

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

powiś

grudzień 2016 – styczeń 2017 nr 12/1

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

20 lat
„Poltransplantu”
– rozmowa
z prof. Romanem
Danielewiczem
[str. 4]

Wręczenie praw
wykonywania
zawodu
[str. 6]

Zdrowsza starość
jest możliwa
[str. 10]

Ożywimy
działalność
PTL
[str. 18]

Wigilia
w trudnych
czasach
[str. 32]

Muzyka
dla idei
transplantacji
[str. 34]



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków

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 Błaszczuk; 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 Dentyków

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentyków

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 Dentyków

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

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



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



Nr 12/2016 – 1/2017 (260–261)
grudzień 2016 – styczeń 2017

Na okładce:
prof. Roman Danielewicz
(fot. P. Wierzchowski)

W numerze m. in.:

▶ recepty	1
▶ powiem wprost	3
▶ Wspierajmy transplantologię	4
▶ Wręczenie praw wykonywania...	6
▶ W sieci zmian w ochronie zdrowia	8
▶ Zdrowsza starość jest możliwa	10
▶ Medal Prymasowski...	15
▶ Umowa lekarza z pacjentem	16
▶ Czy będą zespoły biegłych...	17
▶ Ożywimy działalność PTL	18
▶ biuletyn ORL w Warszawie	20
▶ kalendarz wyborczy	22
▶ Choroby rzadkie po polsku	24
▶ lecmy ból	26
▶ Spotkanie pneumonologów...	28
▶ etyka	30
▶ Wigilia w trudnych czasach	32
▶ Muzyka dla idei transplantacji	34
▶ listy do redakcji	36
▶ doniesienia naukowe	37
▶ z Mazowsza	39
▶ z Delegatury Radomskiej	41
▶ goniec medyczny	42, 46
▶ u nas w samorządzie	43
▶ 20-lecie Fundacji „Pro Seniore”	49
▶ muzy i my	50
▶ Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie otwarta!	51
▶ literatura i życie	54
▶ ciekawe miejsca	55
▶ wspomnienia	56
▶ nowe przepisy prawne	60
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	12
▷ Walewski	12
▷ Kowal	46
▷ Jankowska	47
▷ Müldner-Nieckowski	48
▷ Ciepty	48

Fot. archiwum



A może list do św. Mikołaja

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

„*udzie zejdźcie z drogi, bo listonosz jedzie. Ciężka jest od listów torba listonosza dziś* – śpiewali Skaldowie.

Od wielu miesięcy Porozumienie Rezydentów OZZL śle listy z prośbami o spotkanie w sprawie kształcenia podyplomowego, wynagrodzeń lekarzy, perspektyw dla młodych lekarzy. Śle listy do premier Beaty Szydło, wicepremiera ministra rozwoju i finansów, przewodniczącego Komitetu Ekonomicznego Rady Ministrów Mateusza Morawieckiego. Na koniec – do prezesa Prawa i Sprawiedliwości Jarosława Kaczyńskiego. Ciężka od tych listów torba listonosza jest. Skutek jednak żaden.

Zniecierpliwiony przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel, znany w środowisku publicysta, skierował w grudniu list otwarty do premier Beaty Szydło: „Piszę do Pani ze świadomością, że – najprawdopodobniej – pismo to do Pani bezpośrednio nie trafi, podobnie jak poprzednie listy, kierowane do Pani przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Rezydentów OZZL czy Porozumienie Związków Zawodowych Zawodów Medycznych, skupiające 9 ogólnopolskich organizacji reprezentujących najważniejsze zawody medyczne w Polsce. Urzędnicy KPRM najwyraźniej dbają o to, aby krytyczne opinie o działaniach i programie rządu nie burzyły Pani spokoju [...]. Głównym problemem publicznej służby zdrowia w naszym kraju jest głęboki niedobór środków przeznaczanych na leczenie w stosunku do »koszyka« świadczeń gwarantowanych. Niedobór ten decyduje o najważniejszych patologiach, jak: kolejki do leczenia, niedostępność wielu badań i terapii, braki personelu medycznego, zadłużanie się szpitali, dekapitalizacja sprzętu i budynków, niesprawiedliwie niskie pensje pracowników medycznych, przepracowanie personelu medycznego, stanowiące zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych, wzrastająca nieufność pacjentów do pracowników służby zdrowia, obwinianych o złe funkcjonowanie opieki zdrowotnej”. Itp., itd.

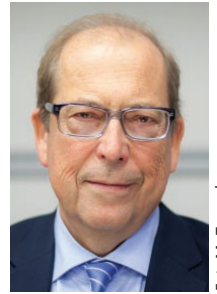
Listy piszą też inni. Niedawno najważniejszy wicepremier – Mateusz Morawiecki, reagując na kolejny, bo poprzedni gdzieś podobno zaginął, list Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, zabrał głos w sprawie zdrowia. I jak doniósł „Dziennik Gazeta Prawna”, napisał list do ministra Konstantego Radziwiłła: „[...] W Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju mowa jest o zwiększeniu poziomu inwestycji prywatnych jako jednym z wyzwań rozwojowych kraju. Zatem prywatne podmioty medyczne powinny być zachęcane do inwestowania na rzecz polskiego rynku ochrony zdrowia [...]”. Co na to minister zdrowia, nie wiemy.

Każde dziecko wie, że trzeba koniecznie napisać list do św. Mikołaja, bo jeśli się tego nie zrobi, Mikołaj może zapomnieć, że miał przyjąć z prezentem. „Pamiętajcie o ozdobieniu listu jakimś rysunkiem lub wyklejanką – św. Mikołaj na pewno się ucieszy” – to rady z portali internetowych. W tym roku już na to za późno, ale w przyszłym, tak ozdorbione listy, trafią być może na właściwe biurka...

PS Sekretariat Świętego Mikołaja znajduje się w Libourne – w południowo-zachodniej Francji. Jest oddziałem poczty francuskiej, faktycznie nadającym i odbierającym listy! ■

Wyzwań nam nie zabraknie

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Teperek

Na początku listopada, jak każda tradycja, odbyła się izbowa uroczystość wręczenia młodym lekarzom i lekarzom denty stom dokumentów „Prawo wykonywania zawodu”. W szeregi członków samorządu przyjęliśmy kilkaset nowych osób. To zawsze szczególny moment – spotkanie młodości z wieloletnim doświadczeniem. To chwila, w której przekazujemy naszym następcom, że zawód, który wybrali, wymaga nieustannego kształcenia się, odpowiedzialności za innych, umiejętności podejmowania samodzielnych decyzji i pracy w zespole.

Na trudnej i odpowiedzialnej zawodowej ścieżce oparciem jest samorząd. Z badania opinii o programach i usługach organizowanych przez OIL w Warszawie wynika, że są znane członkom Izby i oceniane pozytywnie, np. program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy denty stom, oferta kursów i szkoleń. To dla nas potwierdzenie, że właściwie rozpoznajemy potrzeby i spełniamy oczekiwania lekarskiej społeczności. To również argument za kontynuowaniem dotychczasowych działań. Wyniki badania publikujemy na stronie internetowej Izby.

Mijający rok był okresem naszej aktywności w wielu obszarach. Ważnym wydarzeniem w izbowym kalendarzu był IX Kongres Polonii Medycznej. Nie tylko przyniósł nam satysfakcję z organizacji znaczącego spotkania, ale również otworzył drogę do dalszej, obiecującej współpracy z organizacjami polonijnymi. Aktywnie uczestniczyliśmy w rozmowach ze środowiskiem prawniczym. W 2016 r. dwukrotnie (w kwietniu i w listopadzie) byliśmy współorganizatorem konferencji z udziałem lekarzy i przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Dyskutujemy o regulacjach dotyczących pracy lekarzy biegłych sądowych, szukając nowych rozwiązań. Chcemy uporządkować wiele, dzisiaj problematycznych, zagadnień związanych z pracą biegłego, aby oczekiwania – zarówno zamawiającego opinię, jak i tę opinię sporządzającego – były spełnione, a przede wszystkim zrozumiałe dla obu stron. Na ostatniej konferencji dyskutowano o utworzeniu zespołów biegłych sądowych przy izbach lekarskich, które usprawniłyby wydawanie opinii.

My, lekarze, jesteśmy jakże istotną częścią systemu ochrony zdrowia. Zapowiadane zmiany w jego organizacji i funkcjonowaniu sprawiają, że w nadchodzącym roku z pewnością nie zabraknie nam wyzwań, z którymi będziemy musieli się zmierzyć.

Życzę wszystkim radosnych świąt Bożego Narodzenia, a w Nowym Roku 2017 – pomyślności w życiu osobistym i zawodowym, spokoju i poczucia bezpieczeństwa.



Fot. licencja Artmedia Partners



- Z ostatniej chwili
- Tuż przed oddaniem „Pulsu” do druku dowiedzieliśmy się, że 12.12.2016 r. prof. Roman Danielewicz został odwołany przez ministra zdrowia ze stanowiska dyrektora „Poltransplantu”. Tej decyzji była przeciwna Krajowa Rada Transplantacyjna. Biuro prasowe MZ, w informacji przesłanej do naszej redakcji, podało jako powód odwołania „zmiany organizacyjne (na wzór standardów europejskich), polegające na połączeniu trzech instytucji w jedną, tj. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji »Poltransplant«, Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz Banku Tkanek Oka, oraz utratę zaufania do prof. Romana Danielewicza”.

Redakcja

Fot. P. Wierchowski

Z prof. dr. hab. n. med. Romanem Danielewiczem, dyrektorem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Wspierajmy transplantologię

Panie profesorze, jakie jest uzasadnienie funkcjonowania takiej instytucji jak „Poltransplant”?

Potrzeba niezależnej od ośrodków transplantacyjnych organizacji pojawiła się przed laty, kiedy zaczęto rozwijać pobrania wielonarządowe. W Polsce było to na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku. Trudno obecnie wyobrazić sobie funkcjonowanie sprawnego systemu bez narodowej organizacji transplantacyjnej.

Koordinowanie pobierania i przeszczepiania narządów to jedno z najważniejszych zadań „Poltransplantu”, ale niejedyne. Jesteśmy także punktem kontaktowym dla podobnych organizacji w krajach Unii Europejskiej, współpracujemy z Komisją Europejską i z Komitetem ds. Transplantacji w Radzie Europy. Prowadzimy rejestry transplantacyjne, kluczowe

dla zapewnienia jakości i bezpieczeństwa procedur transplantacyjnych: krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, rejestr przeszczepień i rejestr żywych dawców narządów. Prowadzimy także Centralny Rejestr Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej. Do tej pory wpisano do niego blisko 1,2 mln dawców komórek krwiotwórczych zrekrutowanych przez polskie ośrodki.

Uczestniczymy w postępowaniu o udzielenie przez ministra zdrowia pozwolenia na wykonywanie procedur transplantacyjnych, refundujemy ośrodkom koszty pobrania niektórych narządów oraz poszukiwania i doboru dawców szpiku. Wykonujemy wiele innych szczegółowych zadań, w tym powierzone przez Ministerstwo Zdrowia, np. monitorowanie i rozliczanie działań realizowanych przez różne podmioty w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej.

Minęło 20 lat od powstania „Poltransplantu”. Jakie są najważniejsze wydarzenia tego okresu?

Jak już wspominałem, prace nad stworzeniem tej instytucji zainicjowało środowisko transplantologów. W 1996 r. „Poltransplant” zyskał umocowanie ustawowe, jednak podwaliny już istniały. Prof. Janusz Wałaszewski miał wówczas kilkuosobowy zespół i pomysł na tworzenie „Poltransplantu”, oparty na wiedzy o działaniu Eurotransplantu i amerykańskiego UNOS.

Uważam, że najważniejsze wydarzenia to: stworzenie systemu koordynacji pobrań wielonarządowych, zbudowanie sieci koordynatorów transplantacyjnych (efekt działań w ostatnich kilku latach), opracowanie rejestrów transplantacyjnych z kilkoma modułami i funkcjami oraz systemu monitorowania doboru, pobierania i przeszczepiania komórek krwiotwórczych. Ten ostatni także jest oparty na sprawnie działającym rejestrze prowadzonym w formie elektronicznej.

Jakich „Poltransplant” ma sprzymierzeńców?

Jest to jednostka budżetowa podlegająca ministrowi zdrowia i on jest głównym partnerem oraz przełożonym w rozumieniu uregulowań ustawowych. Z tych samych powodów bardzo ściśle współpracuje z Krajową Radą Transplantacyjną – organem doradczym ministra zdrowia. Wynikiem współpracy z KRT są decyzje dotyczące m.in. przyznania ośrodkom pozwolenia na przeszczepianie (np. nowemu ośrodkowi transplantacyjnemu), ale także w zakresie propozycji czy uregulowań systemowych lub ustawowych. Kontakty z MZ, KRT i naszą bliźniaczą instytucją – Krajowym Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, są codziennością. Także na co dzień partnerami są wszystkie szeroko rozumiane ośrodki transplantacyjne, to dla nich 365 dni w roku pełnymi stały, całodobowy dyżur koordynatora. Przez ośrodki transplantacyjne rozumiem zarówno kliniki chirurgiczne, jak i niezabiegowe, które opiekują się biorcami przeszczepów podczas kwalifikacji oraz w okresie po przeszczepieniu. Trzeba pamiętać także o klinikach hematologicznych przeszczepiających komórki krwiotwórcze. Z nimi kontakt mamy już na etapie poszukiwania niespokrewnionego dawcy szpiku. Uzupełnieniem tego systemu są ośrodki pobierające szpik, ośrodki poszukujące i dobierające dawców, laboratoria zgodności tkankowej i ośrodki dawców szpiku. To kilkadziesiąt podmiotów w Polsce: leczniczych, laboratoriów i fundacji.

Niezwykle ważnymi sprzymierzeńcami są: Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, ale także inne towarzystwa naukowe. Bez wsparcia anesteziologów, neurologów i neurochirurgów niemożliwa byłaby bowiem identyfikacja zmarłych dawców. Transplantolodzy nie mogą funkcjonować jedynie w obrębie swojej (także przeciw wielodyscyplinarnej) specjalności. Ważne są dla nas również kontakty z kardiologami i hematologami.

Na forum międzynarodowym do partnerów należą Komisja Europejska, zwłaszcza DG SANCO i wydział ds. transplantacji, oraz Komitet ds. Transplantacji (tzw. CDPTO), działający przy European Directorate for the Quality of Medicines and Health Care, przy Radzie Europy. To dwie instytucje najistotniejsze dla współpracy naszego kraju z państwami europejskimi w zakresie harmonizacji systemów organizacji transplantologii.

Podsumował pan minione lata. Jakie są plany na kolejne? Jakie widzi pan problemy i sposoby ich rozwiązania?

Planem strategicznym musi być zapewnienie samowystarczalności Polski w zakresie medycyny transplantacyjnej. Łatwiej o nią w przypadku przeszczepiania szpiku, ponieważ liczba zarejestrowanych w kraju dawców jest duża. Dzięki temu coraz łatwiej dobrać dla polskiego chorego dawcę z polskiego rejestru. Niestety, nie dotyczy to narządów pozyskiwanych do przeszczepienia (to nie tylko polski problem). Wskaźnik zmarłych dawców wynoszący 13,6 na milion mieszkańców sytuuje nas na poziomie średniej europejskiej, ale potrzeby są znacznie większe. Będziemy usatysfakcjonowani, kiedy Polska osiągnie wskaźnik około 25 dawców na milion mieszkańców, chociaż Hiszpania postawiła tę „poprzeczkę” na poziomie 40. Nie chodzi oczywiście o współzawodnictwo, ale o zapewnienie dostępności tego sposobu leczenia. Dla osób ze schyłkową niewydolnością serca, wątroby czy płuc po prostu nie ma innej metody leczenia. Lista oczekujących w Polsce przekracza 1700, przeszczepiamy około 1500 narządów i wciąż kilkadziesiąt osób rocznie nie ma szansy doczekać operacji. Do zwiększenia liczby przeszczepień ma przyczynić się stała akcja promująca transplantologię i edukacja społeczeństwa w celu uzyskania pełnej akceptacji przeszczepiania. Równie ważna jest edukacja środowiska medycznego i zwiększenie aktywności szpitali w zakresie zgłaszania możliwości pobierania narządów. Przypomnę, że Światowa Organizacja Zdrowia uznała to za jedno z czterech podstawowych zadań nowoczesnego szpitala, oprócz edukacji, profilaktyki i leczenia. Niestety, część szpitali, w których takie możliwości są, nadal nie przejawia aktywności.

Należy więc w dalszym ciągu inwestować w kapitał ludzki, mam na myśli szkolenia dla koordynatorów i dla personelu szpitalnego (szkolenia typu ETPOD). Te zadania są realizowane ze środków Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Przy ich realizacji „Poltransplant” wspiera działania Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej, które są głównymi wykonawcami tych zadań.

Wiemy, że polska transplantologia przeżywała w ostatnich latach zawirowania. Jaka jest sytuacja u progu 2017 r.?

„Poltransplant” wchodzi w 2017 r. z bagażem lub, jak kto woli, dorobkiem 50-lecia przeszczepiania narządów w Polsce i 20-lecia istnienia „Poltransplantu”. Osiągnęliśmy wiek dojrzałości zarówno na płaszczyźnie ustawodawstwa, jak i organizacji systemu oraz kompetencji zespołów.

Jak już wspominałem, celem wszystkich współpracujących podmiotów jest nie tylko zwiększenie liczby wykonywanych przeszczepień, ale także podniesienie ich jakości i bezpieczeństwa. Analizując statystyki dotyczące operacji i przeżycia biorców, można powiedzieć, że polscy transplantolodzy bardzo dobrze wykonują swoją pracę. Pozostaje nam kontynuować wysiłki dotyczące promocji transplantacji w społeczeństwie oraz edukowanie i uaktywnianie całego środowiska medycznego, by wspierało transplantologów. ■

Wręczenie praw wykonywania zawodu

lekarzom i lekarzom denty stom



Fotografie: B. Siwek/OIL w Warszawie

Od tego momentu rozpoczynacie nowe życie – ten zwrot powtarzał się na uroczystości wręczenia „Praw wykonywania zawodu lekarza” i „Praw wykonywania zawodu lekarza denty sty”, zorganizowanej przez OIL w Warszawie 5 listopada 2016 r. Wzięli w niej udział młodzi lekarze, ich rodziny i przyjaciele. Obecni byli także wybitni reprezentanci środowiska: prof. Mirosław Wielgoś, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Ry-

szard Gellert, dyrektor CMKP, prorektorzy i dziekani WUM, Jarosław Pinkas, sekretarz stanu w MZ, przedstawiciele NFZ, władze OIL z prezesem Andrzejem Sawonim.

Prof. Mirosław Wielgoś, gratulując młodym ludziom osiągnięcia kolejnego etapu zawodowego, powiedział m.in.: – *Dzisiaj przechodzicie spod naszej opieki pod opiekę samorządu lekarskiego i pozostaniecie tam na zawsze. Otrzymujecie prawa, ale łączą się*

one z obowiązkami, których jest więcej niż praw. Medycyna to sztuka. Sztukę uprawiają artyści, ale nikt nie jest bogiem i każdy może się mylić. Pamiętajcie o tym. Jesteśmy szczególnymi ludźmi, dane nam jest niesienie pomocy innym. Wyleczenie człowieka to piękna sprawa i nie ma drugiej takiej satysfakcji.

Prezes Andrzej Sawoni podkreślił, że samorząd lekarski jest po to, aby wspierać lekarzy i udzielać pomocy w trudnych chwilach. Zachęcił też młodych do aktywności w samorządzie, przypomniał, że wkrótce odbędą się kolejne wybory władz Izby.

Tę część uroczystości zakończył tradycyjnie wykład prof. Piotra Zaborowskiego. – *Wchodzicie do fascynującego świata* – mówił prof. Zaborowski. – *Medycyna dokonała olbrzymiego kroku. Dzisiaj to komórki macierzyste, genomika, nanotechniki, nanoleki. Wszystko to będzie waszym udziałem. Wasze przygotowanie na uczelni jest zaledwie początkiem i startem. (...)*

Człowiek nie wyrasta z niczego, wyrastamy z pewnej tradycji. Kochajcie





swoich pacjentów. Jeżeli będą to czuli, kłopoty komunikacyjne nie będą przeszkodą w dotarciu do ich problemów. Kochajcie też siebie, to doda wam siłę. Poświęćcie czas nie tylko pracy, ale też rodzinie, aby mieć w niej ostoję. Bądźcie niezależni, za pieniądze nie kupi się miłości. Będziecie otoczeni starszymi kolegami, więc szukajcie w nich mentorów, przyjaciół. Życzę wam, abyście niezależnie od okoliczności widzieli swój odległy cel, którym jest uwalnianie od cierpienia.

Prezes Andrzej Sawoni odebrał przyrzeczenie lekarskie od lekarzy obcokrajowców. Następnie wręczono Nagrody im. prof. Władysława Szenajcha przyznawane przez OIL w Warszawie za najlepsze wyniki Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego w roku akademickim 2015/2016 (nazwiska wymienione na dole strony).

– Miałem duży dylemat z wyborem kierunku studiów – powiedział **Marcin Stasiak**, nagrodzony lekarz dentysta. – Moja mama też jest stomatologiem. Po wysłuchaniu rad rodziców wybrałem również ten kierunek. Staż odbywałem w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus. Zdawałem egzamin po raz drugi, bo chciałem osiągnąć bardzo dobry wynik.

Planuję specjalizację z ortodoncją, a na nią jest bardzo mało miejsc. Tym razem się udało. Satysfakcja wynika z tego, że będę pomagał ludziom w tak ważnych sprawach jak zdrowie.

– Wiele czynników skłoniło mnie do wyboru medycyny – powiedziała **Małgorzata Załęcka**, która osiągnęła najlepszy wynik wśród lekarzy. – Miałam skłonność do przedmiotów ścisłych, które znajdujemy w medycynie. Ale istotny jest też element humanistyczny, etyczny. Ta wszechstronność przekonała mnie do wyboru tego kierunku. Pociągało mnie także to, co zniechęca większość osób. Fakt, że trzeba stale się szkolić. Jestem ambitna i lubię się uczyć. Na razie krótko pracowałam, ale i studia, i staż podyplomowy bardzo mi odpowiadały. Staż odbyłam w szpitalu przy ul. Banacha. Jestem zadowolona z moich relacji z pacjentami i lekarzami. Dostałam się na rezydenturę z otolaryngologią w Szpitalu Bielańskim w Warszawie.

„Prawo wykonywania zawodu” otrzymało 422 lekarzy i 139 lekarzy dentyistów. Dokumenty wręczali członkowie ORL w Warszawie oraz prof. Mirosław Wielgoś. Podczas uroczystości wystąpił chór OIL pod dyrekcją Beaty Herman. ■ **mkr**

Najlepsi lekarze:

1. Małgorzata Załęcka	90,72 pkt.
2. Martyna Naduk-Ostrowska	90,31 pkt.
3. Piotr Łyżwa	89,69 pkt.
Olivia Karolina Rozum	89,69 pkt.

Najlepsi lekarze dentyści:

1. Marcin Stasiak	90,63 pkt.
2. Marta Klikowska	84,69 pkt.
3. Agnieszka Jankowska	82,29 pkt.



Fot. archiwum

W sieci zmian w ochronie zdrowia

Małgorzata Solecka

Czy za pół roku zmieniają się, i to radykalnie, warunki pracy części lekarzy? Jeśli Ministerstwo Zdrowia przeforsuje rozwiązania zapisane w projektach ustaw o sieci szpitali i podstawowej opiece zdrowotnej, należy się tego spodziewać. Czego można oczekiwać? Kto straci? Czy nowe zasady systemowe mogą się okazać *per saldo* dla lekarzy korzystne?

Pod koniec listopada Rządowe Centrum Legislacji opublikowało uwagi zgłoszone do projektu ustawy o sieci szpitali w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych. Zastrzeżeń jest wiele, zarówno jednostkowych (konkretne szpitale wnoszą o zmiany kryteriów kwalifikowania do sieci), jak i natury zasadniczej, ogólnej: niezgodność z konstytucją, naruszenie przepisów unijnych, brak oceny skutków regulacji dla pacjentów, dla placówek medycznych i dla ich pracowników.

Wiele wątpliwości budzi nierówność traktowania podmiotów publicznych i prywatnych. Zarówno organizacje pracodawców, jak i Naczelna Rada Lekarska chcą, by do systemu zabezpieczenia (czyli sieci szpitali) mogły być włączane również podmioty prywatne, o ile spełniają pozostałe warunki kwalifikacji. W ministerialnym projekcie podmioty prywatne mogą jedynie ubiegać się o środki publiczne w procedurze konkursowej, na którą płatnik będzie przeznaczać powyżej kilka miliardów złotych.

Stanowisko NRL jest jednoznaczne: „*zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych wymagają zachowania prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się, na równi z podmiotami publicznymi, o środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych*”, a konkurencja w ochronie zdrowia, która prowadzi do podnoszenia poziomu świadczeń, powinna zostać utrzymana.

Krytykowana jest również najważniejsza zmiana, jaka ma się dokonać w finansowaniu świadczeń szpitalnych: przejście z rozliczania procedur na ryczałt. Samorząd lekarski podkreślił w swoim stanowisku, że takie finansowanie będzie działać demotywująco na świadczeniodawców.

„*System ochrony zdrowia jest w Polsce zbyt nisko finansowany i z tego powodu występują problemy z jego funkcjonowaniem. Samo reorganizowanie, bez dołożenia środków, nie poprawi dostępności*” – to z kolei fragment opinii przygotowanej przez Federację Porozumienie Zielonogórskie. Projekt dotyczący sieci szpitali jest pierwszym, który FPZ skrytykowała tak otwarcie i jednoznacznie. Porozumienie Zielonogórskie negatywnie ocenia również finansowanie ryczałtowe (szpitale nie będą zainteresowane „*zwiększaniem zakresu świadczeń, podejmowaniem diagnostyki i terapii trudnych, a przez to kosztownych, przypadków medycznych*”). Jednak skupia się przede wszystkim na mini-

sterialnych planach wobec Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, mówiąc o rozmontowywaniu systemu AOS, które szybko uderzy w pacjenta, a następnie – w POZ. „*Pacjent zagubi się w nowym systemie, bez nadziei na rozwiązanie jego problemów zdrowotnych. Rosnące przez to kolejki do świadczeń specjalistycznych spowodują jeszcze większe obciążenie podstawowej opieki zdrowotnej, która winna być odciążana z racji planowanego nałożenia ustawą o POZ całkowicie nowych obowiązków związanych z opieką koordynowaną. Nie da się tego wdrożyć przy jednoczesnym wprowadzeniu systemu stymulującego szpitale do odsyłania wszystkich pacjentów, a zwłaszcza ciężko chorych, do POZ*”.

Ministerstwo wydaje się głuche na wszystkie obawy i argumenty. Sieć szpitali, choć nie wszystkie placówki do niej wejdą, ma być – zdaniem Konstantego Radziwiłła – szansą, a nie zagrożeniem. Pacjent w nowym systemie ma otrzymać wszystkie potrzebne mu świadczenia, do których dostęp będzie „sprawiedliwy”, cokolwiek to słowo w tym kontekście oznacza.

Problem polega na tym, że do tej pory – przy wszystkich wprowadzanych przez kolejne ekipy zmianach czy reformach – nie świetlane wizje ministrów, ale właśnie obawy i wątpliwości zgłaszane przez ekspertów, środowiska medyczne i menedżerów placówek okazywały się bliższe rzeczywistości. Dlaczego tym razem miałyby być inaczej?

W kuluarach dużej konferencji, zdominowanej przez tematy związane z przygotowywaną reformą, rozmawiam o przyszłości nie tak odległej (zmiany mają przecież wejść w życie 1 lipca 2017 r.) z przedstawicielami prywatnych świadczeniodawców. Jak się na nie zapatrują – to jasne. Jak się przygotowują? – *Będziemy szli w kierunku wzmocnienia opieki specjalistycznej, oczywiście komercyjnej* – słyszę. Nie mają wątpliwości, że większość pacjentów rzeczywiście, jak twierdzi minister zdrowia, z powodzeniem mogłaby się leczyć w POZ. Problem w tym, że aby to było możliwe, lekarzy POZ powinno być co najmniej dwa razy więcej, by każdy miał pod opieką 1,5–1,8 tys. pacjentów. Tymczasem w przyszłym roku nie ma mowy o takim przyroście kadr (jeśli w ogóle jakiś nastąpi). Równocześnie lekarzom, którzy w POZ pracują, przybędzie znacząca ilość obowiązków: wystarczy otwarcie POZ dla wszystkich, prak-

tycznie bez obowiązku posiadania ubezpieczenia. – *Szybko może się okazać, jeszcze w pierwszym półroczu, że dostępność POZ się pogorszyła. Dostępność to nie tylko czas oczekiwania na wizytę, ale przede wszystkim czas, jaki lekarz poświęca pacjentowi. Jeśli będzie się on jeszcze skracał, duża część pacjentów nie odda swojego zdrowia w ręce lekarza rodzinnego* – przewidują przedstawiciele prywatnych świadczeniodawców.

Pierwszym skutkiem „rozmontowywania AOS” będzie więc, zdaniem moich rozmówców, dalsza komercjalizacja tego segmentu systemu opieki zdrowotnej. Dalsza, bo Polacy już w tej chwili wydają na wizyty i badania specjalistyczne miliardy złotych. Po reformie Radziwiłła będą, najprawdopodobniej, wydawać jeszcze więcej, gdy okaże się, że nie mają szans na skierowanie ani od lekarza POZ, ani w ramach lecznictwa szpitalnego. Umocowanie specjalistycznych poradni przyszpitalnych jest w projekcie ustawy na razie niejasne, podobnie jak wielkość tzw. budżetu powierzonego w POZ.

Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że kolejek do specjalistów nie da się „w prosty sposób” w systemie zlikwidować. Jeden z moich rozmówców twierdzi, że praktyczna likwidacja AOS to przecięcie węzła gordyjskiego albo realizacja „strategii Kononowicza”, według której nie będzie już niczego – ani kolejek, ani specjalistów w publicznym systemie.

Wśród lekarzy pojawiają się obawy, że nowe rozwiązania znacząco wpłyną na ich możliwości zarobkowe. Po pierwsze, część szpitali straci w całości lub w części finansowanie z NFZ. Po drugie, przyszłość działających na podstawie kontraktów poradni AOS stoi w tej chwili co najmniej pod ogromnym znakiem zapytania. Po trzecie wreszcie – i nie wiadomo, czy nie najważniejsze – zmiana systemu finansowania świadczeń szpitalnych położy kres wszelkiego rodzaju nadwykonaniom, co poważnie wpłynie na gotowość szpitali do intensyfikacji działalności leczniczej. Na ten aspekt w konsultacjach publicznych zwróciła uwagę Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych. Ryczałt, który otrzymają szpitale, również te najwyższego poziomu referencyjnego, będzie obliczany wyłącznie na podstawie wysokości kontraktu, a płatnik nie uwzględni świadczeń wykonanych ponad limit. Samorząd lekarski podzielił te obawy, kładąc nacisk na ich konsekwencje dla pacjentów: – *Zmiana polegająca na przejściu z rozliczania procedur na ryczałtowy budżet będzie działać demotywująco na świadczeniodawców.*

I jeszcze głos jednej z organizacji pacjentów, Fundacji 1 Czerwca. Minister zdrowia „dąży do stworzenia »ideału« systemu ochrony zdrowia, w którym funkcjonowanie byłoby łatwiejsze i prostsze, gdyby udało się z niego wyeli-

minować pacjenta. Przedstawiony projekt reformy opartej na ryczałtowym finansowaniu szpitali to naszym zdaniem droga do tego »ideału«, w którym pacjent nie będzie potrzebny”. A po reformie jedynym zmartwieniem placówek leczniczych będzie kreatywna sprawozdawczość, czyli konieczność udowodnienia urzędnikom, że szpital jest bardzo potrzebny.

Mniejsza liczba wykonywanych procedur to z jednej strony gorsza dostępność leczenia dla pacjenta, z drugiej – mniej pracy dla lekarza. Czy to oznacza koniec presji płacowej i pogorszenie warunków pracy? Czy lekarze będą wręcz zmuszeni zaakceptować zmniejszenie wynagrodzenia?

Te obawy wydają się co najmniej przedwczesne. Opublikowany pod koniec listopada kolejny raport OECD potwierdza, że Polska pod względem liczby lekarzy znajduje się na szarym końcu wśród państw wysokorozwiniętych. W tym obszarze jeszcze przez lata sytuacja może się wyłącznie pogarszać. Z drugiej strony popyt na usługi medyczne, w tym lekarskie, będzie w następnych latach rósł. W dłuższej perspektywie nie ma więc mowy o zagrożeniu obniżaniem wynagrodzeń lekarzy.



Fot. licencja Artmedia Partners

Jednak bezpośrednio po wprowadzeniu reformy Radziwiłła, jeśli wejdzie ona w życie, mogą wystąpić perturbacje. Część placówek będzie musiała dokonać cięć – tak jak już zrobiły placówki sieci AHP, w których (informacje nieoficjalne) wynagrodzenia kardiologów inwazyjnych zostały ścięte o 30 proc. i więcej, proporcjonalnie do zmniejszenia wy ceny procedur kardiologicznych. Znacząca część specjalistów może stanąć przed dylematem, czy oprócz pracy w szpitalu postawić na rozwój własnej prywatnej praktyki, czy podjąć ścisłą współpracę z jedną z sieci komercyjnych, których ekspansja przewidywana jest nie tylko w dużych, ale również w mniejszych miastach. ■

Małgorzata Solecka



Fot. archiwum

Z prof. Bolesławem Samolińskim, przewodniczącym Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia się, rozmawia Anetta Chęcińska.

Zdrowsza starość jest możliwa

Nasze społeczeństwo starzeje się. Żyjemy dłużej, ale w jesieni życia ważna jest również jego jakość. Czy starzenie może być zdrowsze?

