



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

listopad 2014 nr 11

Zagrożenie
wirusem ebola
– rozmowa
**z dr. hab. n. med.
Andrzejem
Horbanem**

[str. 4]

Pakiet,
czyli
nad
przepaścią

[str. 6]

30. rocznica
pierwszego
udanego
przeszczenia
szpiku
w Polsce

[str. 10]

Recepty
– zasady
wystawiania

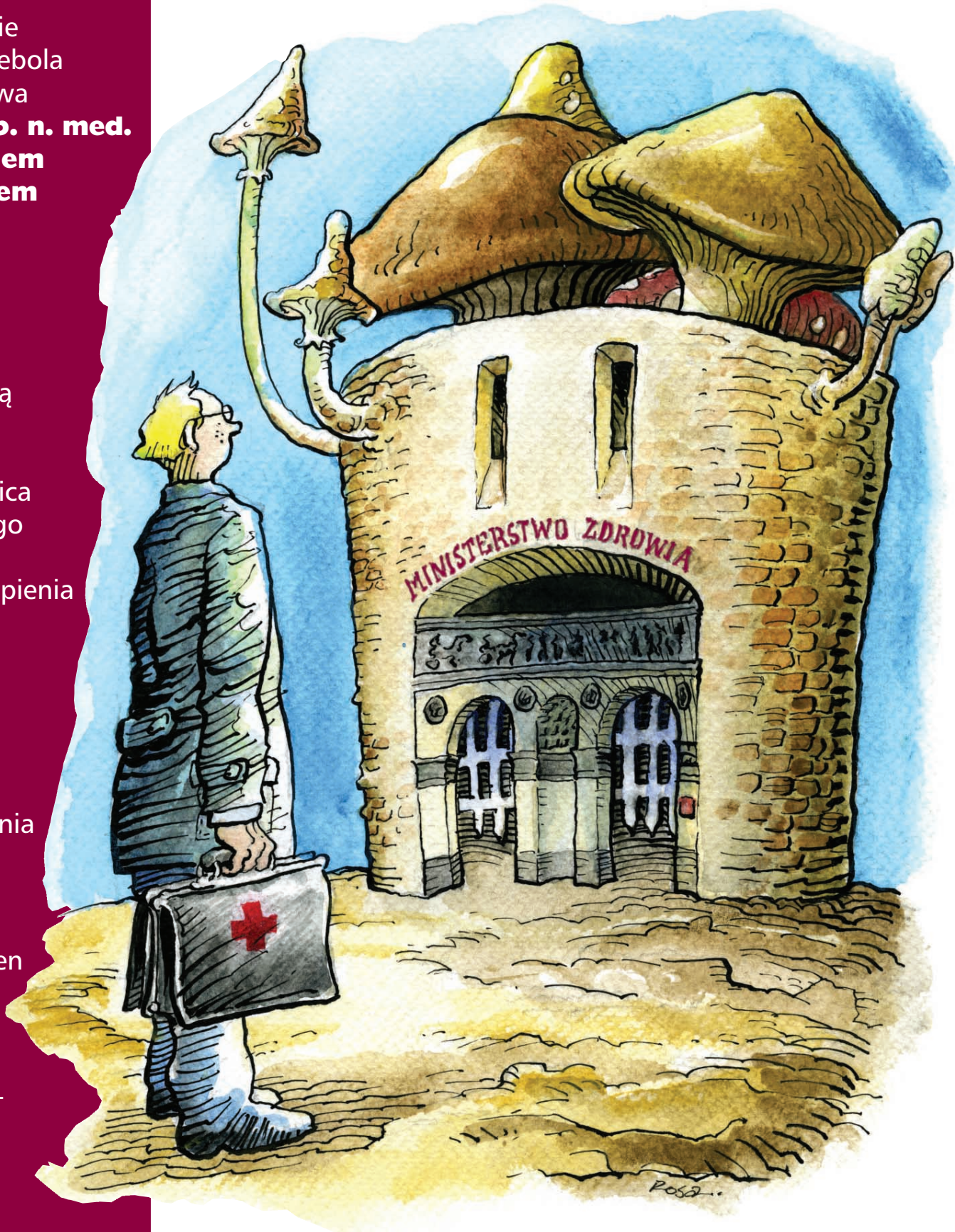
[str. 18]

Szpitalne
Tian'anmen

[str. 20]

Na
Grodzień-
szczyźnie

[str. 32]



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni
tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Marta Klimkowska-Misiak
tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL Konstanty Radziwiłł; tel. 22-542-83-56

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

asystent prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie
Wojciech Surowiecki; 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. 22-542-83-36

Rzecznik prasowy Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
tel. 22-850-18-10

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka
sekretariat: tel. 22-542-83-40, 42

Główna księgowa Helena Jemiot; tel. 22-542-83-36

Księgowość – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35
Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79
Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-54

Dział kadr – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Składki – p.o. kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38
Janina Rzemkowska-Niesiołowska, Marcin Trocki,
Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-39

Kasa Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

Zespół Radców Prawnych
koordynator mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło; tel. 22-542-83-28
mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-28
mec. Bartosz Niemiec; tel. 22-542-83-25
kanc.: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Zbigniew Czernicki
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.: Ewa Mrazek, Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz
tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna
przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
tel. 22-542-83-64
prac. biura: Julita Kiyatyniec; 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
prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Dominika Siporska,
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
przewodniczący Aleksander Pieczyński
prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,
Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19

**Komisja ds. Konkursów
na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia**
przewodniczący Rafał Paluszkiewicz
prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Stażu Podyplomowego
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Katarzyna Lisieska; tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna
przewodniczący Marek Czarkowski
prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała
tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy
przewodniczący Roman Olszewski
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej
przewodniczący Konstanty Radziwiłł
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

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: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy
przewodniczący Andrzej Morliński
prac. biura: Izabella Ziółkowska-Hryciuk, 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
prac. biura: Renata Sobolewska, Izabella Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów
przewodniczący Włodzimierz Cerański
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy
Bohdan Woronowicz; tel. 602-67-07-22
kanc.: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
kanc.: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Mediator
Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com
kanc.: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentystów**
dyrektor Krzysztof Dziubiński
prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,
Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika
ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa; pon. – pt.: 8.00–16.00
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65;
odz@oilwaw.org.pl

Biuletyn Informacji Publicznej
Justyna Wojteczek; bip@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska
(26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)
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

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

Agencja ubezpieczeniowa
Emilia Rutkowska; tel. 22-542-83-01
Małgorzata Kozioł; tel. 22-542-83-06

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

- ★ Doświadczenie ponad 30 lekarzy psychiatrów (w tym profesorów) i ponad 50 psychologów - psychoterapeutów
- ★ Duża liczba przypadków
- ★ Udział w badaniach naukowych
- ★ Konsultacje dla lekarzy innych specjalizacji
- ★ Centrum diagnozy psychologicznej
- ★ Regularna superwizja zespołów terapeutycznych
- ★ Regularne posiedzenia kliniczne zespołu lekarskiego



zachęciły nas do zorganizowania

I KURSU NAUKOWEGO DLA LEKARZY

Co każdy lekarz POZ
powinien wiedzieć w 2014 roku
o leczeniu i profilaktyce zaburzeń psychicznych?

29 LISTOPADA 2014, GODZ. 9:00 - 14:00

PLAN KURSU

09:00 – 09:15	Kluczowa rola lekarza rodzinnego w rozpoznawaniu i leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi prof. dr hab. n. med. Marek Jarema
09:15 – 10:45	Pacjent uzależniony - jak lekarz rodzinny może skutecznie pomóc? mgr Péter Nowak - Körmendy
10:45 – 11:25	Najczęstsze błędy lekarzy POZ w leczeniu psychiatrycznym lek. Anna Nowak
11:25 – 12:05	Zaburzenia snu w gabinecie lekarza rodzinnego – aktualności lek. Michał Jarkiewicz
12:05 – 12:25	Przerwa obiadowa
12:25 – 13:05	Nowości w leczeniu depresji dla lekarzy POZ dr n. med. Marta Gawłowska
13:05 – 14:00	Dyskusja

ZAPISY

797 571 593

lekarze@terapiadialog.pl

ORGANIZATOR

dialog
CENTRUM TERAPII

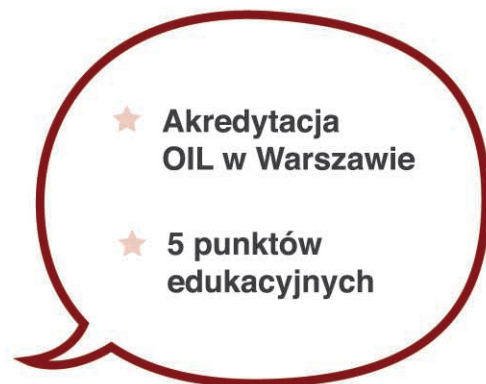
Wysokospecjalistyczna przychodnia
NZOZ Centrum Terapii DIALOG

Lekarze psychiatry, psycholodzy,
neurologzy

Warszawa, ul. Stryjeńskich 19

Wejście od ul. Moczyłtowskiej

🚗 NATOLIN; autobusy 179, 504 - przyst. OS. WYŻYNY



NASZE UPRAWNIENIA

Wpis na listę Wojewody Mazowieckiego jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z pełnymi uprawnieniami Podmiotu Leczniczego

Ośrodek akredytowany do prowadzenia szkoleń lekarzy starających się o specjalizację z psychiatrii

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii





Nr 11 (235)
listopad 2014

Na okładce:
dr hab. n. med. Andrzej Horban
(fot. ewg)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ powiem wprost	3
▶ Zagrożenie wirusem ebola	4
▶ Pakiet, czyli nad przepaścią	6
▶ Stop! Nie przetaczamy!	10
▶ Co dało pionierskie w Polsce przeszczepienie szpiku?	11
▶ Nobel 2014...	15
▶ Informatyzacji ciąg dalszy	16
▶ Recepty lekarskie...	18
▶ Szpitalne Tian'anmen	20
▶ etyka	
▶ Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej	20
▶ <i>Homo homini res sacra</i>	21
▶ stomatologia	22
▶ z Delegatury Radomskiej	24
▶ z Mazowsza	25
▶ 100 lat za Holendrami	30
▶ Rak płuca	31
▶ Odwiedziny u przyjaciół	32
▶ O zdrowiu na Białorusi	33
▶ Nasze pokoje gościnne	38
▶ sport	39
▶ podróże	40
▶ dla smakoszy	41
▶ wspomnienie	42
▶ biuletyn ORL	43
▶ nowe przepisy prawne	44
▶ Jak płacimy składki członkowskie od 1 stycznia 2015 r.	48
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	14
▷ Walewski	14
▷ Müldner-Nieckowski	34
▷ SMS z Krakowa	34
▷ Kowal	35
▷ Jankowska	37



Październik miesiącem oszczędzania

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Minął październik, który – w czasach monopolu jedynie słusznej przewodniej siły narodu – był miesiącem oszczędzania, o czym trąbiły plakaty i media reklamujące monopolistę, czyli NBP. Teraz mamy gospodarkę rynkową. NBP przestał być monopolistą, a większość Polaków w październiku nie oszczędza, bo nie ma z czego. Kapitalizm panoszy się prawie we wszystkich dziedzinach naszego życia. Prawie, bo – jak zauważa Krzysztof Bukiel – ochrona zdrowia nie przestała być skansenem komunizmu, a NFZ zachowuje się jak kiedyś NBP, czyli jak rasowy monopolista.

Od momentu powstania tego patologicznego tworu jego urzędnicy w kalendarzu mają tylko październik. Mam na myśli oszczędzanie wyłącznie na rzecz NFZ, i to kosztem wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Zapowiadany szumnie przez rządzącą PO udział NFZ nie nastąpił. Wręcz przeciwnie, nowelizacja, która znacznie obowiązywać od 1 stycznia 2015 r., prowadzi do jeszcze większej centralizacji płatnika i poddaje go całkowitej kontroli ministra zdrowia.

Jestem za absolutyzmem, ale oświeconym! Już wyobrażam sobie monopolistę NFZ – odartego całkowicie z resztek samodzielności i pod rządami obecnej ekipy z ul. Miodowej. To dopiero będzie horror dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia!

Idea oszczędzania za wszelką cenę i kosztem każdego, która najdobitniej została wyartykułowana w tzw. ustawie refundacyjnej, pisanej chyba pod dyktando NFZ, wybrzmiała w czasie konferencji organizowanej przez INFRAMĘ, a podsumowującej dwa lata funkcjonowania tej ustawy. Namawiam do zapoznania się z artykułem Marka Balickiego, który w tym numerze „Pulsu” pisze o owym wydarzeniu. Przez trzy lata pełnienia funkcji ministra zdrowia Bartosz Arłukowicz obiecywał niestworzone rzeczy, ale nigdy obietnic nie zrealizował. Wydawało się, że jednym wyjątkiem będzie postulat utworzenia agencji taryfikacyjnej, która zajmowałaby się wyceną świadczeń medycznych, bo – jak mówił minister – jest patologią, że płatnik sam dla siebie wycenia procedury medyczne. W tzw. pakiecie Arłukowicza przewidziano poszerzenie uprawnień AOTM o zadania taryfikacyjne. Można było przypuszczać, że wreszcie skończymy z wycenami z „sufitu”, ale skądże. Wyceny dotyczące „pakietu onkologicznego”, przedstawione w czasie posiedzenia Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, są „sufitologią” urzędników NFZ i mało prawdopodobne, aby jakiś świadczeniodawca chciał za podane stawki realizować te procedury. Więcej o zagrożeniach związanych z wejściem w życie „pakietu Arłukowicza” w felietonie „Nad przepaścią” pisze Andrzej Włodarczyk.

W opowieść o „oszczędzaniu” wpisuje się także Jacek Krajewski z Porozumienia Zielonogórskiego, który zapowiada destrukcję najsprawniej dotychczas działającej struktury w systemie ochrony zdrowia, czyli instytucji lekarza rodzinnego. Przemawia za tym fakt pseudoszkoleń z onkologii dla lekarzy POZ, brak przepisów wykonawczych do ustawy, brak dodatkowych środków finansowych na opłacenie dodatkowych obowiązków, w tym badań chorych onkologicznych itd. Kolejnym przykładem absurdu, czyli oszczędzania za wszelką cenę, jest wycena procedury leczenia gorączki krwotocznej wywołanej wirusem ebola – NFZ wycenił ją na 27 pkt., tj. około 1400 zł. Jak podały media, działania związane tylko z diagnostyką i zabezpieczeniem pacjenta z Sieradza, kosztowały blisko 17 tys. (sic!). Jeżeli dodać przygotowywanie na chybcika (wbrew oficjalnej propagandzie Ministerstwa Zdrowia) procedur związanych z ochroną przed wirusem ebola – tu zapraszam do wywiadu z dr. hab. n. med. Andrzejem Horbanem, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych – to pytam: Pani Premier, na co Pani czeka? ■



Marek Balicki
o skutkach ustawy
refundacyjnej
str. 14



Choroby przyzębia
– rozmowa
z prof. Renatą Górską
str. 22



Geriatrya
w awangardzie
str. 14

Spoglądając w przyszłość

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. egw

Konflikt interesu jest niejako wpisany w zawód lekarza. Lekarze, aby nowoczesnie leczyć, muszą się kontaktować z firmami farmaceutycznymi i producentami sprzętu medycznego, ale kontakty te niosą ze sobą niebezpieczeństwo podejrzenia o korupcję. Jak z tym problemem sobie radzić? Najlepsza jest jawność kontaktów, a rejestr korzyści lekarzy proponowany przez Infarmę to dobre rozwiązanie. Lekarz dobrowolnie zgłaszałby wszystkie korzyści płynące ze współpracy z firmami produkującymi leki, sprzęt i wyroby medyczne. Transparentność jest ważnym elementem wiarygodności naszego zawodu, dlatego Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie będzie wspierać prowadzące do niej działania. Oczywiście w dążeniu do przejrzystości naszego życia zawodowego nie można wylać dziecka z kąpielą, jak to zrobiono w ustawie o konsultantach, przyjętej w tzw. pakiecie kolejkowo-onkologicznym. Prawie 50 proc. konsultantów wojewódzkich na Mazowszu złożyło rezygnację. Uznali bowiem, że skomplikowana ustawa o niejasnych zapisach i jednocześnie zagrożenie karą może spowodować, że nawet na wskroś uczciwi ludzie będą zagrożeni.

Grupa lekarzy z naszej Izby uczestniczyła w obchodach 20-lecia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Gronie na Białorusi. Wyjazd sfinansowaliśmy ze swoich prywatnych środków i nie żałujemy. Szef towarzystwa prof. Kazimierz Jodkowski zorganizował nam iście królewskie przyjęcie, zwiedziliśmy Grodzieńszczyznę, Nowogródek, Nieśwież. Niezapomniane chwile przyniosły spotkania z Polonią w Grodnie i Baranowiczach. Bardzo serdecznie dziękujemy Panie Profesorze.

Wśród gości byli również wiceprezesa Federacji Polonijnych Towarzystw Medycznych: dr Bronisława Siwicka z Litwy i dr Janusz Kasina ze Szwecji. Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech reprezentowała dr Teresa Spychalska-Mauritsch. Była okazja porozmawiać o organizacji Kongresu Polonii Medycznej, który ma się odbyć w czerwcu 2016 r. w Warszawie. Bardzo się cieszymy, że będziemy mogli gościć lekarzy polskiego pochodzenia z całego świata.

Dużymi krokami zbliżają się obchody 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego. 17 listopada 1989 r. w sali konferencyjnej Przychodni przy ul. Czumy odbyło się pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej pod przewodnictwem pierwszego przewodniczącego wybranego na zjeździe dr. Jerzego Moskwy. Ja zostałem wybrany na wiceprzewodniczącego i tak zaczęła się moja, trwająca do dziś, przygoda z izbą lekarską. Rocznice to zawsze okazja do podsumowań, gratulacji i podziękowań. Chciałbym jednak, abyśmy nie tylko snuli refleksje nad tym, co było, ale też spojrzeli w przyszłość i podjęli działania, które sprawią, że wszyscy lekarze będą się identyfikowali ze swoim samorządem, bo ciągle największe wyzwania stoją przed naszą organizacją.

Wkrótce 1 listopada – Święto Zmarłych. Kiedy będziemy odwiedzać rodzinne groby, nie zapomnijmy o kolegach, którzy odeszli na wieczny dyżur. W tym roku było ich wyjątkowo wielu... A pamięć o zmarłych to najwyższy wymiar humanizmu. ■

Schematy postępowania dla lekarzy POZ/AOS/NŚPM oraz dla IP/SOR i Państwowego Ratownictwa Medycznego, opracowane przez powołany przez wojewodę mazowieckiego w październiku br. Zespół ds. Zagrożenia Chorobami Szczególnie Niebezpiecznymi i Wysoce Zakaźnymi, są dostępne na stronie internetowej urzędu: www.mazowieckie.pl w zakładce „zdrowie”.

Instrukcja użycia Indywidualnego Pakietu Ochrony Biologicznej:
<https://www.youtube.com/watch?v=4hPYAx1PvsU&feature=youtu.be>

Informacje dostępne są także na stronie internetowej OIL w Warszawie:
www.warszawa.oil.org.pl

O zagrożeniu wirusem ebola

Z dr hab. n. med. **Andrzejem Horbanem**, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Jak groźny jest wirus gorączki krwotocznej ebola? Kiedy możemy mówić o epidemii?

Do tej pory notowaliśmy izolowane epidemie na bardzo niewielkim obszarze, głównie na terenach wiejskich, w bardzo biednych krajach afrykańskich. W związku z tym nikt nie wpadał w panikę. Pojawiał się tzw. pierwszy pacjent, który miał objawy typowe dla zakażenia wirusowego, to znaczy gorączkę, bóle mięśni i stawów, czasami biegunkę, czasami zapadał na zapalenie płuc. Połowa takich pacjentów umierała, połowa przeżywała. Ludzie orientowali się, że sprawa jest poważna, kiedy zaczynały chorować osoby z najbliższego otoczenia pacjenta i zajmujący się nim personel.

Należy pamiętać, że zdarzało się to w biednych wioskach afrykańskich, gdzie szpitali nie ma, są tylko misje. Pamiętam epidemię wywołaną przez wirusa ebola sprzed lat. Chorymi opiekowały się siostry zakonne, wszystkie umarły w pierwszym rzucie. Śmiertelność w przypadku pierwszej fazy zachorowań była 100-proc., wirus pasażowany przez następne osoby łagodniał, bo taka jest natura wirusów, na szczęście.

Ognisko zakażenia wygaśło...

Trwało to kilka miesięcy, dotyczyło bardzo ograniczonego obszaru. Powstały kordony sanitarne wokół zakażonych wiosek. Do dziś niewiele wiemy na temat istoty tego wirusa i dróg jego przenoszenia w przyrodzie. Na pewno jest gdzieś rezerwuuar, wirus musi „gdzieś przebywać”. Namnaża się u zwierząt, które same nie chorują albo chorują przewlekłe – nie umierają od razu, tylko po pewnym czasie, nawet jeżeli umierają z powodu reakcji układu immunologicznego na zakażenie. W tej chwili podejrzane są nietoperze owadożerne, które jakoby zakażają zwierzęta żywiące się nimi. Żywią się nimi również ludzie na terenach wiejskich – to pierwszy ślad. Ale polują na te nietoperze także małpy człekokształtne, które są wszystkożerne, podobnie jak my. Wiemy też, że chorują antylopy i gajele...

Ale przecież nietoperzy nie jedzą...

Nietoperzy nie jedzą, ale chorują! Znany jest przypadek myśliwego z RPA, który fotografował się z upolowaną antylopą – trzymał ją zwyczajem myśliwych na ramionach – i zachorował. Wiemy, że wiele zwierząt, w tym małpy człekokształtne,



Fot. egw

choruje i umiera podobnie jak ludzie. Możliwe, że do zakażenia małpy sporadycznie dochodzi również dlatego, że polują na małpy człekokształtne. Niedokładna obróbka termiczna podczas przygotowania jedzenia powoduje, że następuje zakażenie.

Zupełnie jak w filmach katastroficznych. Jakie znamy drogi zakażenia?

Ostatnio epidemia pojawiła się w trzech innych niż do tej pory krajach, też na terenach wiejskich i bardzo biednych. Potem „przeszła” do miast. Ale te miasta pełne są slumsów, brak w nich kanalizacji, szpitali itd. Możliwość rozprzestrzeniania się wszystkich chorób jest mnóstwo. Do tego należy dołożyć specyficzny ceremoniał pogrzebowy – długie czuwanie, płacz i przytulanie się do zmarłego. Okazuje się, że zakażne są wszystkie wydzieliny człowieka, zwłaszcza tego, który umarł, bo stężenie wirusa w płynach ustrojowych jest bardzo duże. Kolejne ogniwo w łańcuchu zakażenia stanowią więc uczestnicy ceremonii pożegnalnych. Następny czynnik, który wpływa na rozprzestrzenianie się epidemii, to kompletny brak infrastruktury medycznej w rozumieniu europejskim.

Gdy epidemia pojawiła się w tym roku, istniała szansa stłumienia jej w zarodku, gdyby w krajach, w których wybuchła, były sprawne struktury państwowe. Ale nie da się otoczyć kordonem półtoramilionowego miasta składającego się w większej części ze slumsów!

Kolejny problem naszej cywilizacji to globalizacja, łatwość podróżowania. Przemieszczenie się samolotem osoby z wirusem jest bardzo możliwe. I niestety się zdarza. Wysoki urzędnik jednego z państw afrykańskich zasnął w lotnisku w Lagos. Kilka osób udzielało mu pomocy. Jedzie do szpitala. Bardzo szybko umiera. Po kilkudziesięciu godzinach okazuje się, że 20 osób zostało zakażonych wirusem ebola. Połowa z nich zmarła. Na szczęście ognisko już wygasło. Wniosek z tego, że kraj dużo bardziej rozwinięty niż Liberia, ale mniej niż państwa europejskie, był w stanie epidemii zdusić w zarodku. To dobra wiadomość. Pojawiły się natomiast wtórne ogniska epidemii w Europie i USA. To też jest zrozumiałe – bo przyjechał turysta z Afryki Zachodniej albo ktoś z rodziny chorego, albo został przewieziony członek ekipy medycznej. Wszystkie wymienione sytuacje tym razem się zdarzyły.

Jak chronić ludzi, którzy będą się opiekowali chorymi?

Wiemy, że wirus ebola jest niesłychanie zaraźliwy. Jeżeli do zakażenia małpy wystarczy od 1 do 10 cząstek wirusa, czyli naprawdę niesłychanie mało, to znaczy, że nie ma takiego drugiego patogenu. Nawet niezauważalna dla oka kropelka jakiegokolwiek płynu ustrojowego zawierającego wirusa, która padnie na błony śluzowe, powoduje zakażenie. Zakażenie, które kończy się w 50 proc. przypadków zgonem. Czy personel medyczny może się uchronić przed zakażeniem? Może. Nie wszyscy opiekujący się chorymi na gorączkę krwotoczną muszą ulec zakażeniu. To zależy od skuteczności zabezpieczeń i przestrzegania procedur. Około 20 proc. ludzi, którzy zachorowali w Afryce, to pracownicy ochrony zdrowia, prawdopodobnie źle chronieni. Tak zaraziły się dwie amerykańskie i jedna hiszpańska pielęgniarki.

Polskie pielęgniarki chcą czuć się bezpieczne.

Nigdy nie ma 100-proc. bezpieczeństwa w służbie zdrowia. Ile osób w czasach przed szczepieniami zaraziło się wirusem wątroby typu B? Prawie wszyscy. To inny wirus. Nie zabija od razu, a 90 proc. zarażonych zdrowieje. Proszę zwrócić uwagę, jak wiele osób zaraża się podczas epidemii infekcji



Fot. archiwum

Dekontaminacja personelu karetki

wirusowych. Jak wielu lekarzy zaraziło się prostymi wirusami, które powodują zakażenie układu oddechowego. Kolekty mądrze radzą, by położyć się do łóżka, kiedy się ma grypkę lub infekcję grypopodobną, ale żaden z nas w gruncie rzeczy tego nie robi. Siedzimy i dalej przyjmujemy pacjentów. Jak się któryś z nas przewróci, dopiero idzie do łóżka. A w efekcie dochodzi do zapalenia mięśnia sercowego, do ciężkich niewydolności krążenia, do przeszczepów serca. Znałem kolegów, którzy zmarli w ten sposób.

Personel ochrony zdrowia jest bardziej narażony na infekcje niż przeciętny człowiek. Z tego trzeba sobie zdawać sprawę. W przypadku eboli ten, kto zachoruje, ma 50-proc. szansę na przeżycie, więc należy zrobić wszystko, żeby się uchronić przed zakażeniem tym wirusem.

Jak się chronić?

Zabezpieczenia przeciwko tej chorobie, czy jakiegokolwiek innej wysoce zakaźnej, są relatywnie proste. Polegają na tym, żeby osobę, która jest podejrzana o zakażenie, skierować jak najszybciej i w sposób bezpieczny do ośrodka, w którym może być skutecznie diagnozowana, odizolowana i leczona. Łatwo się mówi, trudniej wykonać. W przypadku eboli tylko osoby, które wracają z terenów Afryki Zachodniej, mogą być podejrzane o zakażenie wirusem, wszystkie inne przypadki są raczej mało prawdopodobne.

A pasażerowie samolotów?

Okres wylęgania wirusa wynosi od 2 do 21 dni, w związku z tym każdego, kto gorączkuje i powraca z podejrzanych terenów, trzeba zapytać, czy podróżował w ciągu ostatnich trzech tygodni. Jeżeli tak, należy poprosić go, by został w tym pokoju, do którego już wszedł, i samemu opuścić pomieszczenie jak najszybciej. Pod żadnym pozorem nie wolno dotykać tego pacjenta. Skończmy zresztą w przypadku wszystkich pacjentów gorączkujących ze zwyczajem witania się przez podanie ręki. To pierwszy krok, który fachowo nazywa się „odizolowanie chorego”.

Później lekarz musi skontaktować się telefonicznie ze stacją sanepidu albo z tzw. sztabem kryzysowym. Teraz właśnie są u nas tworzone takie systemy przy wojewodzie. Telefony powinny być upublicznione i rozsyłane do wszystkich zainteresowanych instytucji. Jeżeli nie znamy numeru telefonu do sztabu kryzysowego, trzeba zadzwonić do najbliższego szpitala zakaźnego.

Procedura powinna polegać na tym, że jedna wyznaczona i wytrenowana załoga karetki pogotowia przyjeżdża ze specjalnymi noszami, które zapewniają izolację pacjenta

(biovac). Pytanie, gdzie go zawieźć? Powinien się znaleźć w jednym z dziesięciu wyznaczonych ostatnio przez ministra zdrowia ośrodków przygotowanych na wstępną przynajmniej diagnostykę takich chorych w warunkach pełnego zabezpieczenia personelu. Tam zostanie zdiagnozowany – jego krew przesyła się, w obecnie przyjętym modelu, do PZH (w specjalnym trybie, bo trzeba pamiętać, że krew jest zakaźna). Jeżeli dwukrotnie stwierdzi się brak wirusa, można spać spokojnie, jeśli natomiast choć jeden wynik będzie dodatni, nadal należy pacjenta traktować jak wysoce podejrzanego i stosować wszystkie możliwe zabezpieczenia. Personel musi mieć środki ochrony indywidualnej. Najlepiej, żeby izolatka miała tzw. podciśnienie, ale to nie jest najważniejsze. Najważniejsze jest, aby wszystkie przedmioty, z którymi stykał się chory człowiek, były zdezynfekowane, najpóźniej w momencie opuszczenia pokoju, a idealnie zaraz po użyciu.

Jak będzie wyglądała opieka medyczna nad zakażonym wirusem ebola, trudno powiedzieć, bo takich doświadczeń nie mamy. Należy pamiętać, że nie jest to leczenie przyczynowe, lecz objawowe. Gdy dochodzi do zespołu wykrzepiania naczyniowego, szanse przeżycia chorego maleją dramatycznie. Jednak stan połowy pacjentów szóstego – ósmego dnia choroby zaczyna się poprawiać i zdrowieją.

W tej chwili cały wysiłek i cały system w Polsce jest skoncentrowany na uruchomieniu procedur administracyjnych, czyli sztabów kryzysowych, które powołają i, co bardzo ważne, przeszkolą zespoły, które będą podejrzanych o zachorowanie transportowały. Powinny powstać ośrodki do bezpiecznego hospitalizowania zakażonych. Okazuje się, że nawet Stany Zjednoczone nie mają takich ośrodków. To nowa choroba – zaskakuje nas i przez pewien czas będzie zaskakiwać.

Co pan profesor powie naszym lekarzom POZ? Czy mają się bać?

Nie, na szczęście prawdopodobieństwo, że polski lekarz POZ spotka się z człowiekiem zakażonym wirusem ebola, jest praktycznie żadne. Prawdziej się może spotkać z pytonem pełzającym po drodze, albo z tygrysem biegającym po parku...

A pana wypowiedź: „Lekarze powinni zrobić w tył zwrot”? Proszę ją skomentować.

Jeżeli administracja państwowa ma być wiarygodna, nie powinna szermować hasłem, że jesteśmy gotowi. Pracownicy szpitali wiedzą, że nie jesteśmy, a to oni będą musieli przyjąć pacjenta podejrzanego o zakażenie wirusem ebola i to oni będą się narażali, a nie pan siedzący w sztabie za biurkiem. Moja reakcja dotyczyła publicznych komunikatów, że jesteśmy gotowi. Nigdy nie będziemy w 100 proc. gotowi, to też trzeba powiedzieć. Należy jednak stworzyć jak najbardziej sprawny system, pamiętając, że nikt nie przewidzi wszystkiego i że w systemie pracują ludzie, którym należy się uczciwa informacja. Urzędnicy państwowi niech się zajmą tworzeniem sztabu kryzysowego, bo to ich zadanie, a resztę niech pozostawią ekspertom. Reakcja pani premier, że może jednak administracja zajęłaby się problemem i zaczęła robić to, co zalecają specjaliści, była absolutnie słuszną. Jak widać efekty są, ponieważ wszystkie plany zaczynają się ziszczać.

Ważny jest skutek...

To prawda. Ważne jest przede wszystkim stworzenie infrastruktury i znalezienie ludzi, którzy w tej infrastrukturze będą działać w miarę rozsądnie i zapanują nad nią. Jeżeli nie ma infrastruktury i nie ma właściwych ludzi, to zaczyna się pełna improwizacja, a przy improwizacji, wiadomo, łatwo o błąd. ■



Dot. archiwum

Pakiet,

Andrzej Włodarczyk

W czasach mojej młodości popularny był cytat z wystąpienia towarzysza Władysława Gomułki: „Staliśmy nad przepaścią, ale zrobiliśmy krok do przodu”.

Do wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, czyli tzw. pakietu Arłukowicza, pozostały niecałe dwa miesiące i, kiedy piszę te słowa, nadal nie ma do niej rozporządzeń, tj. przepisów wykonawczych.

Redaktor Jacek Żakowski w jednym z felietonów napisał, że ich brak powoduje niepewność i doprowadzi po Nowym Roku do zupełnego bałaganu w służbie zdrowia, a w konsekwencji do dymisji ministra Bartosza Arłukowicza. Mało obchodzi mnie dymisja ministra zdrowia, bardziej fakt, że znowu za wszystko zapłacą pacjenci i etatowi „chłopczy do bicia”, to znaczy my, lekarze, na których się wyleją słuszne żale zwiędzionych chorych i ich bliskich. Pomijając fakt pewnych analogii między Gomułką i Arłukowiczem, widzę sprawę w jeszcze ciemniejszych kolorach niż Jacek Żakowski. Moim (i nie tylko moim) zdaniem wejście w życie „pakietu Arłukowicza” spowoduje katastrofę finansów publicznego płatnika oraz niewyobrażalny chaos w i tak już rozregulowanej (czy może prze-regulowanej) ochronie zdrowia.

Ustawa, która zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2015 r., zakłada m.in.: 1. poprawę standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, 2. poprawę zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne, czyli skrócenie kolejek, 3. poprawę zarządzania procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 4. poprawę funkcjonowania NFZ, 5. poszerzenie uprawnień lekarzy POZ. Cele te autorzy chcą zrealizować bez dodatkowych nakładów finansowych. Tę informację zawarli w tzw. ocenie skutków regulacji, wprowadzając w oczywisty błąd obie izby parlamentu i prezydenta RP.

Po pierwsze, ustawa spowoduje gwałtowne zwiększenie liczby hospitalizacji „diagnostycznych” oraz związanych ze wzrostem liczby chorych z rozpoznanym nowotworem, co spowoduje większe wydatki wszystkich szpitali, także powiatowych. To skutkuje wystąpieniami dyrekcji placówek o dodatkowe środki finansowe. Na przykładzie Mazowsza wzrost nakładów w lecznictwie szpitalnym szacowany jest na minimum 15 proc. (około 650–700 mln zł). Po drugie, zwiększy się „zapotrzebowanie” na kosztowne technologie lecznicze stosowane w onkologii, takie jak: terapia izotopowa, teleradioterapia stereotaktyczna gamma i cyberknife, teleradioterapia protonowa, system chirurgiczny da Vinci. Nakłady na te nowe technologie trzeba będzie podnieść o minimum 5–8 proc. w lecznictwie szpitalnym (215–345 mln zł). Po trzecie, o około 50 proc. (200 mln zł) zwiększą się wydatki na programy terapeutyczne (m.in. na chemioterapię). Dojdzie także do wzrostu nakładów na drogą diagnostykę (MR, CT, PET, badania izotopowe,

czyli nad przepaścią

endoskopowe i inne, także laboratoryjne) o minimum 100 proc. (100–120 mln zł). W województwie mazowieckim od prawie roku trwa „wyścig zbrojeń” w ciężką diagnostykę radiologiczną (MR, CT, PET), uruchamiane są nowe ośrodki radioterapii (Radom, Siedlce, Ostrołęka, Płock), istnieje jeden ośrodek bez kontraktu (ECO w Otwocku) i jeden z niewykorzystywanymi możliwościami terapeutycznymi (Wieliszew). Będą też prawdopodobnie powstawały nowe placówki. Szacowany wzrost wydatków NFZ, wygenerowany przez te placówki przy nielimitowaniu świadczeń w onkologii, to 80–100 mln zł. Pojawi się nowa usługa towarzysząca, tzw. hotelowa, dla zamieszekowanych pacjentów, którzy nie muszą zajmować łóżka w szpitalu, np. po chemioterapii lub radioterapii. Jej koszt szacuje się na 45–50 mln zł. Ponadto należy się spodziewać lawiny pacjentów, kierowanych przez lekarzy POZ i AOS w ramach „szybkiej ścieżki”, onkologicznej do onkologa lub innego odpowiedniego specjalisty. Podobne zjawisko obserwowano, w okresie gdy lekarz POZ mógł kierować na badanie CT. Szacowany wzrost nakładów na AOS wyniesie minimum 5 proc. (około 40 mln zł). Niewątpliwie pacjenci kierowani będą na ścieżkę onkologiczną w celu przyspieszenia procesu diagnostyki i leczenia schorzeń nieonkologicznych. Już teraz wyraźnie sygnalizuje to zarówno środowisko lekarskie, jak i pacjenci.

Biorąc pod uwagę, że na Mazowszu w systemie ochrony zdrowia występuje deficyt finansowy na poziomie 800–850 mln zł oraz istnieje ogromne prawdopodobieństwo potrzeby zwiększenia nakładów po wejściu w życie ustawy na poziomie minimum 1 mld 330 mln zł, przy planowanym budżecie 9 mld 175 mln zł (to i tak o 130 mln więcej niż w 2014 r.), dojdzie do załamania systemu finansowania świadczeń zdrowotnych. Zabraknie około 2 mld zł, co stanowi ponad 21 proc. obecnego budżetu województwa mazowieckiego. W skali całego kraju, ekstrapolując dane z Mazowsza, NFZ będzie potrzebował na rok 2015 minimum 10 mld zł na realizację pomysłów Bartosza Arłukowicza.

Ponadto przyspieszona diagnostyka pacjentów onkologicznych spowoduje wydłużenie okresu oczekiwania innych pacjentów i wywoła ich ogromne niezadowolenie. NFZ nie dysponuje wyraźnie większymi środkami finansowymi na ochronę zdrowia na rok 2015, a jednocześnie stanie przed koniecznością „uwolnienia limitów procedur onkologicznych”, będzie więc musiał rzecz jasna ograniczyć finansowanie świadczeń innych niż onkologiczne.

Przy okazji omawiania wprowadzania map potrzeb zdrowotnych wskazuje się na konieczność posiadania wiarygodnych danych i informacji. Dane, którymi dysponują minister-

stwo i NFZ, są – delikatnie rzecz ujmując – nieściśle. Mówią np., że w Polsce mamy największą na świecie liczbę ostrych zespołów wieńcowych!

Ustawa tworzy rozwiązania, które nie uwzględniają obecnej sytuacji, a jednocześnie istotnie wpłyną na funkcjonowanie rynku. W dalszej przyszłości grożą uniemożliwieniem realizacji postulatu równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do takich nieuwzględnionych przez autorów ustawy czynników należy zbyt mała liczba lekarzy i pielęgniarek w Polsce.

Według centralnego rejestru lekarzy mamy czynnych zawodowo specjalistów: w onkologii klinicznej – 668, w chi-

rurgii onkologicznej – 670, w ginekologii onkologicznej – 176, w patomorfologii – 500, w radiologii i diagnostyce obrazowej – 2200. Jak przy podanej liczbie specjalistów stworzyć zaplanowane w ustawie konsylia lekarskie? Skąd wziąć pielęgniarki i lekarzy na koordynatorów? Jak dotrzymać wyśrubowanych terminów diagnostyki?

ki i lekarzy na koordynatorów? Jak dotrzymać wyśrubowanych terminów diagnostyki?

Prawdopodobnie dojdzie też do patologicznego faworyzowania jednostek posiadających POZ (tworzenie sztucznego obrotu pacjentów).

Ustawa wprowadziła rozwiązania, które tworzą obszar potencjalnych dużych korzyści finansowych, ale nie towarzyszą im żadne mechanizmy kontroli nad liczbą przewidywanych świadczeń. Można założyć, że duża ich liczba będą przejmowały wąsko wyspecjalizowane podmioty prywatne, których głównym celem będzie maksymalizacja zysku. Prawdopodobnie te podmioty, dysponujące większymi możliwościami finansowymi, będą przejmować wykwalifikowany personel medyczny, co doprowadzi do rozdrobnienia rynku, zamiast postulowanej koncentracji.

Zapowiadane szumnie onkologiczne szkolenia dla 10 tys. lekarzy POZ, prowadzone przez NFZ, są według uczestników na niskim poziomie. Prowadzący szkolenia nie potrafią odpowiedzieć na proste pytania szkolących się lekarzy, czemu trudno się dziwić, bo przecież nie ma aktów wykonawczych do ustawy. Całości obrazu dopełnia fakt, że zapowiedziano aneksowanie umów z płatnikiem na rok 2015 bez podania konkretnych kwot, a przygotowane nowe wyceny świadczeń i procedur pakietu onkologicznego są tak niskie, że pewnie nikt nie będzie chciał za te pieniądze realizować świadczeń.

Można tak „pastwić się” nad „pakietem Arłukowicza” jeszcze długo, ale lepiej zakończyć apelem do ministra Bartosza Arłukowicza, by zrobił krok naprzód. Ale sam, bez chorych i bez nas, lekarzy. ■

” Moim (i nie tylko moim) zdaniem wejście w życie „pakietu Arłukowicza” spowoduje katastrofę finansów publicznego płatnika oraz niewyobrażalny chaos w i tak już rozregulowanej (czy może przeregulowanej) ochronie zdrowia.

Zakończ się w nowoczesnej radiologii

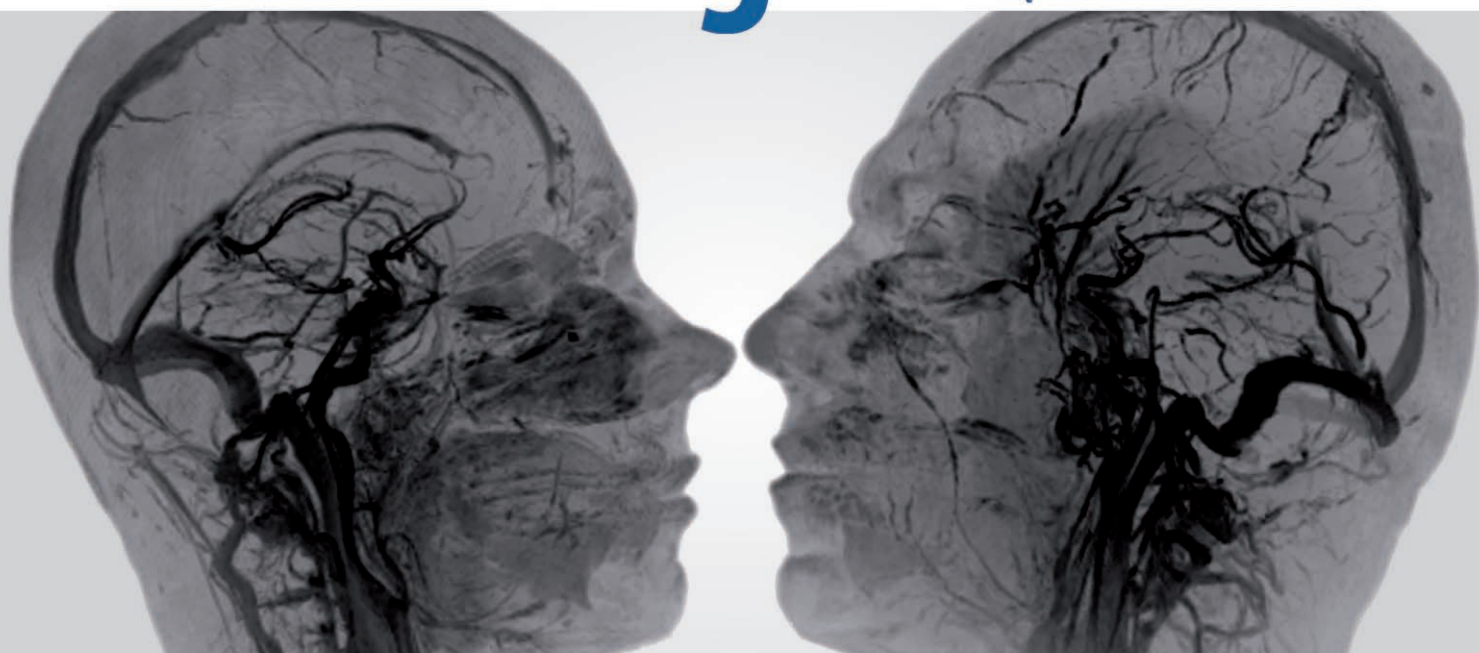


Europejskie
Centrum
Zdrowia
Otwock

telefon: 22 710 30 10

zobacz przykłady badań na:
www.ecz-otwock.pl

3-TESLOWY REZONANS MAGNETYCZNY
128-RZĘDOWY TOMOGRAF KOMPUTEROWY



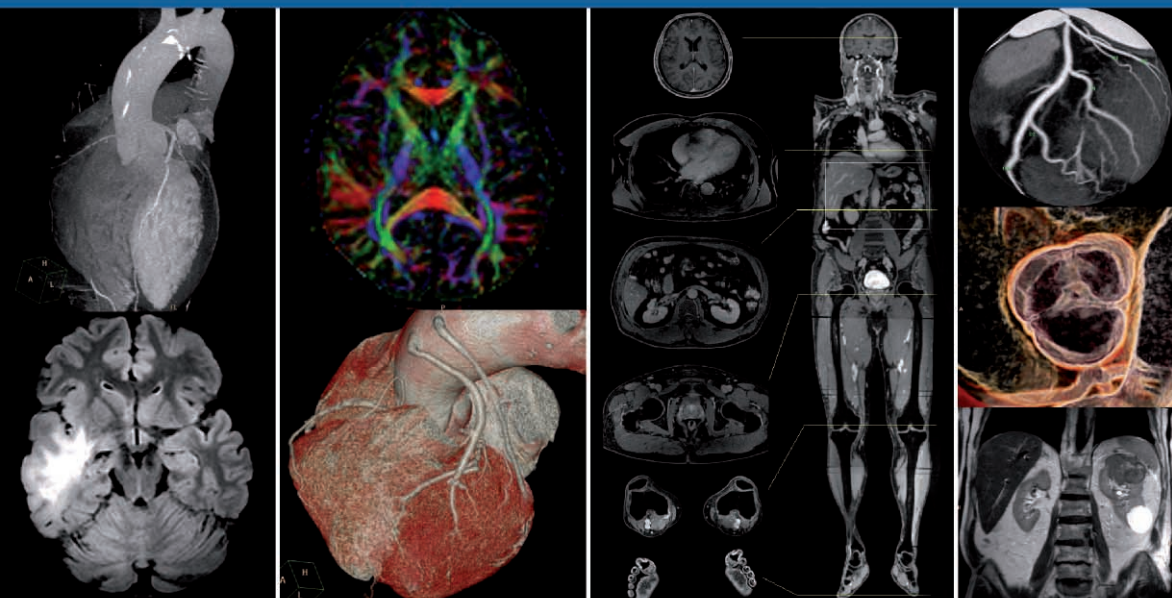
3T MR, 128-MSCT, 3D MG, cyfrowe RTG, USG, BIOPSJE

Zapraszamy do współpracy: oferujemy pełny zakres badań obrazowych

Stale, większe rabaty dla Twoich Pacjentów i Ciebie oraz szereg innych korzyści*

Zgłoszenia e-mailem: puls@ecz-otwock.pl lub telefonicznie: 22 710 30 10

* szczegóły na www.ecz-otwock.pl



10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.12.2014r.

Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.12.2014r.

Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.12.2014r.

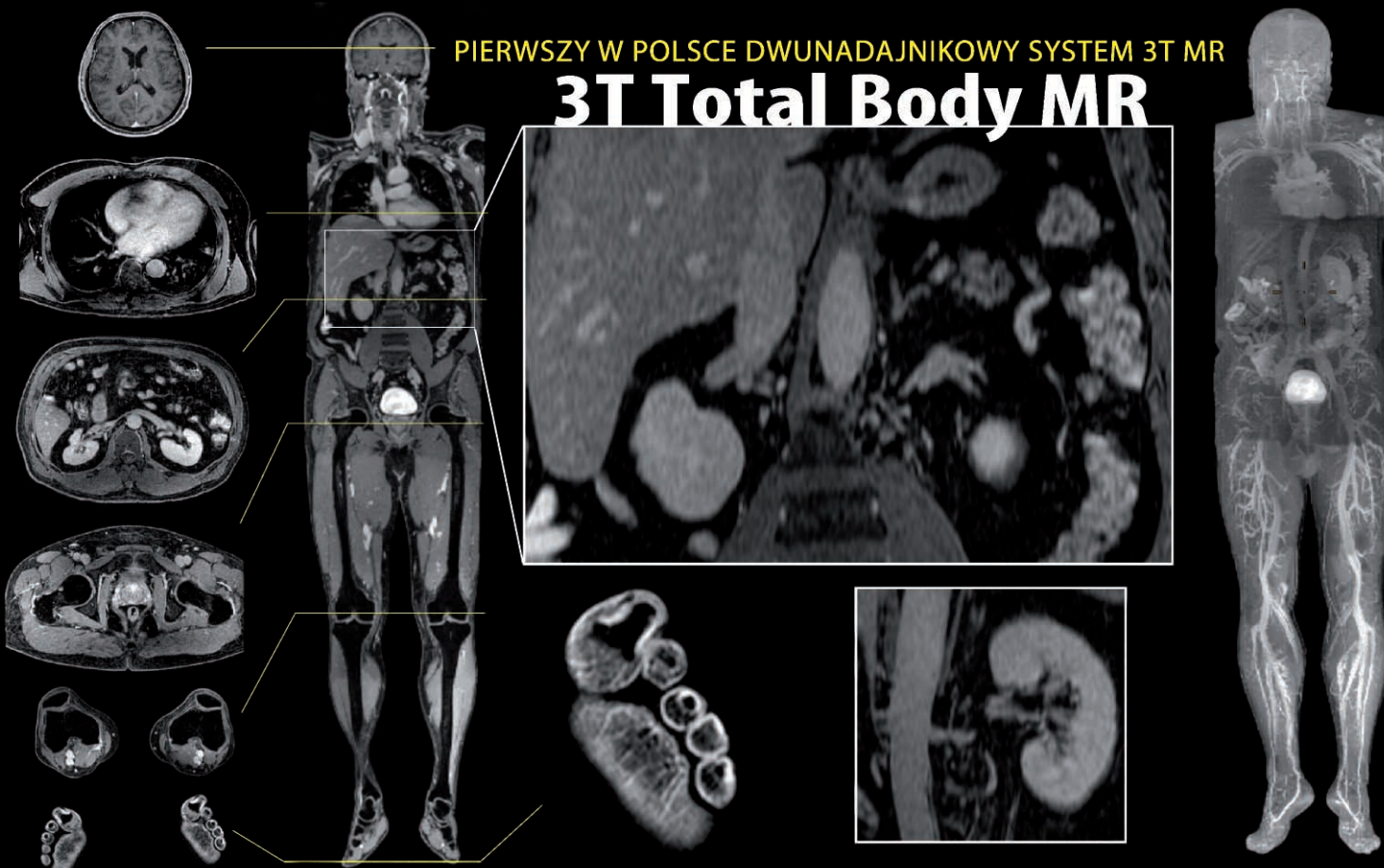
Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

Specjalność Zakładu Radiologii: serce, piersi, prostata, 3T Total Body MR i inne
Nowość! TESTY GENETYCZNE: rak piersi, jajnika, prostaty, j. grubego, tarczycy, nerki

PIERWSZY W POLSCE DWUNADAJNIKOWY SYSTEM 3T MR

3T Total Body MR



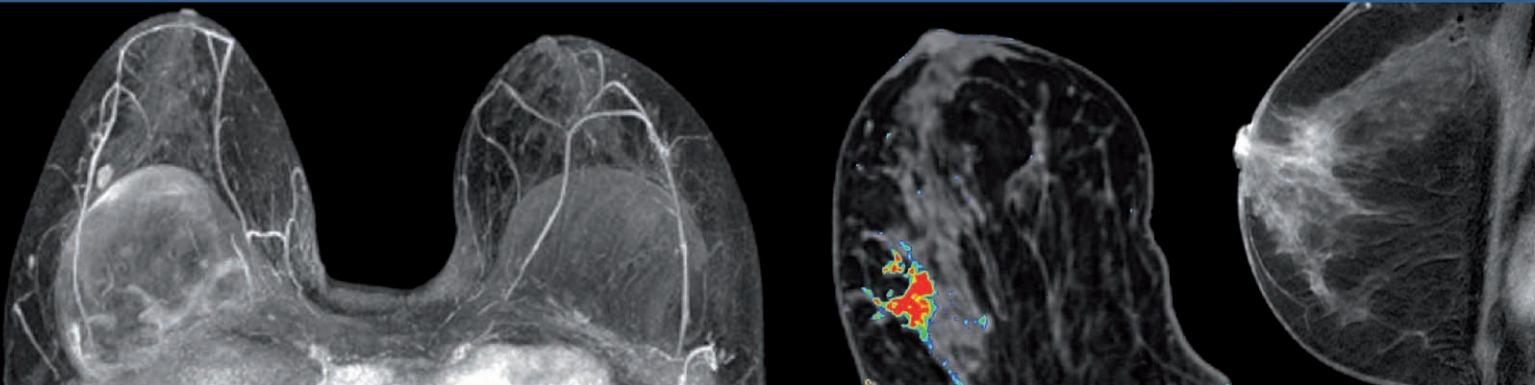
Badanie 3D "3T Total Body MR" po podaniu środka kontrastowego.

3-Teslowy Rezonans Magnetyczny **Philips Achieva 3T TX z technologią MultiTransmit** wykonuje 1200 obrazów przekrojów poprzecznych o grubości 1.7mm (po lewej) z rozdzielczością odpowiadającą tomografii komputerowej, lecz bez promieniowania.

Opracowanie protokołu badania i rekonstrukcje wtórne - dr n.med. Łukasz Kownacki, specjalista radiolog; ECZ Otwock.

Oferujemy rzetelnie rozbudowane protokoły badań MR/CT na najwyższym akademickim poziomie.

Obsługujemy 3 Kliniki zlokalizowane w naszym Szpitalu: UROLOGIA i KARDIOANGIOLOGIA (CMKP), ONKOLOGIA.



3T MR Piersi

Mammografia MR - bez ucisku, bez promieniowania, **możliwość biopsji pod kontrolą MR.**

Rezonans magnetyczny piersi to uzupełnienie innych badań diagnostycznych, wykluczenie wieloogniskowości przed operacją, kontrola wyników leczenia, kontrola w grupie ryzyka, kontrola piersi z implantami. **Badanie wskazane u pacjentek z mutacją genu BRCA1.**

OPIS TESTÓW I ANKIETY GENETYCZNE: www.ecz-otwock.pl

Nowość! Testy Genetyczne!

Prowadzimy BADANIA GENETYCZNE mające na celu objęcie opieką lekarską rodzin, w których występują nowotwory.

TESTY GENETYCZNE pozwalają wykryć zagrożenie nowotworowe na kilka lub kilkanaście lat przed pojawieniem się objawów klinicznych, zwiększając przez to szanse skutecznej profilaktyki m.in. **dzięki wykonywaniu badań MR piersi i innych badań.**

U części pacjentów chorych na nowotwór wyniki badań genetycznych wpływają na sposób leczenia.

Zakres testów: RAK PIERSI / RAK JAJNIKA / RAK PROSTATY / RAK J. GRUBEGO / RAK TARCZYCY / RAK NERKI

Poradnia Genetyczna ECZ Otwock: WARSZAWA ul. Szlenkierów 1

kierownik: prof. dr hab. Jan Lubiński

UMAWIANIE WIZYT:

tel. 22 710 35 00 lub 22 710 33 33

Wszystkie prezentowane badania wykonano w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej ECZ Otwock - kierownik: dr n.med. Magdalena Gola, specjalista radiolog.

W bieżącym roku mija 30 lat od pierwszego udanego przeszczepienia szpiku w Polsce. Dokonał go 28.11.1984 r. w warszawskim szpitalu wojskowym przy ul. Szaserów zespół kierowany przez ówczesnego ppłk. dr. hab. Wiesława Wiktora Jędrzejczaka, w składzie: płk dr hab. Maksymilian Siekierzyński, kpt. dr Cezary Szczylik, mjr dr Zygmunt Pojda, płk dr Jerzy Kansy, ppłk dr hab. Mirosław Kłos, dr Jerzy Pejcz, dr Mariusz Ratajczak, dr Paweł Górnaś, dr Andrzej Ptasznik oraz dr n. przyr. Elżbieta Urbanowska i mgr farmacji Dariusz Jaskulski.

Przygotowania prowadzono od 1979 r., z jednej strony kompletując i kształcąc zespół, a z drugiej opracowując poszczególne składowe technologie. Najpierw opracowano metody prowadzenia chorych pozbawionych odporności, następnie metody pobierania i preparowania szpiku i wreszcie niektóre metody doboru dawcy i biorcy. Ponieważ Polska A.D. 1984 była krajem siemiężnym, z konieczności stworzono wiele rozwiązań technicznych – od własnych igieł biopsyjnych przez konstrukcję filtra do szpiku, opartego na filtrze z sokowirówki, po metodę usuwania krwinek czerwonych z preparatu szpiku. Zespół rozwiązano w 1987 r.

Stop! Nie przetaczamy!*

Justyna Wojteczek

Jest rok 1983.

Wróciłem od Steffena (Jana – profesora, ówczesnego dyrektora Centrum Onkologii) i oznajmiłem kolegom, że za rok mamy przeszczepiać szpik u ludzi.

Jak zareagowali?

Entuzjastycznie. Rozdzieliłem zadania i każdy zabrał się za swoje.

Na czym polegały pierwsze kroki?

Zaczęliśmy po kolei adaptować do warunków klinicznych metody, które stosowaliśmy w preparowaniu komórek u myszy. Trzeba było zmienić skalę. Do przeszczepiania szpiku u myszy potrzeba w przybliżeniu 1–5 mln komórek, a u człowieka – 20 mld.

Przygotowywaliśmy protokoły prowadzenia chorych z centralnym cewnikiem żylnym, którego wtedy w Polsce prawie nie stosowano, protokoły odżywiania pozajelitowego, protokoły zwalczania zakażeń, profilaktyki i leczenia różnych przewidywanych powikłań, monitorowania laboratoryjnego itd.

Ludzie śmiali się z naszych ćwiczeń. Ćwiczyliśmy np. pobieranie szpiku do przeszczepienia. Na korytarzu ustawialiśmy stół z misiem mojego syna, na którym zespół trenował pobieranie szpiku. Chodziło mi o wypracowanie idealnej synchronizacji, żeby każdy wiedział, w którym miejscu ma stać, co podać, a jednocześnie nie przeszkadzał innym. Na początku wszyscy protestowali i zarzucali mi, że traktuję ich jak dzieci, ale potem okazało się, że te ćwiczenia były strzałem w dziesiątkę. Salę operacyjną udostępnił nam prof. Zygmunt Kaliciński – ojciec obecnego prof. Piotra, szef kliniki chirurgii dziecięcej, wybitny lekarz. Pracownicy tej kliniki patrzyli nam na ręce. Zastanawiali się pewnie, czy my – nie dość, że naukowcy, którzy do tej pory operacje wykonywali na myszach, to jeszcze interniści – poradzimy sobie z dzieckiem. Potem otwierali szeroko oczy ze zdziwienia, bo widzieli, że cały zespół doskonale wie, co ma robić: każdy znał swoją rolę.

Kiedy mieliśmy pobrać szpik od czteroletniego dziecka do przeszczepienia, zaprosiliśmy kolegę z Wrocławia – Jerzego Pejcz. Był drugim pobierającym obok mnie.

Jak poradziliście sobie z prawną stroną tego przedsięwzięcia?

Mieliśmy zgodę komisji bioetycznej, która wówczas nosiła nazwę Komisji ds. Eksperymentów na Ludziach. Miała bardzo poważny skład, bo należeli do niej luminarze ówczesnej medycyny wojskowej: prof. Dymitr Aleksandrow, prof. Tadeusz Orłowski – chirurg, prof. Donald Tylman – ortopeda, i prof. Zygmunt Kaliciński. Przygotowanie naszego zespołu prezentowałem wcześniej, na posiedzeniu klinik internistycznych, w którym uczestniczyło kilkadziesiąt osób. Mieli więc okazję, by wyrobić sobie opinię o naszym przedsięwzięciu.

Jak poszukiwaliście pacjentów?

W pewnym momencie dowiedzieliśmy się, że w Lublinie mieszkają bliźniaczki jednojajowe, z których jedna choruje na aplazję szpiku i potrzebuje przeszczepienia. Wtedy jednak nie byliśmy jeszcze przygotowani... Dzieci skierowano do Poznania, do prof. Radwańskiej. Zabieg przeprowadził dr Ryszard Kaftański.

Skończyło się niepowodzeniem...

Przeszczepienia dokonano w prosty w sposób: pobrano szpik od jednego dziecka i przetoczono drugiemu, ale bez podania masywnej chemioterapii. Tak się wtedy robiło u bliźniąt. Moim zdaniem, choć były to bliźniaczki jednojajowe, należało podać chemię. Przeszczep początkowo się przyjął, ale później został odrzucony. Według mnie trzeba było wtedy podać chorej dziewczynce cytostatyki i podjąć jeszcze jedną próbę. Tak zresztą doradziłem, gdy się zwrócono do mnie o opinię. Rodzice jednak się bali, że utracą nie tylko chore, ale również zdrowe dziecko, i nie zgodzili się na ponowne pobranie komórek.

Warunki waszej pracy, ale i warunki dla pacjentów, były zapewne trudne.

Nie dysponowaliśmy kliniką. Naszym macierzystym oddziałem był Kliniczny Oddział Izotopowy. Jego szef, ówczesny doc. Siekierzyński, u którego 12 lat wcześniej zaczynałem pracę jako asystent, udostępnił nam jedną z dwóch separa-tek z toaletą – nie z pełnym węzłem sanitarnym, lecz jedynie z toaletą.

Dziś chyba wygląda to inaczej.

Oczywiście. Standard jest teraz nieporównanie wyższy, chodzi przecież o zachowanie jak najbardziej sterylnych warunków. Wtedy np. sala chorego była oddzielona od przedsionka i toalety prześcierałem na dwóch gwoździach. To się zresztą sprawdzało, bo prześcierało codziennie można było wymieniać na nowe, jałowe. Najlepiej to nie wyglądało, ale spełniało swoje zadanie.

A wracając do naszych pierwszych pacjentów, prof. Radwańska przysłała nam dwie siostry z wynikami antygenów HLA klasy pierwszej, które były zgodne. Jedna z siostr – Ola – cierpiała na chorobę Diamonda-Blackfana, druga – Kasia – była zdrowa. Jedna miała sześć lat, a druga cztery. Choroba Diamonda-Blackfana jest genetycznie uwarunkowana, polega na braku krwinek czerwonych, człowiek żyje tylko dzięki przetoczeniu krwi. Chora dziewczynka otrzymała ich już 60 i zaczynała się u niej rozwijać marskość wątroby, gdyż z wielokrotnymi przetoczeniami krwi wiąże się odkładanie żelaza w wątrobie, co ją uszkadza.

Nie było wtedy możliwości zrobienia badań antygenów HLA drugiej klasy, ale dzięki swoim umiejętnościom immunologicznym wdrożyłem metodę badania mieszanej hodowli limfocytów i okazało się, że one na siebie nie reagują.

Co to oznacza?

Jeśli występuje niezgodność antygenów, limfocyty jednej osoby pobudzają limfocyty drugiej, co oznacza, że reagują na tę niezgodność, a to może prowadzić do odrzucenia przeszczepu. Jeśli jest zgodność, opisanie zjawisko nie występuje. Teraz takiego badania się nie robi, bo antygeny klasy drugiej są dobrze poznane i badane innymi metodami, ale wtedy to była jedyna metoda sprawdzenia, czy jest szansa przyjęcia przeszczepu.

Pamięta pan rozmowę z rodzicami Oli i Kasi?

Tak. Rozmawiało nam się o tyle łatwiej, że ojciec dziewczynek jest lekarzem weterynarii. To było młode małżeństwo, a ja miałem wtedy niewiele ponad 35 lat. Ola, jak wspominałem, przeszła już 60 przetoczeń krwi, miała cechy uszkodzenia wątroby, zespół Cushinga od sterydów. Jej stan się pogarszał, rodzice byli więc zdeterminowani. Do wykonania przeszczepienia nie dostaliśmy ani dodatkowej pielęgniarki, ani salowych. Powstał więc pomysł, by hospitalizować córeczkę z rodzicem. Doszliśmy do wniosku, że lepiej wybrać ojca, weterynarza, bo łatwiej będzie go nauczyć podstawowych czynności pielęgniar-skich. To rozwiązanie miało wiele zalet, przede wszystkim częściowo załatwiało sprawę opieki pielęgniar-skiej oraz likwidowało psychologiczny problem dziecka w izolacji.

Rozmawiał pan też z dziewczynkami.

Dość szybko zyskałam zaufanie jednej i drugiej. Najważniejszą sprawą było przekonanie Oli, żeby połykała gigantyczne ilości tabletek. To nie jest błaha sprawa – przekonać sześć-letnie dziecko do połknięcia cztery razy dziennie garści tabletek, bodajże 12. A Kasia poszła na ten zabieg pobrania szpiku za rączkę ze mną. Położyła się na stole, została znieczulona ogólnie...

Cd. na str. 12 ►

Co dało pionierskie w Polsce przeszczepienie szpiku?



Fot. egw

Po pierwsze, uratowało człowiekowi życie, biorczyni nadal żyje w dobrym stanie. Po drugie, przełamało panujące w naszym kraju poczucie niemożności w tej dziedzinie. Po trzecie, wraz z kolejnymi zabiegami wykonanymi przez nasz zespół posłużyło do opracowania protokołu zabiegu w technologii dostosowanej do polskich warunków. Protokół ten w 1987 r. w ramach specjalnego kursu został przekazany przedstawicielom innych ośrodków hematologicznych i z pewnością ułatwił im start. Opublikowano go też w „Acta Haematologica Polonica”. Po czwarte, na świecie polskie przeszczepienie posłużyło do ustalenia nowego wskazania do zabiegu, gdyż był to drugi w historii zabieg w chorobie Diamonda-Blackfana (w ciężkiej postaci powodującej wrodzony brak krwinek czerwonych) i pierwszy wykonany bez wykorzystania napromienienia na całe ciało (czyli tak, jak się to robi obecnie).

Przekazanie technologii do powszechnego użytku było testamentem zespołu, który decyzją administracyjną władz wojskowej służby zdrowia zakończył działalność 16 czerwca 1987 r., po wykonaniu dziewięciu zabiegów alogenicznych i jednego autologicznego. Spośród biorców przeszczepów alogenicznych troje zmarło z powodu powikłań wczesnych, troje z powodu powikłań późnych, a troje do dzisiaj żyje w dobrym stanie zdrowia. Biorczyni przeszczepu autologicznego zmarła dwa lata po zabiegu z powodu nawrotu białaczki w ośrodkowym układzie nerwowym.

Dzisiaj w Polsce jest 18 ośrodków transplantacji szpiku, które rocznie wykonują ponad 1200 zabiegów, a liczba uratowanych tą metodą osób sięga kilku tysięcy. ■

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Jak się rozmawia z takim dziećmi, żeby zyskać ich zaufanie?

Normalnie. Nie można traktować ich, jakby były niespełna rozumu. I trzeba z nimi rozmawiać poważnie, bo rozmawia się o poważnych sprawach. Wbrew pozorom ciężko chore dzieci bardzo dużo rozumieją. Mają za sobą wiele pobytów w szpitalu, często widziały, jak ktoś umiera. Takie dziecko to taki mały dorosły.

Noc przed zabiegiem minęła panu spokojnie?

W ogóle się nie zdarza, żebym w nocy nie spał. Swoje prześpać po prostu muszę. Najtrudniejsze było przekonanie siebie... (*zawieszenie głosu*). Bo nie byłem do końca pewny, nie mogłem być, czy namawiam Olę do samobójstwa, czy ratuję jej życie. Patrzyłem, jak łyka te tabletki, i zastanawiałem się, do czego to doprowadzi...

(*Milczenie*)

Olbrzymie obciążenie...

Jeśli ktoś nie jest w stanie podołać takiej odpowiedzialności, nie powinien wybierać zawodu lekarza. A jeśli mimo to wybrał, powinien go zmienić.

Jak reagowali inni członkowie zespołu?

Wszyscy mieliśmy obawy. Najbardziej przeżywał to Czarek Szczylik, bo on w ogóle ma emocjonalną naturę.

A rodzice?

Rodzice dziewczynek w nas wierzyli. Powiedziano im, że jestem młodym, wybitnym docentem, który przyjechał z Ameryki i wszystko wie, więc wierzyli. Brutalna prawda była taka, że nikt z naszego zespołu nigdy wcześniej przeszczepiania szpiku nawet nie widział. Moje publikacje, stypendia, to była zasłona dymna, która miała pokazać, że jesteśmy wyszkoleni. Tymczasem byliśmy wyszkoleni, ale nie w tym akurat zakresie. Tylko ja miałem za sobą zagraniczny staż, ale dotyczył biologicznych efektów mikrofa! Technkę zabiegu



Fot. archiwum prof. W. Jędrzejczaka

częściowo opracowaliśmy sami, częściowo oparliśmy się na publikacjach. Była to jednak bardzo solidna robota. Takie zabiegi się nie udają przez przypadek.

Starał się pan przygotować na każdą ewentualność, ale podczas zabiegu nie obyło się bez dramatycznych momentów.

Trzeba pobrać szpik. Idziemy na salę na chirurgię dziecięcą, cały zespół, przeszkolony na misiu, oraz Jurek z Wrocławia. Stajemy we dwóch przy stole. Wkłuwam się w dziecko i... igła się rozpada! Igła składa się z rurki i uchwytu, rurka została w ciele dziecka, a uchwyt w mojej dłoni.

Na szczęście w takich sytuacjach jestem spokojny. Zapytałem, czy jest gdzieś w pobliżu hydraulik i czy może mi pożyczyć kombinerki. Pielęgniarka podała mi kombinerki przez chustę i wydobyłem tę część igły. Wyciągnęliśmy wnioski z tej sytuacji i skonstruowaliśmy swoje igły.

A potem czekaliście. Jaka jest cena takiego czekania?

To był dość szczęśliwy czas. Przeszczepienie było 28 listopada, a Ola pierwsze retikulocyty zaczęła wytwarzać tuż przed Wigilią, około 22 grudnia.

Prawie miesiąc niepewności, strasznie długo.

To nie jest strasznie długo. Z krwią pępowinową jest gorzej.

Niemniej jednak to dzień za dniem wyczekiwania.

Ja tego tak nie pamiętam. W takiej sytuacji jest walka o każdy dzień. Każdego dnia trzeba podejmować wiele niezwykle istotnych decyzji. Cały czas coś się dzieje: jakaś infekcja, jakieś inne problemy. Codziennie oglądaliśmy te szkiełka. No i było mnóstwo pisania: protokołów do wykonania i protokołów z tego, co się wykonało. Wreszcie pojawił się jeden retikulocyt – młoda, świeżo wytworzona krwinka czerwona, pierwszy raz w życiu tej chorej. Techniczka zauważyła jeden na 10 tys. komórek! Wszyscy się zbiegli. Większość myślała, że to przypadek. Ale następnego dnia było już 10, potem 100, 1000 i była świeca, czyli gwałtowny wzrost! Biegaliśmy po korytarzach w euforii. No i mogłem pojechać na święta do Gdyni, do rodziców.

To pan przekazywał radosną wiadomość Oli? Pamięta pan, co pan powiedział?

Nie. Na pewno wyglądałem jak kosmita, bo byłem w masce i całym przebraniu na jałowo, więc tylko oczy było widać. Ale ona od razu, jak ten szpik ruszył, zaczęła się inaczej czuć! Jest takie zdjęcie, jak leży, a przy niej worki z krwią przygotowane do podłączenia, ale przetaczanie nie było już potrzebne. Pamiętam, że przybiegłem i powiedziałem spokojnie: – *Stop! Nie przetaczamy! Nie trzeba! Więcej nie będzie trzeba!*

xxx

W 1987 r. ukazuje się dokładny opis procedury przeszczepiania szpiku pod redakcją W. Jędrzejczaka. Czytamy w nim: „*Z pierwszej grupy 100 chorych na ostrą białaczkę szpikową, którzy u prof. Thomasa (późniejszego laureata Nagrody Nobla) otrzymali przeszczep w okresie nawrotu, od 1970 r. do chwili obecnej (1977) żyje i normalnie funkcjonuje bez dalszego leczenia 12 osób*”. Z pierwszej (i niestety jedynej) grupy dziewięciorga chorych leczonych przez tamten zespół Wiesława Jędrzejczaka zabieg przeżyło sześcioro, a do dzisiaj, czyli już ponad 30 lat, żyje troje. ■

* Rozmowa z prof. Wiesławem Wiktorem Jędrzejczakiem jest fragmentem przygotowywanej przez autorkę książki o tym lekarzu.



II MIĘDZYNARODOWY FESTIWAL FILMÓW MEDYCZNYCH

20-22 listopada 2014

Hotel ZAMEK RYN****

Czwartek 20.11.2014

- Otwarcie Biura Festiwalu, rejestracja Uczestników
- Uroczyste otwarcie Festiwalu oraz koktajl powitalny
- Pokaz filmu "Bogowie" w reżyserii Łukasza Palkowskiego

Piątek 21.11.2014

- Forum Chirurgii Transplantacyjnej
- HYDE PARK - prezentacje zgłoszonych filmów
- Obrady Jury po zakończeniu sesji
- Kolacja kongresowa. Wręczenie nagród Grand Prix za najlepsze filmy

Sobota 22.11.2014

- Forum Nowych Technologii i nowych metod leczenia
- Obrady Jury, wręczenie wyróżnień I i II stopnia za Sesję Nowe Technologie i Metody Leczenia
- Zakończenie Festiwalu

Przewodniczący Festiwalu:
prof. Tadeusz Wróblewski



PATRONAT HONOROWY:

JM Rektor
Warszawski
Uniwersytet Medyczny



Polskie Towarzystwo
Transplantacyjne

Marszałek Województwa
Warmińsko-Mazurskiego



www.zamekryn.pl/mffm

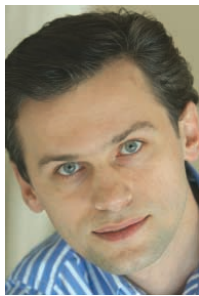
Biuro Organizacyjne: Hotel ZAMEK RYN****, tel. 87-429-70-55, kom. 515-062-776, magdalena.budzinska@zamekryn.pl

PARTNER STRATEGICZNY



PARTNER





Fot. G. Press

Geriatrya w awangardzie

Paweł Walewski

ewa Kopacz postawiła w swoim exposé na geriatric i wybór okazał się słuszny. To rzeczywiście gorący problem, bo starzejące się społeczeństwo wymaga ze strony rządu nie tylko długofalowych pomysłów, ale i działań doraźnych, dostosowujących system opieki zdrowotnej do potrzeb tej szczególnej i coraz liczniejszej grupy pacjentów.

Dziwię się jednak, że pani premier, w ślad za ministrem zdrowia, roztacza przed nami wizję utworzenia instytutu geriatry, który miałby – czyż nie w Warszawie? – być miejscem leczenia najstarszych chorych oraz ośrodkiem kształcenia specjalistów. Warto przypomnieć, że o planach powołania takiego ośrodka mówi się od 2000 r., kiedy Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek od Cierpiących wymówiło Ministerstwu Zdrowia użytkowanie w stolicy szpitala przy ul. Emilii Plater, będącego wcześniej lecznicą rządową, a w latach 1998–2000 właśnie instytutem geriatry. Być może politykom umknął również fakt, że mieliśmy nieśmiało próby otwarcia tego typu instytucji w ramach istniejącego Instytutu Reumatologii, ale przy obecnym poziomie finansowania świadczeń nikt rozsądny nie widzi przed taką placówką realnej przyszłości. Szkoda więc, że zamiast mamy publikę hasłami, nie przedstawia się nowej wyceny świadczeń geriatrycznych, które dziś są skandalicznie niedoszacowane.

Warszawa poradzi sobie bez nowego instytutu, ale czy starsi pacjenci poradzą sobie bez właściwej opieki, która powinna być zapewniana jak najbliżej ich miejsca zamieszkania? Ciekawe, że polityką senioralną w dużo większym stopniu niż resort zdrowia zajmuje się dziś chociażby fundacja Jerzego Owsiaka oraz minister pracy i polityki społecznej Władysław Kosiniak-Kamysz. To oczywiste, że problemy geriatry nie mogą obciążać jedynie Narodowego Funduszu Zdrowia, trudno jednak akceptować sytuację, kiedy NFZ dyktuje takie stawki, że nie opłaca się zatrudniać geriatrów w szpitalach, a co dopiero tworzyć nowe oddziały. Bez pieniędzy i rozsądnego finansowania tych świadczeń – a może też bez szczerego wyznania, że nie wszystko musi się w ochronie zdrowia opłacać i nie na wszystkim da się zarobić – geriatry nigdy nie wyzwoli się od piętna specjalności drugiej kategorii, biednej i spychanej na margines. Tu nie trzeba cudownych zaklęć ani instytutu, aby dzielnych lekarzy pracujących w tej dziedzinie dowartościować, a młody narybek zachęcić, by poszedł ich śladem. Dyrektorzy szpitali bronią się dziś przed oddziałami geriatrycznymi jak mogą, bo zdają sobie sprawę, że trafiałoby na nie pacjenci z wieloma chorobami, najczęściej przewlekłymi, i żaden kontrakt nie pokryłby kosztów ich leczenia. Zaczynajmy więc dyskusję o przyszłości geriatry nie od szyldu, ale od długofalowej zmiany mentalności i pilnej zmiany rachunków. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. archiwum

Marek Balicki

W pierwszych dniach października w gmachu Ministerstwa Gospodarki odbyła się interesująca debata o skutkach działania ustawy refundacyjnej. Kanwą dyskusji był raport podsumowujący dwa pierwsze lata funkcjonowania ustawy, opracowany na zlecenie INFARMY, która zrzesza innowacyjne firmy farmaceutyczne.

Jedną z pierwszych spraw, na którą zwrócili uwagę uczestnicy konferencji, to brak raportu rządowego. Warto przypomnieć, że art. 84 ustawy refundacyjnej jasno mówi, że Rada Ministrów po upływie dwóch lat od wejścia w życie ustawy przedłoży Sejmowi sprawozdanie z wykonania ustawy z opinią na temat skutków jej stosowania. Ustawodawcy chodziło o to, by przy tak dużej zmianie systemowej w odpowiednim czasie została dokonana ocena, czy przyjęte rozwiązania są funkcjonalne i czy zostały osiągnięte zakładane cele. Brak dokumentu rządowego w tej sprawie to kompromitacja. Niezależnie od zaniechań ministerialnych żałować można, że nie powstało opracowanie w tym zakresie, przygotowane z perspektywy konsumenckiej i społecznej. Zestawienie trzech raportów: rządowego, obywatelskiego i przemysłu farmaceutycznego, dałoby w miarę pełny obraz sytuacji. Jak dotąd raport INFARMY jest pierwszym i jedynym takim dokumentem.

Najważniejszym wnioskiem, jaki przyniósł raport i toczona wokół niego dyskusja, było stwierdzenie, że ustawa okazała się radykalną zmianą zasad działania rynku leków w Polsce i znacząco, choć nie zawsze dostrzegalnie, wpłynęła na sytuację wszystkich uczestniczących w nim podmiotów, od pacjentów i lekarzy po apteki i przemysł farmaceutyczny.

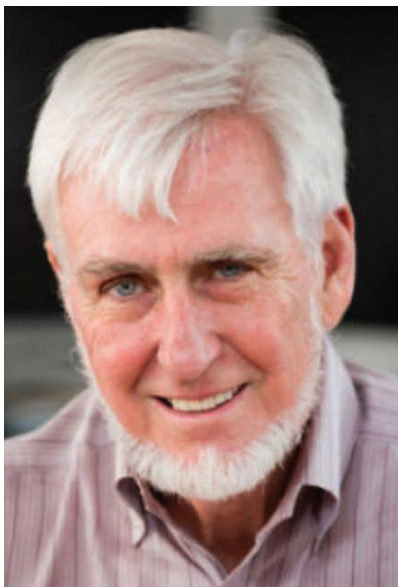
Obniżenie rentowności działalności gospodarczej związanej z produkcją i obrotem lekami z pewnością bardziej będzie martwić resort gospodarki niż ministra zdrowia. Dla tego ostatniego kluczowa powinna być odpowiedź na pytanie, w jaki sposób ustawa wpłynęła na dostępność leków i obciążenia finansowe gospodarstw domowych, a także na wydatki NFZ. Okazuje się, że w ostatnich dwóch latach NFZ wydał na leki refundowane znacznie mniej niż w poprzednich. Byłby to sukces, gdyby nie fakt, że w tym samym czasie więcej zapłacili pacjenci. Stało się tak, gdyż w niektórych przypadkach wzrosły dopłaty do leków, a część leków wcześniej refundowanych wypadła z list refundacyjnych. Ponadto dość często zdarzało się, że leki refundowane były przepisywane na receptach pełnopłatnych, gdyż lekarze, wobec niejasnych regulacji, obawiali się kar nakładanych przez NFZ i woleli po prostu dmuchać na zimne.

Szczególnie niepokojąco zabrzmiały dane, przedstawione na konferencji przez prof. Janusza Czapieńskiego, mówiące, że wzrost wydatków pacjentów okazał się większy niż oszczędności NFZ i że 40 proc. gospodarstw domowych rencistów oraz rodzin najuboższych rezygnuje z pełnej realizacji recepty. Zwracał na to uwagę przedstawiciel izby lekarskiej. Co o tym wszystkim sądzi rząd, nie wiemy, bo do dziś nie mamy sprawozdania. Pozostaje nam tylko wiara w zapewnienia obecnego na konferencji wiceministra zdrowia, że prace nad nim trwają. ■

Nobel 2014

– fizjologia i medycyna

Tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny została przyznana Johnowi M. O’Keefe oraz May-Brit Moser i Edwardowi I. Moserowi za badania poświęcone wyjaśnieniu mechanizmów umożliwiających zapamiętywanie otaczającej przestrzeni i jej ponowne rozpoznawanie.



John M. O’Keefe



May-Brit Moser



Edward I. Moser

Media popularne piszą o odkryciu GPS w mózgu, ale jest w tym tyle sensu, ile w porównywaniu mózgu do komputera. Komputer jest bowiem tak mądry, jak mózg tego, który go stworzył i oprogramował. Opisywane porażki mózgu ludzkiego w starciu z komputerem wynikają z jednostronności tego ostatniego. Nadal jednak wiele brakuje twórcom elektronicznym do wielotorowości i plastyczności istot żywych.

Tak też jest z odkryciami tegorocznych noblistów. Prace J.M. O’Keefe i jego współpracowników doprowadziły do odkrycia w hipokampie szczura neuronów ulegających aktywacji, w momencie gdy zwierzę znajdzie się w określonym punkcie swojej wędrówki (ang. *place cells*).

Z kolei prace Moserów i ich współpracowników ujawniły w korze śródwęchowej szczura neurony, których aktywność stymulowała pojawienie się zwierzęcia w ściśle określonym punkcie eksplorowanej powierzchni. Punkty te układały się w heksagonalną siatkę, stąd ich nazwa angielska *grid cells* – neurony sieci (używam polskiego określenia „sieci”, aby nie mylić z tworem siatkowatym pnia mózgu).

Struktury hipokampa i kory śródwęchowej należą do obszarów od dawna wiązanych z różnymi mechanizmami pamięci. Interakcja układu neuronów aktywowanych miejscem i układu neuronów sieci służy do zapamiętywania nowo poznawanego otoczenia, tworzenia kolejnych map przestrzeni i „przemapowywania” starych

wzorców w przypadku stwierdzenia nowych faktów, np. zmiany położenia przeszkód. Badania noblistów przyczyniły się do wyjaśnienia nie tylko mechanizmów rozpoznawania przestrzeni, ale też jej zapamiętywania.

Poszukiwania innych badaczy, zwłaszcza prowadzone nowoczesnymi metodami przyżyciowego obrazowania i śródoperacyjnej stymulacji mózgu, wykazały istnienie podobnych mechanizmów u człowieka. Ma to bardzo istotne znaczenie w rozumieniu zaburzeń pamięci obserwowanych u pacjentów z chorobami degeneracyjnymi (np. chorobą Alzheimera) i otępiennymi. Doskonale wiadomo, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa choroby te stanowią narastający problem.

O’Keefe rozpoczął swe prace w początkach lat 70., a badania Moserów to historia ostatniego 15-lecia. Komitet Noblowski podkreśla w uzasadnieniu, że umożliwiły one zrozumienie wyższych mechanizmów poznawczych uniwersalnych w świecie ssaków, dotyczących rozumienia przestrzeni. Jednocześnie otworzyły nowe kierunki badawcze, prowadzące do rozumienia sposobu postrzegania świata przez mózg. ■

Bogdan Ciszek

Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej CB WUM,
Oddział Neurochirurgii Szpitala Dziecięcego
im. prof. J. Bogdanowicza, Warszawa



Fot. archiwum

Informatyzacji ciąg dalszy

Piotr Dąbrowski

Nie umilkły jeszcze echa ostatniej nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, która odłożyła w czasie obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, a już proponowane są kolejne zmiany w przepisach regulujących ten obszar. Ministerstwo Zdrowia przygotowało obszerny pakiet zmian legislacyjnych w zakresie informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Opublikowany na stronach resortu projekt ma na celu stworzenie stabilnego systemu informacji oraz uporządkowanie zasad zbierania, przetwarzania i udostępniania danych tam zawartych.

Wiele zaprezentowanych propozycji będzie istotnie wpływało na pracę lekarzy. Zgodnie z przyjętymi przez rząd założeniami, przedstawiono projekt przepisów mających ułatwić rozwój telemedycyny. Tym samym lekarz zostanie zobowiązany do wykonywania swojego zawodu z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Mimo że analogiczne propozycje dotyczą innych zawodów medycznych, już teraz pojawiły się dyskusje, czy proponowane zmiany są wystarczające i czy nie kłócą się z utrzymaniem obowiązku orzekania o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie po przeprowadzeniu osobistego badania. Niewątpliwie pomocne byłoby stworzenie konkretnych wytycznych dla lekarzy w tym zakresie, gdyż można sobie wyobrazić wiele sytuacji, w których lekarz, podczas oceny sta-

nu zdrowia pacjenta na odległość, nie będzie miał informacji wystarczających do postawienia diagnozy i podjęcia leczenia. Z drugiej strony wprowadzone uregulowania prawne powinny być na tyle elastyczne i ogólne, aby nie blokować rozwoju usług telemedycznych. Pozytywnym efektem zmian przepisów w tym zakresie może być m.in. poprawa dostępności konsultacji lekarskich oraz nieznaczne skrócenie kolejek w gabinetach lekarzy rodzinnych. Zaproponowane zmiany, przez dopuszczenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, idą w dobrym kierunku i będą sprzyjać rozwojowi innowacyjnych rozwiązań. Nie oznacza to oczywiście automatycznego zakwalifikowania tego rodzaju świadczeń do finansowania ze środków publicznych, o czym w uzasadnieniu wspominają również projektodawcy.

Przedstawione zmiany dotyczą również zasad wykorzystywania w pracy lekarza elektronicznej dokumentacji medycznej, której prowadzenie po 31 lipca 2017 r. stanie się obowiązkowe. Projekt wskazuje zakres niezbędnych informacji i wyszczególnia dane pacjenta, które należy uwzględnić w prowadzeniu jego dokumentacji. Co istotne, dane z dokumentacji będzie można udostępniać na zewnątrz (również przekazywać do centralnych systemów informacyjnych ochrony zdrowia, takich jak System Informacji Medycznej), pod warunkiem uzyskania zgody pacjenta. Będzie on miał też prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec udostępnienia takiej dokumentacji. W praktyce powstanie więc obowiązek uzyskania przez lekarza lub świadczeniodawcę zgody zainteresowanego usługobiorcy. Nie jest jednak pewne, czy zgoda taka będzie wymagana każdorazowo. Pacjent zyska prawo do udzielania zgody ograniczonej zarówno czasowo, jak i przedmiotowo, czyli do konkretnych kategorii informacji zawartych w jego dokumentacji medycznej.

PEŁNOMOCNICY



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



Rzecznik
Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
dyżury w siedzibie Izby:
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.
Zastępcy:
czwartki – 10.00–12.00
(po umówieniu)
tel. 22-542-83-08



Mediator
Krzysztof Bielecki
dyżury w siedzibie Izby:
czwartki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
e-mail:
prof.bielecki@gmail.com

Wspólny sekretariat, pracownik biura Maja Świerczewska-Chrzęszcz, tel.: 22-542-83-08

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

Spotkania odbywają się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54, w każdy czwartek, w godz. 11.00–14.00, w siedzibie Izby przy ul. Puławskiej 18.

W wykorzystywaniu narzędzi informatycznych pomocna ma być Karta Specjalisty Medycznego, która posłuży m.in. do potwierdzania wykonania świadczenia w dokumentacji (na zasadzie podpisu elektronicznego) oraz uzyskiwania dostępu do danych zawartych w Systemie Informacji Medycznej. Karta wydawana będzie lekarzom z urzędu i nieodpłatnie.

Projektodawcy wychodzą również naprzeciw potencjalnym problemom, które mogą napotkać małe podmioty prowadzące działalność leczniczą. W wielu przypadkach przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji medycznej może się wiązać z wysokimi kosztami inwestycyjnymi, np. zakupu infrastruktury. Dlatego przewidziane jest zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi profesjonalnie zajmującymi się przechowywaniem takiej dokumentacji i zarządzaniem nią. Pozwoli to lekarzom i podmiotom leczniczym uniknąć wielu uciążliwych obowiązków, wynikających chociażby z konieczności zabezpieczenia danych.

Propozycja Ministerstwa Zdrowia zawiera też wiele zmian związanych z planami wprowadzenia od 1 sierpnia 2016 r. obowiązku wystawiania recepty jedynie w postaci elektronicznej. Po tej dacie wystawianie recepty w formie papierowej będzie możliwe jedynie w ściśle określonych sytuacjach, tj. przy braku dostępu lekarza do systemu teleinformatycznego, a także w przypadku recepty wystawianych *pro auctore* i *pro familia*, recepty mających zastosowanie na podstawie przepisów Dyrektywy 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz recepty dla osób o nieustalonej tożsamości. Od 1 marca 2017 r. przewiduje się również wprowadzenie elektronicznej formy zleceń i skierowań lekarskich. Tu także w przypadku braku dostępu lekarza do systemu teleinformatycznego możliwe będzie wystawienie dokumentu w formie tradycyjnej.

W związku z wcześniejszymi zastrzeżeniami generalnego inspektora ochrony danych osobowych przeniesiono z treści rozporządzenia bezpośrednio do przepisów ustawy uregulowania dotyczące zakresu danych umieszczanych na recepcie. Przy okazji zmienić się ma zakres danych zawartych na recepcie pełnopłatnej, w wyniku wprowadzenia obowiązku umieszczania na niej informacji o usługodawcy oraz numeru PESEL pacjenta.

Opracowując przepisy związane z wprowadzeniem wspomnianych dokumentów elektronicznych, projektodawcy przygotowali jednocześnie fundamentalną zmianę w zakresie uprawnień do wystawiania recept na produkty refundowane. Po przyjęciu przez Sejm tzw. pakietu kolejkowego i przyznaniu pielęgniarkom i położnym uprawnień do wypisywania recept autorzy projektu zwrócili uwagę, że obowiązek podpisywania przez wszystkie wymienione grupy zawodowe umów z dyrektorami wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, uprawniających do wystawiania recept na produkty refundowane, będzie się wiązał z niewspółmiernie dużym nakładem pracy administracji. Zdecydowano się więc na całkowitą rezygnację z tego obowiązku, wprowadzonego *nota bene* nie tak dawno zapisami ustawy refundacyjnej. Co w praktyce oznaczać będzie wejście w życie takiej zmiany? Umożliwi ona od 1 sierpnia 2016 r. wypisywanie recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wszystkim lekarzom mającym prawo do wykonywania zawodu. Lekarze nie będą więc zobowiązani do zawierania odrębnych umów na realizację tego uprawnienia. Przy okazji powinna się nieznacznie poprawić dostępność produktów refundowanych dla pacjentów. Propozycja ta nie oznacza jednak zlikwidowania nadzoru nad prawidłowością wystawiania tych recept przez lekarzy. Konsekwencją zaproponowanych zmian będzie możliwość dokonania kontroli u każdego lekarza, który wystawił receptę na lek refundowany. Kontrolować będzie można również podmiot zatrudniający takiego lekarza. W przypadku niepoddania się kontroli lub braku realizacji zaleceń pokontrolnych przewidziano stosowanie kar administracyjnych, nakładanych przez właściwego dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto wspomnieć, że nowelizacja przewiduje także wiele zmian w zasadach kształcenia lekarzy. Planuje się wprowadzenie Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który będzie platformą komunikacji między lekarzami, kierownikami specjalizacji, placówkami prowadzącymi szkolenie i organami administracji. Przykładowo kierownicy specjalizacji będą kontaktować się z lekarzami odbywającymi pod ich nadzorem specjalizację właśnie za pomocą wspomnianego systemu. Jego wejście w życie planowane jest na 1 grudnia 2015 r. ■



W sprawach dotyczących Narodowego Funduszu Zdrowia prosimy dzwonić do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

- Wystawianie recept refundowanych 22-279-76-24
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 22-279-79-52
- Wystawianie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego 22-279-79-42
- Podstawowa opieka zdrowotna 22-279-79-95
- Promocja zdrowia 22-582-80-30
- Ratownictwo medyczne 22-279-79-89
- Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne 22-279-79-90
- Leczenie szpitalne 22-279-79-88
- Programy terapeutyczne (lekowe) 22-582-81-17
- Skargi i wnioski 22-582-84-02
- Rzecznik prasowy 22-279-75-01; 22-279-75-03
- Lecznictwo uzdrowiskowe 22-279-78-42; 22-279-78-43; 22-279-78-44

Informacja ogólna 22-456-74-01



Dr n. praw. Janusz Jaroszyński
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr n. med., mgr farm. Zofia Specht-Szwoch
Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Recepty lekarskie

– zasady wystawiania

cz. 5

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2011 r., nr 122, poz. 696, z późn. zm.)
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)
- 3) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU poz. 260, z późn. zm.)
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 1239)

Stan prawny na 6.10.2014 r.

1. Zmiany wprowadzone rozporządzeniem ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich. Obowiązują od 4 października 2014 r.

Zmiany w zakresie:

a) Ilość leku

Osoba wystawiająca receptę może przepisać jednemu pacjentowi jednorazowo: „*podając na recepte sposób dawkowania – ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania, wyliczonego na podstawie określonego na recepte sposobu dawkowania*”. Wcześniej okres maksymalny wynosił 90 dni.

Podstawa prawna – §8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

b) Leki recepturowe

„*Na jednej recepte można przepisać **podwójną ilość leku recepturowego**, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu leków recepturowych*”. Wcześniej dozwolona była tylko pojedyncza ilość.

Podstawa prawna – §8 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

c) Maści, kremy, mazidła, pasty i żele do stosowania na skórze

„*W przypadku recept na maści, kremy, mazidła, pasty albo żele do stosowania na skórę można przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzaniu leków recepturowych*”.

Podstawa prawna – §8 ust. 2a rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

d) Ilość recept

„*Osoba uprawniona może wystawić:*

1) *do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania, z zastrzeżeniem, że na jednej recepte nie można przepisać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego na więcej niż na 120 dni stosowania;*

2) *w przypadku recept na środki antykoncepcyjne – do 6 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania;*

3) *w przypadku recept na leki recepturowe – do 16 recept niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania*”.

Podstawa prawna – §8 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

e) Wydawanie leków refundowanych

„*Refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne wydaje się w ilości przeznaczonej do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie podanego na recepte sposobu dawkowania*”.

Podstawa prawna – §18 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

„Jeżeli na receptce podano sposób dawkowania, a ilość leku wydanego przekraczała ilość leku przeznaczoną do 120-dniowego stosowania, lek wydaje się w ilości maksymalnie zbliżonej do ilości określonej na receptce, chyba że należy wydać jedno najmniejsze opakowanie leku określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych”.

Podstawa prawna – §18 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

Należy pamiętać jednocześnie, że refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydaje się w pełnych opakowaniach określonych w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem §19, który stanowi:

„Jeżeli nie przyczyni się to do zmiany gwarantowanej przez producenta jakości leku, a pacjent otrzyma lek oznakowany datą ważności i numerem serii w opakowaniu własnym apteki, osoba wydająca antybiotyk do stosowania wewnętrznego, lek przepisany w postaciach parenteralnych, lek posiadający kategorię dostępności »Rpw« lub leki zawierające substancje psychotropowe z grup III-P i IV-P oraz leki zawierające środki odurzające z grupy II-N określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, dzieli ilość leku zawartą w opakowaniu do ilości maksymalnie zbliżonej do ilości określonej na receptce, jednak nie większej niż ilość określona przez osobę wystawiającą receptę; dzieleniu nie podlegają opakowania bezpośrednie”.

Podstawa prawna – §19 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

2. Kontrole ordynacji lekarskiej przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w I i II kwartale 2014 r., czyli na co szczególnie zwrócić uwagę przy wystawianiu recept. Najczęstsze nieprawidłowości i błędy.

Zgodnie z danymi podanymi przez NFZ w I i II kwartale 2014 r. oddziały wojewódzkie funduszu przeprowadziły łącznie 268 postępowań kontrolnych ordynacji lekarskich. Tylko w 55 przypadkach nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w zakresie ordynacji lekarskiej. Pozostałe kontrole zakończyły się oceną negatywną albo pozytywną ze wskazaniem uchybień i nieprawidłowości, które należy poprawić. Analizując dane, należy stwierdzić, że nieprawidłowości można zakwalifikować do czterech grup:

1. Wystawianie recept niezgodnie z obowiązującymi przepisami:

- błędny poziom odpłatności lub brak jej oznaczenia,
- niezasadniona ordynacja leków,
- ordynacja leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- wystawianie recept pacjentom hospitalizowanym na oddziałach szpitalnych,
- ordynacja leków refundowanych poza wskazaniami określonymi w ChPL,
- w przypadku stomatologów – wypisywanie recept na swój numer PESEL na leki służące do zaopatrzenia gabinetu, np. iniekcje znieczulające,
- wystawianie recept na leki refundowane w ilości przekraczającej 3-miesięczne stosowanie;

2. Wystawianie recept na drukach zawierających numery przyznane innym lekarzom;

3. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej:

- brak wpisów w dokumentacji (porada ambulatoryjna, wywiad lekarski, wyniki badań diagnostycznych, zaordynowane leki, wystawione recepty),
- brak diagnozy i rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego, którego lek dotyczy, a tym samym brak zasadności ordynacji danego leku,
- brak informacji o ilości przepisanych leków oraz sposobie ich dawkowania,
- niezgodność danych na receptach z dokumentacją (np. inne dawkowanie, w dniu wystawienia recepty brak porady lekarskiej),
- braki formalne (brak: numeracji stron, danych identyfikujących pacjenta, oznaczenia podmiotu leczniczego, autoryzacji poprawek);

4. Brak dokumentacji medycznej.

Źródło: NFZ Departament Gospodarki Lekami

3. Gdzie należy szukać aktualnego obwieszczenia ministra zdrowia zawierającego listę leków refundowanych?

Załącznik do obwieszczenia ministra zdrowia zawierający wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych można znaleźć na stronie internetowej www.mz.gov.pl, w zakładce LEKI/REFUNDACJA. **Zmiany są dokonywane co 2 miesiące.** Dlatego tak ważne w pracy każdego lekarza jest ciągle aktualizowanie posiadanej wiedzy. Oprócz wspomnianej listy znajdziemy tam również dodatkowe informacje, np. o nowych lekach umieszczonych na listach, o zmianach cen leków już znajdujących się na listach, a także o preparatach, które z list zostały usunięte. Pliki możemy otworzyć zarówno w formacie Acrobat Reader (PDF), jak i EXCEL (*XLS). Zakładki zawierają następujące dane:

A1: leki refundowane dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym,

A2: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym,

A3: wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym,

B: leki dostępne w ramach programu lekowego,

C: leki stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

Z pewnością bardzo pomocne w codziennej pracy lekarza będą wszelkiego rodzaju aplikacje dostępne na rynku. Programy te pomagają w prawidłowym wystawieniu recepty, pokazują bazę danych z lekami, dawkami, postaciami poszczególnych substancji, pozwalają na sprawdzenie charakterystyki produktu leczniczego. Można też dzięki nim zweryfikować zakres wskazań rejestracyjnych i pozarejestracyjnych itp. Należy jednak pamiętać, aby wszelkie informacje były na bieżąco aktualizowane. ■

Szpitalne Tian'anmen

Plac Niebańskiego Spokoju to dość przewrotna nazwa dla miejsca będącego świadkiem jednego z największych protestów w historii komunistycznych Chin, którego uczestnikami byli głównie studenci. Na naszym, krajowym podwórku rolę tego placu spełniają szpitalne oddziały ratunkowe. Każdego dnia młodzi lekarze, głównie interniści, chirurdzy, ortopedzi i pediatrzy, próbują protestować przeciwko zmuszaniu ich do pełnienia dyżurów na SOR. Niestety, wobec władzy dyrekcji szpitali są jak nieznany, samotny buntownik stojący bezradnie przed czołgiem. Ordynatorzy i kierownicy specjalizacji najczęściej nie robią nic w ich obronie, ponieważ wiedzą, że na oddziałach tych brakuje personelu i bez darmowego wsparcia ze strony specjalizantów szpitale musiałyby ponosić koszty zatrudnienia dodatkowych dyżurnych.

Dlaczego młodzi nie chcą pracować na SOR, choć wciąż słyszą od starszych kolegów, jaka to szkoła życia i jak wiele mogą się tam nauczyć? Przez długie lata było to prawdą, ale w dzisiejszym stanie rozwoju medycyny przyszłemu endokrynologowi czy specjalście chirurgii ręki doświadczenia z izby przyjęć mogą się przydać jedynie jako scenariusz do sennych koszmarów. Nie mają związku ze specjalizacją, jaką wybrali, i zabierają cenny czas i energię, jaką mogliby poświęcić na osiągnięcie doskonałości w swojej dziedzinie. Czas ten jest cenny szczególnie w przypadku rezydentów. Po niedawnej XXIII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, która odbyła się 13–15 czerwca w Krakowie, postanowiliśmy podjąć walkę z tą patologiczną sytuacją. W opinii Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, jaką uzyskała Komisja Młodych Lekarzy przy NRL, jasno wynika, że dyżury na SOR nie są uwzględnione w programie specjalizacji i mogą być realizowane jedynie na podstawie oddzielnej umowy, za zgodą lekarza, pod warunkiem, że nie utrudniają przebiegu szkolenia. W myśl tej opinii oddelegowanie lekarza do pracy na SOR jest niezgodne z umową, jaką szpital zawarł z Ministerstwem Zdrowia, i według §2 ust. 5 skutkuje koniecznością zwrotu środków przekazanych z ministerstwa na realizację programu rezydentury. Dyrektorzy szpitali będą więc musieli ponieść koszty tych dyżurów. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że jeśli praktyka zmuszająca młodych lekarzy do pracy poza ich oddziałami będzie kontynuowana, zleci odpowiednie kontrole i egzekucję nieprawnie pobranych pieniędzy.

Mamy nadzieję, że skłoni to szpitale do zatrudniania większej liczby specjalistów medycyny ratunkowej i kształcenia w tym kierunku. Przyniesie to ogromne korzyści nie tylko młodym lekarzom, ale również pacjentom SOR. Młody ortopeda, po sześciu miesiącach pracy na oddziale zajmującym się endoprotezami, nie jest w stanie zapewnić prawidłowej opieki choremu, zgłaszającemu się w nocy z objawami ostrego brzucha. Generuje to ogromne koszty diagnostyki nawet w prostych przypadkach, bo niedoświadczony lekarz zleca więcej badań obrazowych i prosi o więcej konsultacji. W takiej sytuacji koszty szpitala rosną równie szybko jak kolejki na SOR. Jesteśmy przekonani, że skuteczna egzekucja obowiązującego stanu prawnego przyczyni się do normalizacji pracy młodych lekarzy i pozwoli na lepsze i sprawniejsze funkcjonowanie szpitali. ■

Filip Dąbrowski

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 5.

„Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

Dyskusja, czym jest samorząd zawodowy, toczy się od początku istnienia izb lekarskich. Wielu członków oczekuje od nich przede wszystkim reprezentowania i obrony interesów lekarzy. W rozważaniach na temat roli samorządu nie można jednak pominąć faktu, że jego ustawową rolą jest także sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza denty. Nie ma wątpliwości, że etyka i deontologia lekarska zajmują poczesne miejsce wśród elementów realizacji tego zadania. To właśnie samorząd samodzielnie określa zasady etyki lekarskiej (Kodeks Etyki Lekarskiej), upowszechnia je w różny sposób dba o ich przestrzeganie przez lekarzy i lekarzy denty. Jego obowiązkiem jest jednak nie tylko czuwanie nad przestrzeganiem zasad wykonywania zawodu przez członków samorządu, ale także (zgodnie z art. 1 KEL) nad ich godnym zachowaniem w sytuacjach pozazawodowych. Kodeks obliuguje przecież lekarzy i lekarzy denty do zachowywania dobrych obyczajów środowiskowych i unikania postępowania, które mogłoby naruszyć godność wykonywanego przez nich zawodu. Samorząd ma obowiązek nie tylko sprawowania pieczy nad swoimi członkami. Omawianym artykułem kodeksu zobowiązał się także do zabiegania o to, by przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej oraz sprzyjały ich przestrzeganiu. Nie należy się zatem dziwić, że samorząd podejmuje starania, aby przepisy sprzyjały przestrzeganiu zawodowej autonomii lekarskiej, wspierały właściwe relacje lekarz – pacjent, nie były sprzeczne z przyjętymi powszechnie zasadami wykonywania praktyki lekarskiej, gwarantowały prawo lekarzy i lekarzy denty do wolności sumienia itp.

Wydaje się, że wobec złej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce, która nie gwarantuje obywatelom dobrego dostępu do wysokiej jakości, bezpiecznej opieki zdrowotnej, a pracownikom służby zdrowia nie zapewnia godnych warunków pracy i rozwoju zawodowego, to zadanie samorządu powinno być postrzegane jako jeden z priorytetów i wspierane solidarnie przez wszystkich lekarzy i lekarzy denty. ■

Konstanty Radziwiłł



fot. egw

Homo homini res sacra

Tadeusz Tołłoczko

fragmenty

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)
Seneka

Cokolwiek myślimy i robimy, dążymy do tego, aby miało swój ład i sens. Ks. prof. Michał Heller mówi, że nauka daje rozumienie świata, a religia poczucie sensu. Poszukiwanie wiedzy (*science*) i sensu są to więc zadania uzupełniające się, bo rozum kojarzy się z doczesnością, a wiara z wiecznością. Mawia się, że piekło to nie tylko miejsce „piekielnego ognia”, lecz również miejsce, gdzie nie ma prawdy i nic nie ma sensu.

Klonowanie

Klon jest bliźniakiem, ale powstałym w wyniku manipulacji, oszukania natury. Klonujemy jednak tylko ciało, a nie umysł czy charakter. Klonowanie nie zapewnia więc ani zmartwychwstania, ani zachowania osobowości, ani świadomości. Myślenie, że przez klonowanie przedłuża się własną doczesną egzystencję jest błędne. Jeśli dawca jądra komórki somatycznej zabiłby swego klona, nie oznacza to, że popełnił samobójstwo, lecz „zwykłe” morderstwo.

Na podstawie danych statystycznych pochodzących z wielu ośrodków naukowych ocenia się, że geny wyznaczają nie więcej niż 48 proc. ilorazu inteligencji, a 52 proc. jest pochodną opieki prenatalnej, środowiska i edukacji.

Po co Ian Wilmut sklonował Dolly?

Pierwotnie firma PPL Therapeutics chciała wykorzystać owce do wytwarzania środków do leczenia hemofilii. Wilmut stwierdził, że klonowanie będzie sposobem otrzymywania dużych ilości substancji leczniczych, i że w wyniku wszczepiania odpowiedniego genu można otrzymywać zwierzęce modele ludzkich chorób, takich jak mukowiscydoza czy hemofilia. Zatem zastosował klonowanie, by otrzymać żywą fabrykę tanich leków. Od tej pory wszyscy staliśmy się świadkami kolejnej rewolucji naukowej, technologicznej i moralnej, zmieniającej świadomość naszej tożsamości i rozumienie pozycji, jaką zajmujemy w przyrodzie. Zmieniają się bowiem atrybuty naszej tożsamości oraz istoty człowieczeństwa, zrozumienia macierzyństwa. Podkreślaliśmy zawsze znaczenie swojej biologicznej niepowtarzalności, autonomii jednostki i jej godności. Pojawiło się jednak pytanie, czy biologiczna niepowtarzalność jest człowiekowi tak bardzo potrzebna? Bliźniakom monozgotycznym nie jest przecież niezbędna.

Klonowanie reprodukcyjne

W potocznym rozumieniu klonowanie polega na tworzeniu kopii z oryginału, w biologii – dzięki przeniesieniu jądra komórki somatycznej do komórki jajowej z usuniętym uprzednio jądrem. Metoda ta umożliwiałaby więc posiadanie potomstwa osobom pozbawionych komórek rozrodczych. Z klinicznego punktu widzenia wskazaniem do jej zastosowania u ludzi byłaby aspermia oraz usunięte jądra lub jajniki. Oblicza się, że na świecie jest około 150 mln mężczyzn dotkniętych całkowitą azoospermia. Metoda ta nie znajduje jednak praktycznego zastosowania u ludzi, ze względu na występujące mutacje somatyczne natury genetycznej.

Klonowanie terapeutyczne

Niepowtarzalność biologiczna chroni ludzi przed zbrodnictwem ich wykorzystywaniem jako dawców narządów do transplantacji przez przestępców, ale równocześnie utrudnia ratowanie zdrowia i życia ludzi chorych. Tę przeszkodę ominąć można metodą klonowania terapeutycznego.

Klonowanie terapeutyczne polega na hodowaniu ludzkich embrionów, które traktowane są jako źródło zarodkowych komórek macierzystych. Komórki te pozwalają na uzyskiwanie „części zamiennych” do naszych organizmów. Użykuje się w ten sposób zgodność tkankową między dawcą a biorcą, ponieważ dawca embrionalnych komórek macierzystych jest genetycznym bliźniakiem biorcy.

Ale w klonowaniu terapeutycznym wykorzystuje się embriony planowo skazane na uśmiercanie. Istota ludzka zostaje więc uprzedmiotowiona, traktowana jako materiał do obróbki. A człowiek jest przecież celem finalnym, ostatecznym, nie może być środkiem prowadzącym do celu (Kant). Jak w tym wszystkim uszanować istotę człowieczeństwa i uchronić godność człowieka przed instrumentalizacją? Klonowanie terapeutyczne obala normę moralną, zgodnie z którą należy otaczać szczególną opieką i szacunkiem zwłaszcza te istoty, które nie są w stanie same się bronić. A moralność nie może być jedynie wygodną umową między ludźmi. Dobro człowieka ma być przecież celem finalnym nauki.

Zdrowo żyć

Zapewne wiele osób, deklarujących się jako przeciwnicy klonowania terapeutycznego, zmieni stanowisko w obliczu śmiertelnej choroby i zgodzi się na wykorzystanie embrionalnych komórek macierzystych dla ratowania życia własnego lub dziecka. Los stawia wówczas przed dylematem: godnie umrzeć, czy zdrowo żyć? Nikt nie chce umierać, a jeśli już – chce iść do nieba. Do nieba, ale bez konieczności przestrzegania dekalogu.

Terapia genowa

Klonowanie pozwala również na „produkowanie” zarodków ludzkich z komórek, których materiał genetyczny został zmieniony w laboratorium. Dopiero te dwie procedury łącznie wiążą się z możliwością genetycznego modyfikowania człowieka przez selektywny dobór genów. To prowadzi zarówno do realnych korzyści, jak i zagrożenia dla gatunku *homo sapiens*. Ale można zadać pytanie: dlaczego tylko przez przypadek ma się urodzić następny Leonardo da Vinci? Einstein nie miał genialnych dzieci. Jego genotyp nie został zatem optymalnie „wykorzystany”. Ale pamiętajmy, że w ten sposób stwarza się możliwość selekcji genetycznej dla uzyskania *Herrenvolk*, czyli „rasy panów”. Trudno wątpić, że „wzmacnianie genetyczne” gatunku ludzkiego jest tylko kwestią czasu. Już dziś trudny do wykrycia doping genetyczny będzie w przyszłości wśród sportowców coraz częściej stosowany. ■

Choroby przyzębia

Z prof. dr hab. n. med. **Renatą Górską**, kierownikiem Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, krajowym konsultantem ds. periodontologii, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Dlaczego choroby przyzębia są groźne dla naszego organizmu?

Choroby przyzębia są przewlekłymi chorobami infekcyjnymi tkanek otaczających ząb i utrzymujących go w zębodole. Fakt, że są przewlekłe, ma istotne znaczenie, ponieważ proces zapalny może nie tylko oddziaływać miejscowo, ale także wpływać na zdrowie ogólne pacjenta. Bakterie występujące w kieszonce przyzębnej mają możliwość przedostawania się poza nią, do krwiobiegu, co uruchamia różne niepożądane mechanizmy biologiczne.

Pacjenci najczęściej zakładają, że nieleczona choroba przyzębia skutkuje powikłaniami miejscowymi, w postaci ropni, ruchomości zęba, w końcu jego utraty. Traktują to jako przykrość, bo upośledza funkcje, pogarsza estetykę, ale nie zdają sobie sprawy, że konsekwencje są dużo poważniejsze.

W związku z tym profilaktyka i leczenie chorób przyzębia odgrywają istotną rolę. Niestety, dotychczasowe działania profilaktyczne nie spełniają swojego zadania. Być może dlatego właśnie, że pacjenci nie znają skutków chorób przyzębia. Nie są świadomi, że mogą one stanowić czynnik ryzyka zawału serca, udaru mózgu, przedwczesnego porodu, niskiej wagi urodzeniowej noworodka lub wpływać na przebieg cukrzycy. Bagatelizują swoje dolegliwości. Mam nadzieję, że dzięki szeroko zakrojonym działaniom medialnym zwiększy się wiedza naszego społeczeństwa w tym zakresie.

Jaki jest mechanizm tego procesu?

Oddziaływanie stanu zapalnego jest procesem złożonym i nie do końca wyjaśnionym. Może to być działanie bezpośrednie – bakterie z kieszonki przyzębnej dostają się do krwiobiegu (bezpośrednie oddziaływanie bakterii na śródbłonek naczyń), a z niego – do poszczególnych organów, lub działanie pośrednie, polegające na przedostawaniu się powstałych w kieszonce mediatorów zapalnych (interakcje mediatorów zapalnych ze śródbłonkiem). Mogą także wpływać na destabilizację płytki miażdżycowej, co prowadzi do zawału mięśnia sercowego.

Czy mamy dane epidemiologiczne określające rozpowszechnienie tej choroby?

W 2011 i na przełomie 2013/2014 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia były prowadzone badania epidemiologiczne na próbie losowej wybranej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Udział w badaniu zaproponowano 20 tys. osób w wieku 35–44 i 65–74 lat, w czterech dużych ośrodkach: Białymstoku, Szczecinie, Wrocławiu, Warszawie, i w czterech mniejszych: Toruniu, Oławie, Łobzie i Elku. Niestety, zgłosiło się mniej niż 10 proc. zaproszonych,

udało nam się zbadać 1750 osób. Choć w zaproszeniu była informacja, że w przypadku wykrycia patologii w jamie ustnej zapewniamy leczenie w ramach NFZ, większość adresatów zlekceważyła badanie.

Wyniki są zatrważające. W grupie młodszych badanych tylko 1,7 proc. nie wymagało poprawy stanu higieny oraz interwencji lekarza. Około 15 proc. miało zapalenie dziąseł, prawie 23 proc. – zaawansowaną chorobę przyzębia, czyli zapalenie dziąseł, głębokie kieszonki (powyżej 6 mm) i/lub patologiczną ruchomość zębów. Wszyscy wymagali leczenia, co najmniej usunięcia złogów nazębnych, a 23 proc. – leczenia specjalistycznego. W grupie osób starszych wyniki były jeszcze gorsze, bowiem zdrowe przyzębie miało jedynie 0,7 proc. badanych.

Drugi rodzaj badań epidemiologicznych prowadzimy pod wspólnym patronatem prof. Grzegorza Opolskiego i moim. