenia wysokospecjalistyczne ● programy zdrowotne ● leczenie szpitalne w zakresach programów lekowych ● leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chemioterapii ● pomoc doraźna i transport sanitarny.

Ponadto załącznik do rozporządzenia określa szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny dla wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej.

Podstawą opinii dotyczącej ceny jest porównanie ceny proponowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez NFZ. Ceną oczekiwaną przez fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej.

Kryterium wpisu do rejestru jest spełnione, jeżeli wpis jest ujawniony w księdze rejestrowej oferenta.

Kryterium „jakość – wyniki kontroli” jest spełnione, jeżeli nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania ordynacji lekarskich, realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz

realizacji prawa do świadczeń dla ubezpieczonego żołnierza lub pracownika, który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa, a także osoby posiadającej status weterana poszkodowanego podczas działań poza granicami państwa.

W przypadku uzyskania jednakowej łącznej oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

2 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2016 r. w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1383.

7 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 września 2016 r. w sprawie metody zapobiegania odrze, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1418.

Wprowadza się metodę zapobiegania odrze polegającą na wykonywaniu szczepień ochronnych przeciw tej chorobie zakaźnej.

Szczepieniami są objęte osoby nieszczepione lub niemające udokumentowanego szczepienia, bez względu na ich wiek, które przebywają w środowisku o niskim odsetku osób zaszczepionych oraz były lub mogą być narażone na styczność z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie na odrę.

Szczepienia są wykonywane przy użyciu szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce.

Niezwłocznie po otrzymaniu informacji o wystąpieniu podejrzenia lub rozpoznaniu przypadków zachorowań na odrę w środowiskach, o których mowa wyżej, właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny: ● ustala zapotrzebowanie na szczepionki, z uwzględnieniem liczby osób szczególnie narażonych, które powinny zostać objęte szczepieniem ● niezwłocznie informuje głównego inspektora sanitarnego o planowanym wykonaniu szczepień, w tym przekazuje mu informację o sytuacji epidemiologicznej lub innych przesłankach uzasadniających podejmowane działania oraz oszacowanej na tej podstawie liczbie przeznaczonych do użycia szczepionek ● ogłasza wiek i grupy osób poddawanych szczepieniom w sposób przyjęty zwyczajowo na danym terenie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej właściwej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Nadzór nad wykonywaniem szczepień sprawuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny, właściwy ze względu na miejsce ich wykonywania.



**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM
DZWONIĄC POD NUMER
704 277 577**

Koszt każdego jednorazowego połączenia wynosi 2,03 zł netto (2,50 zł z VAT)

Dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

Szczepienia są wykonywane w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych, a także – w przypadkach uzasadnionych efektywnością wykonywania szczepień – w pomieszczeniach spełniających wymagania higieniczno-sanitarne do wykonywania szczepień na terenie ośrodków dla cudzoziemców, placówek opiekuńczo-wychowawczych lub innych obiektów wskazanych przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce wykonywania szczepień.

8 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 23 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1328.

8 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1327.

Zgodnie z przepisem art. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego przez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenie w innych formach kształcenia.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza polega na stałej aktywności zawodowej.

Lekarz potwierdza aktywność zawodową przez uzyskiwanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych, obliczonych w ustalonych okresach rozliczeniowych.

Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego przez:

- 1) realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności (50 pkt. na 1 rok),
- 2) udział w kursie medycznym:
 - a) nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności lub
 - b) realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej (1 pkt za 1 godz.),
- 3) udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym (1 pkt za 1 godz.),
- 4) odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym (5 pkt. za 1 godz.),
- 5) udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako kolegium specjalistów albo lekarskie towarzystwo naukowe lub udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego (3 pkt. za posiedzenie),
- 6) udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy (1 pkt za 1 godz. szkolenia, maks. 6 pkt. za 1 szkolenie),
- 7) wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym (15 pkt.),

- 8) udział w programie edukacyjnym krajowym lub zagranicznym, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości (1 pkt za 1 godz. programu edukacyjnego),
- 9) uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora w zakresie nauk medycznych (200 pkt.),
- 10) napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego (100 pkt., wznowienie 50 pkt.),
- 11) napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego (50 pkt., wznowienie 25 pkt.),
- 12) przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego (30 pkt., wznowienie 15 pkt.),
- 13) autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym wymienionym w części A lub B wykazu czasopism naukowych ogłoszonego przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego (dwukrotność liczby punktów wskazanych w części A i B wykazu),
- 14) napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym (20 pkt.),
- 15) przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym (10 pkt.),
- 16) sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego (30 pkt. za rok sprawowania funkcji opiekuna),
- 17) kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności przez lekarzy lub lekarzy dentyistów (15 pkt. za 1 lekarza za 1 rok),
- 18) indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego wymienionego w części A lub B wykazu czasopism naukowych ogłoszonego przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego (5 pkt. za tytuł, maks. 10 pkt. w okresie rozliczeniowym),
- 19) przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego (5 pkt. za przynależność do jednego kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego, maks. 20 pkt. w okresie rozliczeniowym).

Lekarz realizujący obowiązek doskonalenia zawodowego prowadzi indywidualną ewidencję przebiegu doskonalenia zawodowego, w formie „Ewidencji Doskonalenia Zawodowego”, otrzymanej nieodpłatnie od okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem.

Lekarz przedstawia okręgowej radzie lekarskiej do wglądu ewidencję wraz z dokumentami stanowiącymi potwierdzenie odbycia określonych form doskonalenia zawodowego przed zakończeniem okresu rozliczeniowego.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdza przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy oraz w prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty.

Potwierdzenia dokonuje się na podstawie przedłożonej przez lekarza ewidencji oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego.

Za realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności punkty otrzymuje się wyłącznie za minimalny okres danej specjalizacji lub umiejętności, określony w jej programie.

Za opublikowanie referatu naukowego wygłoszonego na krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym nie dolicza się punktów, które przysługują za wygłoszenie referatu.

Za opublikowanie rozprawy doktorskiej lub habilitacyjnej nie dolicza się punktów, natomiast za wykład o tej samej treści, mimo wielokrotnego prezentowania – punkty uzyskuje się tylko raz.

Dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego rozlicza się w następujących po sobie okresach rozliczeniowych obejmujących **48 miesięcy**.

Lekarz dopełnia obowiązku doskonalenia zawodowego, jeżeli w okresie rozliczeniowym uzyskuje co najmniej **200 punktów edukacyjnych**.

8 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 1 września 2016 r. w sprawie wykazu laboratoriów przeprowadzających weryfikację maksymalnego poziomu wydzielanych substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla w dymie papierosów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1410.

8 września 2016 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 1331.

15 września 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1480, obwieszczenie ministra zdrowia z 9 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym.

16 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 13 września 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1476.

17 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1393.

17 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1492.

23 września 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1536, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 23 sierpnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

23 września 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1535, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

27 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 września 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1545.

27 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1539.

7 października 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 2 września 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu sędziego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1522.

WYDAWCA „MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

REDAKCJA: 00-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, faks 22-826-01-81, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

PUBLICYSTA: Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-58, a.checinska@oilwaw.org.pl

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Cieply, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

SEKRETARIAT REDAKCJI: Iwona Stawicka, tel. 22-542-83-58

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga

DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

W ZMIENIAJĄCYM SIĘ ŚWIECIE SPECJALIŚCI ZASŁUGUJĄ NA KREDYT NA SPECJALNYCH WARUNKACH

KREDYT BIZNES LIDER

Warunki specjalne dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie:

- marża od 1,5%
- prowizja za udzielenie kredytu od 0 zł
- szybka decyzja kredytowa
- minimum formalności



BGŻ BNP PARIBAS

Bank
zmieniającego się
świata

Masz pytania? Prosimy o kontakt

Maria Komierzyńska, tel. +48 781 998 719 ■ Milena Wasilewska, tel. +48 667 898 594 ■ Paweł Radulski, tel. +48 607 377 461

Kredyt Biznes Lider przeznaczony na cele działalności bieżącej przedsiębiorstwa, skierowany jest do osób prowadzących działalność gospodarczą, będących jednocześnie członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie - lekarz, stomatolog, osoba fizyczna identyfikująca się dokumentem nadającym Prawo Wykonywania Zawodu lub legitymacją lekarską wydaną przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie lub podmiot (osoba) znajdujący się w Centralnym Rejestrze Lekarzy (<http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/hurtfd>). Niniejszy materiał ma charakter wyłącznie reklamowy i informacyjny - nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Promocja trwa od 1.10.2016 r. do 31.12.2016 r. Skierowana jest do nowych i obecnych Klientów BGŻ BNP Paribas S.A. zaklasyfikowanych do segmentu Klientów Biznesowych (mikroprzedsiębiorstw) niepodlegających ustawie o rachunkowości (książka przychodów i rozchodów, ryczałt ewidencjonowany, karta podatkowa). Oferta cenowa uzależniona jest od decyzji Klienta i jego chęci przystąpienia do ubezpieczenia typu A lub B. Informacje dotyczące ubezpieczenia typu A lub B dostępne są na stronie internetowej Banku www.bgzbnpparibas.pl oraz w Oddziałach Banku. Szczegółowe informacje dotyczące warunków udzielenia kredytu, oprocentowania, opłat i prowizji dostępne są w Oddziałach Banku oraz na stronie www.bgzbnpparibas.pl. Kredyt udzielany jest bez zabezpieczeń na warunkach i zasadach szczegółowo określonych w umowie z Klientem. Dostępność produktu oraz warunki kredytowania uzależnione są od wyniku przeprowadzonej przez Bank analizy zdolności kredytowej Klienta na podstawie przekazanych przez niego informacji. Dotrzymanie wskazanych powyżej terminów jest uzależnione m.in. od dostarczenia przez Klienta niezbędnych informacji oraz dokumentów. Świadczenie reklamowanych usług i produktów bankowych następuje na warunkach szczegółowo określonych w umowie zawartej z Klientem oraz w Regulaminach i Taryfie prowizji i opłat dostępnych w Oddziałach Banku BGŻ BNP Paribas S.A. oraz na stronie www.bgzbnpparibas.pl. Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000011571, posiadający NIP 526-10-08-546 oraz kapitał zakładowy w wysokości 84 238 318 zł w całości wpłacony.

Highly visible

MONDAINE

Swiss  Watch



butiki **SWISS**

swiss.com.pl     