Na zdrową starość pracujemy przez całe życie. Człowiek jest odpowiedzialny za

swój dobrostan. Choroby cywilizacyjne wiążą się z czynnikami ryzyka, na których działanie narażamy się świadomie. Alkohol, papierosy i inne używki, nieprawidłowa dieta i brak aktywności fizycznej prowadzące do otyłości i nadwagi, nadmiar soli nie służą naszemu zdrowiu. Na sytuację zdrowotną

mają też wpływ warunki ekonomiczne, socjalne, rodzinne. Kiedy odchodzimy z rynku pracy i ustaje nasza aktywność zawodowa, musimy zaplanować dalsze życie. Do niedawna brakowało propozycji ze strony państwa, samorządu terytorialnego, instytucji lokalnych, które ułatwiałyby życie osobom w wieku senioralnym. Na szczęście od pewnego czasu sytuacja się poprawia. Polskim fenomenem są Uniwersytety Trzeciego Wieku, które umożliwiają osobom starszym aktywność intelektualną, udział w spotkaniach, wykładach. Rozwinęły się na ogromną skalę, bo nie było innej oferty. Sukcesywnie przybywa domów dziennego pobytu dla seniorów. Samorządy dostrzegły, że aktywny, zdrowszy senior nie korzysta z pomocy społecznej, nie jest obciążeniem dla budżetu i dlatego warto w niego inwestować.

Jak należy przygotować system ochrony zdrowia na starzenie się społeczeństwa?

Seniorzy są najbardziej potrzebującą pomocy grupą społeczną. Wszystkie inne grupy wiekowe, z wyjątkiem małych dzieci, są znacznie bardziej samodzielne. Trzeba pamiętać, że starszy pacjent, który trafia do szpitala czy do przychodni, ma szczególne potrzeby. Wymaga troskliwego podejścia, gdyż najczęściej jego możliwości komunikacji, wynikające m.in. z zaburzeń słuchu i wzroku, trudności z poruszaniem się, są ograniczone. To osoba słaba z powodu wieku, ze zmniejszoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania, a zatem zupełnie inny pacjent niż osoba z podobnym lub tym samym schorzeniem, ale dużo młodsza. Także w warunkach domowych senior wymaga pomocy. Musi pamiętać o zaleceniach lekarza, przyjmować odpowiednie dawki leków, a bywa, że sam sobie z tym zadaniem nie radzi. Geriatrzy przyznają, że nawet 30 proc. hospitalizacji jest wynikiem źle stosowanych leków. To problemy, których skala nakazuje znalezienie rozwiązań systemowych.

Co można zrobić, aby poprawić sytuację?

System ochrony zdrowia musi być przyjazny starości. Projekt bezpłatnych leków dla pacjentów 75+ oceniam bardzo dobrze, niezależnie od opinii o samym wykazie tych leków. Idea jest

sluszna, wreszcie w systemie dostrzeżono starość, która przez lata była niezauważana. Na pewno potrzebna jest integracja opieki społecznej z opieką zdrowotną, poprawa jakości opieki nad osobami z niepełnosprawnością, kontynuacja i rozwijanie różnorodnych form aktywności seniorów, także w ramach rządowego programu ASOS.

Czy to jest czas na „srebrną gospodarkę” w ochronie zdrowia? Na rozwiązania adresowane do seniorów i z myślą o ich szczególnych potrzebach?

Jak najbardziej. 60 proc. beneficjentów systemu ochrony zdrowia to pacjenci w wieku senioralnym. Na jedną osobę w podeszłym wieku publiczny płatnik wydaje trzy razy więcej środków niż na pacjenta młodszego (z wyjątkiem małych dzieci). To grupa kosztochłonna i obecna na oddziałach szpitalnych i w przychodniach. System ochrony zdrowia powinien zostać przemodelowany i ukierunkowany na tę właśnie grupę. Sądzę, że takie działania będą podejmowane. Możliwości jest mnóstwo, m.in. w obszarze świadczeń i technologii poprawiających komunikację z pacjentem na odległość. Teledycyna, telemonitoring, telerehabilitacja – wykorzystywane z powodzeniem na Zachodzie – są coraz częściej dostępne lub będą niebawem także u nas. Takie rozwiązania potrzebne są lekarzom, pacjentom i ich rodzinom, a także systemowi – ułatwią kontakty, skrócą kolejki, przyspieszą procedury, usprawnią nadzór i zwiększą bezpieczeństwo chorych.

Czego potrzeba, żeby te ułatwienia udało się zastosować na dużo większą skalę?

Otwartości na nowe rozwiązania, wyobraźni i finansowania. Pieniądze zawsze są problemem, ale barierą jest mentalność uczestników systemu. Dlatego nowe rozwiązania muszą być tak pomyślane, aby były łatwe w obsłudze, dostępne i zrozumiałe.

Czy dzisiaj senior w Polsce jest zdrowszy, żyje aktywniej niż dekadę lub dwie temu? Jakie są perspektywy tych, którzy w wiek senioralny wejść za dziesięć, dwadzieścia lat?

Na pewno seniorzy mają obecnie więcej możliwości czynnego działania. Warto jednak pamiętać, że polityka senioralna jest młoda, niektóre jej elementy były wprowadzane, ale brakowało działań kompleksowych. Zdecydowana zmiana nastąpiła 12 lipca 2012 r. – na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zawiązaliśmy Koalicję na rzecz Zdrowego Starzenia się. Udało się nam pobudzić osoby i instytucje do działania, aby rozpoznawać problemy starości i aktywizować prozdrowotnie osoby w podeszłym wieku. Tego procesu nie można już zatrzymać, bo obudziła się społeczna świadomość. Seniorzy się organizują, są aktywni w wielu obszarach, mają oczekiwania i potrafią o nich mówić. Potrzebna jest oczywiście edukacja prozdrowotna i programy profilaktyczne. Na pewno duże znaczenie ma umożliwienie seniorom kontynuacji aktywności zawodowej. Praca mobilizuje, wprowadza w życie dyscyplinę. Osoby pracujące są w lepszej sytuacji finansowej: mogą wykupić lekarstwa, pojechać na wycieczkę, nie obciążają systemu. Także ich samopoczucie jest lepsze, bo czują się potrzebni i niezależni. W grupie senioralnej 20 proc. osób ma rozpoznaną depresję, a 40 proc.

– cechy depresji. To bardzo dużo, trzeba więc takim stanom przeciwdziałać.

Wiek definiuje starość? A może cezurą jest zakończenie aktywności zawodowej lub stan zdrowia?

Nie ma jednej definicji starości. Jest definicja demograficzna: 60, 65+ lat, ale podlega wahaniom, przesuwa się w górę. Jest granica biologiczna. W badaniu „PolSenior” osoby pytane o granicę starości odpowiadały, że jest nią ograniczenie samodzielności.

Lekarze na ogół długo pozostają aktywni zawodowo.

To wartość dodana naszego zawodu. Znam lekarzy, którzy mają 80 lat i wciąż pracują. Jesteśmy potrzebni naszym pacjentom, nasza wiedza i doświadczenie mogą być wykorzystane. W wielu lekarskich specjalnościach średnia wieku podnosi się, przekracza już 50 lat, gdyż brakuje młodych kadr, brakuje nam następców. W wykładach, które prowadzę w różnych miejscach w Polsce, uczestniczą przede wszystkim starsi lekarze. Zastanawiam się, czy brak młodszych słuchaczy wynika z demografii naszego środowiska? A może w wieku 50+ czuje się większą potrzebę dalszego kształcenia?

Recepta na zdrowszą starość?

Dla mnie przykładem są profesorowie medycyny. Dochodzą do 70. roku życia i aktywnie pracują. Mają kontakt z nauką, a intelektualna przygoda pobudza umysł. Mają kontakt z ludźmi, nie tylko w relacji lekarz – pacjent, ale też lekarz – zespół, a to wymaga interakcji społecznej. To niezbędne czynniki, aby być aktywnym. Tak, zdrowsze starzenie się jest możliwe. ■



Seniorzy w Senacie

Spotkanie pod hasłem „Aktywne, zdrowe starzenie” odbyło się 14 listopada 2016 r. z okazji Ogólnopolskiego Dnia Seniora. Seniorzy gościli w Senacie na zaproszenie marszałka Stanisława Karczewskiego. Rozmawiano o tym, jak być aktywnym w wieku senioralnym, jak dbać o kondycję fizyczną i psychiczną, kontynuować zawodowe i pozazawodowe pasje. Seniorzy mogli skorzystać z badań lekarskich, treningu nordic walking, zwiedzić budynek parlamentu.

O działaniach na rzecz polityki senioralnej mówili: minister rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbieta Rafalska, minister sportu i turystyki Witold Bańka oraz podsekretarz stanu w MZ Marek Tombariewicz. W spotkaniu uczestniczyli także lekarze: prof. Bolesław Samoliński zachęcał seniorów do aktywności intelektualnej, a Elżbieta Rusiecka-Kuczałek z ORL w Warszawie opowiadała o swojej pracy zawodowej. Fundację Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” reprezentował prezes Andrzej Surowiecki. ■ **ach**

Fot. archiwum



Marek Balicki

Minął pierwszy rok rządów Prawa i Sprawiedliwości. Na konferencji podsumowującej ostatnie 12 miesięcy Ministerstwo Zdrowia przedstawiło swoje dokonania. Niestety, zabrakło wśród nich najważniejszego, a mianowicie informacji o szczegółowych założeniach

planowanej reformy organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej. Można było wręcz odnieść wrażenie, że nie dopracowano się jeszcze całościowej i spójnej wizji systemu. Dlatego ogólna ocena ministerstwa nie może być dobra.

A szkoda, bo niewątpliwie kilka działań zasługuje na uznanie. Można do nich zaliczyć program bezpłatnych leków dla seniorów, objęcie wszystkich dzieci obowiązkowymi szczepieniami przeciwko pneumokokom, a także przywrócenie stażu podyplomowego lekarzy postulowane przez Naczelną Radę Lekarską. Słuszne było wprowadzenie ograniczeń w prywatyzacji publicznych szpitali przekształconych w spółki, zasady niewypłacania dywidendy w spółkach, w których Skarb Państwa ma co najmniej 51 proc. udziałów, oraz przywrócenie możliwości tworzenia nowych placówek w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Warto przypomnieć, że tę możliwość zniósła poprzednia ekipa dążąca konsekwentnie do maksymalnej komercjalizacji systemu. Ważne jest również objęcie wszystkich obywateli prawem do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, nawet jeśli e-WUŚ „wyświetla się na czerwono”. Są to jednak zmiany fragmentaryczne, na dodatek część będzie wymagała rozwinięcia w przyszłości, np. prawo do bezpłatnych leków – by zyskali je pacjenci zaraz po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego.

Najważniejsze miały być zmiany systemowe obejmujące instytucję płatnika, zasady finansowania i korzystania ze świadczeń, funkcjonowanie publicznych placówek, a także konieczne zwiększenie nakładów publicznych. Daleko idącą reformę zapowiadano w czasie kampanii wyborczej, mówiła o nich również w *exposé* premier Beata Szydło. Gdyby tych zapowiedzi nie było, można by przejść do porządku dziennego nad brakiem strategii i całościowej koncepcji. Ale były. Ponadto w ostatnim czasie pojawiły się projekty ustaw budzące kontrowersje. Taka sytuacja rodzi niepotrzebne zamieszanie i niepewność, co w przyszłości może utrudnić wprowadzanie koniecznych zmian. Ilustracją tego zjawiska jest projekt ustawy o sieci szpitali. Pisałem o tym w poprzednim numerze „Pulsu”. Okazało się, że po krytyce płynącej z różnych stron ministerstwo zdecydowało się na przepracowanie projektu. Fakt trzeba docenić, ale sytuacji on nie zmienia. Nadal brakuje spójnej, kompleksowej wizji tego, dokąd zmierzamy.

Tymczasem optymalny kalendarz polityczny przewiduje przygotowanie reformy, wraz z uzyskaniem społecznej zgody, w pierwszym roku rządzenia, w drugim jej wdrożenie, a później już tylko niezbędne korekty, żeby przed kolejnymi wyborami obywatele zaczęli dostrzegać efekty. Może, mimo upływu roku, warto reformę dopracować, bo jest jeszcze szansa na sukces. ■

Fot. archiwum



TV leczy strachem

Paweł Walewski

W programach zajmujących się zdrowiem TVP nie potrafi być bezstronna. Brak obiektywizmu, który uderza widzów „Wiadomości”, w przypadku tematów poświęconych medycynie jest groźniejszy, gdyż naraża odbiorców na niebezpieczne skutki zdrowotne. Tak dzieje się ostatnio w programach poświęconych szczepieniom, w których prowadzący – zamiast zachęcać do tej formy profilaktyki – ostentacyjnie rozprawiają się z nią i promują krytykowane na całym świecie ruchy antyszczepionkowe. Najpierw mieliśmy program na żywo „Szeptem” w TVP 2, gdzie w roli ekspertów wystąpiła Justyna Socha, liderka Stowarzyszenia STOP NOP, od lat powtarzająca bzdury na temat szkodliwości szczepionek, oraz bliżej nieznaną Ryszard Grzebyk z Kanady, tytułowany lekarzem medycyny naturalnej (prawdziwiej byłoby go nazywać po prostu znachorem). Następnie oliwy do ognia dolano w „Studiu Polska” w TVP Info. I to wszystko w czasach, gdy coraz więcej skołowanych pseudo-edukacją rodziców odmawia szczepienia swoich dzieci!

Ciekaw jestem, czy przesłaniem programów i ich przebiegiem zainteresował się minister zdrowia, który w świetle kamer zaszczepił się przeciwko grypie i oświadczył, że zniechęcanie do takiej profilaktyki przeciwko chorobom wirusowym jest społecznie szkodliwe. Ale warto przypomnieć, że również w obecności mediów minister Radziwiłł podpisał w sierpniu porozumienie z Telewizją Polską o współpracy w tworzeniu audycji promujących zdrowie i kształtujących postawy prozdrowotne. Nazwano je „nowym otwarciem”, gdyż TVP zadeklarowała, że będzie odtąd aktywnie wspierała prozdrowotne działania resortu.

Czy mamy za takie wsparcie uznać głoszenie tez, które po wielokroć zostały skompromitowane: o zawartości rtęci w szczepionkach (dawno jej tam nie ma), nieprzygotowaniu dzieci na szczepienia w pierwszych latach życia, rzekomych związkach z autyzmem (powiązanie to okazało się efektem fałszerstwa)? Najgorsze, że prowadzący antyszczepionkowe programy nie tylko nie kwestionują wygłaszanych przez ich gości kłamstw, ale wręcz wspierają przeciwników szczepionek, powielając mity, że są one groźne i przyczyniają się do wielu chorób (*sic!*). Gdy naturoterapeuta nazwał je „świadomym ludobójstwem”, dziennikarce nawet nie drgnęła powieka. Ta sama dziennikarka prowadzi w telewizji poranny program medyczny, a firmy PR zatrudniają ją do prowadzenia imprez prozdrowotnych, na których występuje w roli ekspertki zdrowego stylu życia, co sprawia, że przekaz staje się niewiarygodny. Jeśli ktoś nie wie, jaką korzyść mamy ze szczepień, nie powinien być wykorzystywany do promowania żadnej dziedziny medycyny. Czy Ministerstwo Zdrowia ma plan powstrzymania narastającej fali ignorancji w mediach publicznych i szerzenia przez nie fałszywej propagandy? Bo jak widać umowa to za mało. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Dostęp do pełnej gamy nowych
samochodów – po prostu
Zdecyduj i ciesz się jazdą!



Toyota Rav

od 1894,00zł



VW Passat

od 1937,00zł



Audi A3

od 1976,00zł



Volvo XC60

od 2540,00zł



Mercedes-Benz Klasy C

od 2620,00zł

*Podane wartości są wartościami brutto

*Prezentowana oferta nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu stosownych przepisów Kodeksu Cywilnego.

Korzyści wynajmu długoterminowego:

Finansowo - Podatkowe:

- Niższe raty miesięczne vs tradycyjny leasing bankowy.
- Rata stanowiąca w całości koszt uzyskania przychodu.
- Umowa poza bilansem, nie obciążająca zdolności kredytowej firmy.
- Przejrzysta umowa i stałe miesięczne raty zapewniające proste budżetowanie.

Komfort, elastyczność, więcej czasu,

- Oszczędność czasu i pieniędzy = możliwa jedna faktura miesięcznie.
- Zmniejszenie kosztów administracyjnych.
- Brak ukrytych kosztów.
- Brak kosztów/straty przy odsprzedaży samochodu po kontrakcie (poniżej wartości księgowej).
- Możliwość skonfigurowania ceny z niską wartością samochodu, który po okresie umowy można odkupić po niskiej cenie.
- Oszczędność czasu i koncentracja na rozwoju własnego biznesu.
- Współpraca z profesjonalistami i doradztwo w cenie raty.

Wymagane dokumenty:

- Kserokopia dowodu osobistego.
- Potwierdzenie uprawnień do wykonywania zawodu (np. Legitymacja potwierdzająca wpis na listę adwokatów, do okręgowej izby lekarskiej, itd.).
- Oświadczenie klienta na temat aktualnej sytuacji finansowej oraz na temat posiadanych zobowiązań kredytowych, leasingów, zaległości płatniczych w ramach zobowiązań społecznych.
- Zgoda na badanie/sprawdzenie moralności płatniczej (BIG InfoMonitor).
- Brak wpłaty wstępnej.*

*w przypadku samochodów z segmentu C, D, SUV. Nie dotyczy aut klasy Premium.



**DRIVING
TO THE FUTURE**

Na czym polega wynajem długoterminowy?

Wynajem długoterminowy to usługa udostępnienia Najemcy pojazdu na czas uprzednio określony, w zamian za ustalone wynagrodzenie. Stała Kwota miesięczna obejmuje wszystkie usługi takie jak: przeglądy i naprawy, ubezpieczenia, pojazdy zastępcze, assistance, dodatkowe komplety opon wraz z wymianą i składowaniem, karty paliwowe.

Czym się wyróżniamy?

- Wyjątkowa obsługa klienta (97% zadowolonych klientów).*
- Najniższy koszt finansowania.
- Przejrzystość umowy.
- Możliwość współpracy ze wskazanym dealerem.
- Otwartość organizacji na klienta (wsparcie całego zespołu).
- Partnerstwo na lata współpracy.
- Możliwość wyboru spośród wszystkich modeli i marek dla firmy każdej wielkości.

*Według badania Keralla Research, luty 2016r.



Z czego się składa wynajem długoterminowy?

Finansowanie

- Brak wpłaty własnej.
- Finansowane jest jedynie realne zużycie samochodu, a nie cała wartość pojazdu.
- Wartość końcowa pojazdu po zakończeniu kontraktu ustalana jest na rzeczywistym (rynkowym) poziomie, co daje niskie miesięczne koszty.

Zarządzanie ubezpieczeniami

- Pełne ubezpieczenie AC/OC/NW.
- Likwidacja szkód komunikacyjnych.

Zarządzanie obsługą serwisową (w racie)

- Przeglądy okresowe i bieżące naprawy.
- Samochód zastępczy na czas naprawy.
- Wymiana opon i składowanie.

Mobilność 24h

- Pełna ochrona Assistance dla wynajmowanych samochodów 24h na dobę.

Karty paliwowe

- Możliwość bezgotówkowych zakupów paliwa w kompaniach naftowych.
- Nieoprocentowany kredyt kupiecki na zakupy paliwa na stacjach benzynowych.
- Zbiorcze faktury.

Raportowanie i fakturowanie

- Możliwość uzyskania raportów dotyczących użytkowanej floty.
- Miesięczna faktura zbiorcza.

**JEDŹ Z POSTĘPEM, CZUJ SIĘ BEZPIECZNIE,
UŁATWIAJ SOBIE ŻYCIE
Z HITACHI CAPITAL POLSKA**



Hitachi Capital Polska Sp. z o.o.
ul. Palisadowa 20/22, 01-940 Warszawa
NIP: 118-180-85-73, REGON: 140260273, KRS: 0000242025

Tel.: 22 833 77 44, Fax.: 22 833 91 99
e-mail: biuro@hitachicapital.pl
www.hitachicapital.pl

Medal Prymasowski dla prof. Henryka Skarżyńskiego

11 listopada 2016 r. Jego Eminencja Prymas Polski i Metropolita Gnieźnieński ks. abp Wojciech Polak przybył do Warszawy, by przewodniczyć mszy św. za ojczyznę w Świątyni Opatrzności Bożej. Następnie udał się do Domu Arcybiskupów Warszawskich, gdzie uroczystie wręczył prof. Henrykowi Skarżyńskiemu Medal Prymasowski „Zasłużony dla Kościoła i Narodu”.

Audację z tej okazji wygłosił metropolita warszawski ks. abp Kazimierz Nycz. Ks. abp Wojciech Polak, wręczając prof. Skarżyńskiemu medal, szczególnie podkreślał ludzki wymiar wyróżnienia: – *Medal Prymasowski przyznawany jest za zasługi dla Kościoła i Narodu, i choć są to słowa i kwalifikatory bardzo wielkie i zobowiązujące, to w stosunku do pracy, posługi i dobra okazywanego przez pana profesora są wyrazem naszej wdzięczności.* Odbierając medal, prof. Skarżyński nie krył wzruszenia: – *Te ciepłe słowa są nam bardzo potrzebne. One nas zobowiązują i sprawiają, że pamiętamy o wielkiej odpowiedzialności, jaka spoczywa na każdym z nas. Odpowiedzialności wobec ludzi, którzy przyjeżdżają do*



Fot. archiwum IFiPS

Światowego Centrum Słuchu, bo potrzebują naszej pomocy. Każdy pacjent, któremu udało nam się pomóc, to dowód, że spełniliśmy się w naszej codziennej pracy klinicznej.

Medal Prymasowski jest jednym z najważniejszych rzymskokatolickich odznaczeń kościelnych nadawanych za szczególne zasługi, wybitne osiągnięcia w różnych dziedzinach pracy społecznej, działalność na rzecz drugiego człowieka. ■ rk

Jubileusz Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

W ciągu 25 lat 350 tys. operacji w jednej placówce ochrony zdrowia. Taki sukces zdarza się bardzo rzadko. Nawet jeśli dodamy, że znaczna część to zabiegi pionierskie, pierwsze w Polsce, a nierzadko i na świecie, i tak nie przedstawimy całości działań Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, stworzonego i kierowanego przez prof. Henryka Skarżyńskiego. Dzięki niemu bardzo liczna grupa polskich pacjentów zyskała niepowtarzalną szansę usłyszenia świata. Jeszcze większa, bo ponad 3,5-milionowa, mogła skonsultować sprawność swojego narządu słuchu.

Operacyjne leczenie głuchoty prof. Skarżyński rozpoczął w 1991 r., a 20 lat temu powstał instytut, obecnie mieszczący się w Kajetanach pod Warszawą. Z okazji tych dwóch jubileuszy 7 listopada 2016 r. w sali Filharmonii Narodowej odbył się spektakl, w którym wystąpili znani artyści, przyjaciele placówki, ale przede wszystkim byli pacjenci instytutu, którzy po odzyskaniu (lub uzyskaniu, bo nie słyszeli od urodzenia) słuchu poświęcili się twórczości muzycznej. Ich świadectwo najbardziej przemawiało do wyobraźni zebranych gości.

Na zakończenie spotkania przedstawiciel Kapituły Panteonu Wynalazców i Odkrywców Polskich, skupiającego wybitnych naukowców polskich pracujących na świecie, oznajmił, że kapituła postanowiła wpisać prof. Skarżyńskiego w poczet jego członków. ■

mkr

**II KONFERENCJA
WYTYCZNE
w otorynolaryngologii
audiologii i foniatrii**

pod patronatem
KONSULTANTA KRAJOWEGO
w dziedzinie otorynolaryngologii

9-11 MARCA 2017 roku
Zakopane

INSTYTUT FIZJOLOGII
I PATOLOGII SŁUCHU

www.otolaryngologia2017.pl

OGŁOSZENIE



Fot. archiwum

Umowa lekarza z pacjentem

Filip Niemczyk, adwokat

Lekarz podejmujący się leczenia pacjenta w świetle prawa cywilnego zaciąga zobowiązanie. O ile nie mamy do czynienia z sytuacją nagłą, gdy opóźnienie w udzieleniu pomocy lekarskiej grozi utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, oraz innym przypadkiem niecierpiącym zwłoki, relację między lekarzem i pacjentem można traktować jak formę kontraktu. Tylko wyjątkowo uzyskuje on postać pisemnej umowy lekarza i pacjenta. Zazwyczaj warunki porozumienia przyjmowane są w sposób dorozumiany lub pacjent zawiera umowę nie z lekarzem, lecz z placówką medyczną. Nie zmienia to jednak faktu, że prawo pozwala na każdą z tych sytuacji pa-
trzeć przez pryzmat kontraktowy.

Jak wspominałem, umowa z pacjentem dla swej ważności nie wymaga formy pisemnej. Do stwierdzenia, że strony się porozumiały, wystarczy jednoznaczna sytuacja, w której chory zgłasza się do gabinetu, a lekarz podejmuje czynności diagnostyczne lub terapeutyczne. Więcej wątpliwości budzi pytanie, kto dokładnie jest stroną umowy o leczenie. Z jednej strony mamy chorego lub kogoś, kto na jego rzecz działa, np. rodzica małoletniego dziecka, z drugiej – lekarza oraz placówkę, w której tenże pracuje. Nie wdając się w szczegóły dotyczące funkcjonowania i finansowania publicznej służby zdrowia, należy stwierdzić, że stroną kontraktu z pacjentem może być zarówno lekarz osobiście (choćby udzielający świadczeń w prywatnym gabinecie), jak i placówka, w której jest zatrudniony. W tym drugim przypadku istotne znaczenie ma forma zatrudnienia lekarza. Jeśli jest to umowa o pracę, lekarz wykonuje swe obowiązki wobec pacjenta jako pracownik szpitala, a zatem w ramach reżimu prawnego kodeksu pracy. Wówczas nie łączy go stosunek kontraktu bezpośrednio z pacjentem. W przypadku zawarcia przez lekarza umowy-zlecenia czy umowy o współpracy zdarzają się różne warianty, w tym i taki, w którym niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jedynie udostępnia lekarzowi miejsce do przyjęcia pacjenta. Konsekwencją takiej umowy jest związanie lekarza bezpośrednim stosunkiem umownym z pacjentem w przypadku, w którym podejmie się leczenia, a jednocześnie zwolnienie placówki medycznej z wszelkiej odpowiedzialności, o ile spełniła obowiązek właściwego wyposażenia i obsługi udostępnionego gabinetu.

Kluczowym pytaniem dotyczącym zobowiązania lekarza jest kwestia, czy umowa z pacjentem obejmuje osiągnięcie określonego rezultatu, czy jedynie dochowanie odpowiedniego stopnia staranności. Tradycyjnie przyjęło się traktować zobowiązanie lekarza jak typowe zobowiązanie do starannego działania. Lekarz nie odpowiada za wyleczenie chorego, ale za przeprowadzenie określonych czynności w odpowiedni

sposób. Poziom staranności, jakiej pacjent ma prawo oczekiwać od lekarza, powinien być wysoki, bowiem obowiązkiem lekarza jest działanie zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Pogląd taki znajduje odzwierciedlenie w orzecznictwie sądów powszechnych, gdzie podkreśla się, że należyte wywiązanie się z obowiązków przez lekarza stanowi gwarancję, przy uwzględnieniu dającego się przewidzieć ryzyka, osiągnięcia przewidywanego efektu w postaci wyleczenia. Zatem brak osiągnięcia przewidywanego rezultatu nie będzie stanowił nienależytego wykonania umowy, jeśli lekarz działał z należyście wysoką starannością.

Ten tradycyjny i dominujący pogląd może jednak w praktyce ulec pewnym modyfikacjom. Wyjątkami od reguły są w szczególności niektóre zabiegi medycyny estetycznej oraz stomatologii. Po pierwsze dlatego, że część z nich nie ma charakteru ściśle leczniczego. Po drugie dlatego, że ich istotą jest osiągnięcie określonego efektu (np. korekta kształtu twarzy, określony kształt czy kolor zębów itp.). Po trzecie dlatego, że w praktyce wiele tego rodzaju zabiegów polega na zastosowaniu określonego urządzenia lub substancji, a czynności lekarza sprowadzają się do odpowiedniej ich obsługi lub podania. W przypadku uznania, że lekarz zobowiązał się do osiągnięcia określonego rezultatu, nawet fakt dochowania odpowiedniej staranności nie wyklucza odpowiedzialności za nieosiągnięcie tego efektu.

Sądy powszechne skłaniają się ku ujmowaniu umów dotyczących zabiegów medycyny estetycznej i stomatologii jako zobowiązań starannego działania. W prawie cywilnym obowiązuje jednak zasada swobody umów. Od treści konkretnego kontraktu zależy, czego strony mogą od siebie oczekiwać. Do oceny, czy lekarz, wykonując dany zabieg, musi osiągnąć określony rezultat, konieczne jest zbadanie nie tylko treści samej umowy i istoty wykonywanego zabiegu, ale także okoliczności towarzyszących jej zawarciu. Nietrudno zrozumieć rozczarowanie pacjenta gabinetu medycyny estetycznej brakiem efektów, jeśli poddał się zabiegowi skuszony treścią ulotek reklamowych i zapewnień o łatwych do osiągnięcia rezultatach. Sposobem, aby rozczarowanie to nie przekształciło się w roszczenia wobec lekarza, jest nie tylko odpowiednie sformułowanie umowy z pacjentem, ale również rzetelne poinformowanie go o charakterze zabiegu oraz ryzyku, a przede wszystkim zbudowanie relacji zaufania. W przeciwnym razie może się zdarzyć, że nie tylko pacjent, ale i sąd rozpoznający sprawę potraktuje lekarza tylko jak wykonawcę określonego dzieła na rzecz chorego. ■

Czy będą zespoły biegłych przy izbach lekarskich?

Konferencja na temat powołania zespołów biegłych przy izbach lekarskich, zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, Naczelną Izbę Lekarską i Stowarzyszenie Prokuratorów RP, była już trzecim spotkaniem środowisk lekarskiego i prawniczego w Prokuraturze Krajowej dotyczącym pracy lekarzy biegłych sądowych.

Uczestnicy dyskutowali o rozwiązaniach najbardziej istotnych problemów związanych z wydawaniem opinii przez biegłych. Zbyt długi czas wykonywania tych czynności powoduje przeciąganie się działań organów procesowych, nie służy pacjentom ani lekarzom oczekującym na sądowe rozstrzygnięcie sporów. Spotkanie lekarzy i przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości umożliwiło wymianę doświadczeń i poznanie oczekiwań stron.

Ewa Gojan z Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przedstawiła projekt powołania przy okręgowych izbach lekarskich zespołów biegłych, które zostałyby wpisane, obok zakładów medycyny sądowej, na listę „biegłych instytucjonalnych”. Zaznaczyła, że tworzenie zespołów przy izbach odbywałoby się na zasadzie dobrowolności. O zaletach i wadach takiego rozwiązania mówiła prokurator Ewa Kiec. Podkreśliła, że przedstawiona propozycja pozwala na tworzenie jednolitej, nowoczesnej struktury biegłych, ze stabil-

ną obsadą ekspertów i gwarancją instytucjonalną, jaką daje samorząd lekarski, a także służy poprawie komunikacji między organem procesowym a biegłymi. Wśród ewentualnych trudności związanych z powołaniem zespołów biegłych przy izbach lekarskich wskazała problem dualizmu opiniowania, w związku z prowadzonymi w izbach postępowaniami przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Na opinię lekarza biegłego czeka się długo, a lekarze nie zbyt chętnie sporządzają opinie dla organów procesowych. Przyczyny tego stanu rzeczy wyjaśniał Krzysztof Kordel, prezes ORL w Poznaniu. Zwracał uwagę, że lekarz biegły przychodzi do sądu przedstawić opinię, a nie na egzamin specjalizacyjny. Jego wiedza i doświadczenie nie powinny więc być kwestionowane, a to się zdarza. Dla lekarzy ważny jest też czas, który muszą poświęcić na udział w sprawach procesowych, często przeciągających się lub opóźnionych. Andrzej Matyja, prezes ORL w Krakowie, zaznaczył, że sporządzenie opinii w zakresie medycyny to skomplikowany, długotrwały i kosztowny proces. Biegłemu należy zapewnić właściwe warunki wykonania tego zadania. To on powinien określić, w jakim czasie jest w stanie wykonać tę pracę, a wynagrodzenie powinno być adekwatne do jego wiedzy i pozycji zawodowej. O roli Zespołu ds. Orzekania i Opiniowania Sądowo-Lekarskiego w Śląskiej Izbie Lekarskiej i znaczeniu praktycznych szkoleń dla biegłych sądowych mówił prezes ORL w Katowicach Jacek Kozakiewicz. Zwrócił uwagę na potrzebę ochrony biegłego, na „immunitet biegłego”, który uniemożliwiałby pociągnięcie do odpowiedzialności karnej za treść wydanej opinii czy dochodzenie roszczeń cywilnych za skutki niekorzystnej opinii.

Uczestnicy konferencji, dyskutując nad projektem powołania zespołów biegłych przy izbach lekarskich, zwracali również uwagę na kwestie organizacyjno-logistyczne i prawne takiego rozwiązania. Zarówno lekarze, jak i prawnicy za działania priorytetowe uznali wspólne szkolenia przedstawicieli środowiska lekarskiego i wymiaru sprawiedliwości, gdyż wymiana doświadczeń oraz wzajemne zrozumienie sposobu działania i oczekiwań będą służyły lepszej współpracy. ■ ach



I EDYCJA
**SGH - WUM MBA
W OCHRONIE ZDROWIA**

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie i Warszawski Uniwersytet Medyczny ogłaszają nabór na nowe studia podyplomowe **Executive Master of Business Administration**, wspólnie tworzone przez jedne z najlepszych uczelni w Polsce, skierowane do kadry zarządzającej oraz specjalistów pracujących w ochronie zdrowia. Studia realizowane będą według autorskiego programu przygotowanego przez doświadczonych praktyków i najlepszych pracowników naukowych obydwu uczelni. Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami procesu rekrutacji i programem studiów poprzez stronę internetową.

→ www.sghwummba.wum.edu.pl

Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM

ul. Żwirki i Wigury 61
Budynek Rektoratu, pok. 509
02-091 Warszawa

tel.: (22) 57 20 510; (22) 57 20 519
telefaks: (22) 57 20 511
e-mail: cckp@wum.edu.pl

REKRUTACJA TRWA

Ożywimy działalność PTL

Z prof. dr. hab. n. med. **Waldemarem Kostewiczem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, specjalistą chirurgii ogólnej i naczyniowej z II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Czerniakowskim, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Jakie są pańskie plany na ożywienie działalności PTL, która nieco przybladła w nowym wieku?

Zacznę od przypomnienia, że Polskie Towarzystwo Lekarskie to dobra marka, znana w Polsce i na świecie. Jak każda organizacja, ma okresy burzliwego rozwoju, ale też mniejszego znaczenia. PTL jest w pewnym sensie spadkobiercą powstałych w początku XIX w. na ziemiach polskich towarzystw lekarskich (np. w Wilnie, Warszawie, Kaliszu, Krakowie), aczkolwiek jego powołanie po drugiej wojnie światowej stanowiło akt polityczny. Wkrótce będzie mieć 65 lat. W latach 60. i 70. ubiegłego wieku PTL było liderem. Należało do niego ponad 80 proc. pracujących lekarzy. Kiedyś spotykali się w kołach PTL z wielu powodów. Zmiany ustrojowe w latach 90. przebiegały jednak znacznie szybciej, niż mogło przekształcać się PTL. Zaczęło nieco tracić na znaczeniu. Lekarzy w kraju przybywało, a w PTL ich liczba malała. Kiedyś było 25 tys. członków, obecnie około 6,5 tys., to są dane po weryfikacji. Niektóre koła i oddziały gorzej pracują, wręcz kończą działalność. Ale nie skreślamy ich od razu, próbujemy szukać osób, które chciałyby reaktywować jednostkę. Naszą markę trzeba wzmocnić. Będę zabiegał, aby chociaż zbliżyć się do świetności sprzed 25–30 lat.

Z kim będzie pan nawiązywał współpracę?

Mam innych partnerów niż w czasach swej prezesury prof. Woy-Wojciechowski – inny minister zdrowia, inny premier, wiele organizacji lekarskich. Chcą z nami rozmawiać. Uważam, że PTL wymaga gruntownej przemiany, począwszy od zaproszenia do współpracy młodych naukowców, lekarzy, nawet studentów medycyny. Zaczynam od małych kroków – zainteresowania młodych ludzi naszą działalnością.

Jestem opiekunem Studenckiego Koła Chirurgicznego, jego członkowie są zapraszani do naszego pocztu sztandarowego. Na tegorocznej uroczystości wręczenia odznaczeń PTL



Fot. P. Wierzbowski

na Zamku Królewskim byli młodzi. Widzę też możliwość bliższych kontaktów z naszą uczelnią. Jestem także opiekunem „Czwartków chirurgicznych”, cyklicznych konferencji naukowo-szkoleniowych organizowanych od 2007 r. przez studentów dla studentów. Ich również chciałbym zainteresować działalnością PTL. Zwłaszcza, że przez ostatnie dziesięć lat na „Czwartkach” było w sumie ponad 8 tys. studentów.

Z wielkim naciskiem podkreślam, że mnie osobiście i Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu zależy na promowaniu szlachetnej idei humanizmu, bo żyjemy obecnie w świecie komercjalizacji i dehumanizacji. Mało liczą się już wyższe wartości, a one są przecież nierozdzielnie związane z pracą lekarza.

Ze smutkiem zauważam, że niestety zanika akademickość na naszych uczelniach. To bardzo mnie niepokoi. Przyczyn jest wiele. Współczesna medycyna zmienia się w zawrotnym tempie i stwarza coraz więcej dylematów moralnych. W szpitalach przede wszystkim myśli się o finansowaniu, o opłacalności procedur, a to prowadzi do erozji etosu lekarskiego. Zamiana etyki lekarskiej na etykę wolnego rynku i biznesu niszczy personalną relację lekarz – pacjent. W tym myśleniu zatracą się dobro najwyższe, jakim jest pacjent. Na studiach medycznych mamy dużo wiedzy teoretycznej, a mało praktyki i kontaktu z pacjentem. Wierzę jednak, że pomimo tych zmian, mimo technicyzacji medycyny, pozo-

staje miejsce dla mistrza, który naucza szacunku do zawodu lekarza, związanej z nim odpowiedzialności, uczy empatii, wrażliwości na ból, cierpienie, zrozumienia obaw pacjenta i nadziei, jaką w swoim lekarzu pokłada. Tego nie można się nauczyć z książki. Zawód lekarza jest nie tylko profesją osobistą i intymną, jest również zawodem najściślejszego zaufania publicznego. Jak pisze etyk Jan Hartman: „*Postuga lekarska jest uniwersalna, powszechna i nieustająca*”. Jednak etyka jest obecnie obca wielu lekarzom.

Zjawisko reifikacji pacjenta to jedna z głównych przeszkód stojących na drodze pełnej realizacji etosu zawodowego w pracy lekarza. Nawet metaforycznie pojmowany etos lekarski wywiera istotny wpływ na praktykę zawodową i efektywność leczenia, dlatego nie należy ignorować tego zjawiska przy ustalaniu standardów odpowiedzialności zawodowej. Ten wielki problem niestety narasta, Polskie Towarzystwo Lekarskie zauważa go i będzie, wspólnie z izbami lekarskimi, władzami uczelni i dyrektorami szpitali, dążyć do jego ograniczenia.

Lekarze mojego pokolenia mieli szczęście obcować na uczelniach i startować w życie zawodowe pod kierunkiem profesorów, których i ja dzisiaj wspominam z wdzięcznością. Dziś bardziej niż kiedykolwiek potrzebny jest nauczyciel medycyny, który swoim przykładem zaświadcza, że słowa wygłaszane *ex cathedra*, w auli, znajdują potwierdzenie w osobowości i zaletach charakteru mistrza. Bo lekarz to wiele znaczy: i zawód, i sztuka leczenia, i powołanie, i służba drugiemu człowiekowi od chwili złożenia przysięgi Hipokratesa po kres życia.

Czy PTL ma liderów, którzy skupiają wokół siebie ludzi?

Jest ich wielu, np. były prezes jest marką sam w sobie. Byli przewodniczącymi kół, oddziałów. Chciałbym, aby właśnie oni przekazywali tradycję młodym, bo przecież nie ma przyszłości bez przeszłości. Po roku pracy już wiem, co znaczy osobisty kontakt, porozumienie towarzyskie i bezpośrednia współpraca. Prof. Woy-Wojciechowski jeździł po Polsce, był jednak na emeryturze. Ja jestem czynnym chirurgiem, trudniej mi tak działać. Jednak jestem dobrej myśli, bo nowy Zarząd Główny PTL to ludzie światli, niezwykle zaangażowani w pracę społeczną w swoich miejscowościach, natychmiast reagujący na wyzwania związane z potrzebą istnienia PTL na forum publicznym.

Jak zamierza pan współpracować z samorządem lekarskim?

Izby lekarskie istniały przed wojną, potem je zlikwidowano. Środowisko miało świadomość, że są potrzebne. Wiele osób zabiegało o ich reaktywację. Ponowne powołanie było decyzją polityczną, ale poprzedzone zostało licznymi rozmowami, zabiegami luminarzy medycyny, w tym z grona PTL, profesorów: śp. Tadeusza Koszarowskiego, Jerzego Woy-Wojciechowskiego, Jerzego Jurkiewicza. Na pewno zbyt mało się o tym mówi. Ale mieliśmy i mamy dobre relacje z izbami lekarskimi, zarówno naczelną, jak i okręgowymi. Jest wiele aspektów, w których jesteśmy w stanie się porozumieć. Organizujemy konferencje interdyscyplinarne. Staramy się znaleźć płaszczyzny wspólne dla różnych specjalistów, np. odpowiedzialność cywilna, ubezpieczenia, problem leczenia ludzi starych, zagadnienia kulturalne, artystyczne, sport.

Myślę, że łączy nas również troska o tradycję, patriotyzm, krzewienie idei humanistycznych, kontakty z Polonią. Zależy nam na tych kontaktach. Na Kongresie Polonii w czerwcu 2016 r. powierzono nam przygotowanie sesji poświęconej historii polskich towarzystw lekarskich na przełomie XIX i XX w. Aktywności PTL jest znacznie więcej. Wymienię najważniejsze. Dzięki staraniom PTL rok 2017 został ustanowiony przez Senat RP rokiem doktora Władysława Biegańskiego (1857–1917) – aby w setną rocznicę jego śmierci oddać należny hołd temu zasłużonemu dla Częstochowy, Polski i Europy wybitnemu lekarzowi i badaczowi, etykowi, współtwórcy deontologii lekarskiej, który swoje życie poświęcił dobru wspólnemu. ■

„Gloria Medicine” 2016

21 października 2016 r., podczas uroczystości w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie, kilkunastu lekarzy – wybitnych naukowców i zasłużonych społeczników, uhonorowano odznaczeniami Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz medalami „Gloria Medicine”.



Fot. „Świat Lekarza”

Wśród wyróżnionych tytułem „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie” znaleźli się lekarze z województwa mazowieckiego: Robert Wiraszka, radioterapeuta i onkolog z Radomia, oraz Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia. Medal „Gloria Medicine” otrzymało dziesięć osób, w tym gen. prof. Jan Krzysztof Podgórski i dr hab. n. med. Joanna Góra-Tybor z Mazowsza.

Wyróżnienia wręczali prof. Waldemar Kostewicz, prezes PTL, i prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes honorowy. Spotkanie miało uroczystą oprawę, uświetniły je występy lekarzy artystów: śpiewaczek Anny Kutkowskiej-Kass i Eweliny Sielskiej-Badurek, pianisty Cezarego Olszewskiego oraz chóru OIL w Warszawie pod dyrekcją Beaty Herman. ■ **mkr**



**UCHWAŁA NR 51/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 LISTOPADA 2016 R.**

w sprawie ustalenia liczby członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego delegata na okręgowy zjazd lekarzy w Warszawie VIII kadencji 2018–2022 oraz minimalnej i maksymalnej liczby członków rejonu wyborczego, posiadających czynne prawo wyborcze, utworzonego do przeprowadzenia wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy VIII kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 22 ust. 2 i 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016, poz. 522 j.t.) oraz §13 ust. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 i 13 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do obwieszczenia prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 14 lipca 2016 r., na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

Na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- 1) ustala się liczbę członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego delegata na okręgowy zjazd lekarzy w Warszawie VIII kadencji 2018–2022, w liczbie 80 osób,
- 2) ustala się liczebność rejonu wyborczego, która powinna obejmować nie mniej niż 80 i nie więcej niż 285 lekarzy lub lekarzy dentyków, posiadających czynne prawo wyborcze.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 52/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 LISTOPADA 2016 R.**

w sprawie ustalenia terminu obrad XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

**Sentencja orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego
(SORL.70.22/2016.2.2016)**

Na podstawie zarządzenia nr 1 przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 6 października 2016 r. w sprawie przekazania prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do opublikowania w „Miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” sentencji orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie w sprawie lek. Andrzeja Nagata, członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, publikuje się, co następuje (pisownia oryginalna):

Orzeczeniem z 17 marca 2016 r. Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie postanowił „uznać lek. Andrzeja Nagata winnym przewinienia zarzucanego mu we wniosku o ukaranie i za to orzec karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres 3 lat”. Orzeczenie jest prawomocne od 17 sierpnia 2016 r.

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2016.522 j.t.) – uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się termin obrad XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na 1 kwietnia 2017 r.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 54/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 LISTOPADA 2016 R.**

w sprawie ustalenia terminu obrad XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2016.522 j.t.) – uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się termin obrad XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na 29–31 marca 2018 r.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 55/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 LISTOPADA 2016 R.**

w sprawie przyjęcia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2017 r.

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2016.522 j.t.) – uchwała się, co następuje:

§1

Przyjmuje się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2017 r.:

- 1) 27 stycznia, 2) 24 lutego, 3) 24 marca, 4) 21 kwietnia, 5) 26 maja, 6) 30 czerwca, 7) 22 września, 8) 20 października, 9) 24 listopada, 10) 20 grudnia.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Sentencja orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego
(SORL.70.23/2016.2.2016)**

Na podstawie zarządzenia nr 2 przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 6 października 2016 r. w sprawie przekazania prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do opublikowania w „Miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” sentencji orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie w sprawie lek. Krzysztofa Komorzyckiego, członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, publikuje się, co następuje (pisownia oryginalna):

Orzeczeniem z 28 kwietnia 2016 r. Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie postanowił „uznać dr. n. med. Krzysztofa Komorzyckiego winnym przewinienia zarzucanego mu we wniosku o ukaranie. Za to orzec karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych na okres 2 lat”. Orzeczenie jest prawomocne od 17 sierpnia 2016 r.

Obwieszczenie nr 1/2016/VII przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 9 listopada 2016 r.

w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), i uchwały nr 1/2016/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 9 listopada 2016 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 lek. Bartosza Dworeckiego w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki.

Obwieszczenie nr 2/2016/VII przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 9 listopada 2016 r.

w sprawie uzyskania mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki

Na podstawie §45 ust. 3 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r.), i uchwały nr 2/2016/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 9 listopada 2016 r. w sprawie uzyskania mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki obwieszcza się, co następuje:

§1

Obwieszcza się uzyskanie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 przez lek. Wiesławę Sokołowską-Rucińską w rejonie wyborczym nr K7/110 Mińsk Mazowiecki.

„Laudabilis” dla Joanny Mrowiec

Podczas obrad Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie 18 listopada 2016 r. wręczono dr n. med. **Joannie Mrowiec** Odznaczenie „Laudabilis” przyznane jej przez kapitułę 16 marca.

Joanna Mrowiec studia medyczne ukończyła w 1991 r. Jest lekarzem dentystą, specjalistą z zakresu ortodoncji oraz doktorem nauk medycznych. W latach 1997–2001 była delegatem na okręgowy zjazd lekarzy, od 1997 r. jest zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prowadzi postępowania w trudnych i skomplikowanych sprawach, poświęcając im swój prywatny czas. Ma dużą wiedzę z dziedziny prawa medycznego i etyki zawodowej. ■ **mkr**



Fot. ach



Fot. Artmedia Partners

Laureat Honorowej Statuetki Biegańskiego

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie, oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, przyznało **Andrzejowi Sawoniemu**, prezesowi ORL w Warszawie, Statuetkę Władysława Biegańskiego. Laureatami tego wyróżnienia są osoby oraz instytucje zasłużone dla PTL i medycyny. Uroczystość odbyła się w październiku 2016 r., w Ratuszu Miejskim w Częstochowie. – *To nagroda za współpracę naszego samorządu z organizacjami polonijnymi i za nasze zaangażowanie na rzecz Polonii medycznej na Wschodzie. Uehonowanie mnie Statuetką Biegańskiego traktuję jak wyróżnienie przyznane Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie* – powiedział Andrzej Sawoni. ■ **kb**

Koleżanki i Koledzy,

kończy się trzeci rok VII kadencji organów samorządu lekarskiego. W związku z rozpoczęciem przygotowań do wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy i Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję Krajowa Komisja Wyborcza przyjęła kalendarz wyborczy (tekst poniżej). Przesunięcie jesienno-zimowego terminu zwoływania zjazdów sprawozdawczo-wyborczych do 31 marca 2018 r. pozwala na połączenie zjazdów sprawozdawczo-wyborczych z budżetowymi. Takie rozwiązanie organizacyjne umożliwi złożenie sprawozdania przez ustępujące organy izby za okres pełnej czteroletniej kadencji i rezygnację z jednego zjazdu, a tym samym oszczędność czasu koleżanek i kolegów oraz środków finansowych.

Nawiązując do zmienionego kalendarza wyborczego, Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyznaczyła termin XXXVIII Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na 29–31 marca 2018 r.

Krajowy Zjazd Lekarzy jest planowany w ostatnim tygodniu maja 2018 r.

Przypominam, że regulamin wyborów, tak jak w poprzedniej kadencji, umożliwia głosowanie w rejonie wyborczym drogą korespondencyjną.

Kolejne informacje będą sukcesywnie zamieszczane na stronie internetowej Izby (www.izba-lekarska.pl) i w „Pulsie”.



Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej

Załącznik do uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z 15 października 2016 r.

KALENDARZ WYBORÓW DELEGATÓW NA OKRĘGOWE ZJAZDY LEKARZY I KRAJOWY ZJAZD LEKARZY NA OKRES VIII KADENCJI

I. UTWORZENIE REJONÓW WYBORCZYCH

Do 31 grudnia 2016 r.

- podjęcie uchwały przez okręgową radę lekarską, na wniosek okręgowej komisji wyborczej, w sprawie ustalenia:
 - liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata (jednolitej dla wszystkich rejonów wyborczych),
 - minimalnej i maksymalnej liczby członków rejonu wyborczego.

Od 1 stycznia do 28 lutego 2017 r.

- okręgowa komisja wyborcza ustala rejon wyborczy, które mogą obejmować zakłady lecznicze, jednostki zasadniczego podziału terytorialnego kraju, grupy lekarzy;
- okręgowa rada lekarska, na wniosek okręgowej komisji wyborczej, podejmuje uchwałę o utworzeniu rejonów wyborczych na okres VIII kadencji;
- okręgowa komisja wyborcza, na podstawie ww. uchwały okręgowej rady lekarskiej, ustala imienne listy członków rejonów wyborczych oraz liczbę mandatów dla delegatów, którzy powinni być wybrani w danym rejonie. Uchwała okręgowej komisji wyborczej obejmuje członków okręgowej izby lekarskiej posiadających czynne prawo wyborcze wg stanu na 31 grudnia 2016 r.;

- okręgowa komisja wyborcza publikuje listy członków rejonów wyborczych na stronie internetowej okręgowej izby lekarskiej (BIP), udostępnia je do wglądu w siedzibie okręgowej izby lekarskiej oraz informuje członków o wpisaniu na listę danego rejonu.

II. OSTATECZNE USTALENIE IMIENNEJ LISTY CZŁONKÓW REJONU WYBORCZEGO I LICZBY MANDATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Do 14 kwietnia 2017 r.

- okręgowa komisja wyborcza przyjmuje wnioski członków izby o umieszczenie na liście innego rejonu wyborczego,
- okręgowa komisja wyborcza ustala i publikuje ostateczne listy członków rejonów wyborczych oraz liczbę mandatów w każdym rejonie wyborczym na stronie internetowej izby oraz udostępnia do wglądu w siedzibie izby,
- okręgowa rada lekarska w oparciu o liczbę mandatów określoną w rejonach wyborczych podejmuje, na wniosek okręgowej komisji wyborczej, uchwałę o liczbie mandatów na okręgowy zjazd lekarzy VII kadencji nie mniejszej niż 80 i nie większej niż 400.

III. USTALENIE LISTY KANDYDATÓW W REJONACH WYBORCZYCH

Do 15 maja 2017 r.

- okręgowa komisja wyborcza, po ustaleniu ostatecznych list członków rejonów wyborczych, bezzwłocznie ogłasza w biuletynie OIL oraz w BIP informacje o trybie i terminie zgłaszania kandydatów na delegatów w rejonach wyborczych,
- zgłaszanie do okręgowej komisji wyborczej, przez członków rejonu, kandydatów na delegatów,
- okręgowa komisja wyborcza w drodze uchwały sporządza i zamyka listę kandydatów w rejonie wyborczym.

Do 31 maja 2017 r.

- okręgowa komisja wyborcza publikuje na stronie internetowej izby listy kandydatów oraz udostępnia je w siedzibie okręgowej izby lekarskiej

IV. GŁOSOWANIE W REJONACH WYBORCZYCH

Do 31 października 2017 r.

- powołanie komisji skrutacyjnych przez przewodniczącego okręgowej komisji wyborczej,
- ustalenie przez okręgową komisję wyborczą: dnia, miejsca oraz okresu głosowania, obejmującego od 1 do 12 godzin, w danym rejonie wyborczym,
- przekazanie członkowi rejonu wyborczego informacji o terminie, miejscu i okresie głosowania i jednocześnie informacji o możliwości i trybie głosowania w drodze korespondencyjnej,
- przyjmowanie przez okręgową komisję wyborczą głosów oddawanych przez członków określonego rejonu wyborczego w drodze korespondencyjnej,
- przeprowadzenie głosowania osobistego (do urny) w określonym uprzednio terminie i miejscu oraz ustalenie wyników głosowania w danym rejonie przez komisję skrutacyjną powołaną przez przewodniczącego OKW.

V. OGŁOSZENIE WYNIKÓW WYBORÓW

Do 15 listopada 2017 r.

- sprawdzenie prawidłowości przeprowadzenia wyborów przez komisję wyborczą,
- uchwała okręgowej komisji wyborczej w terminie do 14 dni od daty przeprowadzenia ostatniego głosowania w rejonie wyborczym, potwierdzająca wyniki głosowania i wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy,
- opublikowanie wyników wyborów na stronie internetowej (na podstawie ww. uchwały okręgowej komisji wyborczej).

VI. ROZPATRYWANIE PROTESTÓW

Do 15 grudnia 2017 r.

- w przypadku zgłoszenia protestu – przyjmowanie i rozpatrywanie protestów dot. wyników wyborów w rejonach:

- protest przeciwko ważności wyborów zgłoszony przez członka rejonu wyborczego – do 7 dni od dnia ogłoszenia wyników wyborów,
- okręgowa komisja wyborcza przekazuje protest okręgowemu sądowi lekarskiemu do 7 dni od dnia otrzymania protestu,
- okręgowy sąd lekarski rozpatruje protest i wydaje postanowienie w przedmiocie ważności/nieważności wyborów do 14 dni od dnia otrzymania protestu,
- **obwieszczenie o wynikach wyborów publikowane w BIP izby lekarskiej oraz w biuletynie (miesięczniku).**

VII. KOLEJNE TURY WYBORÓW

Do 31 stycznia 2018 r.

- w przypadku liczby wybranych delegatów na okręgowy zjazd lekarzy mniejszej niż połowa liczby mandatów ustalonych uchwałą okręgowej rady lekarskiej okręgowa komisja wyborcza organizuje i przeprowadza kolejne wybory na wakujące mandaty w rejonach wyborczych, w których nie wybrano delegatów lub w których nie wszystkie mandaty zostały obsadzone albo na skutek postanowienia sądu o nieważności wyborów, albo na pisemny wniosek co najmniej 20 proc. członków rejonu wyborczego, w którym nie odbyły się wybory,
- lista kandydatów jest ponownie ustalana i może uwzględniać nowych kandydatów,
- przeprowadzenie głosowania w rejonach wyborczych przebiega analogicznie jak w pierwszej turze wyborów,
- kolejne tury wyborów przeprowadza okręgowa komisja wyborcza co najmniej do czasu obsadzenia połowy liczby mandatów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy,
- w przypadku zgłoszenia protestu – przyjmowanie i rozpatrywanie protestów dotyczących wyników wyborów w rejonach,
- **obwieszczenie o wynikach II tury wyborów (i ew. kolejnych) publikowane w BIP izby lekarskiej oraz w biuletynie.**

ZWOŁANIE SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZEGO OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY

Do 31 marca 2018 r.

- zwołanie przez okręgową radę lekarską sprawozdawczo-wyborczych okręgowych zjazdów lekarzy (nie wcześniej niż 30 dni od dnia ogłoszenia obwieszczenia o wynikach wyborów przeprowadzonych w ostatniej turze wyborów),
- **obwieszczenie o wynikach wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.**

ZWOŁANIE KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY

15–31 maja 2018 r.



Fot. archiwum

Choroby rzadkie po polsku

Krystyna Knypl

Choroby rzadkie, których liczba sięga 8 tys., stanowią poważne wyzwanie dla wszystkich – lekarzy, pacjentów, systemów ochrony zdrowia i nauczania medycyny. W około 80 proc. są uwarunkowane genetycznie. W całej Europie cierpi na nie 27–30 mln ludzi, w Polsce – 2,3–3 mln. Choroby rzadkie mogą mieć przebieg przewlekły lub ostry i stanowić zagrożenie życia. W wielu wypadkach postawienie właściwej diagnozy jest opóźnione, trudno też uzyskać właściwą opiekę medyczną.

Chorób rzadkich jest dużo, ale liczebność grup pacjentów z poszczególnymi schorzeniami często niewielka. Mogą mieć bardzo zróżnicowany przebieg kliniczny, trudno gromadzić dane kliniczne i próbki materiału biologicznego. Z powodu wysokich kosztów firmy farmaceutyczne nie są szczególnie zainteresowane badaniami nad lekami stosowanymi w tych chorobach.

Liderem jest Francja

W latach 2004–2007 uruchomiono we Francji pierwszy Narodowy Plan Chorób Rzadkich, w ramach którego stworzono 131 centrów referencyjnych i 501 centrów kompetencyjnych. Drugi Narodowy Plan Chorób Rzadkich realizowano od 2011 do 2014 r. Celem było skoordynowanie pracy poszczególnych ministerstw, regionów, organizacji pacjentów oraz interesariuszy organizacji europejskich działających na rynku medycznym. Nad wykonaniem planu pracował 60-osobowy komitet. Pracowano też nad poprawą opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi, zasadami certyfikacji ośrodków leczących pacjentów, standaryzacją laboratoriów i bazami danych.

Poza ośrodkami referencyjnymi i centrami kompetencyjnymi działają we Francji 54 ośrodki diagnostyki molekularnej i 12 rejestrów narodowych. Drugi Narodowy Plan Chorób Rzadkich zaowocował utworzeniem 49 agencji badawczych i uruchomieniem 158 szpitalnych programów badawczych. W toku jest też 227 badań klinicznych – 106 zainicjowanych przez ośrodki akademickie i 121 – przez przemysł farmaceutyczny.

Dziewięć ton mniej

Otyłość nas zabije – już w 1964 r. twierdził prof. Philip James zajmujący się problematyką zdrowia osób z nadwagą i otyłością. Wówczas taka prognoza wydawała się mocno przejawiona. Po 50 latach okazuje się, że profesor miał rację.

Skutki otyłości trapią większość społeczeństw krajów rozwiniętych, w postaci licznych chorób: cukrzyca, nadciśnienie, chorób serca i znacznej części nowotworów. W 1975 r. w Europie otyłość stwierdzono u około 3,2 proc. mężczyzn i 6,4 proc. kobiet. Prognozy mówią, że w 2025 r. wystąpi u 18 proc. mężczyzn i 21 proc. kobiet. Także nasz kraj nie jest wolny od tego zjawiska.

Jedną z prób przeciwdziałania epidemii otyłości podjął Instytut Żywności i Żywienia w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Dzięki finansowej pomocy Szwajcarii zrealizowano program „Wdrażanie zasad racjonalnego stylu życia wśród osób z nadwagą i otyłością w systemie ochrony zdrowia w Polsce”.

*– W 42 placówkach ochrony zdrowia, w całej Polsce, przeprowadzono badania (lekarskie, laboratoryjne, próby wysiłkowe) osób z nadwagą. Wytypowano po 50 osób w pełni zdrowia, które przez 12 tygodni spotykały się grupowo i indywidualnie z psychologiem, dietetykiem i rehabilitantem, były objęte opieką lekarską. Dwa lub trzy razy w tygodniu, w zależności od wyniku próby wysiłkowej, brały udział w zajęciach sprawnościowych (basen, ćwiczenia na sali, nordic walking). Po trzech miesiącach uczestnicy znów przeszli badania, oceniono efekty. Osiągnęliśmy pozytywny rezultat, program ukończyło 1,7 tys. osób, które w sumie zrzuciły prawie 9 ton wagi. Ale przede wszystkim poprawiły swoje wyniki zdrowotne: poziom glukozy, cholesterolu, trójglicerydów. Uważamy, że trzy miesiące pracy i wdrażania nawyków, to dobra podstawa do zmiany stylu życia i odżywiania. Mamy nadzieję, że osoby te nadal realizują nasze zalecenia. Wprowadzenie kolejnych programów zależy od wpływu środków finansowych do Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej, które powstaje przy Instytucie Żywności i Żywienia – powiedziała Hanna Stolińska-Fiedorowicz, koordynatorka programu w IŻiŻ. ■ **mkr***

Duże znaczenie przypisuje się rejestrom, w których już zgromadzono dane 235 tys. pacjentów. Rejestry i pacjenci znajdują się pod opieką 62 centrów eksperckich. Rozpoznano 4136 zaburzeń chorobowych u pacjentów, przy czym w 17 proc. nie można było tych zaburzeń jednoznacznie określić. Opracowano ponadto kod diagnoz schorzeń rzadkich oraz wykaz danych, które powinny znajdować się w rejestrze pacjentów z tymi chorobami. Francuscy specjaliści uważają, że potrzebne są następujące informacje: świadoma zgoda, narodowy numer identyfikacyjny, dane osobowe, wywiad rodzinny, historia choroby, rozpoznanie, potwierdzenie rozpoznania klinicznego, leczenie lekami sierocymi, przebieg ciąży i okresu noworodkowego (jeśli takie dane są dostępne).

Narodowe plany chorób rzadkich są opracowywane także w innych krajach europejskich: w Austrii, Belgii, Chorwacji, na Cyprze, w Czechach, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, na Litwie, w Luksemburgu, na Łotwie, w Niemczech, Portugalii, Rumunii, na Słowacji, w Słowenii, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech.

W Polsce kolejne ekipy administratorów ochrony zdrowia pracują w pocie czoła nad założeniami planu chorób rzadkich (<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/choroby-rzadkie/narodowy-plan-dla-chorob-rzadkich/>). Do dziś niestety nie mamy nie tylko planu postępowania, ale także oficjalnie powołanych ośrodków referencyjnych leczenia chorób rzadkich, centrów informacji dla pacjentów, krajowych wytycznych postępowania dla lekarzy.

Nowości w badaniach chorób rzadkich

W przypadku wielu chorób prowadzone są intensywne badania genetyczne, których wyniki mogą być cenną informacją dla rodziców, jednak rzadko są wykorzystywane w praktyce lekarskiej. Na co dzień lekarzom pozostaje lektura nowych wytycznych.

30 sierpnia 2016 r. na łamach „Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition” opublikowano wytyczne „ESPGHAN-NASPGHAN Guidelines for Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children with Esophageal Atresia – Tracheoesophageal Fistula”. Atrezja, czyli niedrożność przełyku, to rzadka wada wrodzona przewodu pokarmowego, której przyczyna nie jest w pełni znana. Szacuje się, że atrezja przełyku występuje raz na 2500–4500 urodzeń. W około 85 proc. przypadków towarzyszy jej przetoka tchawiczoprzełykowa, zwykle w dolnym odcinku przełyku. U niektórych dzieci występują inne wady wrodzone: serca, przewodu pokarmowego, nerek, układu kostnego i stawowego. Szczególnym wyzwaniem jest asocjacja VACTERL: V – wady kręgow (ang. *vertebral anomalies*), A – atrezja odbytu (ang. *anal atresia*), C – wady serca (ang. *cardiac abnormalities*), T – przetoka tchawiczoprzełykowa (ang. *tracheoesophageal fistula*), E – atrezja przełyku (ang. *esophageal atresia*), R – wady nerek (ang. *renal abnormalities*) albo dysplazja kości promieniowej (ang. *radial dysplasia*), L – wady kończyn (ang. *limb abnormalities*).



Graf. licencja Artmedia Partners

Badania nad atrezią są coraz bardziej intensywne, od lat 90. XX w. trzykrotnie wzrosła liczba doniesień naukowych na ten temat. Od 2010 r. co dwa lata odbywają się konferencje naukowe poświęcone wyłącznie atrezji przełyku. Ich inicjatorem jest prof. Frederic Gottrand z Centre de Référence des Affections Congénitales et Malformatives de l’Oesophage w Lille. Czwarta z kolei konferencja odbyła się 15–16 września 2016 r. w Sydney. Otwierając ją, prof. Frederic Gottrand wypowiedział słowa, które zostały podchwyczone przez sprawozdawców komentujących wydarzenie na Twitterze: – *Atrezja przełyku nie jest już tylko problemem chirurgii noworodkowej, lecz problemem medycznym trwającym przez całe życie pacjenta. Ważnym zadaniem jest opracowanie programów przejścia pacjentów dotychczas pediatrycznych w dorosłość.*

Pediatryczne centra oddechowo-pokarmowe

Ciekawym rozwiązaniem merytorycznym i organizacyjnym w opiece nad dziećmi ze schorzeniami rzadkimi są pediatryczne centra oddechowo-pokarmowe. Na łamach „JAMA Otolaryngology – Neck & Head Surgery” ukazało się w 2015 r. doniesienie zatytułowane „Interdisciplinary Pediatric Aerodigestive Care and Reduction in Health Care Costs and Burden”, autorstwa J.M. Collaco i wsp., poświęcone interdyscyplinarnym centrom medycznym leczącym zaburzenia oddechowo-pokarmowe. Dzieci, a także osoby dorosłe z dysfagią dłużej przebywają w szpitalu, wymagają wielospecjalistycznej opieki. Złożoność problematyki spowodowała, że w Stanach Zjednoczonych powstało 35 specjalistycznych centrów zajmujących się skoordynowaną opieką nad takimi dziećmi. Powołanie centrów usprawniło diagnostykę, poprawiło opiekę oraz przyczyniło się do zmniejszenia liczby hospitalizacji i optymalizacji kosztów leczenia.

Polskiemu systemowi ochrony zdrowia, stojącemu u progu kolejnej reformy i poszukującemu celów racjonalnego wydatkowania pieniędzy, można rekomendować takie interdyscyplinarne rozwiązania. ■



Fot. archiwum

CZ. 2

(słabe
opioidy)

Farmakoterapia bólu przewlekłego w oparciu o drabinę analgetyczną WHO

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 odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Właściwie zastosowana farmakoterapia jest skuteczna u około 85 proc. chorych.

Tramadol

Tramadol to lek przeciwbólowy o podwójnym mechanizmie działania. Analgezia po jego podaniu wynika zarówno z oddziaływania leku na receptory opioidowe μ , κ oraz δ , jak i z aktywacji układu noradrenergicznego i serotonergicznego. Za efekt opioidowy leku odpowiada 0-desmetylotramadol – główny aktywny metabolit, który powstaje przy udziale CYP 2D6 i ma 700 razy większe powinowactwo do receptora opioidowego μ . Pierwotnie niskie powinowactwo tramadolu do receptorów opioidowych sprawia, że po jego podaniu praktycznie nie obserwuje się depresji ośrodka oddechowego ani działań niepożądanych na układ sercowo-naczyniowy, a przy stosowaniu dawek terapeutycznych ryzyko wystąpienia uzależnienia fizycznego jest minimalne.

Drugim metabolitem tramadolu jest nieaktywny N-metylotramadol, który powstaje przy udziale CYP 3A4. Za działa-

nie na układ monoamin odpowiada głównie lek macierzysty. Aż 90 proc. tramadolu i jego metabolitów jest wydalane przez nerki. Z tego powodu u chorych z ciężką niewydolnością wątroby i nerek zaleca się zmniejszenie dawek tramadolu do maksymalnie 200 mg na dobę. Mniejszą skuteczność tramadolu obserwuje się w populacji tzw. wolnych metabolizerów oraz u chorych otrzymujących równocześnie inhibitory CYP 2D6 (duloksetynę, fluoksetynę, paroksetynę, sertralinę, citalopram, haloperidol, metoklopramid). Lekami, które zmniejszają efekt przeciwbólowy tramadolu, są również ondansetron i karbamazepina. Osłabienie efektu analgetycznego tramadolu w przypadku równoczesnego stosowania ondansetronu tłumaczy się przede wszystkim antagonizmem ondansetronu w stosunku do receptorów serotoninowych, natomiast w przypadku równoczesnego podawania karbamazepiny, która jest silnym induktorem CYP 3A4, nasileniem przemiany tramadolu do nieaktywnego metabolitu N-metylotramadolu.

Najczęściej występującymi objawami niepożądanymi, szczególnie w początkowej fazie terapii, są nudności i nadmierne pocenie się.

Z oddziaływaniem tramadolu na układ monoamin wiąże się ryzyko wystąpienia zagrażającego życiu zespołu serotoninowego u chorych otrzymujących tramadol w skojarzeniu z innymi

lekami hamującymi wychwyt zwrotny serotoniny, takimi jak: sertralina, citalopram, paroksetyna, wenlafaksyna.

Preferuje się podawanie tramadolu drogą doustną. Preparaty doustne o natychmiastowym uwalnianiu (kapsułki, krople) stosuje się w dawce 25–50 (12,5–100) mg, co 4–8 godzin, natomiast preparaty o przedłużonym działaniu w dawce 50–200 mg, co 12 godzin. Dawka dobową tramadolu nie powinna przekraczać 400 mg na dobę. Zastosowanie tramadolu w kroplach (20 kropli = 50 mg) pozwala na bardzo precyzyjne „zmiareczkowanie” poziomu bólu i skuteczne prowadzenie postępowania przeciwbólowego. Tramadol dostępny jest również w postaci ampulek i preparatów połączonych z paracetamolem (również o kontrolowanym



Graf. licencja Artmedia Partners

12-godzinnym czasie działania) i łączonych z deksketoprofenem (preparatem do leczenia bólu ostrego). Połączenie tramadolu z paracetamolem lub deksketoprofenem przyspiesza początek działania leku i wykazuje hiperaddycyjny synergizm działania w aspekcie efektu przeciwbólowego. Tramadol może być wykorzystywany w bólu zarówno ostrym, jak i przewlekłym, który powstaje w wyniku urazu, zmian zwyrodnieniowych w narządzie ruchu lub jest następstwem choroby nowotworowej.

Kodeina

Kodeina jest alkaloidem fenantrenowym pochodzącym z opium, agonistą receptora opioidowego μ o sile działania dziesięciokrotnie słabszej od działania morfiny. Jest metabolizowana przy udziale izoenzymu CYP 2D6 na drodze O-demetylacji do glukuronianów morfiny oraz na drodze N-demetylacji do norkodeiny, która nie ma istotnego znaczenia klinicznego. Pierwszy szlak metaboliczny i powstająca w jego efekcie morfina odgrywa zasadniczą rolę w działaniu przeciwbólowym kodeiny. Około 10 proc. osób rasy białej, 1–2 proc. populacji azjatyckiej oraz 1–18 proc. afrykanerów jest niewrażliwa na kodeinę (wolni metabolizerzy). U kilku procent populacji obserwuje się natomiast nadekspresję (bardzo szybki metabolizerzy), w następstwie czego zachodzi szybsza przemiana kodeiny do glukuronidów morfiny. Z uwagi na małe ilości morfiny powstającej z kodeiny ryzyko groźnych powikłań u tej grupy chorych jest niewielkie, nie należy jednak lekceważyć tego zjawiska (zwłaszcza u dzieci; leku nie wolno stosować u pacjentów poniżej 12. roku życia, ze względu na niedojrzałość bariery krew-mózg i wynikające z tego ryzyko depresji oddechowej). Kodeina podawana jest najczęściej doustnie, w postaci kropli lub tabletek o natychmiastowym uwalnianiu. Zaczyna działać po 15–30 minutach, a czas działania wynosi około 4 godzin. Kodeinę stosuje się zazwyczaj w dawce początkowej 20 mg, co 4 godziny, maksymalna dawka dobową wynosi 240 mg. Wydalana jest w całości przez nerki, dlatego nie powinno się jej stosować u chorych z niewydolnością nerek. **Zastosowanie kodeiny zostało w ostatnich latach znacznie ograniczone (wykorzystuje się głównie jej silne działanie przeciwkaszlowe) wraz z wprowadzeniem nowych, znacznie lepiej tolerowanych leków opioidowych, przede wszystkim z powodu bardzo silnego jej działania zapierającego i złożonego metabolizmu.**

Dihydrokodeina (DHC)

DHC jest pochodną kodeiny, która powstaje przez uwodornienie podwójnego wiązania w głównym łańcuchu cząsteczki kodeiny. Metabolizm dihydrokodeiny jest podobny jak kodeiny, ale w odróżnieniu od niej DHC jest lekiem aktywnym. Działa z równą siłą także u wolnych metabolizerów. Maksymalne stężenie w surowicy występuje po około 3 godzinach od podania leku, a średni okres półtrwania wynosi 3,3–4,5 godziny. DHC jest dostępna w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu, do stosowania co 12 godzin w dawkach 60 i 90 mg. Jej maksymalna dawka dobową wynosi 240 mg. DHC wydalana jest w całości przez nerki, dlatego nie powinno się jej stosować u chorych z niewydolnością nerek. Podobnie jak kodeina powoduje silne zaparcie. ■

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

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

www.ierasg.ifps.org.pl



ORGANIZERS



Projekt „Epi-Baza”

Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny zgromadził obszerny zasób danych dotyczących zdrowia ludności Polski, a także bezpieczeństwa żywności i zagrożeń środowiskowych. Zbiór jest unikatowy, bo gromadzony niemal od wieku. (W 2018 r. PZH będzie obchodzić stulecie działalności.)

Dotąd dokumenty, przekazywane przez Państwową Inspekcję Sanitarną, były przechowywane w formie papierowej, co czyni zasób nieco archaicznym. Tylko część przetworzono elektronicznie, ale dane są rozproszone i trudno dostępne. A jeden z najważniejszych celów ich gromadzenia to przecież szybkie udostępnianie, dostarczanie odpowiednim instytucjom w razie zagrożeń zdrowia publicznego, aby można ocenić np. niebezpieczeństwo wystąpienia epidemii.

W najbliższym czasie zbiór PZH zostanie zmodernizowany. Projekt „Epi-Baza – Udostępnianie zasobów Ogólnopolskiego Systemu Nadzoru Epidemiologicznego i Środowiskowego nad Bezpieczeństwem Ludności” umożliwi przetworzenie danych w formę elektroniczną integrującą wszelkie ich źródła. Dane historyczne będą udostępniane on-line wszystkim zainteresowanym. Projekt zostanie zrealizowany do połowy 2019 r., dofinansowanie wyniesie około 25 mln zł. Jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej. ■

mkr

Spotkanie pneumonologów w Warszawie



Fot. J. Oktaba, WUM

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc nawiązało stałą współpracę z Francuskim Towarzystwem Pneumonologicznym (SPLF), które stworzyło Platformę Francuskiej Pneumonologii (EPF). Owoce tej współpracy było zorganizowanie 11. Polsko-Francuskiej Konferencji Pneumonologicznej i 7. Seminarium EPF. Do Warszawy przyjechało 30 ekspertów z Francji, a także z Maroka, Algierii, Tunezji, Libanu, Wybrzeża Kości Słoniowej, Rumunii, Mołdawii i Białorusi. Obrady w języku francuskim toczyły się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Konferencję poprzedziła prelekcja dr. Bernarda Pigeariasa przybliżająca historię i dokonania Platformy Francuskiej Pneumonologii. Dr Georges Khayat z Libanu omówił stan przygotowań do kolejnego kongresu EPF, który odbędzie się w przyszłym roku w Quebecu. Na koniec przedstawiłem oczekiwania i zamierzenia polskich pneumonologów dotyczące działania w ramach platformy.

Konferencję otworzył prof. Luis-Jean Couderc, a prof. Joanna Domagała-Kulawik, główny organizator tegorocznego seminarium, odczytała list do jego uczestników wystosowany przez JM Rektora WUM prof. Mirosława Wielgosia, który

objął spotkanie honorowym patronatem. Następnie głos zabrał Sebastian Reymond, attaché ds. nauki i współpracy uniwersyteckiej Ambasady Francji w Warszawie. Historyczno-filozoficzny wykład inauguracyjny na temat fizjologii od Talesa do Einsteina wygłosił dr Bernard Pigearias.

Pierwsza sesja dotyczyła zakażeń układu oddechowego. Dr Justyna Milczewska z Instytutu Matki i Dziecka przedstawiła problem zakażeń bakteryjnych u dzieci chorych na mukowiscydozę, a prof. Claire Andrejak z Kliniki Pneumonologii w Amiens omówiła zagadnienie diagnostyki i leczenia mykobakterioz. Wykład na temat postępowania w gruźlicy dziecięcej wygłosiła dr Fatma Tritar z Oddziału Gruźlicy Wielolekoopornej Szpitala Ariana w Tunisie, a prof. Luis-Jean Couderc – zmian płucnych u dorosłych z niedoborami odpornościowymi.

W drugiej sesji przedstawiona została sytuacja epidemiologiczna i strategia walki z gruźlicą na Białorusi (prof. Helena Alexo, dr Lidia Pigalkowa z Grodna), we Francji (prof. Fadi Antoun z Paryża) oraz w Polsce (T.M. Zielonka z WUM). Wysłuchano wykładu prof. Ali Benkhedera z Tunisu na temat zastosowania moksyflokscyny w terapii gruźlicy.

Kolejna sesja poświęcona została chorobom obturacyjnym płuc. Dr Ewa Bogacka z Wrocławia przedstawiła zagadnienie stosowania leków wziewnych u osób w podeszłym wieku. Dr Jacek Nasiłowski z Warszawy porównał skuteczność i bezpieczeństwo wentylacji nieinwazyjnej z wentylacją

po tracheotomii u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową. Doc. Szczepan Cofta z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu omówił ogólnoustrojowe konsekwencje obturacyjnych bezdechów podczas snu. Na koniec prof. Julia Ratomaharo przedstawiła przygotowane pod patronatem EPF normy spirometryczne populacji Madagaskaru.

Sesja czwarta poświęcona była onkologii i nikotynizmowi. Otworzył ją wykład prof. Joanny Domagały-Kulawik z WUM poświęcony rakowi płuca w Polsce.

W trzecim dniu obrad pierwszy wystąpił dr Pierre Bonnette ze Szpitala Foch w Suresnes pod Paryżem, który wprowadził słuchaczy w świat nowoczesnej medycyny, prezentując możliwość zastosowania robotów w chirurgii klatki piersiowej. Uczestnicy konferencji mieli okazję zobaczyć na wideo, jak wygląda operacja lobektomii płucnej za pomocą robota w wykonaniu dr. Bonnette'a. Znakomite wyniki w transplantacji płuc w Szpitalu Foch przedstawiła dr Laurence Beaumont. Dzięki programowi monitorującemu stan chorych oczekujących na przeszczep udało się całkowicie wyeliminować zgony tych chorych zanim możliwa była transplantacja organu. Postęp w zakresie przechowania narządów przed przeszczepem zmniejszył odsetek odrzutów. Dr Piotr Błasiak z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przedstawił dwa ciekawe przypadki kliniczne w praktyce torakochirurgicznej.

Następna sesja dotyczyła astmy i alergii. Na początku dr Iwona Patyk z Bydgoszczy wskazała na udział metaloproteinaz w patogenezie POChP. Dr Marcin Mikoś, pediatra z Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego, zaprezentował wyniki badań nad związkiem atopowego zapalenia skóry z zakażeniem bokawirusami i metapneumowirusami. Dr Katarzyna Białek-Gosk z WUM omówiła problem mikrobiomu w drogach oddechowych u chorych na astmę.

Ostatnia sesja plenarna dotyczyła chorób śródmiąższowych płuc. Wykład na temat czynników rokowniczych u chorych na samoistne włóknienie płuc wygłosiła dr Dominika Israel-Biet z Paryża. Główną rolę wciąż odgrywają badania czynnościowe (VC i DLco). Z kolei dr Doina Rusu z Kiszyniowa omówiła alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, które zawsze sprawia duże problemy diagnostyczne, z powodu bardzo różnorodnego obrazu klinicznego, radiologicznego i mikroskopowego przypominającego inne choroby. Doc. Piotr Kopiński z Collegium Medicum w Bydgoszczy przedstawił wyniki badań nad zmianami w cyklu komórkowym limfocytów pęcherzyków płucnych w wybranych chorobach śródmiąższowych płuc.

Na zakończenie odbyła się dyskusja nad plakatami przygotowanymi przez polskich uczestników konferencji. Komisja konkursowa złożona z gości francuskich wybrała dziesięć najlepszych polskich prezentacji, których autorzy otrzymali stypendia umożliwiające udział w przyszłorocznym kongresie francuskiej pneumologii w Marsylii. Kończąc konferencję, dr Bernard Pigearias podziękował organizatorom za gościnność i znakomitą organizację, podkreślił wysoki poziom naukowy konferencji i zaprosił Polskie Towarzystwo Chorób Płuc do dalszej współpracy w ramach Platformy Francuskiej Pneumonologii. ■

Tadeusz M. Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM,
delegat PTChP do EPF



XII International Tinnitus Summit
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 SENSOLOGY
www.its2017.com

Płuca Polski

50 lat temu termin, przewlekła obturacyjna choroba płuc, został wpisany do nomenklatury medycznej. Przez cały ten czas trwały badania nad przyczynami i skutkami choroby. Dzisiejsza wiedza jest bardziej precyzyjna, a terapia skuteczniejsza. Ale to wiedza lekarzy, nie można tego samego powiedzieć o wiedzy społeczeństwa. Z raportu „Płuca Polski” wynika, że tylko 5 proc. Polaków zdaje sobie sprawę z zagrożenia tą chorobą.

Powodem 90 proc. zachorowań na POChP jest dym papierosowy, czynnik, którego obecność lub nieobecność w płucach człowieka zależy całkowicie od jego woli. Pozostałe 10 proc. zachorowań jest skutkiem wdychania toksyn, najczęściej w środowisku pracy. Na POChP cierpi około 2 mln mieszkańców naszego kraju, z czego tylko jedna czwarta o tym wie. Podobnie jak w przypadku wielu innych chorób, wykrycie POChP we wczesnym stadium i podjęcie leczenia pozwala na znaczne opóźnienie rozwoju tej nieuleczalnej choroby i przedłużenie życia o kilka lat.

Z badań wynika, że kobiety, choć mniej ich pali papierosy, chorują częściej i ciężiej. POChP jest czwartą przyczyną zgonów i drugą po nadciśnieniu tętniczym najczęściej występującą chorobą przewlekłą. Najważniejsze jest propagowanie postaw prozdrowotnych i zwiększanie świadomości społecznej w zakresie choroby – mówi prof. Paweł Śliwiński z Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. ■

mkr



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł



kolejki są skutkiem rzeczywistych ograniczeń kadrowych, organizacyjnych lub finansowych. Są również kolejki wynikające z przyzwyczajenia i przekonań pacjentów, którzy np. chcieliby leczyć się w miejscu o szczególnej reputacji lub u lekarza o wyjątkowo dobrej opinii. Bywają sytuacje, gdy ze względu na okoliczności (np. zdarzenie masowe) chorych jest więcej, niż da się w krótkim czasie obsłużyć. We wszystkich tych okolicznościach oprócz naturalnej kolejności wynikającej z czasu zgłoszenia się pacjentów lekarz musi uwzględnić ocenę stanu poszczególnych chorych i do niego dostosowywać kolejność przyjmowania. Także terminy zapisania pacjentów powinno się modyfikować w zależności od zmieniającego się stanu, w którym aktualnie się znajdują.

Przepis kodeksu jest w zasadzie oczywisty, praktyczna jego realizacja nie jest jednak prosta. W niektórych sytuacjach prowadzi do różnych napięć, oskarżeń i nieporozumień. Najlepszą metodą postępowania jest zatem konsekwencja i transparentność stosowanych procedur.

Podstawa kodeksu: art. 22.

W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych.

Kolejka do gabinetu lekarskiego, na badania diagnostyczne, do planowanego przyjęcia do szpitala, na operację – to stały obraz służby zdrowia. Czy musi tak być? Niektóre

Podstawa kodeksu: art. 23.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej to jedna z najbardziej fundamentalnych zasad praktyki lekarskiej. Z drugiej strony, skoro już Hipokrates umieścił ją w swojej przysiędze, to oznacza, że jej przestrzeganie od tysięcy lat nastroczało lekarzom trudności! Historia tajemnicy lekarskiej pełna jest przecież rozważań władców i prawników na temat okoliczności usprawiedliwiających ograniczanie jej stosowania, a także heroicznych postaw lekarzy broniących prawa chorych do zachowania w tajemnicy informacji, które ich dotyczą (także po ich śmierci).

Niestety, otaczająca nas rzeczywistość pełna jest szczegółowych wiadomości o obrażeniach, rozpoznaniach oraz prowadzonych terapiach i rokowaniach konkretnych

pacjentów (często łatwo rozpoznawalnych przez miliony ludzi) nierzadko udzielanych bezpośrednio lub pośrednio przez lekarzy w środkach masowego przekazu. I wreszcie szpitale, przychodnie, a czasem także inne miejsca spotkań lekarzy huczą od mimochodem (albo i nie) przekazywanych informacji na temat znanych z imienia i nazwiska pacjentów. Często nie ma to żadnego związku z procesem opieki nad nimi.

Oczywiście dzielenie się informacjami niezbędnymi do dalszej diagnostyki lub terapii, szczególnie w celu uzyskania porady kolegi, jest nie tylko usprawiedliwione, ale nieraz konieczne. Prawo przewiduje także inne okoliczności, w których lekarz (w różnym zakresie, w zależności od okoliczności) jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy. Na co dzień jednak bezwarunkowo powinien przestrzegać tej zasady i to w zakresie możliwie najszerszym, obejmującym nie tylko informacje dotyczące zdrowia chorego, jego otoczenia, ale nawet samego faktu leczenia danej osoby. Zgodnie z zasadą, że mowa jest srebrem, a milczenie złotem! ■

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



Fot. egw

Wiara i zwątpienie w postęp

Tadeusz Tołłoczko

Pojęcie postępu związane jest z oceną wartości. Postęp polega na nastawieniu określonego działania i układu zjawisk na powszechnie pozytywnie ocenianym kierunku rozwoju, ku ulepszonym i bardziej doskonałym formom przedmiotów lub współzycia społecznego, ku ich większej doskonałości. W potocznym rozumieniu jest więc zmianą korzystną, na lepsze, zgodnie z kryteriami prawdy i dobra człowieka.

Nowość nie zawsze oznacza postęp, a słowo „postęp” może mieć pejoratywne znaczenie, np. postęp choroby lub w zakresie udoskonalania śmiertelnych technik. Istnieje też casus paraliżu postępowego demokracji. Postęp nie jest więc wartością samą w sobie i dlatego podlegać powinien ocenie według kryteriów moralnych; za postęp uznać można tylko to, co służy dobru człowieka.

Współczesną cechą postępu jest pęd, by przeznaczać nań coraz mniej czasu, a coraz więcej pieniędzy. Postęp wyzwała wiele nowych problemów moralnych, prawnych, społecznych i ekonomicznych, a w medycynie także klinicznych. Ich rozwiązanie bywa zwykle opóźnione w odniesieniu do momentu wprowadzenia zmian. W tej przestrzeni czasowej powstaje wówczas chaos moralny i prawny, a przecież postęp nie może odbywać się kosztem godności i praw człowieka.

Postęp zawsze jest kreowany przez ludzi myślących, w bardzo dużym stopniu myślących inaczej niż reszta. Istotną cechą ich rozumowania są rozwiązania niekonformistyczne, pozbawione szablonów i ram „myślowej poprawności”, lecz zawsze tworzone samodzielnie.

Często postęp bywa dziełem niezadowolonych z aktualnego *status quo*. Może być także wynikiem przypadkowego spostrzeżenia o wartości wielkiego odkrycia. Z kolei jednym z najbardziej skutecznych hamulców postępu są przyzwyczajenia.

Nieokreślony postęp cywilizacyjny, gdy niesie z sobą zagrożenie ekologiczne lub dla godności człowieka, jest już chorobą. Według Alberta Einsteina odpowiedzialność za negatywne skutki odkryć „spada na tych, którzy robią użytek z nowych narzędzi, a nie na tych, którzy przyczyniają się do postępu nauki”. Odpowiedzialnością zatem obarcza polityków, a nie uczonych. Negatywne skutki postępu wlicza się wszak w „koszty”. Zagrożenie wynika z faktu, że rozwój nauki i techniki nie czyni ludzi lepszymi,

a korzyści zagłuszają i liberalizują zasady moralne. Ludzie nie lubią zasad współzycia społecznego wymagających poświęcenia i rezygnacji z przyjemności ani ograniczeń, zwłaszcza moralnych. Dlatego za przyczyną postępu dochodzi do przewartościowania podstawowych pojęć, takich jak wolność, godność, a nawet wartość człowieka, skoro może być on traktowany jak surowiec do przeróbki.

Tempo rozwoju nauki i techniki powoduje niedostateczną nad nim kontrolę człowieka, często omija zasady etyki w nauce. Postęp naukowy i techniczny w medycynie przynosi niezwykle korzyści, stwarza jednak również zagrożenia ekonomiczne. Lawinowo rosną bowiem koszty wprowadzania w życie coraz skuteczniejszych, ale zarazem droższych metod i bardziej skomplikowanych procedur lekarskich. Doprowadzić to może do sytuacji, w której wzrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia przekroczy przyrost dochodu narodowego nawet w najbogatszych państwach.

Postęp wymaga stałego dopływu energii intelektualnej, przejawiającej się naukową przedsiębiorczością, oraz pieniędzy, które potrafią wyzwolić drzemającą potencję intelektualną pracowników naukowych i wesprzeć tych, dla których nauka jest życiowym powołaniem.

Pojęcie postępu odnosi się nie tylko do produktów przemysłowych, ale również do obyczajów, zagadnień społecznych, kultury. Jakże często w naszym codziennym życiu pod hasłem postępu dokonuje się tylko zmiany. Wówczas nic nie zmienia się na lepsze, wystarczą pozory postępu, samo hasło nowoczesności. Jednakże nowoczesność zawsze powinna być wyrazem postępu.

Skutki postępu są wszechstronne i wielorakie. Między innymi rozwój inteligentnych technologii oraz cybernetyki spowoduje problemy związane ze specjalistycznym zatrudnieniem, zanikaniem wielu umiejętności i zawodów, bowiem nawet najdroższa maszyna będzie rentowniejsza od najtańszego pracownika. Oszczędności finansowe zmieniają rzeczywistość.

Dość powszechną iluzją jest przekonanie, że postęp moralny przebiega równoległe do postępu techniczno-cywilizacyjnego. A to on właśnie zdesakralizował wiele fundamentalnych norm moralnych i pojęć. Czy udoskonalanie naszego bytu może się odbywać bez przestrzegania podstawowych zasad moralnych? ■

Koleżanki i Koledzy studiujący w latach 1996–2002 na Wydziale Lekarskim AM w Białymstoku

Spotkanie koleżeńskie z okazji XV rocznicy ukończenia studiów odbędzie się **23 września 2017 r.** w Hotelu 3trio.
Informacje: Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz, tel. 606-15-75-26, sylmarcinkiewicz@wp.pl.



Fot. archiwum

Wigilia

w trudnych czasach

Jarosław Kosiaty

Zmęczeni sprzątaniami, gotowaniem i świątecznymi zakupami, a może i długą podróżą, siadamy wspólnie przy wigilijnym stole. Jedno miejsce zostawiamy puste, dla niespodziewanego gościa... Przełamujemy się opłatkiem, śpiewamy kolędy...

Boże Narodzenie to jedno z najstarszych świąt kościelnych, którego tradycja sięga IV w. W Polsce od XIV w. była również używana nazwa „gody” (staroruskie *god* oznaczało rok, święto lub ucztę). Słowo wigilia pochodzi z języka łacińskiego (*vigiliare* – czuwać oraz *vigilia* – nocna straż) i określa dzień przed ważnym świętem. W naszym kraju Wigilia Bożego Narodzenia od lat posiadała bogatą obrzędowość, wywodzącą się jeszcze z wcześniejszych, przedchrześcijańskich obchodów przesilenia zimowego.

Barbara Ogrodowska pisze w książce „Zwyczaj, obrzędy i tradycje w Polsce”: „liczne legendy i podania ludowe opowiadają o kwiatkach zakwitających w noc wigilijną pod śniegiem, np. kwiecie paproci, który kwitnie w Wigilię o północy i świeci w nocy (podobnie jak w noc świętojańską), o drzewach, które o północy na chwilę okrywają się zielenią, o cudownej przemianie wody w rzekach i studniach w miód i wino, o tym, że ziemia drży, otwiera się i pokazuje ukryte w niej skarby, a kamienie, nawet najcięższe, obracają się i podskakują z radości. Według jednego z najbardziej znanych podań w noc wigilijną, o północy, zwierzęta mogą przemawiać ludzkim głosem. (...) Powszechna jest także wiara, że w noc wigilijną dusze zmarłych mogą zstępować na ziemię i przebywać wśród swoich bliskich. Dlatego w Wigilię pozostawiano dla nich uchylone furtki i drzwi wejściowe, resztki jedzenia na stole i okruchy opłatka...”.

Ten radosny z założenia czas oczekiwania miał szczególne znaczenie w tragicznych latach wojen, niewoli, tułaczki z dala od rodzinnego domu, w które obfitowała historia Polski. Cofnijmy się do 1915 r. i posłuchajmy wspomnień Józefa Kapuścińskiego, żołnierza 77 Samborskiego Pułku Piechoty armii austro-węgierskiej*: „Wieczór wigilijny. (...) my, Polacy, porwani zapałem i tęsknotą zaczęliśmy śpie-

wać kolędy: »Wśród nocnej ciszy«, »Bóg się rodzi«, »W żłobie leży« i wiele innych. Śpiewaliśmy pełni uniesienia i żalu do nieba, że nie ma sposobu na to, aby zapobiec wojnie, że nie pokarze tak solidnie tych Moskali, którzy chcą cały świat zagarnąć dla siebie. Kiedy tak śpiewamy, w chwilach przerwy uszy nasze łowią echo pieśni z tamtej strony, od Moskali. I o dziwo... Z tamtej strony dochodzą nas echa tej samej kolędy »Wśród nocnej ciszy«. A więc to nie Moskale, ale Polacy! Tym odkryciem ucieszyliśmy się bardzo.

Wyszliśmy na przedpole i zaczęliśmy wołać: Panowie Polacy, nie strzelajcie, obchodzimy święta. Z tamtej strony powtórzyło się to samo życzenie. I tak nieoficjalnie zawarliśmy

rozejm. Nasze patrole i tamte zbliżyły się do siebie. Częstoowały winem, papierosami, chlebem, czekoladą. Święta mieliśmy zatem spokojne. Na drugi dzień świąt na naszym odcinku przyszła do nas dobrowolnie cała patrol rosyjska, złożona z Polaków i Moskali. Ale tuż zaraz po świętach odczuliśmy zmianę. Moskale zmienili dotychczasowe wojska, przystali jakichś Czerkizów i Kirki-zów, a ci dawali się nam we znaki na każdym kroku. Nie można było głowy z okopów wychylić, bo zaraz serjami strzelali, a strzały ich były celne. Patrole były ścigane, artyleria też dawała nam się we znaki, tak, że kuchnia musiała przyjeżdżać tylko nocą...”.

Smutne były Wigilie i święta Bożego Narodzenia obchodzone w czasie ostatniej wojny. Otuchy dodawało wspólne śpiewanie kolęd. Nieżyjąca już Irena Styczyńska z Nowego Sącza tak wspominała w czasopiśmie „Nasze spotkania”: „Nie ograniczały się kolędy tylko do roli pieśni religijnej, obrzędowej. W pewnych okresach historycznych stały się pieśniami patriotycznymi, symbolizowały polskość. W latach okupacji hitlerowskiej zabronione było śpiewanie hymnu »Jeszcze Polska nie zginęła«. W okresie Bożego Narodzenia śpiewaliśmy ze łzami w oczach, jako hymn polski, czwartą zwrotkę kolędy »Bóg się, rodzi«: »Podnieś rękę Boże Dziecię, błogostaw Ojczyznę miłą. W dobrych radach, w dobrym bycie wspieraj jej siłę swą siłą...«”.



Fot. licencja Artmedia Partners

Warto przypomnieć, że najstarsza polska kolęda („Zdrów bądź, królu anielski”) powstała w 1424 r., a obecnie znanych jest łącznie ponad pół tysiąca kolęd i pastorałek. Ich cennym źródłem jest wydany w 1843 r. zbiór „Pastorałki i kolędy z melodiami, czyli piosnki wesołe ludu w czasie świąt Bożego Narodzenia po domach śpiewane”, którego opracowanie zawdzięczamy księdzu Michałowi Mioduszeowskiemu. Teksty kolęd pisali najwięksi polscy pisarze i poeci, np. autorstwo „W żłobie leży” (do melodii poloneza koronacyjnego króla Władysława IV) jest przypisywane Piotrowi Skardze, a kolędę „Bóg się rodzi” napisał Franciszek Karpiński.

Ciekawe jest pochodzenie nazw tych pieśni, ponieważ łacińskie wyrażenie *calendae* oznaczało w państwie rzymskim pierwszy dzień każdego miesiąca. Stąd na początku terminem kolędy określano w Polsce pieśni noworoczne. Zmiana nastąpiła na przełomie XVII i XVIII w. Od tego czasu są to utwory ściśle związane ze świętami Bożego Narodzenia.

Na koniec zagadka: jaka to kolęda? Napisana została w 1932 r. przez o. Mateusza Jeża z klasztoru Jezuitów w Nowym Sączu (inspiracją do jej powstania były słowa z Ewangelii św. Łukasza). Melodię skomponował o. Józef Łaś (urodzony w 1907 r. w Starym Sączu jako syn organisty). Znajdziemy ją w wydanej w Tarnowie w 1938 r. „Największej kantyczce z nutami na 2–3 głosy” Józefa Albina Gwoździowskiego. Wspomniana już Irena Styczyńska tak pisała o „sądeckiej kolędzie”: „Przyszedł wrzesień 1939 r. i jego następstwa. Dużo sądeckiej młodzieży gimnazjalnej stało się od wiosny 1940 r. więźniami hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Sporo sądeczan pozostało po wojennej ucieczce na wschod-

nich terenach Polski, skąd władze radzieckie dokonywały wywozu ludności polskiej do sowieckich gułagów. Sądecka kolęda szła razem z nimi, a śpiewana pośród towarzyszy niedoli zyskała niezwykłą wśród nich popularność”.

Opisaną wyżej pieśnią była kolęda „Nie było miejsca dla Ciebie”. Jej tekst, podobnie jak strofy i pliki dźwiękowe wielu innych, pięknych polskich kolęd i pastorałek, umieściłem w serwisie internetowym <http://koledy.doktorzy.pl>. Zapraszam serdecznie do wspólnego kolędowania.

I jeszcze osobista dygresja. Erich Paul Remark (1898–1970) napisał kiedyś, że „najstarszą kołysanką świata był... deszcz”. Każdy z młodych rodziców wie, jak trudnym zadaniem jest niekiedy uspienie małego dziecka. Spośród wszystkich śpiewanych kołysanek, jedna była niezawodna. Była to... kolęda „Lulajże Jezuniu” (działała niezależnie od pory roku!). Niezwykły jej urok docenił wcześniej nasz wielki kompozytor Fryderyk Chopin, umieszczając kolędę w środkowej części scherza h-moll op. 20.

Dzisiaj, mimo wielu poważnych problemów społecznych i gospodarczych, żyjemy w naszym kraju w spokojnych czasach, bez wojen i głodu. Wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom – Czytelnikom „Pulsu”, pragnę życzyć zdrowych i pogodnych świąt Bożego Narodzenia, spędzonych w ciepłej, rodzinnej atmosferze, wśród bliskich i przyjaciół, z dala od spraw zawodowych i problemów życia codziennego. ■

* J. Kapuściński, „Wies i ludzie. Wspomnienia i pamiątki z lat 1901–1956”, t. 3, s. 164–165, maszynopis w zbiorach Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu.

Tvoja szansa kariery we wszystkich dziedzinach medycyny wewnętrznej

Ty:

- jesteś lekarzem specjalistą lub w trakcie robienia specjalizacji
- jesteś zmotywowany
- mówisz po niemiecku (przynajmniej na poziomie B2)
- szukasz miejsca specjalizacyjnego
- pracujesz chętnie w zespole
- jesteś otwarty na nowe doświadczenia dotyczące pracy w Niemczech

Oferujemy Państwu:

- ustrukturyzowane możliwości specjalizacji we wszystkich dziedzinach chorób wewnętrznych:
 - o medycyna ogólna
 - o geriatrya
 - o gastroenterologia
 - o pneumologia
- o kardiologia
- o diabetologia
- o etc.
- Atrakcyjne wynagrodzenie
- Pewne miejsce zatrudnienia w jednym z naszych najlepszych zespołów.

Zaproszenie na spotkanie informacyjne w Warszawie

Data: 16.01.17, godz. 18.00

JM Aparthotel
Grzybowska 45,
00-844 Warszawa

Zarejestruj się ze względów organizacyjnych poprzez e-mail (kontakt@klinikum-westfalen.de)

Serdecznie witamy.
Państwa miejsce w naszym zespole.

KLINIKUM WESTFALEN

KLINIKUM VEST

KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • DÖRTMUND
KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • LÜTGENDORTMUND
HELLINGKRANKENHAUS • KAMEN
KLINIK AM PARK • LÜNEN-BRAMBAUER
KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS • RECKLINGHAUSEN
PARACELIUS KLINIK • MARL

KLINIKUM VEST

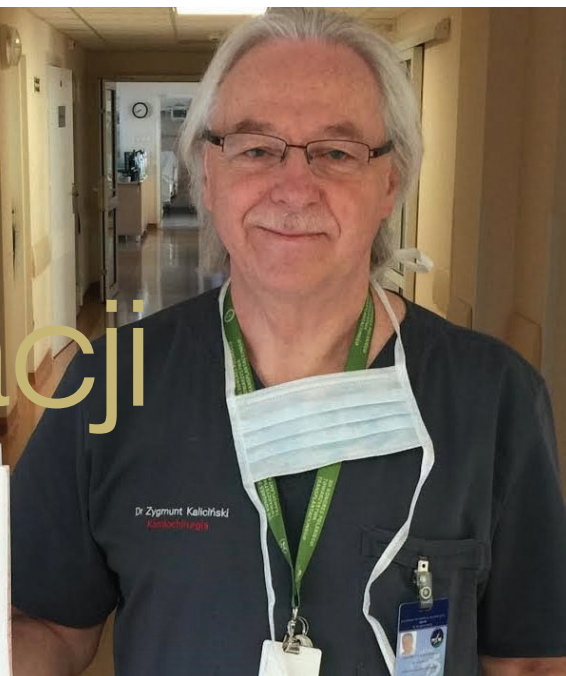
KLINIKUM WESTFALEN

OGŁOSZENIE

Muzyka dla idei transplantacji

Opowiada
dr n. med.
Zygmunt
Kaliciński

#ZostawiamSerceNaZiemi



Fotografie: archiwum

Ojciec i dwóch synów, dwa pokolenia rodziny Kalicińskich poświęciły się medycynie. Dr Zygmunt Kaliciński, starszy syn prof. Zygmunta Henryka i brat Piotra, rozmowę o swojej karierze medyczno-muzycznej zaczyna od przypomnienia, że w rodzinie Kalicińskich było wielu lekarzy.

– Ojciec miał ogromną charyzmę, która wpływała na wszystkich, i w domu, i w szpitalu, wszędzie – mówi. – Kto go spotkał, od pierwszego momentu był nim zafascynowany. Do dziś jest wspomniany serdecznie. Był współautorem wielu publikacji, zapisał się w historii medycyny jako autor kilku operacji urologicznych u dzieci, które wykonuje się na świecie do dziś. Marzył, by polska medycyna dogoniła światową. Dlatego kształcił młodych chirurgów dziecięcych, stworzył kilka fundacji, dzięki którym wysłał na stypendia zagraniczne około tysiąca lekarzy. Byli wśród nich chirurdzy dziecięcy, neonatolodzy, pediatrzy, anestezjolodzy, kardiochirurdzy. Wszyscy wrócili do Polski, mimo że były to czasy fascynacji Zachodem.

Prof. Piotr Kaliciński, brat Zygmunta, kontynuuje tradycję naukową ojca i już zapisał się wielkimi zgłoskami w historii polskiej medycyny, gdy pierwszy w kraju wykonał udane przeszczepienie wątroby (u dziecka). Prowadzona przez niego Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów u Dzieci w Centrum Zdrowia Dziecka jest jednym z wiodących tego typu ośrodków w Europie i na świecie. Jego osiągnięcia dorównują sukcesom ojca. Zygmunt jest z brata bardzo dumny.

– Moją drugą fascynacją, obok medycyny, jest muzyka – opowiada dr Zygmunt Kaliciński junior. – Brat też kocha muzykę, ale jej tylko słucha. A ja grałem na wielu instrumentach: gitarze, fortepianie, perkusji. Już w liceum miałem zespół. W pewnym sensie również kontynuowałem tradycję ojca. Pracując wiele lat w Akademii Medycznej, w ramach Studenckiego Koła Naukowego wychowałem kilka roczników młodych kardiochirurgów, dziś już samodzielnych naukowców z tytułami profesorów. Myślę, że to ja zaszczyliłem im marzenie bycia kardiochirurgiem. W moim kole nie było osób zwykłych, tam było miejsce tylko dla fascynatów. Moi stu-

denci jeździli ze mną na konferencje naukowe najwyższej rangi po całym świecie, gdzie wzbudzali sensację. Pytany, dlaczego biorę studentów na tak zaawansowane konferencje, odpowiadałem, że po pierwsze są do nich doskonale przygotowani i rozumieją wszystko, o czym się mówi. Po drugie – niech nasiąkną za młodu atmosferą wielkiej nauki. Dziś są dobrymi lekarzami i prawymi ludźmi, co tak bardzo cenię mój ojciec.

Po studiach dr Kaliciński podjął pracę we właśnie otwieranym Centrum Zdrowia Dziecka, na Oddziale Kardiochirurgii, pod wodzą prof. Jarosława Stodulskiego. W tym samym czasie zaczęli tam pracę bardzo obecnie szanowani i znani koledzy dr. Kalicińskiego, m.in. prof. Bohdan Maruszewski i prof. Piotr Burczyński. Po kilku latach i odbyciu stypendiów w Anglii i USA Zygmunt Kaliciński otrzymał zaproszenie do pracy w Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej i Kardiochirurgii Warszawskiej Akademii Medycznej, w szpitalu przy ul. Litewskiej. Prowadził m.in. badania w ośrodku naukowym w Zabrze, u prof. Religi, który mówił: „jak przyjadą studenci od Kalicińskiego, macie ich wpuścić nawet w nocy”. Swoją modyfikację zespolenia naczyniowego stosowanego u dzieci z małym przepływem płucnym sprawdzał na symulatorach szklanych i komputerowych w Zabrze. Była to operacja u noworodków z niedorozwojem tętnic płucnych, bez rozwiniętego łożyska płucnego. Zabieg polegał na jego odtworzeniu, aby się rozwinęło i w przyszłości można było zrobić korekcję. Operacja stała się podstawą pracy doktorskiej jednego z wychowanków dr. Kalicińskiego. Modyfikację tę stosował nawet światowej sławy kardiochirurg prof. Lecompte z Paryża.

Dr Kaliciński przyznaje, że zawsze koczyły go nowe projekty. W pewnym okresie całkiem pochłoniął go plan stworzenia szpitala hybrydowego. Pracował nad nim z grupą znakomych lekarzy ponad dziesięć lat. Projekt szpitala kardiologiczno-kardiochirurgiczno-naczyniowego, m.in. z doskonałymi rozwiązaniami logistycznymi, powstał i został zrealizowany. Nie wdrożono jednak wszystkich założeń,

czego dr Kaliciński bardzo żałował. Gdy w Szpitalu MSW przy ul. Wołoskiej ponownie otwarto oddział kardiochirurgiczny, zgłosił się do prof. Marka Durlika, jednego z czołowych transplantologów w Polsce (zasłynął bardzo trudnymi przeszczepami trzustki w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, którą kierował), dyrektora szpitala CSK MSWiA w Warszawie, z prośbą o przyjęcie do zespołu. Od paru ładnych lat pracuje w ciągle rozwijającej się Klinice Kardiochirurgii, obecnie kierowanej przez prof. Piotra Suwalskiego. Ponieważ w placówce planowano przeprowadzanie operacji transplantologicznych, zrobił trzecią specjalizację (po chirurgii dziecięcej i kardiochirurgii) – z transplantologii.

Specyfiką Kliniki Kardiochirurgii jest wprowadzone przez jej szefa bardzo nowoczesne, ale i trudne miniinwazyjne podejście do operacji kardiochirurgicznych. Ten sposób leczenia zafascynował dr. Zygmunta Kalicińskiego. Bardzo żałuje, że nie znał tych technik chirurgicznych dawniej, gdyż niektóre mogłyby mieć doskonałe zastosowanie w zabiegach u dzieci w jego wcześniejszej praktyce. Większość operacji wykonywanych jest w klinice techniką torakoskopową. Te metody leczenia są – zdaniem dr. Kalicińskiego – nowatorskie. Placówka wyprzedza więc pod względem innowacyjności inne kliniki w Polsce, a nawet w Europie, w związku z tym prowadzi szkolenia międzynarodowe.

Przed mniej więcej dziesięcioma laty dr Kaliciński powrócił do swej pasji i znów zaczął grać, na perkusji. Cztery lata temu stworzył z kolegami lekarzami zespół *Cardioband*, a potem rozpoczął współpracę z muzykami zawodowymi w formacji rockowej *HLA* z dodatkiem „4transplant”. Grają nie tylko dla przyjemności, mają pewną misję. Jej przesłanie dr Kaliciński tak streszcza: – Młodym kolegom po fachu zawsze powtarzam: lekarz to specyficzny zawód, ludzie obdarzają nas szczególnym zaufaniem, powierzają zdrowie, a nawet życie. Są przekonani, że ich wyleczymy, że będziemy działać według najlepszej wiedzy i chęci. Mamy ten ogromny kapitał zaufania. Jego większość możemy poświęcić na karierę zawodową, zdobycie sławy, pieniędzy. Ale chociaż część swojej aktywności przeznaczmy na pracę społeczną. Każdy lekarz powinien znaleźć sobie małą działkę aktywności społecznej. Może to być pomoc charytatywna potrzebującym, wolontariat, promowanie czegoś ważnego. Ja tak robię. Nasza muzyka, nasze koncerty promują transplantację w szerokim znaczeniu tego słowa. Współpracuję i konsultuję swoje poczynania z prof. Romanem Danielewiczem, dyrektorem „Poltransplantu”, który ustawowo jest odpowiedzialny za całość przeszczepów w Polsce.

Każdy koncert zespołu *HLA* (od *human leucocyte antigen*) służy idei transplantacji. Kilka minut na scenie muzycy poświęcają rozmowie z publicznością. Szczególnie podkreśla się wagę decyzji o byciu dawcą. W obliczu tragedii rodzina bowiem nie jest w stanie odpowiadać na pytania. Reaguje różnie, co jest powodem utraty wielu dawców. Promocja za

pomocą muzyki tak się spodobała i rozwijała, że powstała „Fundacja dla transplantacji”. Instytucjonalizacja poczynają ułatwia pracę i działanie. Od tej pory pojawiają się na koncertach banery i stoiska z materiałami informacyjnymi. Nim zabrzmi muzyka, transplantolodzy przemawiają, propagując przeszczepy.

– Graliśmy na festiwalu country w Mrągowie – wspomina dr Kaliciński. – Przyjechał tam, prosto od stołu operacyjnego, zespół transplantologów z Olsztyna, był obecny prof. Roman Danielewicz. 9-tysięczna publiczność zgotowała im wielką owację w podziękę za ciężką pracę i poświęcenie. Dwa razy byliśmy na Top Festiwalu w Łodzi. Słuchały nas tłumy ludzi. Darek Maciborek zaprosił nas do Oświęcimia na Life Festival, było tam stanowisko poświęcone transplantologii. Harcerze roznosili ulotki. W tym roku graliśmy w Węgorzewie, na festiwalu rockowym, który na naszą prośbę, skierowaną do organizatora Aleksandra Iwaniuka, promował transplantację. W 2017 r. będziemy partnerem organizatorów kolejnej edycji.

Zegraliśmy kilka koncertów w Warszawskim Hard Rock Cafe, wśród publiczności było wielu lekarzy i artystów. Napisałiśmy specjalną piosenkę, pt. „Zostaw serce na ziemi”, na takie występy. Muzyka jest moja, a tekst koleżanki poetki Małgorzaty Szyszko-Kondej. Na początku 2017 r. będzie premiera.

„Fundacja dla transplantacji”, którą Zygmunt Kaliciński założył wraz ze sławnym bratem Piotrem, a do której dokooptowało wiele wspaniałych i znanych osób, ma na koncie sporo działań i dalej się rozkręca.



– Dzięki mediom elektronicznym najłatwiej dotrzeć do młodych ludzi – kontynuuje dr Kaliciński. – A na tym nam zależy. Starsze osoby mają ukształtowane przekonania, trudno je zmienić. Młodych można przekonać. Polacy są otwartym narodem, chętnie dzielą się swoim dobrem. Ale jest też wiele wątpliwości i bojaźni. Gdy pytamy: czy oddałbyś narządy po śmierci, większość mówi: tak. Ale gdy ginie lub umiera

ktos bliski, członkowie rodziny nierzadko nie wiedzą, jak postąpić, mają wątpliwości. Ponieważ lekarze nigdy nie forsują swojego zdania, tracimy wiele możliwości pobrania narządów, czyli uratowania pacjentów oczekujących na przeszczep. Dlatego staramy się upowszechniać pogląd, że decyzja o oddaniu narządów po śmierci jest czymś oczywistym, naturalnym. Nie zastanawiajcie się, tylko przekażcie swoje postanowienie rodzinie. Wiemy, że rodzina nie decyduje prawnie, ale praktycznie tak. To przesłanie zostało głośno wyrażone na wielkim festynie, pt. „Zostaw serce na ziemi”, zorganizowanym w tym roku na Agrykoli przez Centrum Zdrowia Dziecka, Fundację „Góry przenosić” i naszą „Fundację dla transplantacji”. W planach mamy nie tylko koncerty, ale szeroką akcję edukacyjną, stypendia zagraniczne dla naszych transplantologów, a nawet zakup sprzętu. Czekamy więc dużo pracy. Proszę trzymać kciuki i pomagać nam, bo działamy dla wszystkich. ■

oprac. Małgorzata Skarbek

Szanowna Redakcjo,

przez cztery miesiące 2015 r. pracowałem jako konsultant ortopeda w przychodni Wellmed w Warszawie. Przychodnia wyglądała bardzo przyzwoicie, a standard wyposażenia i obsługi pacjentów nie budził żadnych niepokojących przeczuć. Kierownik przychodni Jakub Majoch – młody, elegancki człowiek, roztaczał zachęcającą wizję współpracy.

Przez pierwsze trzy miesiące wynagrodzenie za wykonaną pracę dostawałem z niewielkimi opóźnieniami i częściowo w gotówce z „dziennego utargu”. Niestety, po kolejnym miesiącu wypłata nie pojawiła się na koncie, a na moje pytania kierownictwo firmy odpowiadało, że to chwilowe problemy finansowe. Jeśli jednak będę dalej przyjmował pacjentów, to w formie kolejnych transzy otrzymam należne pieniądze. Jeszcze miesiąc mnie zwodzono, w końcu oświadczyłem, że przestaję przyjmować pacjentów do czasu otrzymania wynagrodzenia. Jakub Majoch oświadczył wówczas, że pieniędzy nie dostanę.

Niezwłocznie udałem się do sądu. Moja sprawa została rozpatrzona i uzyskałem nakaz egzekucji należnego wynagrodzenia na drodze postępowania komorniczego. Egzekucja komornicza okazała się nieskuteczna, gdyż firma Wellmed oszukała nie tylko mnie, jej konta zajęło 20 komorników i urząd skarbowy.

Po prawie półtora roku firma nadal prosperuje w najlepsze, korzystając z luk prawnych, a ja piszę kolejne wnioski do sądu o otrzymanie należnego wynagrodzenia. Oprócz mnie oszukanych zostało również dwoje lekarzy, których znam, procesujących się z Wellmedem o sumy jeszcze większe, i wielu innych, o których dowiedziałem się w trakcie dochodzenia swoich praw. Obecnie osoby kierujące Wellmedem prowadzą również firmę pod nazwą LifeMedic Sp. z o.o.

Przestrzegam wszystkich kolegów przed współpracą z tymi nierzetelnymi firmami.

Z wyrazami szacunku
dr n. med. **Artur Biel**, specjalista ortopeda traumatolog

Od redakcji

Wystaliśmy e-mailem i listem poleconym pismo do prezesa zarządu firmy z prośbą o odniesienie się do sytuacji. Na pytania dotyczące powodów niewypłacania wynagrodzenia i nie zastosowania się przez Wellmed do wyroku sądowego do momentu zamknięcia tego numeru „Pulsu”, nie otrzymaliśmy niestety odpowiedzi. Być może publikacja listu dr. Biela zmotywuje zarząd firmy do udzielenia wyjaśnień.

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie jako placówka dynamicznie rozwijająca się i zajmująca się terapią osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób poszukuje do współpracy:

Lekarzy: neurologa, internistę, seksuologa, psychiatrę

Pracodawca zapewnia:

- zatrudnienie na umowę o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, z możliwością dyżurowania.
- atrakcyjne wynagrodzenie.
- wsparcie i pomoc finansową z ZFŚS.

Osoby zainteresowane współpracą prosimy o przesyłanie CV na adres:

administracja@kozdz-gostynin.pl

tel. 24 235 71 54 wew. 121

KOMUNIKATY Komisji ds. Lekarzy Dentystów



● Przypominając o św. Apolonii, patronce lekarzy dentystów, zapraszamy 11 lutego 2017 r., godz. 18.00, do kościoła pw. Niepokalanego Poczęcia NMP, przy ul. Przy Agorze 9, na mszę świętą oraz spotkanie integracyjne z ks. prof. Stanisławem Warzeszakiem.

● III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbędą się 9–10 czerwca 2017 r. w Serocku, w hotelu Narvill. Szczegóły konferencji niebawem.

Marta Klimkowska-Misiak
przewodnicząca
Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie

Fundacja Kościuszkowska ogłasza konkurs

W 2017 r. zostanie przyznana po raz trzeci Nagroda im. Bohdana i Zygmunta Janczewskich za najwybitniejszą oryginalną pracę z zakresu medycyny klinicznej, opublikowaną w języku angielskim w naukowym piśmie medycznym.

Termin przesyłania zgłoszeń: 10 marca 2017 r.

Szczegółowe informacje:

www.thekf.org/poland

E-mail: warsaw@thekf.org

doniesienia naukowe



Zaparcia sprzyjają chorobom nerek

Podejrzewano już, że przewlekłe zaparcia mogą zwiększać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Badania 70 tys. Amerykanek wykazały, że u osób z tą dolegliwością zwiększa się ono o 23 proc. Z nowych obserwacji wynika, że zaparcia przyczyniają się również, choć w nieco mniejszym stopniu, do przewlekłych chorób nerek.

Dr Keiichi Sumida i dr Csaba Kovesdy z University of Tennessee przeanalizowali dane 3,5 mln amerykańskich weteranów wojennych, którzy najpierw byli badani w latach 2004–2006, a potem w 2013 r. W chwili rozpoczęcia obserwacji nikt z weteranów nie miał problemów z nerkami, dopiero później u części z nich pojawiły się zaparcia i kłopoty z nerkami.

Amerykańscy specjaliści twierdzą, że osoby, które miały przewlekłe zaparcia, o 13 proc. częściej cierpiały z powodu przewlekłych chorób nerek i o 9 proc. częściej rozwijała się u nich niewydolność nerek. Dr Keiichi Sumida zaleca zatem, żeby pacjentów z przewlekłymi zaparciami baczniej obserwować pod kątem chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób nerek.

Dolegliwość ta na ogół nie jest groźna, u ludzi zdrowych rzadko doprowadza do poważniejszych powikłań. Zaparcia stają się problemem dopiero wtedy, gdy są przewlekłe. Mogą sprzyjać hemoroidom, powstawaniu kamieni kałowych i niedrożności jelit, a także innym chorobom („Journal of the American Society of Nephrology”, listopad 2016).

Warfaryna i ryzyko demencji

U zażywających warfarynę zwiększa się ryzyko demencji, ale szczególnie narażone są osoby stosujące ów lek z powodu migotania przedsionków. Takie są wnioski z badań przeprowadzonych przez zespół pod kierunkiem dr. Jarelda Buncha z Intermountain Medical Center Heart Institute w Salt Lake City. Specjalista prezentował je podczas tegorocznego kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA).

Analizowano dane 6 tys. pacjentów cierpiących na migotanie przedsionków, którzy regularnie stosowali warfarynę. Lek zmniejsza ryzyko udaru mózgu, który w tej chorobie jest wyjątkowo groźny. Dr Bunch ostrzega jednak, że skutkiem ubocznym terapii jest 2–3-krotnie większe ryzyko demencji. Naukowiec dodaje, że konieczne są dalsze badania.

Pacjenci z migotaniem przedsionków są bardziej narażeni na wszelkiego typu demencje niż ci, którzy nie mają tej dolegliwości. Ale warfaryna zwiększa ryzyko demencji również u innych chorych.

Dr Bunch podejrzewa, że powodem jest nie tyle sam lek, ile niewłaściwy jego poziom w organizmie. Zapowiedział, że niedługo rozpoczną się badania, które mają wyjaśnić, w jaki sposób można zmniejszyć ryzyko demencji u osób przyjmujących warfarynę („Medical News Today”, 16.11.2016).

Efekt jojo niekorzystny dla serca

Powtarzające się gwałtowne chudnięcie i szybkie ponowne przybieranie na wadze, nazywane efektem jojo, zwiększa zagrożenie zgonem sercowym kobiet po menopauzie. To kolejne badanie przedstawione w listopadzie 2016 r. podczas kongresu AHA w Nowym Orleanie.

Główny autor opracowania, dr Somwail Rasla z Memorial Hospital of Rhode Island, twierdzi, że badaniami objęto 158 tys. kobiet w okresie postmenopauzalnym. Obserwacje trwały ponad 11 lat i bazowały na samoocenie kobiet. Potwierdzają jednak wcześniejsze sugestie, że efekt jojo jest niekorzystny dla zdrowia.

Dr Rasla ustalił, że kobiety po menopauzie z prawidłową masą ciała, które doświadczyły efektu jojo, były 3,5 razy bardziej narażone na nagły zgon sercowy niż panie ze stabilną wagą.

Takich zależności nie zaobserwowano u pań z nadwagą i otyłych, które również miały silne wahania masy ciała. Na zgon sercowy nie były bardziej narażone również kobiety, które się odchudziły, ale nie wróciły do poprzedniej wagi, oraz te, które znowu utyły, ale nie przechodziły już efektu jojo.

Z tych samych badań wynika, że nadwaga u osób w średnim wieku zwiększa ryzyko zawału serca i nagłego zgonu sercowego („Medical News Today”, 15.11.2016).

Uwaga na inhibitory pompy protonowej

Wyniki kolejnego badania, przedstawionego na kongresie AHA w Nowym Orleanie, sugerują, że niebezpieczeństwo niedokrwiennego udaru mózgu mogą zwiększać inhibitory pompy protonowej. Mówił o tym główny autor badania, dr Thomas Sehested z Duńskiej Fundacji Serca. Powołał się na analizę około 245 tys. przypadków dorosłych Duńczyków, średnio w wieku 57 lat.

Specjalista twierdzi, że badania przeprowadzono w związku z wcześniejszymi obserwacjami sugerującymi, iż wspomniane leki mogą uszkadzać naczynia krwionośne. Postanowiono zatem sprawdzić, czy wpływają na ryzyko wystąpienia niedokrwiennego udaru mózgu. W ciągu 6 lat obserwacji pierwszy udar zanotowano u około 9,5 tys. badanych.

Wyszczególniono, którzy pacjenci zażywali jeden z czterech inhibitorów pompy protonowej: omeprazol, pantoprazol, lansoprazol lub esomeprazol. Okazało się, że ci, którzy przyjmowali taki lek, byli średnio o 21 proc. bardziej narażeni na niedokrwienny udar mózgu. Największe ryzyko udaru dotyczyło osób, które stosowały lansoprazol. Lek ten zwiększa je o 94 proc.

Dr Sehested podkreśla, że takiej zależności nie stwierdzono u osób, które zażywały inhibitory pompy protonowej w niskich dawkach. Na udar nie byli również bardziej narażeni pacjenci przyjmujący innego typu lek – antagonistów receptora H2.

Duński specjalista ostrzega, żeby nie nadużywać inhibitorów pompy protonowej. To jednak zależy nie tylko od lekarzy, bo leki te można kupić bez recepty. Z innych badań wynika, że wiele osób, często w starszym wieku, zażywa je zbyt długo („Medical News Today”, 16.11.2016). ■

Zbigniew Wojtasiński

Krwinki w kształcie łez

Znacznie powiększona śledziona (splenomegalia) – do 30 cm długości i masy nawet 10 kg, czasami także powiększona wątroba, postępująca niedokrwistość, zmęczenie, obfite poty nocne, gorączka, chudnięcie – te objawy występują w późnych etapach choroby. Dlatego mielofibroza jest tak trudna do zdiagnozowania. To rzadki nowotwór krwi. Zapadają na niego głównie ludzie starsi, około 67. roku życia. W Polsce na mielofibrozę cierpi około tysiąca osób.

Choroba ma uwarunkowanie genetyczne, ale nie jest dziedziczna. Powoduje ją mutacja genów występująca z nieznanymi przyczynami. Jest nieuleczalna. Terapia ma na celu przede wszystkim wydłużenie przeżycia chorych oraz polepszenie jakości ich życia. Leczenie objawowe polega na podawaniu cytotostatyków, które poprawiają morfologię. W 2012 r. w UE zarejestrowane zostały inhibitory kinazy JAK, które znacznie podnoszą komfort życia chorych, ale w Polsce są nierafundowane i praktycznie niedostępne. W niektórych przypadkach możliwy jest przeszczep szpiku.

Zdiagnozować mielofibrozę może lekarz rodzinny na podstawie badania palpacyjnego brzucha pacjenta oraz wyników morfologii jego krwi, w której pojawiają się charakterystyczne krwinki mające kształt łez. ■ **mkr**

Łuszczyca wyklucza społecznie

Bohaterami filmu „Zwyczajne życie z łuszczycą” są pacjenci, a ich historie dowodzą, że choroba wpływa nie tylko na zdrowie fizyczne, ale i na psychikę, utrudnia codzienne życie. Aby pomóc cierpiącym na łuszczycę, potrzeba zaangażowania wielu środowisk. Chorzy przyznają, że ważna jest informacja o możliwościach leczenia, dostęp do terapii, ale też wsparcie otoczenia, kontakt z organizacjami pacjentów, edukacja. Film został pokazany na spotkaniu zorganizowanym przez Koalicję na rzecz Walki z Łuszczycą, m.in. aby podnieść wiedzę społeczeństwa o tym schorzeniu. Z okazji Światowego Dnia Łuszczyca, który obchodzony jest 29 października, pacjenci i eksperci zajmujący się problemami łuszczyca rozmawiali o tym, jak żyć z chorobą i pomagać osobom nią dotkniętym.

Łuszczyca najczęściej ujawnia się między 20. a 40. rokiem życia, cierpi na nią około 3 proc. populacji. W Polsce 700–800 tys. osób, na świecie 125 mln.

– Chorzy na łuszczycę w życiu codziennym borykają się z wieloma problemami i ograniczeniami. Ze względu na widoczne zmiany skórne są postrzegani jak współcześni

trędowaci – podkreśla Dagmara Samselska z Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę. – Łuszczyca nie jest chorobą zakaźną, ale chorzy są stygmatyzowani.

O tym, że nie można lekceważyć stanów depresyjnych, które często towarzyszą łuszczycy i doprowadzają nawet do prób samobójczych, mówiła Irena Walecka z Kliniki Dermatologii CSK MSWiA w Warszawie. Zwróciła uwagę, że sytuacja chorych się poprawia, nowe preparaty są refundowane, a terapie ustalane indywidualnie. Zaznaczyła, że dla pacjentów ważny jest dostęp do terapii biologicznych i możliwość kontynuowania programu lekowego bez ograniczeń czasowych, jeśli przynosi dobre efekty. Jako przykład działań edukacyjnych wskazała prowadzoną przez dermatologów akcją szkoleniową dla fryzjerów i kosmetyczek. – Do naszej kliniki trafiają pacjenci również dzięki tej inicjatywie – stwierdziła.

Według raportu WHO, aby poprawić sytuację łuszczyków, trzeba skutecznie leczyć zmiany skórne, eliminować świąd i ból, zmniejszać obciążenia psychospołeczne i umożliwiać im aktywne funkcjonowanie w środowisku rodzinnym oraz zawodowym. ■ **ach**

Pionierska operacja w klinice WUM

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM, kierowana przez prof. Sławomira Nazarewskiego, jest obecnie pionierskim ośrodkiem wewnątrznacyniowego leczenia tętniaków, rozwarstwień oraz urazów aorty piersiowej i brzusznej.

5 i 6 grudnia 2016 r. przeprowadzono tutaj, po raz pierwszy w Polsce, dwie operacje implantacji stent-graftu z rękawkami (*branched stent-graft*) do łuku aorty. Zabiegi wykonano u pacjentek z rozpoznaniem tętniaka w tym odcinku aorty, u których z powodu wieku i dodatkowych obciążeń nie można było przeprowadzić operacji z otwarciem klatki piersiowej i użyciem krążenia pozaustrojowego. Dla chorych zamówiono na wymiar protezy wewnątrznacyniowe z rękawkami do tętnic szyjnych.

– Najtrudniejsze było precyzyjne umiejscowienie stent-graftu, tak aby odgałęzienia (rękawki) znalazły się w miejscach, skąd odchodzą tętnice – podkreślał dr hab. n. med. Tomasz Jakimowicz, główny operator podczas obu zabiegów. – Do tej operacji przygotowaliśmy się ponad rok. Dzisiaj jesteśmy dziesiątym ośrodkiem na świecie, a pierwszym w Polsce, w którym wykonuje się zabiegi tą metodą.

Wsparcia merytorycznego udzielał zespołowi prof. Tilo Kölbl z Universitäres Herzzentrum Hamburg. ■ **ach**



Nagroda za jakość

11 listopada na Zamku Królewskim w Warszawie wręczono wyróżnienia przyznane przez Krajową Izbę Gospodarczą, Polskie Centrum Badań i Certyfikacji oraz Polskie Forum ISO 9000.

Dyrektor Małgorzata Zaława-Dąbrowska została uhonorowana tytułem Znakomitego Przywódcy 2016 za skuteczne zarządzanie Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz zgodnie z zasadami Total Quality Management, takimi jak orientacja na pacjenta, zaangażowanie pracowników, ciągłe doskonalenie oraz obustronnie korzystne relacje z dostawcami. Kompleksowe zarządzanie jakością zapewnia współuczestnictwo wszystkich pracowników, a także ich zaangażowanie oraz stałe podnoszenie kwalifikacji. Jest to szczególnie istotne w sektorze ochrony zdrowia, gdzie profesjonalizm pracowników należy do podstawowych gwarantów najwyższej jakości usług medycznych oraz satysfakcji pacjenta. Małgorzata Zaława-Dąbrowska obejmując w 2005 r. stanowisko dyrektora, wytyczyła kierunki działania. Stworzyła jeden z największych i najnowocześniejszych zakładów opieki zdrowotnej w kraju. Udziela on kompleksowych świadczeń zdrowotnych około 200 tys. pacjentów na terenie Żoliborza, Bielania oraz Łomianek. **ak**

Nowy dyrektor w Płońsku

16 listopada dyrektorem płońskiego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego został Paweł Obermeyer.

8 sierpnia Józef Świerczek zrezygnował z kierowania placówką, w związku z tym 27 września ogłoszono konkurs na dyrektora. Wygrał go Paweł Obermeyer. Obecny dyrektor sprawował już tę funkcję w latach 2001–2006, a bezpośrednio przed obecnym wyborem był społecznym doradcą starosty ds. szpitala, a potem pełniącym obowiązki dyrektora. Wcześniej m.in. sprawował funkcje radnego i członka Zarządu Gminy Nowe Miasto, radnego województwa mazowieckiego, radnego i wicestarosty powiatu płońskiego. Założył i prowadził NZOZ „Polium”, w latach 2007–2011 był dyrektorem Szpitala Praskiego pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie. **pk**

Nowocześnie w Instytucie Kardiologii

Instytut Kardiologii kupił aparat MiSeqDX firmy Illumina, który jest pierwszym na świecie sekwencjatorem NGS (next-generation sequencing) przeznaczonym do diagnostyki medycznej. Jest to również pierwsze urządzenie tego typu w Polsce.

Nowe narzędzie umożliwi szybką i skuteczną analizę panelu złożonego z wielu genów, których defekt może być przyczyną rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. **pk**

Sto lat istnienia, tysiąc dni remontu Szpitala Klinicznego nr 2

Ponad sto lat działa Szpital im. ks. Anny Mazowieckiej, obecnie Szpital Kliniczny nr 2 przy ul. Karowej. W ostatnim czasie został gruntownie przebudowany, prace trwały prawie tysiąc dni.

Gmach zmienił całkowicie wygląd zewnętrzny. Od ul. Dobrej, w miejscu starego budynku, powstała kilkukondygnacyjna część z nowoczesnym, przeszklonym wejściem głównym, mieszcząca rejestrację specjalistycznej polikliniki i poradnie. Także najstarszy, zabytkowy budynek od strony Wybrzeża Kościuszkowskiego zmienił się w szklany, przestronny pawilon, w którym znajduje się izba przyjęć. Liczne zmiany i unowocześnienia wewnątrz budynków pozwoliły na zwiększenie liczby łóżek o 58, w tym 22 na odnowionym Oddziale Neonatologii i Patologii Noworodka. Obok zmodernizowanego Bloku Operacyjnego powstała Sala Nadzoru Pozniczuleniewego. Placówka, zapewniająca świadczenia medyczne III poziomu referencyjnego z zakresu ginekologii i neonatologii, wyraźnie polepszyła ich dostępność. Z szacunków dyrekcji szpitala wynika, że może on leczyć około 3,5 tys. pacjentek więcej każdego roku. Poprawiły się warunki bytowe pacjentek, warunki pracy personelu i zajęć dydaktycznych studentów WUM. Powierzchnia użytkowa placówki zwiększyła się o 30 proc., a jedna trzecia starej została przebudowana. Całkowity koszt inwestycji wyniósł ponad 65 mln zł.

Na terenie szpitala działają trzy kliniki WUM: II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, Klinika Endokrynologii Ginekologicznej oraz Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Szpital jest jednym z największych ośrodków leczenia noworodków w Polsce. Działają tu też oddziały: Onkologii Ginekologicznej i Mikroinwazyjnej Chirurgii Ginekologicznej. **mkr**

Współpraca na rzecz onkologii

Warszawski Uniwersytet Medyczny i Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie podejmą współpracę.

Jej celem jest wzmocnienie potencjału naukowo-badawczego oraz poszerzenie bazy dydaktycznej i usługowej w zakresie onkologii klinicznej i doświadczalnej. 19 października 2016 r. list intencyjny w tej sprawie podpisali – w obecności sekretarza stanu MZ Jarosława Pinkasa – rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś i dyrektor COI prof. Jan Walewski.

– *Współpraca naszych instytucji ma umożliwić przede wszystkim stworzenie akademickiej onkologii w Warszawie – powiedział prof. Wielgoś. – Ministerstwo Zdrowia popiera to przedsięwzięcie, gdyż wspólne działanie leży w interesie wszystkich. Liczymy na konkretne wsparcie, które pozwoli nam zrealizować założenia listu intencyjnego.* **■ ach**

Ustawa o działalności leczniczej w Trybunale Konstytucyjnym

Sejmik Województwa Mazowieckiego wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbada-
nie zgodności z konstytucją art. 59 ustawy o dzia-
łalności leczniczej.

Zgodnie z tym przepisem samorząd terytorialny zobowią-
zany jest pokrywać straty netto zakładów opieki zdrowot-
nej, dla których jest organem założycielskim. Jeżeli nie
ureguluje straty, musi zlikwidować zakład, którego zob-
owiązania i należności przechodzą na samorząd. Zdaniem
radnych zapisy nakładają na samorząd terytorialny, w spo-
sób ukryty i niedookreślony, obowiązek realizacji zadania
publicznego bez wyposażenia w odpowiednie środki finan-
sowe oraz pozbawiają prawa samodzielnego decydowania
o zakresie i kierunkach finansowania tych podmiotów.

Dotacje dla mazowieckich szpitali

Radni Mazowsza zdecydowali o dodatkowym
wspieraniu finansowym dla mazowieckich szpitali
– podaje Biuro Prasowe Samorządu Województwa
Mazowieckiego.

– Dzięki oszczędnościom udało się wygospodarować w na-
szym budżecie blisko 16 mln zł. To duże pieniądze, które
chcemy przeznaczyć na pomoc dla naszych szpitali i placó-
wek kultury. Większość środków, bo aż 14,5 mln zł, trafi do
wysokospecjalistycznych szpitali. Będą mogły kupić niezbęd-
ny sprzęt medyczny: aparaturę rentgenowską, echokardio-
grafy, bronchoskopy czy gastroskopy. Część kwoty przezna-
czymy także dla naszych placówek kultury na różnego
rodzaju prace remontowe – podkreślił marszałek wojewódz-
twa Adam Struzik. Dofinansowanie otrzymają: Mazowiecki
Szpital Bródnowski w Warszawie – 3,3 mln zł, Szpital Chi-
rurgii Urazowej im. św. Anny w Warszawie przy ul. Bar-
skiej – Mazowieckie Centrum Rehabilitacji STOCER – po-
nad 1,8 mln zł, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu
– 2,3 mln zł, Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Za-
kładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. B. Borzym
w Radomiu – 67 tys. zł, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Ciechanowie – 1,9 mln zł, Mazowieckie Centrum Leczenia
Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku – 1,1 mln zł, Wojewódzki
Szpital Zespolony w Płocku – 900 tys. zł, Międzyleski Szpital
Specjalistyczny w Warszawie – 640 tys. zł, szpital psychiatrycz-
ny przy ul. Nowowiejskiej – 200 tys. zł, Szpital Mazowiecki
w Garwolinie – 257 tys. zł, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny
w Ostrołęce – 445 tys. zł, Mazowiecki Szpital Wojewódzki
w Siedlcach – 380 tys. zł, Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne
i Medycyny Pracy ATTIS w Warszawie – 245 tys. zł, Mazo-
wieckie Centrum Psychiatrii „Drewnica” – 220 tys. zł, Szpital
Dziecięcy przy ul. Niekańskiej – 138 tys. zł, szpital w Dzieka-
nowie Leśnym – 178 tys. zł, Szpital Kolejowy w Pruszkowie
– 319 tys. zł, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
im. prof. J. Mazurkiewicza w Pruszkowie – 58 tys. zł.

Super Lider w profilaktyce grypy

Ekspertsi docenili programy szczepień profilaktycz-
nych, które od lat finansuje Józefów dla swoich
mieszkańców.

Miasto, jako jedno z trzech w Polsce, otrzymało tytuł Super
Lidera w profilaktyce grypy – podaje serwis internetowy Urzę-
du Miasta Józefów. Wyróżnienie zostało przyznane przez
ekspertów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. To
już kolejna nagroda dla Józefowa. W ubiegłym roku miasto
otrzymało tytuł Lidera Ogólnopolskiego Programu Zwalcza-
nia Grypy.

Józefów od lat szczepi swoich dorosłych mieszkańców prze-
ciwko grypie. W ubiegłym roku inicjatywa objęła osoby po-
wyżej 60. roku życia. Skorzystało z niego 517 józefowian,
a na realizację programu wydano 15 tys. zł. W tym roku prze-
znaczono na ten cel więcej pieniędzy, bo 20 tys. zł. Miasto
zdecydowało o obniżeniu kryterium wiekowego dla uczest-
ników programu. Z darmowego szczepienia mogą skorzystać
józefowianie kończący w bieżącym roku kalendarzowym 50
lat oraz starsi.

Lekarz i astronom patronem szkoły w Płońsku

Szkoła Podstawowa nr 2 w Płońsku nosi teraz
imię słynnego płońskiego lekarza i astronoma
Jana Walerego Jędrzejewicza.

Patron został wybrany przez rodziców, nauczycieli, burmi-
strza i Radę Miasta Płońska. Uchwała w tej sprawie zapadła
w kwietniu 2016 r., ale uroczystości związane z nadaniem
szkole imienia astronoma i lekarza odbyły się podczas Dni
Patrona Miasta Płońska Michała Archanioła.

Jan Walery Jędrzejewicz mieszkał w Płońsku w latach 1862
–1887. Jest autorem pierwszego podręcznika astronomii
w języku polskim, pt. „Kosmografia”.

Dzienna opieka w Grodzisku i Żurominie

1 października w grodziskim Szpitalu Zachodnim
rozpoczął działanie Dzienny Dom Opieki
Medycznej. Analogiczna placówka powstała
również przy żuromińskim szpitalu.

DDOM to nowy rodzaj placówek medycznych przeznacz-
onych dla osób niesamodzielnych, w szczególności starszych
niż 65-letnie, ze względu na stan zdrowia potrzebujących
świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych
oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji
w oddziale szpitalnym. Opieka nad pacjentem w Dziennym
Domu Opieki Medycznej jest bezpłatna i może trwać od 30
do 120 dni.

pk

Szpital w Nowym Mieście



Fot. R. Natorski

Nie jest dobrze – tak ocenia obecną sytuację finansową Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą wicedyrektor Robert Schonpflug. Placówka może za to pochwalić się nowoczesną izbą przyjęć, a dalsze plany inwestycyjne także ma ambitne.

Początki szpitala w Nowym Mieście związane są z osobą urodzonego w pobliskiej wsi Gostomia Franciszka Litwina, lekarza, działacza społecznego i polityka, pierwszego powojennego ministra zdrowia w rządzie Edwarda Osóbki-Morawskiego. To w dużej mierze dzięki jego zaangażowaniu w lipcu 1946 r. wmurowano akt erekcyjny.

Zmiany na szczytach władzy i brak funduszy spowodowały, że prace szybko wstrzymano. Szpital, utworzony ostatecznie w zaadaptowanym budynku jednostki wojskowej, został otwarty dopiero w 1962 r. Liczył wówczas 90 łóżek, ale już rok później – 140 i służył ponad 11 tys. mieszkańców regionu.

W kolejnych latach lecznica przechodziła zmiany nazwy i statusu, a od sierpnia 1998 r. działa jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, który może dysponować swoim majątkiem i kształtować własną politykę finansową.

Gdy długi cisną...

Placówka w Nowym Mieście boryka się z potężnymi długami. – *Źródło naszych problemów jest podobne jak w przypadku większości ośrodków służby zdrowia, czyli zbyt niska wycena punktów kontraktowych przez NFZ, a także wypracowane nadwykonania, za które nie możemy doczekać się od funduszu pieniędzy. Część udało się wywalczyć dopiero w sądzie* – mówi Robert Schonpflug.

Największą bolączką są tzw. zobowiązania wymagalne w stosunku do dostawców i kontrahentów, którzy zniecierpliwieni kierują sprawy do sądów, a te naliczają wysokie odsetki.

Dlatego szefostwo SPZOZ szuka pomocy w bankach, jednak negocjacje z instytucjami finansowymi też nie należą do najłatwiejszych. – *Na początku wszyscy są bardzo zainteresowani, ale jak tylko przejrzą nasze papiery, szybko się wycofują. Po wielomiesięcznych rozmowach udało nam się w końcu niemal porozumieć z pewnym bankiem i jeśli wszystko pójdzie dobrze, w grudniu otrzymamy kredyt konsolidacyjny, z którego będziemy mogli spłacić najpilniejsze zaległości* – wyjaśnia Robert Schonpflug.

Nie ukrywa, że czasami szpital musi po prostu zebrać o pieniądze, trudno je bowiem pozyskać nawet ze starostwa grójeckiego, czyli formalnego właściciela. Wsparcia trzeba szukać gdzie indziej, np. w Fundacji PZU, która sfinansowała zakup dziesięciu nowoczesnych łóżek, lub u lokalnych przedsiębiorców, którzy przekazali pieniądze na zakup papy, by załatać dziurawy dach.

Ambitne plany

W skład SPZOZ w Nowym Mieście wchodzi obecnie pięć oddziałów szpitalnych: chirurgiczny, wewnętrzny, dziecięcy, neonatologiczny i położniczo-ginekologiczny, liczących 125 łóżek, a także dwie przychodnie rejonowe, kilkanaście poradni specjalistycznych, gminny ośrodek zdrowia, dwa wiejskie ośrodki zdrowia oraz oddział pomocy doraźnej.

Personel placówki stanowi wykwalifikowana i doświadczona kadra, problemem jest jednak brak dopływu „świeżej krwi”. – *Większość lekarzy to osoby z grupy „50 plus”, a następców nie widać na horyzoncie. Bezskutecznie szukamy zwłaszcza internistów i pediatrów* – twierdzi wicedyrektor.

Mimo to szpital w Nowym Mieście stawia na rozwój. Pod koniec listopada trafiły do niego dwie nowe karetki z pełnym wyposażeniem. Pojazdy, których wartość sięga 800 tys. zł, zostały sfinansowane z budżetu państwa.

Dumą placówki jest izba przyjęć, której rozbudowę zakończono kilka miesięcy temu. Inwestycja kosztowała prawie 3,8 mln zł, pieniądze pochodziły m.in. z funduszy europejskich. Nie starczyło ich jednak na zagospodarowanie piętra obiektu, gdzie planowany jest blok operacyjny i sterylizatornia. – *Mam nadzieję, że uda nam się zdobyć na to pieniądze w niedalekiej przyszłości* – dodaje Robert Schonpflug.

W przyszłym roku ma być także realizowany inny ambitny projekt – e-zdrowie, czyli kompleksowa komputeryzacja szpitala i przychodni. Koszt jego realizacji sięga 4 mln zł, ale komputeryzacja pomoże uniknąć kolejek, natomiast lekarzom zapewni szybszy i łatwiejszy dostęp do pełnej informacji o stanie chorego i przebiegu jego terapii.

Na 2017 r. planuje się również modernizację szpitalnej kuchni i pralni, które pamiętają jeszcze lata 70. XX w., oraz przejście na ogrzewanie gazowe, co ma przynieść znaczące oszczędności, pożądane w obecnej sytuacji finansowej placówki w Nowym Mieście nad Pilicą. ■

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



Odporne bakterie

Polska znajduje się w niechlubnej grupie państw nadużywających kuracji antybiotykami. Tylko w zeszłym roku w naszych aptekach sprzedano ich aż 38,5 mln opakowań (o 2,5 mln więcej niż rok wcześniej) – wynika z danych Quintiles IMS.

Palenie papierosów groźniejsze

Spustoszenie, jakie wywołuje palenie papierosów, jest większe niż wcześniej podejrzewano. „Science” podaje, że wypalenie 20 papierosów dziennie przez rok jedynie w komórkach płuc powoduje średnio aż 150 mutacji genetycznych!

Ministerstwo lekceważy zdrowie

16 listopada lekarze i Greenpeace zaapelowali do ministra środowiska o wprowadzenie ostrzejszych kryteriów informowania oraz alarmowania o smogu. W odpowiedzi na apel Paweł Sałek, sekretarz stanu w Ministerstwie Środowiska, stwierdził jednak, że „(...) to, co teraz jest, jest wystarczające”. System alarmowania o smogu w Polsce jest trzy razy mniej restrykcyjny niż przeciętnie w innych krajach europejskich.

Diagnozy

Czy sztuczna inteligencja zastąpi lekarzy w stawianiu diagnozy? Z badań prowadzonych przez naukowców ze Szkoły Medycznej Harvarda wynika, że lekarze dokonują prawidłowej diagnozy dwa razy częściej niż ponad 20 najpopularniejszych aplikacji do analizy objawów choroby.

Depresja i antykoncepcja

Antykoncepcja hormonalna jest powszechnie stosowana. Jak jednak podaje CDC, agencja federalna USA, co trzecia Amerykanka rezygnuje z niej z powodu działań niepożądanych. Najnowsze doniesienia wskazują kolejne działanie uboczne tej metody – prawdopodobnie może ona przyczyniać się do wzrostu ryzyka zachorowania na depresję.

Ożywić mózg

Brzmi to niewiarygodnie, ale specjaliści filadelfijskiej firmy Bioquark CEO chcą dzięki metodzie z wykorzystaniem komórek macierzystych przywrócić niektóre funkcje mózgu osób ze stwierdzoną śmiercią mózgu.

Leczenie depresji

Stymulatory nerwu błędnego wszczepili dwojgu pierwszym pacjentom lekarze w Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach. U obojga zaobserwowano poprawę. Planowane są kolejne zabiegi.



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

21.12.2016 r., środa, godz. 16.00. Koło Medycyny Komunikacyjnej zaprasza na **spotkanie wigilijne**. „Dlaczego mamy epidemie otyłości i cukrzycy w XXI w.” wykład prof. Waldemara Karnafela.

11.01.2017 r., środa, godz. 16.00. „Barcelona” – prelekcja i projekcja multimedialna.

16.01.2017 r., poniedziałek, godz. 14.00. Spotkanie Koła Lekarzy Emerytów Okręgowej Izby Lekarskiej. W programie spotkania: „Kocham świat” – recital Joanny Rawik.

18.01.2017 r., środa, 16.00. „Znaczenie kwasów tłuszczowych Omega-3 i witaminy D3” – wykład mgr Magdaleny Bujnowskiej.

25.01.2017 r., środa, godz. 16.00. „Wiersze takie sobie i inne” – spotkanie autorskie z Bohdanem Jakubowskim.

PROGRAM

ZOZ w Skarżysku-Kamiennej **zatrudni** lekarza specjalistę w dziedzinie chorób zakaźnych z możliwością zatrudnienia na stanowisku kierowniczym. Kontakt: tel. 516-209-226, e-mail: eplatek@zoz.com.pl

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, oraz lekarza konsultanta zakładu – specjalistę laryngologa. Tel.: 22-714-21-37.



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).
- Miejszem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyścę 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



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 dentyistów.

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

„Mentor” – wyróżnienie dla opiekunów stażu podyplomowego

W imieniu Komisji ds. Młodych Lekarzy OIL w Warszawie zapraszam do udziału w II edycji konkursu o tytuł „Mentora”. Nagroda ta przyznawana jest maksymalnie trzem opiekunom stażu podyplomowego każdego roku, na wniosek uczestników – lekarzy stażystów. Otrzymać ją mogą lekarze oraz lekarze dentyści szczególnie zasłużeni w kształceniu podyplomowym, osoby, które swoją postawą, życzliwością i wiedzą sprawiły, że okres stażu był szczególnie wartościowy. Szczegóły na stronie www.izba-lekarska.pl. Zgłoszenia do 28.02.2017 r. należy przesyłać pod adresem: biuro@oilwaw.org.pl, w ZAKŁADCE KOMISJA MŁODYCH LEKARZY.

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.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 5.12.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 24	dermatologia dziecięca 1	kardiologia dziecięca 2	psychiatria 10	stomatologia implant. 2
alergologia 5	diabetologia 3	laryngologia 8	psychiatria dziecięca 1	stomatologia ortodon. 8
andrologia 1	endokrynologia 9	medycyna paliatywna 1	radiologia 5	stomatologia pedod. 2
anestezjologia 7	endokrynologia dziec. 2	medycyna pracy 8	radiologia USG 2	stomatol. protetyka 2
balneologia 1	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 8	rehabilitacja med. 3	urologia 6
chirurgia dziecięca 3	farmakologia 1	medycyna rodzinna 29	reumatologia 2	urologia dziecięca 1
chirurgia naczyniowa 3	gastroenterologia 8	nefrologia 7	seksuologia 1	USG 5
chirurgia ogólna 8	genetyka kliniczna 1	neonatologia 4	stomatologia 15	
chirurgia onkologiczna 1	geriatria 2	neurologia 12		
chirurgia proktolog. 1	ginekologia i poł. 14	neurologia dziecięca 5		
choroby płuc 3	hematologia 3	okulistyka 10		
choroby zakaźne 1	hepatologia 1	ortopedia 9		
choroby wewnętrzne 42	kardiologia 6	ortopedia dziecięca 2		
dermatologia 5	kardiologia/hipertens. 1	pediatria 31		

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.

UWAGA!!!

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:
www.izba-lekarska.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).



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



Goniec Medyczny

Przedwczesna śmierć

Nieprzestrzeganie norm czasu pracy oraz zatrudnianie lekarzy na umowach cywilnoprawnych, chociaż ich czynności miały wszelkie znamiona stosunku pracy – to główne zarzuty Państwowej Inspekcji Pracy postawione spółce prowadzącej m.in. szpital w Białogardzie. To w nim, po czterech dobach nieprzerwanego dyżuru, zmarła zatrudniona na kontrakcie anestezjolożka.

Czy leci z nami pilot (w POZ)?

Od połowy przyszłego roku prowadzony będzie pilotaż dotyczący nowego sposobu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej – poinformował minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Resort chce, by placówki POZ otrzymywały wydzielone środki na badania diagnostyczne i porady specjalistyczne.

Nie mogą kłamać

– *Należy podjąć dyskusję na temat sytuacji produktów homeopatycznych w Polsce oraz informacji, jakie tym produktom mają towarzyszyć, w kontekście możliwości wprowadzania pacjentów w błąd* – uważa prezes NRL Maciej Hamankiewicz.

Suplementy

Niemal dziewięciu na dziesięciu dorosłych Polaków deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy stosowało leki dostępne bez recepty i suplementy diety – wynika z najnowszego sondażu CBOS.

Nowy konsultant krajowy

Płk prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego, został nowym konsultantem krajowym w dziedzinie okulistyki.

GIF ukarze apteki

Namawianie lekarzy, by kierowali pacjentów po leki do konkretnych placówek, łamie zakaz reklamy. Aptecę grozi za to grzywna, a nawet utrata zezwolenia. Tak uważa inspekcja farmaceutyczna.

Tragiczny finał

Tragicznie zakończyły się warsztaty medycyny naturalnej w Grodzisku Mazowieckim. Uczestniczka „ceremonii kambo”, której zaaplikowano wydzielinę amazońskiej żaby kambo, nie żyje.

Eutanazja w Belgii

Z raportu Belgijskiej Komisji Federalnej dotyczącego kontroli i oceny eutanazji wynika, że w latach 2014–2015 na 3950 osób poddanych eutanazji 124 cierpiały na zaburzenia psychiczne i behawioralne. To aż cztery razy więcej niż w poprzednich latach.

„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.

Lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny Esculapa



Fot. archiwum

Zdrowie jak nowe haubice

Paweł Kowal

Wraz z rozwojem medycyny w XX w., szczególnie w jego drugiej połowie, kwestia zdrowia stawała się w dyskusjach publicznych coraz bardziej sprawą ekspertów. Z jednej strony specjalistów z akademii medycznych i badaczy, z drugiej tych, którzy odpowiadają za państwowy budżet, z trzeciej specjalistów od zarządzania, czyli tych, którzy głowią się, jak środki wydać najlepiej, jak zorganizować system usług w zakresie zdrowia świadczonych przez przychodnie, szpitale, lekarzy pierwszego kontaktu.

W postkomunistycznej epoce, w czasach gdy wydawało się, że ludzie będą się tylko bogacić, prezentować coraz bardziej liberalne postawy i ogólnie stawać się „coraz lepsi”, podobnie zaczęto myśleć o zdrowiu. W schemacie nieustannego wzrostu wszystkiego wyglądało, że najpierw wyeliminujemy nowotwory, potem inne choroby i jedynym problemem będzie, jak długo będziemy żyć. 100 lat, 125? W Polsce zaczęło się nawet kombinowanie przy jubileuszowej pieśni „Sto lat”, bo coraz częściej jubilaci przekraczali tę magiczną barierę egzystencji. Jeśli będą inteligentne samochody, tani grafen i pociągi w podziemnych tubach, rozwijające prędkość bliską tej, którą osiąga dźwięk, to dlaczego nie „wieczne” życie?

Spotkałem w metrze dawno niewidzianego znajomego. Rozmawialiśmy o polityce, a on zauważył: – *Wiesz, oprócz Putina to my mamy problem z antybiotykami. Jest jasne, że już w następnym pokoleniu przestaną działać, bo mikroby się na nie uodporniły i pół ludzkości umrze na skutek epidemii.* Wtedy byłoby jak w czasach antycznych czy w średniowieczu. Sprawa obrony terytorium przestałaby być tylko kwestią wydatków na wojsko, kwestia walki na polu zdrowia byłaby tak samo ważna jak pojedynki na polu bitwy, a wydatki na badania w dziedzinie medycyny nie byłyby mniej znaczące niż studia nad nową bronią. Wielkie epidemie, takie jak denga czy zika, cywilizacyjne schorzenia, starzenie się społeczeństw powodują, że zdrowie musi wrócić do debaty politycznej, tak samo jak inne gorące tematy, przykładowo kwestie polityki społecznej (500+) w ostatnich wyborach w Polsce. Powszechna nieskuteczność antybiotyków byłaby dla bezpieczeństwa tak samo istotnym czynnikiem gry jak w średniowieczu. Na świecie wiele poważnych *think tanków* w swoim spektrum działania ma „zdrowie”, a wielu ekspertów zbiera dane z kilku dziedzin i zastanawia się nad znaczeniem polityki zdrowotnej dla bezpieczeństwa państwa. Może czas, żeby także polska debata o zdrowiu poszła w tym kierunku. Spojrzenie na zdrowie w innym świetle może być może podejście decydentów również do tego tematu. ■



Spoko, bez emocji

Janina Jankowska

Widz pamiętający film „80 milionów” mógł w końcu listopada poczuć się, jakby dostał obuchem w głowę. Oto jeden z bohaterów filmu, legendarny działacz wrocławskiej „Solidarności”, któremu w przededniu ogłoszenia stanu wojennego udało się zabezpieczyć 80 mln zł ze związkowego konta, w 2016 r. zostaje oskarżony o korupcję. Szok dla działaczy pierwszej „Solidarności”. Nie wierzę w słuszność tych zarzutów. Czuję, jakby ktoś burzył mi najważniejszy kawałek mojego życia, poczucie wspólnoty z tysiącami ludzi związanych jednym celem. Naszą siłą była bezinteresowność, myślenie o innych. Piniór, ideowy lewicowiec, raczej rozdałby pieniądze potrzebującym. To pierwsza spontaniczna reakcja, nie tylko moja. Józef Piniór miał opinię człowieka nieskazitelnego, pryncypialnego w tropieniu nieprawości. Sprawa, teoretycznie niemająca związku z polityką, z udziałem tak znanej osoby publicznej, o określonych poglądach, nabiera treści politycznych. Pojawienie się nazwiska znanego polityka w kontekście przestępstwa korupcyjnego porusza opinię publiczną. Tuż przed wyborami w 2015 r. koalicja rządząca PO i PSL nie mogła sobie pozwolić, by zostały upublicznione zarzuty

przeciwko bohaterowi „Solidarności”. Zraziłaby do siebie sporą grupę środowiska pierwszej „Solidarności”. Stąd milczenie w tej sprawie. To też wybór polityczny.

Urzednicy wyciągnęli sprawę korupcyjną na Dolnym Śląsku z jesieni 2015 r. z udziałem byłego eurodeputowanego Józefa Pinióra. Wprawdzie nie odgrywa on dziś na scenie politycznej znaczącej roli, ale jest autorytetem pierwszej „Solidarności”, ostatnio związanym z PO. Zatem wpisuje się we „wszechogarniającą wojnę z elitami”, jaką prowadzi nowa władza. Jak zmieniają się władze, to na różnych szczeblach ci i owi chcą się zasłużyć. Drogą służbową, zgodnie z obowiązującym prawem i zasadami, podrzucają smakowite kąski swoim przełożonym. Nie wszystkim steruje Jarosław Kaczyński. Nie jesteśmy jednorodnym społeczeństwem, odwrotnie, jesteśmy podzieleni. Nie widzę sposobu, by dotarło do Jarosława Kaczyńskiego, że otwieranie coraz to nowych pól konfliktów w dłuższym dystansie nie służy PiS, lecz pograża Polskę. Obliczyłam ich dziesięć. Od Trybunału Konstytucyjnego do Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Po co? Niektóre ustawy, np. o zgromadzeniach, uderzą w PiS, gdy w końcu stanie się opozycją. Chwalebne jest wspomagać najsłabszych, najuboższych, zwykłych ludzi, ale po co jednocześnie walczyć z inteligencją? Ten rząd ma jeszcze szansę. Ma potencjał. Nie przedostają się do opinii publicznej rozwiązania dobre, ustawa o innowacyjności, która otwiera współpracę jednostek badawczych z przedsiębiorcami, osiągnięcia Ministerstwa Cyfryzacji, reforma szkolnictwa wyższego itp. Stawiam na tych, którzy mimo niezręcznych, nawet kompromitujących wypowiedzi tego lub innego polityka, ministra, a nawet prezesa, wykorzystają ten czas, by pchnąć nasz kraj do przodu. ■

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.





Chory czy pacjent

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Chory i pacjent to rzeczowniki nazywające ludzi, z którymi lekarz ma do czynienia jako osoba lecząca, opiekun i (albo) doradca, nawet jako urzędnik. W większości słowników słowa te są traktowane jako synonimy, czyli w tekście wymienne. I rzeczywiście, znaczą prawie to samo. Prawie, a więc nie całkowicie. Żeby zrozumieć, jak to z ich znaczeniem jest naprawdę, trzeba prześledzić etymologię, historię użycia i funkcjonowanie w tekstach.

Chory to taka osoba, która *jest chora*, to znaczy – zgodnie z definicją podaną w „Wielkim słowniku medycznym PZWL” (1996) – u której wystąpiła „reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca – po wyczerpaniu zdolności adaptacyjnych ustroju – do zaburzeń współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych w tkankach, narządach, układach i całym ustroju”.

Definicja jest długa, ale konieczna. Przydałaby się jej znajomość zwłaszcza dziennikarzom i politykom, którzy nader łatwo myślą patologię biologiczną z patologiczną zachcianką i nie zauważają, że to, czego liczni ludzie życzą sobie od medycyny i medyków, z chorobą w rozumieniu medycznym nie ma nic wspólnego. Na przykład nieprzyjemny kształt nosa. Jeśli zajmie się nim lekarz i chirurgicznie pomoże w uzyskaniu urody (czyli tego, z czym się cierpiący nie urodził), to człowiek operowany na pewno przed operacją nie jest chory na brzydki nos. Może być chory później, z powodu operacji, jeśli adaptacyjne czynności ustroju nie podołają skutkom ingerencji chirurga. Pewne trudności w ocenie tego, co już jest patologiczne (chorobowe), a co tylko niewygodne w sensie kulturowo-psychologicznym, społecznym, moralnym, ma psychiatria. Tu znacznie mniej definicyjnych jasności, niemniej jednak definicja choroby psychicznej została w ostatnich dekadach bardzo udoskonalona.

Wyraz *pacjent* zawsze był hiperonimem (pojęciem nadrzędnym) względem pojęcia *chory*. *Chory* jest zatem hiponimem (pojęciem podrzędnym). O ile *chory* ma wyraźnie związek z *chorobą*, o tyle *pacjent* z *pacjencją*, od łacińskiego *patior, pati* – cierpieć. A cierpienie, jak wspominałem, nie musi być związane z patologią biologiczną, może mieć inną przyczynę. Cierpienie dosięga na przykład tych, którzy mają coś do załatwienia w urzędzie, a już wiedzą z doświadczenia, że kontakty z urzędnikami niekoniecznie są miłe.

Na szczęście słowo *pacjent* nie oznacza petenta, a w każdym razie nie powinno, i jest zarezerwowane dla kontaktów ze służbą zdrowia. Pacjentami nazywamy więc ludzi, którzy korzystają z opieki, pomocy lub innych możliwości działania lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów itd. Pacjent może być chory, ale i całkiem zdrowy, i tylko zgłaszać się po zaświadczenie o stanie zdrowia. Pacjentem jest też osoba, która załatwia dla matki materac przeciwodłężynowy, albo przechodząc obok poradni, wstępuje, żeby przy okazji zmierzyć sobie ciśnienie. ■



Ciąg dalszy

Zaproszenie do Krakowa nie będzie tym razem miało wymiaru handlowego, choć kramy efektywnie opanowały Rynek, ani artystycznego, choć organizowany po raz 74. Konkurs Krakowskich Szopek w Krzysztoforach urzeka rzemieślniczym mistrzostwem. Proponuję spacer po Krakowie XXI w., czyli po tzw. III kampusie uniwersyteckim.

Kaprys historii sprawił, że powstał jako pogrobowiec wybudowanej w planie 6-letnim Huty Aluminium w Skawinie, której produkcja według koszarnej technologii została tryumfalnie zamknięta zrywem solidarnościowym w 1981 r. Ale wokół pozostała pusta w zasadzie strefa, skażona freonem. I właśnie tutaj, po 20 latach przewietrzania pól dawnych wsi Pychowice i Ruczaj, znalazła swoje miejsce największa bodaj inwestycja edukacyjna Rzeczypospolitej – Kampus 600-lecia Odnowienia Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Uchwałę sejmową o budowie podjęto w 2000 r., obecnie realizacja inwestycji dobiega końca. Trwają ostatnie prace w siedzibie Wydziału Chemii, gdzie może w końcu ktoś urzeczywistni międzywojenne marzenia o opłacalnej ekonomicznie gazyfikacji węgla.

Powstała nowa dzielnica Krakowa, ze starą nazwą Pychowice, gdzie znajdują się biura wielu znanych korporacji. A rektor UJ, pierwszy od 60 lat lekarz, podkreśla, że jest jedynie kontynuatorem, bo rzecz podjęli poprzednicy. Czy jeszcze gdzieś w Polsce ktoś się przyznaje do kontynuacji?

W nadchodzący 2017 r. patrzy się w izbę raczej z niepokojem. Z bezspornych kompetencji ministra, po których tak wiele tak wielu się spodziewało, wynika sporo komplikacji.

NFZ upadnie. Rozparcelowanie AOS między podstawową a szpitalną opiekę medyczną przyniesie raczej chaos niż likwidację kolejek do specjalistów. Podział szpitali na sieciowe, finansowane przez państwo, i specjalistyczne, tego budżetowania pozbawione (?), zapowiada dezorganizację. Jeśli Szpital Chorób Płuc w Jaroszewcu, w którym są m.in. całe pawilony chorych na ostre formy gruźlicy, zostanie pozbawiony kontraktu, nie wiadomo, czym się to skończy. Mogą też upaść Wojewódzki Szpital Okulistyczny i Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, bo żadne się nie utrzyma bez pomocy państwa.

Sfinansowanie ochrony zdrowia z prywatnych portfeli jest nierealne, więc niektóre prywatne szpitale i przychodnie padną. Ale budżet zostanie utrzymany w ryzach. Ani złotówka więcej nie zostanie wydana. Kompetencje ministra w tym względzie okażą się bezcenne.

Naturalnie za powstały chaos obwiniani będą lekarze, jako bezpośredni sprawcy cierpień pacjentów. Nadchodzi rok niedobry dla wizerunku naszego zawodu. ■

Stefan Ciepły

20-lecie Fundacji „Pro Seniore”

W październiku 2016 r. przypadła 20. rocznica utworzenia Fundacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej.

Z tej okazji w gościnnych salach Naczelnej Organizacji Technicznej w Warszawie spotkali się wszyscy ci, którym idea Fundacji „Pro Seniore” są bliskie. Podczas uroczystości zaprezentowano film stanowiący kompendium wiedzy o działalności fundacji, jej codziennej pracy. Wiele uwagi poświęcono seniorom, dla których organizacja powstała. Podkreślano konieczność budowy domu dla lekarzy seniorów z profesjonalną długoterminową opieką medyczną. Na tym właśnie projekcie skupia się prezes fundacji Andrzej Surowiecki.

Jubileusz był okazją do podziękowań za wyjątkowy wkład w rozwój i codzienną działalność „Pro Seniore”. Statuetkę Benevolenti (Łaskawcy, Życzliwemu) wręczono członkom rady fundacji: Renacie Dmowskiej i Romanowi Olszewskiemu oraz Rafałowi Opielewiczowi, wieloletniemu księgowemu fundacji. Również sama Fundacja „Pro Seniore” została uhonorowana przez władze województwa mazowieckiego. Prezesowi Surowieckiemu wręczono Medal „Pro Masovia”, a minister zdrowia przesłał list, w którym podziękował za zaangażowanie i podejmowanie inicjatyw wykraczających poza codzienną rutynę.

W drugiej, mniej oficjalnej części spotkania jubileusz fundacji uświetnił recital Kuby Sienkiewicza. ■ kb



Na pierwszym planie, od lewej: Renata Dmowska, Rafał Opielewicz i Andrzej Surowiecki

O Fundacji „Pro Seniore” pisaliśmy w „Pulsie” nr 8–9/2016.



„Bogatym nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje”

KRS nr: 0000250527

Przeznacz 1% swojego podatku na szczytny cel

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

tel. 668 398 719

e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl

tel. 22 542 83 02



Podziękowanie

Pragnę z całego serca podziękować **Pani Doktor Iwonie Walickiej-Głazszczce** za okazaną życzliwość, oddanie i leczenie mojego Taty. Wyrazy wdzięczności kieruję również do **całego personelu Oddziału Chorób Wewnętrznych PCZ** w Otwocku.

lek. Magdalena Komorowska z rodziną

Posłuchać, zobaczyć...

Mozaika znaczeń

To seria wykładów przygotowanych przez Muzeum Archidiecezji Warszawskiej i Wydział Artes Liberales Uniwersytetu Warszawskiego. Podczas czwartkowych spotkań – w cyklu „Mówią artyści” – twórcy prezentują wybrane utwory i dzielą się doświadczeniami w zakresie ich interpretacji. We wtorki – w cyklu „Mówią badacze” – o obrazach, rzeźbach, dziełach literackich i muzycznych opowiadają muzykolodzy, historycy sztuki, literaturoznawcy, filozofowie i teolodzy. Wykłady odbywają się w siedzibie muzeum, do końca stycznia.

www.maw.art.pl

Wanda Czełkowska. Retrospekcja

Twórczość rzeźbiarki związana jest z najistotniejszymi kierunkami sztuki awangardowej XX w.: neoprymitywizmem, ekspresjonizmem, konceptualizmem. Na wystawie w Królikarni zostały zaprezentowane wcześniejsze prace artystki w połączeniu z instalacją przygotowaną specjalnie na tę ekspozycję. Ekspozycje pochodzą z prywatnego archiwum Wandy Czełkowskiej oraz placówek muzealnych w Polsce. Wystawa czynna do 12 lutego.

www.krolikarnia.mnw.art.pl

Muzeum Sue Ryder

Polska była jej bliska. Niewielkie muzeum poświęcone brytyjskiej działaczce charytatywnej mieści się w zabytkowej rogatce na pl. Unii Lubelskiej. Na ekspozycję składają się osobiste przedmioty lady Ryder of Warsaw (Warszawę wybrała na siedzibę swojego szlachectwa), pamiątki z epoki, fotografie i filmy układające się w opowieść o życiu i pracy tej niezwyklej osoby. Muzeum czynne w poniedziałki, wtorki i środy.

www.muzeumsueryder.pl



Fot. archiwum Muzeum Sue Ryder

Stracone terytoria. Osad

Prezentowane fotografie są zapisem artystycznych wrażeń z podróży po terenach byłych republik radzieckich. Wizerunki ludzi, przedmiotów i krajobrazów pokazują bolesny i niedokończony proces transformacji. Autorami zdjęć są członkowie międzynarodowej grupy fotograficznej Sputnik Photos, zajmujący się dokumentowaniem przemian zachodzących w Europie Środkowo-Wschodniej. Wystawa w Centrum Sztuki Współczesnej Zamek Ujazdowski czynna do 5 lutego.

www.csw.art.pl

ach

Krzysztof Schreyer na Biesiadzie Literackiej SPP

Stowarzyszenie Pisarzy Polskich od niemal dwudziestu lat w każdy trzeci czwartek miesiąca w auli Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu urządza Biesiady Literackie. Imprezy te obrosły legendą. Relacje z nich można znaleźć w serwisie YouTube, w telewizji regionalnej, w e-tygodniku Pisarze.pl. Jest świetny felieton Piotra Wojciechowskiego, są trzy wiersze jednego z ważnych poetów, ale przede wszystkim można zobaczyć na żywo rozmowy z trzema gośćmi. Tym razem jednym z zaproszonych był lekarz, dr n. med. Krzysztof Schreyer, członek SPP.



Fot. archiwum

Stowarzyszenie Pisarzy Polskich jest spadkobiercą dawnego Związku Literatów Polskich, który powstał w 1920 r. z inicjatywy Stefana Żeromskiego i istniał do 1983 r., kiedy władze PRL postanowiły ZLP, jako intelektualną opozycję, zlikwidować. Po kilku dniach te same władze założyły nowy związek, ironicznie zwany później „neozlepem”, ale zapisało się do niego niewielu pisarzy z dawnego ZLP. Ponad tysiąc osób pozostało bez organizacji. Prezesem została Halina Auderska, której warszawiacy zwracali książki pod drzwi. Kiedy w czerwcu 1989 r. powiało wolnością, wśród owego tysiąca powstała myśl, aby stworzyć Stowarzyszenie Pisarzy Polskich. Zastosowano ostre kryteria członkostwa, jak w dawnym ZLP. Do dziś przynależność do SPP jest świadectwem wysokiego poziomu literackiego.

Do SPP należą m.in. pisarze, którzy są lekarzami albo studiowali medycynę. To nic nowego, literatura zawsze miała przedstawicieli związanych z medycyną, istnieje Unia Polskich Pisarzy Lekarzy, a przypomnę nazwiska choćby Stanisława Lema, Janusza Korczaka, Michała Bułhakowa,

Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie otwarta!



Fot. K. Królikowski

W październiku 2016 r. przedstawiciele ORL w Warszawie uczestniczyli w uroczystości otwarcia pierwszej polskiej biblioteki medycznej poza granicami kraju.

Delegacji przewodniczył prezes ORL Andrzej Sawoni, a w jej skład weszli: Ewa Miękus-Pączek, Renata Dmowska, Roman Olszewski, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Krzysztof Dziubiński i Krzysztof Królikowski.

Nasza delegacja była goszczona przez dyrekcję Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy: Raisę Pawlenko, Tatiannę Ostapienko i Aurelię Widmę. W spotkaniu uczestniczył także prof. Anatol Świącicki, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. W czasie pobytu w Kijowie zwiedziliśmy Narodowe Muzeum Medycyny Ukrainy, odbyło się także spotkanie z dyrektorem NMMU prof. Wadimem Szypulinem.

Prezes ORL Andrzej Sawoni w swoim wystąpieniu podczas uroczystości otwarcia biblioteki przybliżył historię jej powstania. Przypomniał działalność innych polskich bibliotek na świecie: w Paryżu, Rzymie i Berlinie. Podkreślił, że Polska Biblioteka Medyczna w Kijowie ma w swoich zbiorach 5,5 tys. woluminów i odczytał zebrany list od marszałka Senatu RP Stanisława Karczewskiego. Ze strony ukraińskiej głos zabrali: prof. Witalij Cymbaluk – prezes Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy, prof. Lubomir Piryg, Michał Terzenko – mer miasta Głuchowa, Iwan Soroka – przewodni-

czący Prezydenckiego Klubu Lekarskiego, który odznaczył prezesa ORL orderem „Duma Medycyny”. Wstęgę otwierającą PBM przecięli prof. Witalij Cymbaluk i prezes Andrzej Sawoni. Podczas całej uroczystości padały słowa o trwałej i dobrej współpracy polsko-ukraińskiej, podkreślano, że w ciągu pięciu lat udało się zebrać wiele cennych woluminów. Książki wypożyczyło ponad 4800 czytelników. NNBMU wygrała grant MSZ w ramach programu „Polska pomoc” na 80 komputerów. Projekt jest wart 26 tys. euro. PBM została objęta patronatem honorowym Polskiej Akademii Nauk. Obecnie prowadzone są aktywne prace nad wspólnymi projektami PBN, NNBMU, OIL i V Wydziału Lekarskiego PAN.

Na zaproszenie NNBMU delegacja ORL uczestniczyła w koncercie w Filharmonii Kijowskiej. ■

Krzysztof Królikowski
pełnomocnik prezesa ORL
ds. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie

www.izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/otwarcie-polskiej-biblioteki-medycznej-w-kijowie/#galeria

Antoniego Czechowa, Artura Conan Doyle’a, Agathy Christie albo Jamesa Joyce’a. Są ich setki, w tym nobliści, np. Henryk Sienkiewicz czy Camilo José Cela.

Jako lekarz, członek SPP i zarazem współprowadzący Biesiadę zaprosiłem kolegę lekarza z SPP, dr. Krzysztofa Schreyera, aby w imprezie listopadowej zechciał udzielić publicznego wywiadu. Uczynił to z właściwą sobie swadą. Krzysztof Schreyer, wieloletni ordynator oddziału chorób wewnętrznych, kierownik poradni internistycznych, także z doświadczeniem zagranicznym, jest znakomitym tłumaczem literatury amerykańskiej i poetą, potrafi też bardzo ciekawie mówić.

W jego dorobku, obok przekładów literatury naukowej, znajdują się znane tłumaczenia takich pisarzy jak: Arthur Miller,

Norman Mailer, Pearl S. Buck, Tim O’Brien, Douglas Coupland, Nora Roberts i Arnold Wesker. Są to dzieła wielowarstwowe, skomplikowane, a zarazem pięknie klarowne, więc wymagające od przekładcy nie tylko znajomości języka oryginału, lecz i niepośledniego władania polszczyzną. W szufladzie pisarza znajdują się także z talentem pisane, mądre wiersze, czasem ironiczne, czasem filozoficzne, zawsze dowcipne. Jak dotąd poezje te były publikowane tylko w prasie literackiej, m.in. w kwartalniku SPP „Podgląd”, choć są godne szerszego upowszechnienia. Po spotkaniu widzowie dopytywali się, kiedy wiersze Schreyera ukażą się w postaci tomu. Trudno o lepszą rekomendację. ■

Piotr Müldner-Nieckowski

Chóralnie

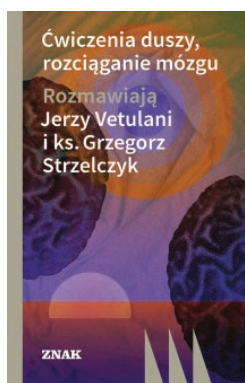
Każdego czwartku, między 19 a 21.30, odbywają się w Klubie Lekarza przy ul. Koziej w Warszawie próby chóru warszawskiej Izby. Chór powstał w 2009 r. z inicjatywy Beaty Herman, wcześniej wieloletniej dyrygentki Chóru Akademii Medycznej (a potem Uniwersytetu Medycznego) w Warszawie. Można powiedzieć, że idea chóru izby lekarskiej dojrzała wraz z jego członkami – uprzednio studentami Akademii Medycznej, którzy po zakończeniu studiów odnaleźli miejsce, w którym mogą kontynuować swoją pasję. ■ **bh**

Koleżanki i Koledzy! Poszukujemy nowych chórzystów, jeśli dysponujecie odpowiednim głosem – serdecznie zapraszamy.



Fot. K. Jemioł

Jak ateista z teologiem



Gorące debaty w studiach telewizyjnych i radiowych, w których zapraszani goście jakby celowo nastawiani są przez moderatorów dyskusji przeciwko sobie, ani niczego nie objaśniają, ani nie uczą. Dlatego każdy pomysł rozmowy ciekawych ludzi o skrajnie odmiennych poglądach, którzy nie wychodzą na ring, lecz mają do siebie nawzajem szacunek, jest wart odnotowania. Stąd moja rekomendacja książki „Ćwiczenia

duszy, rozciąganie mózgu”. Publikacja jest zapisem długiej, wielowątkowej dysputy neurobiologa ateisty prof. Jerzego Vetulaniego z teologiem ks. Grzegorzem Strzelczykiem.

To nie jest kolejny wywiad-rzeka z ciekawym bohaterem, jakich mamy na rynku księgarskim w bród. Panowie rozmawiają na równych prawach – raz o religii, raz o medycynie, a to o zmartwychwstaniu (z teologicznego i naukowego punktu widzenia), to znów o nadziei, która trzyma przy życiu zarówno bezbożników, jak i osoby głęboko wierzące. Książka nie jest może łatwa, ale ze wszech miar mądra i pożyteczna. Podczas jej lektury dostrzegamy zupełnie inne wartości niż te, które funduje nam współczesna telewizja czy kino.

Bez wątplenia jest to zasługa erudycji prof. Vetulaniego, znanego neurobiologa z Krakowa, oraz pochodzącego ze Śląska ks. Strzelczyka, autora licznych publikacji, który specjalizuje się w chrystologii i od czterech lat jest sekretarzem synodu archidiecezji katowickiej. „Trudno błaznować, mając instytucjonalną odpowiedzialność” – powiada ksiądz Strzelczyk w reakcji na zaczepki Vetulaniego, który często lubi żartować i nawet poważną neurobiologię w czasie swoich wykładów zwykł traktować z przymrużeniem oka.

W rozmowie z teologiem o rzeczach bardziej lub mniej wzniosłych przez większość czasu zachowuje powagę, choć nieraz zmusza czytelnika do uśmiechu, gdy lapidarnie wraca do swojego ateizmu: „Ja jestem facetem od szczerów, ksiądz zajmuje się Jezusem Chrystusem, ale obaj mierzymy się z tą samą rzeczywistością, w której razem żyjemy”.

Okazuje się – wbrew temu, co wynika nieraz z naszych codziennych kłótni – że koegzystencja jest jak najbardziej możliwa. Ani duchownemu nie zależy na tym, by wytykać neurobiologowi odrzucenie religii, ani profesor nie patrzy na teologa z wyższością. Wspólnie mierzą się z pytaniami, które wszyscy sobie zadają. Na przykład: czy istnieje wolna wola i jaki wpływ może mieć na nią religia? jaki związek ma oczekiwanie szczęścia wiecznego z układem nagrody w ośrodkowym układzie nerwowym? czy wiara jest tylko wytworem naszego mózgu?

Jerzy Vetulani i Grzegorz Strzelczyk odstawiają przed nami kulisy świata duchowego i tajniki biologii. Każdy może oczywiście opowiedzieć się po którejś ze stron, ale i to nie jest potrzebne. Wymiana argumentów nie ma bowiem na celu znokautowania przeciwnika, lecz po prostu pokazuje różne spojrzenia na kwestie, którymi żyjemy na co dzień. Niełatwo przeczytać książkę jednym tchem. Ale delektując się jej fragmentami powoli, z rozmysłem, na pewno nie uznamy czasu poświęconego na czytanie za stracony. Skoro uduchowiony teolog wiele się może nauczyć od neurobiologa, a neurobiolog daleki od doznań mistycznych uczy się, jak spojrzeć na naukę przez pryzmat wiary, to uczestniczący w tym spotkaniu czytelnicy mają okazję zrewidować również własne poglądy na życie. Rozciągajmy swój mózg i ćwicmy duszę – egzystencjalna gimnastyka dla każdego, kto chce mieć szerokie horyzonty. Nie można było wymyślić lepszego tytułu. ■

Paweł Walewski

Fot. archiwum



Bikiniarze

Jerzy Borowicz

Mój przyjaciel Artur Dziak w „Pulsie” trafnie opisał kosmopolityczny strój młodego człowieka w okresie rozkwitu stalinizmu, czyli na przełomie lat 40. i 50. ubiegłego wieku. Styl i modę kreowali przedstawieni przez Dziaka młodzi ludzie zwani bikiniarzami. W przeważającej liczbie byli to uczniowie techników i synowie przedwojennych inteligentów oraz młodzież klas licealnych. Prawie wszyscy należeli do Związku Młodzieży Polskiej, co ułatwiało dostanie się na studia. Członkostwo w ZMP było właściwie obligacyjne.

Oficjalny ubiór ZMP-owca stanowiła zielona koszula (dla dziewcząt biała bluzka) i czerwony krawat. Strój był obowiązkowy w dniach świąt komunistycznych, kiedy pędzono nas na manifestacje „patriotyczne”. Szliśmy czwórkami, głównie Traktem Królewskim, dołączały do nas dziewczęta z gimnazjów Hoffmanowej, Żmichowskiej i Słowackiego. Przed Ambasadą Jugosławii pochód się zatrzymywał, by głośniej zabrzmiało hasło „Tito zdrajca!”. Wymachiwaliśmy siekierami, które miały służyć marszałkowi Tito do zabijania rodaków. Następnie zatrzymywaliśmy się przed Ambasadą NRD, gdzie skandowaliśmy: „Stalin, Bierut, Pieck”. Nie była nam obca poezja w stylu: „W odpowiedzi na atomy, zbudujemy nowe domy”. Wieczorami przepojeni komunistyczną radością chodziliśmy na tzw. wieczornice, gdzie odbywały się słuszne

Rys. P. Wozniak



i radosne tańce. Zabawa polegała na tym, że chłopcy i dziewczęta trzymając się za ręce, tworzyli kółko i śpiewali „patriotyczne pieśni”, na przykład „Suliko” – ulubioną piosenkę Stalina, lub „Szła dziewczeczka do laseczka”. Nie daj Boże, by ktoś odchodził z kółka i usiłował indywidualnie zatańczyć z koleżanką. Było to interpretowane jak przejaw wrogości do ludowej ojczyzny. O jazzie i muzyce tanecznej nie było mowy. I tak doszliśmy do częściowej odwilży w 1956 r., kiedy można już było zatańczyć przy muzyce Jana Caimera. Mimo tego zniewolenia, tamte czasy wspominam miło, po prostu byłem młody. ■

DLA SMAKOSZY

Kleinur, czyli islandzkie faworki

Islandia intryguje nie tylko naturą i krajobrazami, również oryginalnymi daniami: chlebem wulkanicznym pieczonym przez dobę pod ziemią, zupą rybną z mleczkiem kokosowym, kremem z homara czy baraniami łbami podawanymi jako delicje świąteczne. Kiedyś położenie wyspy i ograniczone możliwości transportu zmuszały Islandczyków do zjadania wszystkich części zwierząt żyjących na wyspie i w oblewających ją wodach. Oczywiście bazowano na rybach. By zgromadzić zapasy na długą i srogą zimę, ryby solono, suszono i wędzono. W XV w. suszona ryba była tam nawet walutą. W takiej formie doskonale smakuje łamana, jak chipsy, z odrobiną solonego islandzkiego masła.

Proponuję przepis na karnawałowy deser – faworki po islandzku. Grube i puchate, lekko chrupiące, nie „chudziutki”, jak nasze. I równie dobre, a może nawet lepsze na następny dzień.

Składniki: ◆ 250 g mąki pszennej ◆ 20 g masła – sklarowanego i roztopionego ◆ 1 płaska łyżeczka amoniaku ◆ 1 średnie jajko ◆ 1/3 łyżeczki sody spożywczej ◆ 100 ml kwaśnego

mleka lub maślanki (może być domowy kefir) ◆ 2 łyżeczki cukru ◆ 1 łyżeczka kardamonu świeżo utartego lub zmielonego ◆ olej do smażenia lub smalec ◆ cukier puder do posypania

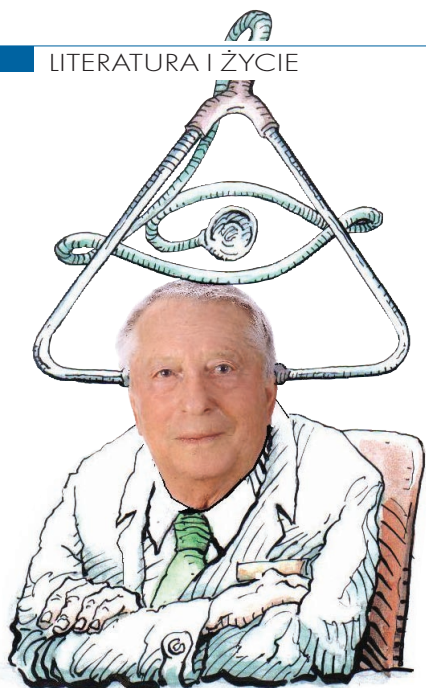
Wykonanie: W jednej misce wymieszać wszystkie suche składniki, w drugiej wszystkie mokre, oprócz masła. Połączyć zawartość obu misek, wymieszać, na końcu dodać masło i leciutko rękoma wyrobić ciasto. Rozwałkować na posypanej mąką stolnicy na grubość 2–3 mm, pokroić na paski, w środku każdego zrobić nacięcie i wywinąć jak nasze faworki. Smażyć na rozgrzanym tłuszczu z dwóch stron na rumiano, wyjmować na talerz wyłożony ręcznikiem papierowym i obficie posypywać cukrem pudrem. Podawać, kiedy dobrze przestygną i zapach amoniaku się ulotni. Pyszne i chrupiące są również następnego dnia. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Rys. K. Rosiecki

Artur Dziak

Przez wiele dziesiątków lat posiadanie samochodu przez przeciętnego człowieka w Polsce znajdowało się jedynie w sferze marzeń z racji obłądnych cen. Wystarczy powiedzieć, że przeciętny lekarz musiałby na nowe auto, jak nazywano okropną socjalistyczną tandetę w rodzaju polskiego fiata, niemieckiego wartburga czy rosyjskiego moskwicza, wydać zarobki z kilku lat pracy. Pytanie tylko, za co by w tym czasie żył, ubierał się i mieszkał? Jedynym rozwiązaniem było uzyskanie tak zwanego przydziału czy talonu na samochód, który w tej sytuacji można było nabyć za dostępną cenę i do tego na raty. Niektórzy, ci mający „chody”, mogli ciągle jeździć nowymi autami, gdyż za pieniądze uzyskane ze sprzedaży na wolnym rynku użytego grata byli w stanie kupić pojazd nowy i jeszcze parę złotych zachować w kieszeni! Kiedy po „szaleństwach” młodości zużyły się moje stare, bo jeszcze przedwojenne samochody, kupowane z pieniędzy zarobionych na graniu w orkiestrze studenckiej, a mój profesor wyraźnie zapodał: „albo pan będzie ortopedą, albo muzykantem”, skończył się sen o sławie i musiałem zapomnieć o aucie.

Jakkolwiek gołąbki same nie wpadają do gąbki – jak mawiała babcia Rozalia – to przy odrobinie szczęścia fortuna musi się odwrócić. Tak też się stało, gdy w czasie zupełnie przypadkowej rozmowy z jednym z pacjentów usłyszałem pytanie: – *A czym pan jeździ, panie doktorze?* Odpowiedziałem na odczepnego, że nie jeżdżę niczym i nawet już o tym nie marzę, gdyż nabycie samochodu jest całkowicie poza zasięgiem możliwości młodego lekarza, do tego ożenionego ze studentką! Ku mojemu niekłamanemu zdziwieniu rozmówca doradził mi, bym napisał podanie oraz uzyskał pisemną opinię mego profesora, że „*Z racji wykonywanej specjalizacji i konieczności stałej dyspozycji dyżurowej samochód jest niezbędny do prawidłowego wywiązywania się z nałożonych obowiązków*”. – Następnie – ciągnął pacjent – *przyjdzie pan z tym podaniem do mnie*. Miałem się zgłosić na pl. Trzech Krzyży, do słynnego PKPG, gdzie ów pacjent był znaczną figurą!

Pewnego dnia, po przygotowaniu podania, ubrałem się w mój najlepszy, czyli ślubny, ciemny garnitur i udałem się na pl. Trzech Krzyży. Wszystko szło jak z płatka dopóty, dopóki nie stanąłem przed obliczem sekretarki mego

Talon na „mydelniczkę”

„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

pacjenta, dystygowanej damy z przedwojennymi manierami. Wysłuchawszy informacji o celu mojej wizyty, oświadczyła, że towarzysza dyrektora nie ma i na dobrą sprawę nie wiadomo, kiedy z delegacji wróci. Poczulem się głupio, że tak łatwo dałem się wystrychnąć na dudka, poważnie traktując obietnicę pacjenta. Przecież powszechnie znane były, puszczane zresztą przez nas mimo uszu, zapewnienia żegnających się pacjentów: – *Jakby coś, to proszę się do mnie zwrócić. Będę zawsze pamiętał o tym, co pan dla mnie zrobił*.

Kiedy niespiesznie zbierałem się do wyjścia, moja rozmówczyni spytała zniemacka: – *Zaraz, zaraz, bo ja mam tu zapisane w kajecie. Czy przypadkiem pan nie jest tym doktorem Dziakiem, który leczył towarzysza dyrektora?* Okazało się, że pacjent słowa dotrzymał i mam tylko zdecydować o marce samochodu! – *Jaki więc samochód chciałby pan otrzymać z przydziału?* – zapytała sekretarka. – *Najtańszy, proszę pani* – odparłem rezolutnie. – *Jest pan pierwszym* – ciągnęła rozmówczyni – *który tak mówi. Zazwyczaj wszyscy pragną przydziałów na samochody z górnej półki!*

Najtańszym samochodem, na który mogłem się wówczas szarpnąć, był niemiecki trabant, popularnie zwany mydelniczką, ponieważ miał karoserię wykonaną z jakiejś „nylonowej tektury”. Kiedy sprowadziłem autko do Anina, by garażować go w odpowiednich warunkach – żeby broń Boże nie stał na deszczu i stocie – matka krytycznie odniosła się do tego pomysłu. – *Dziecko – powiedziała – a czyś ty się zastanowił, co czynisz? Przecież w naszym garażu buszują szczury i one mogą twój samochód po prostu zeżreć. A wtedy przyjdzie ci już tylko na charett* się przesiąść!* ■

*Wózek, którym dowożono skazańców pod gilotyne.



Rys. P. Woźniak



Najstarszy Amerykanin

Jacek Walczak



Najstarszą dotychczas mumię odnaleziono w Chile. Jej wiek oszacowano na 7 tys. lat. Odnaleziono na zachodniej półkuli szkielety, tzw. oseria, są jeszcze starsze. Jednak zarówno kontynent Ameryki Północnej, jak i Południowej nie były wcześniej zamieszkałe przez człowieka. Amerykańscy Indianie (*hominis americani*) nie są zatem autochtonami. Pierwsi Amerykanie byli Azjatami, przynajmniej w zdecydowanej większości, chociaż nie można wykluczyć migracji z innych stron świata. Jeszcze 40 lat temu przyjmowano, że wielka migracja nastąpiła około 13 tys. lat temu.

Jednak odkrycia archeologiczne, zwłaszcza szczątków organicznych (co pozwoliło na badanie ich wieku izotopem węgla C14) na terenie obydwu Ameryk, przesunęły tę granicę o przynajmniej 7 tys. lat. Przybysze prawdopodobnie posiadali umiejętność rozniecania ognia i prostej obróbki kamienia. W późniejszym okresie kultury agrarnej w miejscach siedzib pojawiają się zdobione narzędzia. Rodzi się kultura, a wraz z nią władza, organizm administracyjny, polityczny i ekonomiczny. Tworzy się cywilizacja, powstają nadzwyczajnie rozwinięte imperia Azteków w Mesoameryce i Inków w Andach. Fragmenty ich historii są względnie dobrze rozpoznane, chociaż brak pisma u Inków stanowi barierę nie do przebycia.

Jeszcze trudniej odnaleźć pierwsze ślady człowieka w Nowym Świecie. Historia badań archeologicznych na terenie Ameryki Łacińskiej jest nieporównywalnie krótsza niż historia badań innych rejonów świata, zwłaszcza Egiptu, Grecji czy Rzymu. Zatem i efekty słabsze. Niechlubną rolę odegrali *huaqueros*, rabusie grobów. W południowej Kolumbii, niedaleko miasteczka San Agustín, dokonano w latach 30. jednego z największych odkryć archeologicznych na całym kontynencie. W dżungli odnaleziono kamienny krąg o średnicy 5 m, wewnątrz którego pozostały ślady popiołów. Mógł to być ołtarz ofiarny. Z niezwykle skromnego materiału organicznego zdołano wydzielić związki organiczne, które po badaniach izotopem C14 dały zdumiewający wynik – pochodziły z około 3200 r. przed Chrystusem. Niestety, po tym obiekcie nie ma już śladu. Jednak w pobliżu znacznie lepiej przetrwały inne artefakty cywilizacji tak tajemniczej, że mówi się o niej „*misterio de la America Latina*” (największa tajemnica Ameryki Łacińskiej), która zniknęła na długo przed przybyciem Hiszpanów.

Fotografie: J. Walczak



Pozostawiła po sobie kilkadziesiąt wolno stojących kamiennych rzeźb oraz liczne kurhany. Odkryto dotychczas 15 obiektów i zapewne jeszcze więcej czeka pod ziemią. Początki tej cywilizacji sięgają I w. Brak jakiegokolwiek zapisu sprawia, że nie znamy żadnych faktów historycznych. Wykopaliska ujawniły figury antropomorficzne i zoomorficzne. Niektóre niezwykle realistycznie przedstawiające zwierzęta, inne jakby celowo stylizowane. Różnią się wielkością, mają od 20 cm do 7 m. Figury sugerują niektórym badaczom związek z rzeźbami na Wyspie Wielkanocnej. W obrzędowych miejscach jeszcze bardziej tajemniczo wyglądają grobowce, w których lud San Agustín chował swoich zmarłych. Przed wejściem stawiano rzeźby, a w samych grobach naczynia i przedmioty ze złota. Nieliczne, które przetrwały, trafiły do Muzeum Złota w Bogocie. Sztuka jubilerska osiągnęła tu niezwykle wysoki poziom. ■



Z ogromnym żalem żegnamy
Michała Borkowskiego

Pasjonata ratownictwa medycznego, zaangażowanego w tworzenie nowoczesnego systemu ratownictwa w Polsce, człowieka prawego, otwartego na wyzwania i problemy ludzi chorych i potrzebujących. Zawsze życzliwego i pełnego pogody ducha. Rodzinie i Przyjaciołom składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Prezes
i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
oraz redakcja
„Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”



Michał Borkowski
(1951–2016)

1 listopada odszedł od nas nagle, w wieku 65 lat, Michał Borkowski – człowiek, który w pracy zawodowej na stałe związał się z ochroną zdrowia. Jego życie było wypełnieniem tego, co człowiek na ziemi może uczynić. Do

wszystkiego doszedł sam, ciężką pracą, kompetencjami i sposobem bycia. Swoje życie zawodowe oddał ratownictwu medycznemu i systemowi ochrony zdrowia, w tych dziedzinach był wybitnym specjalistą. Wielu ludzi traktowało Go jak doradcę, pytało o Jego zdanie, radziło się, słuchało Jego wypowiedzi. Czasy się zmieniały, ale On miał markę niezależnego eksperta, nieuniklanego w politykę, człowieka, który zna się po prostu na swojej pracy.

Pracę w systemie rozpoczął w Warszawskim Pogotowiu Ratunkowym w 1971 r., na początku jako szeregowy pracownik, a finalnie jako dyrektor zakładu.

Brał czynny udział w przygotowywaniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, stworzył w Warszawie 17 miejsc wyczekiwania zespołów wyjazdowych, by umożliwić im dotarcie w jak najkrótszym czasie do miejsca zdarzeń zagrażających życiu. Podobne rozwiązania wprowadził w całym województwie. Zamienił zespoły ogólnolekarskie na ratowniczo-wypadkowe i reanimacyjne.

Michał Borkowski pełnił wiele zaszczytnych funkcji. Był członkiem, a następnie wiceprezesem Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, przewodniczącym Krajowej Rady Pogotowia Ratunkowego w Polsce oraz członkiem Rady Programowej „Ratownictwa Polskiego” i „Medycyny Praktycznej”. Był honorowym członkiem Warszawsko-Skierniewickiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, członkiem Towarzystwa Medycyny Katastrof, koordynatorem Pomocy Doraźnej i Transportu Sanitarnego w województwie mazowieckim, pełnomocnikiem wojewody mazowieckiego

ds. ratownictwa medycznego, a na końcu dyrektorem Wydziału Zdrowia w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim. Ale praca zawodowa Michała Borkowskiego to nie tylko pogotowie i ratownictwo. Pełnił funkcję dyrektora Szpitala Kolejowego przy ul. Brzeskiej w Warszawie i Szpitala Powiatowego w Pułtusku. Za wybitne zasługi był wielokrotnie wyróżniany znamienitymi odznaczeniami. Za pracę zawodową uhonorowany został brązowym Krzyżem Zasługi, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Medalem „Pro Masovia” nadanym przez marszałka województwa mazowieckiego, otrzymał też tytuł Menedżera Roku 2000.

Praca w życiu każdego z nas jest niezwykle ważna, jednak Michała ceniłem szczególnie za to, jaki był. A był człowiekiem radosnym i ciepłym, człowiekiem, który nie lekcewał ludzi, człowiekiem, który kochał ludzi. Na Jego drodze życia staowało wielu, takich jak ja, którym dobrze życzył i radził, abyśmy nie stracili swojej szansy. Był jak ojciec, który potrafił nakrzyczeć, ale potrafił też przytulić i pochwalić, choć nie był zbyt wylewny. Będąc z Nim na wielu wyjazdach związanych z ratownictwem medycznym, widziałem, że zawsze miał czas, żeby pójść do ratowników, lekarzy, pielęgniarek i z nimi pogadać, a czasem po prostu z nimi być, bo jak mówił: „oni w tym systemie są najważniejsi”.

Michale, Twój styl bycia, Twój uśmiech na twarzy powodowały, że wielu ludzi kochało Cię i szanowało. Twoje odejście to wielka strata, strata Przyjaciela i Kolegi. Ale w naszej pamięci zostaną Twoje niepowtarzalne teksty, Twoje zachowania, bo byłeś też duszą towarzystwa, i tych wspólnych wspianych chwil nikt nam nie odbierze.

*„Odszedłeś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciał swym odejściem smuć...
tak jakbyś wierzył w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”.*

ks. J. Twardowski

Robert Gałązkowski
dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,
adiunkt w Zakładzie Ratownictwa Medycznego WUM



**Hanna
Cerańska-
Goszczyńska**
(1930–2016)

Urodziła się w Warszawie w 1930 r. Początkowo studiowała w Gdańsku, potem w Warszawie. Ukończyła wydział pediatriczny w 1954 r., łącznie ze specjalizacją I stopnia.

Przez ponad dziesięć lat pracowała w Miejskim Szpitalu Zakaźnym przy ul. Siennej, tamże uzyskała specjalizację II stopnia z pediatrii i I stopnia z chorób zakaźnych. Od 1967 r. pracowała w Wojewódzkiej Przychodni Medycyny Szkolnej. Uzyskała II stopień specjalizacji w 1974 r. Następnie podjęła pracę w Instytucie Matki i Dziecka w Zakładzie Medycyny Szkolnej. Od 1988 r. pracowała w Zakładzie Zdrowia Rodziny, a w 1989 założyła Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny. Wielokrotnie była prezesem tej organizacji, otrzymała też tytuł prezesa honorowego. Wiele razy uczestniczyła w zagranicznych kongre-

sach. Była autorką lub współautorką kilkudziesięciu prac naukowych. Jej uczniowie prowadzą szkolenia w kilkunastu krajach, szczególnie w Europie Wschodniej i środkowej Azji.

W młodości uprawiała turystykę rowerową na poziomie europejskim.

Była bardzo blisko związana z Kościołem. Mottem Jej postępowania była zasada wyrażona przez papieża Franciszka: „*Tak żyj, aby zostawić po sobie ślad*”.

Śladów Hanka zostawiła wiele. Przede wszystkim w życiu osób, którym pomogła jako lekarz, ratując ich zdrowie, a nawet życie. Widziała głęboki sens w uczeniu ludzi świadomego kierowania własną płodnością i chciała, by umiejętność ta stała się powszechna, a wiedza na ten temat pełna. Dlatego właśnie przez kilkadziesiąt lat pracowała jako doradca rodziny w parafii archikatedralnej.

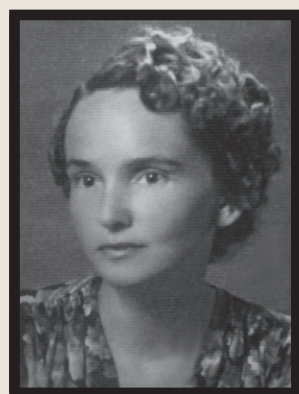
Swoje ślady zostawiła Hanka także w życiu licznych przyjaciół, znajomych i rodziny. Praca nie definiowała i nie wypełniała całego czasu w Jej życiu. Jako osoba energiczna i żywotna, znajdowała też czas na życie rodzinne. Czasem trochę z boku, czasem pośrodku, ale zawsze chętnie.

Nie znosiła bylejakości, bierności i głupoty, a do działania podrywał Ją zawsze człowiek i jego dobrostan. Tak było też w przypadku Fundacji „Dom Ulgi w Cierpieniu” im. Ojca Pio, w której działalność zaangażowała się w ostatnich już latach swojego życia.

Kochała ludzi, zwłaszcza dzieci, które traktowała dorośle i poważnie. Kochała psy, szczególnie seterkę Fugę. Kochała też siebie – tą dobrą miłością, która każe cieszyć się życiem, znajdować w nim przyjemności i za nie Bogu dziękować. Lubiła swoje Chełsty. Lubiła tam rano chodzić po rosie i jeść chleb z miodem, jeszcze przed pierwszą kawą. Lubiła długie kolacje z przyjaciółmi. Lubiła brydża.

Kocham Was! – tak by teraz do nas powiedziała i na pewno chciałyby przeprosić, w czym komu zawiniła. Żegnała się, powtarzając zwykle: „*Trzymajcie się, nie dajcie się!*”.

Włodzimierz Cerański
Róża Stefańska



**Zofia Halina
Hryniewska-
-Wałuto**
(1917–2016)

Zofia Halina Hryniewska-Wałuto urodziła się w 1917 r. w Moskwie, w rodzinie lekarza i właściciela sanatorium rehabilitacyjnego Grebniowo pod Moskwą oraz majątku ziemskiego Jakubionki na Wi-

leńszczyźnie. Po rewolucji bolszewickiej, w 1920 r., rodzina przeniósł się do Warszawy, gdzie ojciec pracował jako lekarz ubezpieczalni. W związku z ciężką sytuacją finansową rodzina podjęła wkrótce decyzję o powrocie do Wilna i do Jakubionek. Halina (używała zwykle drugiego imienia) ukończyła Gimnazjum im. Elizy Orzeszkowej w Wilnie i wstąpiła na Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego. W dniu wybuchu wojny w 1939 r. była na piątym roku medycyny. W związku z zamknięciem wileńskiej Alma Mater przez władze litewskie absolutorium uzyskała w Kownie.

Wybuch wojny niemiecko-sowieckiej w 1941 r. zastał Halinę w Nowej Wilejce, gdzie pracowała jako pomoc lekarska w przychodni prowadzonej przez jej siostrę Jadwigę, jedynego lekarza w tym mieście. W wyniku bombardowania Nowej Wilejki Jadwiga poniosła śmierć, Halina zaś została ciężko ranna. Na początku 1944 r. Niemcy zamordowali w Berzeczcu drugą siostrę Haliny, Irenę. Halina pracowała w tym czasie w szpitalu w Głębokiem, współpracując aktywnie z oddziałami Armii Krajowej. W chwili zajęcia tych terenów przez armię sowiecką znajdowała się w zgrupowaniu AK w okolicach Święcian, jako jedyny lekarz. Po aresztowaniu podstępnie przez Rosjan członków dowództwa AK obwodu wileńskiego, dzięki wydanemu w ostatniej chwili rozkazuwi, przekazanemu przez siostrę Haliny, Marię, oddziały ocalały. Obie siostry wróciły do Wilna, po czym w listopadzie 1945 r. dotarły do Warszawy.

Po krótkim pobycie w stolicy Zofia Halina Hryniewska wyjechała do Sztumu, gdzie pełniła funkcję lekarza rejonowego i więziennego. Po półtora roku wróciła do Warszawy, zdała egzaminy końcowe i otrzymała dyplom lekarza. Następnie rozpoczęła pracę na Oddziale Ocznym Szpitala Wolskiego jako asystentka prof. Wiktora Arkina – twórcy polskiej keratoplastyki i autora wielu prac na temat jaskry. Tu się doktoryzowała, a gdy prof. Arkin przeniósł się do nowo powstałego Szpitala Bielańskiego, została ordynatorem Oddziału Ocznego Szpitala Wolskiego w drodze konkursu. Funkcję tę pełniła aż do przejścia na emeryturę. Miała zaszczyt pracować pod jej kierunkiem od 1963 r.

Oddział prowadziła wzorowo. Była osobą bardzo wymagającą w stosunku do współpracowników, ale i do siebie. Nie fraternizowała się z personelem, lecz każdy wiedział, że w trudnych sprawach może na nią liczyć. Była wspaniałym Nauczycielem i Mistrzem dla uczących się zawodu okulistów. Prowadziła cotygodniowe posiedzenia na temat nowości w światowej literaturze okulistycznej. Będąc z pozoru osobą chłodną, miała poczucie humoru i dystans do siebie.

Śp. dr Hryniewska-Wałuto pomogła wielokrotnie w różnych sprawach mnie i wielu innym osobom – taktownie i bez rozgłosu.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci jako wzór Lekarza i Człowieka.

W imieniu własnym i innych wychowanek
Krystyna Wieczorek-Jaworek



Iwona Huńka
(1969–2006)

Mija 10. rocznica śmierci naszej Koleżanki, śp. dr Iwony Huńki.

Medycyna była Jej piękną pasją. Swoich pacjentów leczyła z zaangażowaniem i oddaniem. Uśmiechnięta i życzliwa. Kochała życie...

Iwonko, dobry był czas, który dzieliliśmy z Tobą. Dziękujemy, pamiętamy.

Koleżanki i koledzy
z Oddziału Kardiologii Szpitala Bielańskiego
w Warszawie



Bogumiła Jaskóła-Duda (1942–2016)

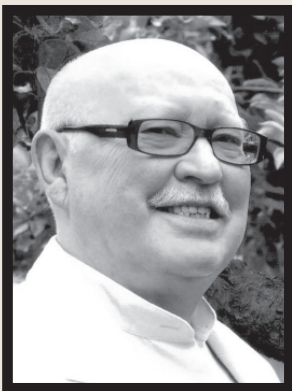
Bogumiła Jaskóła-Duda urodziła się 23 marca 1942 r. w Andrespolu. Studiowała na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, tytuł lekarza uzyskała w 1966 r. Podjęła pracę jako specjalista chorób wewnętrznych, uzyskała specjalizację I stopnia w 1973 r., a II stopnia – w 1987. Rozwijała swoje umiejętności i podnosiła kwalifikacje zawodowe, pracując w Łodzi, Otwocku i (najdłużej, do roku 1998) na Oddziale Wewnętrznym Szpitala Kolejowego im. Michała Okońskiego w Warszawie przy ul. Brzeskiej 12.

Po uzyskaniu certyfikatu uprawniającego do wykonywania badań USG przez ostatnie 17 lat pracowała w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga Północ, w Pracowni USG, gdzie zapamiętano ją jako wspaniałego, troskliwego lekarza z wielką umiejętnością diagnozowania.

W 2016 r. ciężką chorobę i leczenie przyjęła z pokorą i pełną świadomością konsekwencji, walczyła dzielnie do ostatnich dni.

Odeszła na wieczny spoczynek, pozostając w naszej pamięci jako wspaniały, oddany pacjentom lekarz i życzliwa, pełna optymizmu koleżanka, której będzie nam brakować.

Dyrekcja, koleżanki i koledzy
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów
Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga Północ



Jan Kazimierz Nowak (1937–2016)

Urodził się w 1937 r. w Płocku. Po otrzymaniu dyplomu Akademii Medycznej w 1963 r. podejmuje pracę w wiejskim ośrodku zdrowia i niesie pomoc najbardziej potrzebującym. Ze wsi trafia na statek jako lekarz okrętowy, a w 1966 r. podej-

muje pracę na Oddziale Neurologii Szpitala Wojewódzkiego w Warszawie. Tu poznaje tajniki elektroencefalografii, której poświęci całe zawodowe życie. Na przełomie lat 1971–1972 kończy kurs u prof. Tadeusza Baci i podejmuje z nim współpracę naukową trwającą prawie dekadę. W 1972 r. zostaje kierownikiem pracowni EEG w Wojewódzkiej Poradni Specjalistycznej w Warszawie, a w 1978 – kierownikiem pracowni EEG i stereo-EEG w Klinice Neurochirurgii Polskiej Akademii Nauk. W 1980 r., jako lekarz sportowy, jedzie z reprezentacją Polski na igrzyska olimpijskie do Moskwy.

Pod koniec 1981 r. wyjeżdża z kadrą kajakarzy na zgrupowanie do Paryża. W tym czasie w Polsce zostaje wprowadzony stan wojenny, postanawia więc nie wracać do kraju. Rozpoczyna pracę z dr. Bancaudem i prof. Munnarim – światowej sławy specjalistami w dziedzinie stereo-EEG i operacji

padaczek. Latem 1982 r. Jego paszport traci ważność i musi opuścić Francję. Mając ograniczone możliwości podróżowania, postanawia wyjechać do Nigerii, gdzie przez kilka lat jest jedynym neurologiem.

Do Polski wraca w 1986 r. Mimo że w owym czasie jest jednym z najlepszych specjalistów w kraju w dziedzinie EEG i padaczki, nie otrzymuje posady na miarę swojej wiedzy i umiejętności. Podejmuje pracę w Poradni Neurologicznej w Milanówku, gdzie pozostanie do końca swojej kariery zawodowej. W 1989 r. tworzy w tamtejszej poradni pracownię EEG. Mieszkańcy Milanówka wysoko oceniają umiejętności swojego doktora. Zyskuje zaufanie, uznanie i sympatię licznej rzeszy pacjentów. Dowodem jest pierwsza nagroda w plebiscycie „Eskulap 2000” dla najlepszego lekarza specjalisty w województwie mazowieckim przyznana Mu w 2001 r.

Nieustannie poszerza swoją wiedzę, kończy kolejne kursy i uzyskuje kolejne dyplomy. Jest współzałożycielem dwóch, a aktywnym członkiem pięciu towarzystw naukowych, w których pełni różne funkcje.

W 2013 r. otrzymuje dyplom od Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którego rektor napisał m.in.: „*W ciągu 50 lat pracy zawodowej przestrzegał wiernie przysięgi Hipokratesa, był ofiarnym pracownikiem ochrony zdrowia, stał się chlubą polskiej społeczności lekarskiej i wzorem do naśladowania dla następnych pokoleń lekarzy*”. Mimo zaawansowanej choroby pozostaje ze swoimi pacjentami niemal do końca. Odchodzi z pracy na trzy miesiące przed śmiercią.

Był aktywnym członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej, przez kilka kadencji – delegatem na zjazd OIL, przez dwie kadencje zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Pożegnaliśmy Go w deszczowy październikowy dzień na cmentarzu parafii Piastów w Domaniewie-Zbikowie. Liczne grono koleżanek i kolegów, z którymi współpracował, wspomina Go jako człowieka i lekarza z całym poświęceniem oddanego pacjentom. Był dla nas wzorem lekarza wykonującego swój zawód z prawdziwą pasją. W stosunku do kolegów lekarzy był zawsze otwarty na spotkania towarzyskie i dysputy nie tylko o medycynie.

Grażyna Pacocha



Jesień, a szczególnie listopad, to czas wspomnienia naszych drogich Zmarłych, także naszych Kolegów Lekarzy. Z tej okazji pragniemy przypomnieć o zasłużonych radomskich anestezjologach

dr Beacie Wnuk-Zajul

oraz

dr. Antonim Turzyńskim.

Przez wiele lat pracowaliśmy razem w radomskich szpitalach, razem dyżurowaliśmy, uczestniczyliśmy w licznych szkoleniach, spotkaniach naukowych i towarzyskich. Wspólnie zgłębialiśmy tajniki medycyny, mogliśmy liczyć na Ich wsparcie i pomoc w trudnych chwilach.

Mówi się, że człowiek umiera dwa razy – pierwszy raz, gdy przychodzi śmierć, a drugi, gdy ginie o nim pamięć. Pragniemy, aby pamięć o naszych Drogich Kolegach przetrwała jak najdłużej.

Koleżanki i koledzy z oddziału



Grzegorz Janczewski (1935–2016)

Z głębokim smutkiem i żalem 17.10.2016 r. pożegnaliśmy śp. Profesora Grzegorza Janczewskiego, naszego Nauczyciela, wielkiego i dobrego Człowieka, humanistę, świetnego, oddanego pacjentom lekarza, najwyższej

klasy specjalistę otorynolaryngologa, wybitnego naukowca i doskonałego organizatora. Pod Jego kierownictwem Katedra i Klinika Otolaryngologii zyskała opinię jednej z najlepszych w Polsce, a członkowie zespołu, których wykształcił, pełnią wysokie funkcje w wielu ośrodkach klinicznych.

Grzegorz Władysław Janczewski, syn Władysława i Antoniny z domu Lindner, urodził się 18 września 1935 r. w Warszawie. Był dzieckiem Warszawy i dzieckiem wojny, zarówno dosłownie, jak i w przenośni. Wczesne lata dzieciństwa spędził w okupowanej Warszawie, będąc narażony na głód, strach i bezceństwa wojny, widząc na co dzień brutalne metody stosowane przez niemieckich okupantów. Te doświadczenia ciążyły na Jego późniejszych wyborach, decyzjach i poglądach. Podświadomie dążył, by taka sytuacja nigdy nie powtórzyła się w ukochanej ojczyźnie.

W 1952 r. zdał maturę w VIII Państwowym Męskim Liceum im. Króla Władysława IV w Warszawie. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1952–1958.

Pracę rozpoczął na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Chirurgii Urazowej Dziecięcej w Warszawie (OMEGA) pod kierunkiem dr. med. Feliksa Kanabusa i dr. med. Felicjana Lotha (1959–1961).

Od 1961 r. pracował w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie jako asystent (1961–1970), adiunkt (1970–1975) i docent (1975–1977). W 1982 r. otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1988 r. profesora zwyczajnego.

Od 1977 do 1977 r. był ordynatorem Oddziału Laryngologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie.

W 1977 r. został kierownikiem Katedry i Kliniki Otolaryngologii AM przy ul. Banacha. Funkcję tę pełnił z niezwykłym pietyzmem do września 2003 r. W ostatnim roku akademickim przebywał na urlopie zdrowotnym. Mając 68 lat, przeszedł na emeryturę, lecz dalej aktywnie uczestniczył w życiu kliniki. W tym czasie zredagował podręcznik „Otolaryngologia praktyczna” (2005) oraz wydał książkę „Była przeszłość” (2005). Obydwie pozycje podsumowują działalność zawodową, pierwsza w aspekcie medycznym, druga w aspekcie osobistym i społecznym.

„Otolaryngologia praktyczna” stała się na kilka lat zasadniczym podręcznikiem dla wszystkich otorynolaryngologów w Polsce, odpowiadała bowiem poziomem merytorycznym pozycjom zagranicznym. „Była przeszłość” zawiera, oprócz opisu drogi życiowej i zawodowej Profesora, przesłanie dla wszystkich bliskich, uczniów i rodaków.

Prof. Janczewski przywiązywał szczególną wagę do kształcenia studentów i lekarzy. Zajęcia studenckie miały najwyższy priorytet, co przekładało się na powszechne opinie

o bardzo dobrym procesie edukacji w klinice. Podobnie odnosił się do kształcenia lekarzy specjalizujących się i ciągle podnoszenia kwalifikacji przez specjalistów zespołu kliniki. Umiejętnie sterował procesem nabywania umiejętności praktycznych i rozwojem naukowym, ciesząc się z każdego sukcesu swoich uczniów. Jednocześnie miał odwagę otwarcie mówić, że w takim czy innym aspekcie Jego uczniowie przerośli mistrza i było to przedmiotem dumy.

Głęboko zaangażowany w pracę kliniki, pełnił także prominentne funkcje na uczelni, w towarzystwach naukowych, systemie szkolenia i opieki medycznej jako:

- dziekan I Wydziału Lekarskiego AM (1987–1990) wybrany po raz pierwszy tajnym głosowaniem (!) oraz członek Senatu AM (1987–1996),
- przewodniczący zespołu opracowującego nowy program specjalizacji w zakresie otorynolaryngologii, kompatybilny z programem Komitetu Ekspertów Unii Europejskiej (2001–2002),
- członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej (1982–1989),
- przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów (1983–1986),
- przewodniczący Oddziału Warszawskiego (Mazowieckiego) Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów (1998–2002),
- członek Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum,
- członek honorowy Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi.

Za swój dorobek naukowy, kliniczny, szkoleniowy i organizacyjny otrzymał wiele nagród, wyróżnień i odznaczeń.

Podczas 26-letniego kierowania kliniką przez Profesora wprowadzonych zostało wiele nowoczesnych metod leczenia, większość równoległe ze światowymi osiągnięciami w dziedzinie otorynolaryngologii.

Prof. Grzegorz Janczewski kierował Katedrą i Kliniką Otolaryngologii najdłużej w dotychczasowej, ponad 90-letniej, jej historii. Rozwinął wszystkie najistotniejsze metody postępowania i leczenia w otorynolaryngologii. Dla swoich uczniów był wzorem w pracy klinicznej, naukowej, edukacyjnej i niekwestionowanym autorytetem moralnym. Był związany merytorycznie i uczuciowo ze swoim zespołem również po przejściu na emeryturę. Chociaż w ostatnich latach nie mógł uczestniczyć w wydarzeniach, które były udziałem Jego uczniów i społeczności akademickiej Jego macierzystej uczelni, wiedzieliśmy, że jest z nami i przypominaliśmy sobie aforyzmy i przesłania, które wielokrotnie przekazywał. Dziś wiemy, że Jego sposób myślenia, postępowania i ostrzeżenia rzeczywistości pozostawił trwałe ślady w polskiej nauce, w szczególności w dziedzinie otorynolaryngologii. To, co robił w tej dziedzinie, było wszakże wykładnikiem ogólnych poglądów, które podsumował w przesłaniu do rodaków („Była przeszłość”, 2005, str. 386): „*Memu Krajo- wi i moim Rodakom życzę z całego serca, aby:*

- a) budowano siłę, zwłaszcza moralną, aby ostać się w historii,*
- b) zachowano harmonię pomiędzy tym, co się myśli, tym co się mówi i tym co się robi,*
- c) zachowano wierność sobie i naszym dobrym tradycjom narodowym oraz*
- d) posiadano poczucie odpowiedzialności za oblicze współczesnej Polski i Polaków”.*

Zespół Katedry i Kliniki Otolaryngologii WUM



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

28 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 września 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1555.

Zmiana dotyczy wykazu szczegółowych kryteriów wyboru ofert z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach programów lekowych – w części programy lekowe onkologiczne, oraz wykazu szczegółowych kryteriów wyboru ofert w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

29 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1567.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych). Ponadto koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie posiadanych kompetencji.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:

- pielęgniarką i położną POZ, wybranymi przez świadczeniobiorcę, zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania,
- innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców,
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy lekarz POZ:

- prowadzi edukację zdrowotną,
- prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,

- uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej,
- rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.

W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ:

- identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie,
- koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy, zapewnia wykonywanie szczepień oraz informuje o szczepieniach zalecanych,
- uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych,
- prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych.

W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz POZ:

- planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy,
- informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia,
- przeprowadza badanie podmiotowe świadczeniobiorcy zgodnie z wiedzą medyczną,
- przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach POZ,
- wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych i obrazowych,
- kieruje świadczeniobiorcę na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne,
- kieruje świadczeniobiorcę do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne,
- dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców,
- orzeka o stanie zdrowia świadczeniobiorcy w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną.

W zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:



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

- planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy,
- zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne,
- wykonuje lub zleca wykonanie zabiegów i procedur medycznych,
- kieruje świadczeniobiorcę do innych świadczeniodawców w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych,
- kieruje do oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej,
- kieruje do leczenia uzdrowiskowego,
- orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki,
- integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

W zakresie działań mających na celu usprawnianie świadczeniobiorcy lekarz POZ:

- zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez innych świadczeniodawców,
- wykonuje, stosownie do posiadanych kompetencji i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zabiegi i procedury rehabilitacyjne,
- zleca wydanie świadczeniobiorcy wyrobów medycznych.

Wymienione zadania nie naruszają praw i obowiązków lekarza POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

1 października 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 września 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1580.

Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy zawiera pytania z następującego zakresu kształcenia przeddyplomowego:

- stomatologii zachowawczej – 46 pytań,
- stomatologii dziecięcej – 29 pytań,
- chirurgii stomatologicznej – 25 pytań,
- protetyki stomatologicznej – 25 pytań,
- periodontologii – 20 pytań,
- ortodoncji – 20 pytań,
- medycyny ratunkowej – 10 pytań,
- bioetyki i prawa medycznego – 10 pytań,
- orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań,
- zdrowia publicznego – 8 pytań.

Wśród pytań z zakresu stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji znajduje się co najmniej 20 pytań z dziedziny onkologii.

6 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1618, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie felczera.

7 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1638, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej.

11 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1665, obwieszczenie ministra zdrowia z 13 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.

18 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1718, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 16 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

20 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1729, obwieszczenie ministra obrony narodowej z 6 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie szczegółowych warunków i trybu ubiegania się o dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza lub pracownika.

21 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1743, obwieszczenie ministra zdrowia z 30 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

21 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1733, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 10 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania, oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów.

27 października 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r. poz. 1769, obwieszczenie ministra zdrowia z 19 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do określonej kategorii dostępności.

27 października 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 września 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1674.

Rozporządzenie określa:

- kwalifikacje zawodowe osób pobierających komórki, tkanki i narządy oraz osób dokonujących ich przeszczepienia,

- kwalifikacje zawodowe koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
- warunki, jakie powinny spełniać podmioty lecznicze, w których podejmowane będzie postępowanie polegające na pobieraniu, przechowywaniu lub przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
- szczegółowe zasady współdziałania podmiotów leczniczych w zakresie pobierania i przechowywania komórek, tkanek i narządów w celu ich wykorzystania do przeszczepienia,
- wymagania, jakie powinna spełniać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania.

Do pobierania komórek i tkanek ze zwłok ludzkich w celu ich zastosowania u ludzi są uprawnieni:

- lekarz lub lekarz dentyista współpracujący z bankiem tkanek i komórek,
- członek zespołu pobierającego, pod nadzorem kierownika tego zespołu.

Do pobierania od żywych dawców komórek szpiku, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, w celu ich zastosowania u ludzi są uprawnieni:

- lekarz specjalista w dziedzinie transplantologii klinicznej lub hematologii, onkologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej,
- lekarz odbywający specjalizację we wskazanych dziedzinach, upoważniony przez wspomnianego lekarza specjalistę i dokonujący tych czynności pod jego bezpośrednim nadzorem.

Do pobierania narządów ze zwłok, w tym od dawców, u których stwierdzono nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) albo nieodwracalne zatrzymanie krążenia, w celu przeszczepienia są uprawnieni:

- lekarz specjalista w zakresie swoich kompetencji zawodowych wynikających z posiadanej specjalizacji i posiadający specjalizację w następujących dziedzinach medycyny: chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej,
- lekarz odbywający specjalizację we wskazanych dziedzinach, upoważniony przez wspomnianego lekarza specjalistę i dokonujący tych czynności pod jego bezpośrednim nadzorem.

Do pobierania narządów od żywych dawców w celu przeszczepienia są uprawnieni:

- lekarz specjalista w dziedzinie transplantologii klinicznej i posiadający specjalizację w następujących dziedzinach medycyny: chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, urologii, urologii dziecięcej – w zakresie swoich kompetencji zawodowych wynikających z posiadanej co najmniej jednej z wymienionych specjalizacji,
- lekarz specjalista lub lekarz odbywający specjalizację w następujących dziedzinach medycyny: chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, urologii, urologii dziecięcej – upoważniony przez lekarza specjalistę, dokonujący tych czynności pod jego bezpośrednim nadzorem.

Do przeszczepiania narządów są uprawnieni:

- lekarz specjalista w dziedzinie transplantologii klinicznej i posiadający specjalizację w następujących dziedzinach medycyny: chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej,

urologii, urologii dziecięcej – w zakresie swoich kompetencji zawodowych wynikających z posiadanej co najmniej jednej z wymienionych specjalizacji,

- lekarz specjalista lub lekarz odbywający specjalizację w następujących dziedzinach medycyny: chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, urologii, urologii dziecięcej – upoważniony przez lekarza specjalistę w dziedzinie transplantologii klinicznej i dokonujący tych czynności pod jego bezpośrednim nadzorem.

1 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1709.

2 listopada 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1793, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 19 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 października 2016 r. w sprawie badań lekarskich oraz zabiegów sanitarnych ciała i odzieży cudzoziemca ubiegającego się o udzielenie ochrony międzynarodowej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1724.

Zgodnie z przepisami ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, cudzoziemiec, który podczas przyjmowania wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej nie podlegał badaniom lekarskim lub zabiegom sanitarnym ciała i odzieży, jest obowiązany poddać się im przed przyjęciem do ośrodka dla cudzoziemców.

Badanie lekarskie cudzoziemca obejmuje ogólną ocenę stanu jego zdrowia.

Podczas wykonywania badania lekarskiego lekarz zwraca szczególną uwagę, czy nie występują kliniczne i epidemiologiczne przesłanki świadczące o możliwości zakażenia albo wskazujące na chorobę zakaźną lub narażenie na czynniki zakaźne wywołujące te zakażenia albo choroby.

Badanie lekarskie jest wykonywane w:

- podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest minister spraw wewnętrznych, a jeżeli nie jest to możliwe, w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą,
- ośrodku dla cudzoziemców,
- każdym innym miejscu spełniającym podstawowe wymogi sanitarne, w przypadku masowego napływu cudzoziemców ubiegających się o udzielenie ochrony międzynarodowej.

W przypadku podejrzenia zakażenia lub choroby zakaźnej lekarz przeprowadzający badanie lekarskie zleca wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych i badań laboratoryjnych krwi, wydzielin lub wydaliny w kierunku wykrywania zakażeń lub chorób zakaźnych.

Jeżeli przemawiają za tym względy epidemiologiczne, u cudzoziemca przeprowadza się obowiązkowe badania sanitarne-epidemiologiczne na zasadach określonych w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Badanie lekarskie oraz pobieranie próbek do badań u małoletniego cudzoziemca przeprowadza się w obecności jego opiekuna faktycznego lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

8 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 11 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1748.

Osobę pozbawioną wolności poddaje się badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym.

Badaniom wstępnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym), poddaje się osobę pozbawioną wolności niezwłocznie po przyjęciu do zakładu karnego, nie później niż w terminie 3 dni roboczych.

W terminie 14 dni od dnia przyjęcia do zakładu karnego wykonuje się profilaktyczne radiologiczne badanie klatki piersiowej.

Lekarz podmiotu leczniczego może odstąpić od wykonania profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej po przeprowadzeniu badania lekarskiego, jeżeli osoba pozbawiona wolności przedstawi wynik takiego badania wykonanego w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę przyjęcia do zakładu karnego lub lekarz ma dostęp do wyniku takiego badania.

Lekarz odstępuje od wykonania profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej po przeprowadzeniu badania lekarskiego, w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia ciąży. Fakt odstąpienia od badania lekarz odnotowuje w książce zdrowia, podając przyczynę odstąpienia.

Lekarz może zlecić przeprowadzenie innych badań, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia osoby pozbawionej wolności.

Badaniu okresowemu, polegającemu na wykonaniu profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej, osobę pozbawioną wolności poddaje się co najmniej raz na 24 miesiące.

Od wykonania profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej można odstąpić po przeprowadzeniu badania lekarskiego, jeżeli lekarz ma dostęp do wyniku takiego badania wykonanego z innych powodów w okresie ostatnich 24 miesięcy.

Badaniom kontrolnym: podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym), poddaje się osobę pozbawioną wolności przed jej przetransportowaniem lub zwolnieniem z zakładu karnego.

W ramach badania kontrolnego osoby pozbawionej wolności zwalnianej z zakładu karnego lekarz także:

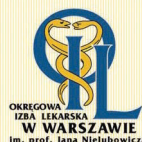
- informuje osobę pozbawioną wolności o potrzebie i możliwości dalszego leczenia lub rehabilitacji (w uzasadnionych stanach zdrowia przypadkach informacje mogą być wydane w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru),
- wydaje wyniki badań diagnostycznych niezbędnych do dalszego postępowania leczniczego lub diagnostycznego,
- określa zdolność osoby pozbawionej wolności do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania,
- określa zalecenia w sprawie pomocy, jakiej wymaga osoba pozbawiona wolności niezdolna ze względu na stan zdrowia do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania,
- określa potrzebę zaopatrzenia w leki, przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze.

Lekarz może jednorazowo zlecić lek do maksymalnie 120-dniowego stosowania. W uzasadnionych przypadkach na pisemne zlecenie lekarza podmiotu leczniczego lub lekarza dentysty podmiotu leczniczego można wydać osobie pozbawionej wolności, z jednoczesnym pouczeniem o sposobie ich stosowania, leki z grupy A lub B według Farmakopei Polskiej, niebędące substancjami psychotropowymi. Leki te wydaje się w ilości odpowiadającej dawce dobowej, jeśli nie przekracza ona dawki dobowej maksymalnej, lub na okres całej kuracji, jeżeli suma dawek całej kuracji nie przekracza dobowej dawki maksymalnej lub Farmakopea Polska nie określa przy danym leku wielkości dobowej dawki maksymalnej.

19 listopada 2016 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie centrum urazowego dla dzieci, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1806.

Z wykazu badań diagnostycznych, których wykonanie zapewnia centrum urazowe dla dzieci, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego dziecięcego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, wykreślone zostały badania angiografii i radiologii interwencyjnej.

25 listopada 2016 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 października 2016 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1754.



**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

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres danych o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, obejmuje informacje o:

- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
- wynikach przeprowadzonych konsultacji,
- przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Nie udziela się informacji o wynikach badań genetycznych.

Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia zawierają kod jednostki chorobowej, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji.

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od NFZ dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub

zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o te informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń do podmiotu wykonującego działalność leczniczą o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego zawiera:

- oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, numer NIP,
- podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji,
- imię i nazwisko lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń do wystąpienia o udzielenie informacji,
- informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o ubezpieczonym lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia (imię lub imiona i nazwisko, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tą informacją, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tymi informacjami).

Do wystąpienia dołącza się kopię pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Informacje podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny upoważniona przez podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do ich udzielenia.

Wysokość opłat za udzielenie informacji określa podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do udzielenia informacji, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji.

Wysokość opłaty za udzielenie informacji dotyczących jednego ubezpieczonego stanowi równowartość 0,017 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez prezesa GUS.

Udzielenie informacji następuje z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych.

Do wystąpień zakładów ubezpieczeń o przekazanie informacji złożonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia mają zastosowanie przepisy dotychczasowe.

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 (przewodniczący), Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepły, 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



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!

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

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/rejek/hurt/d>). 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.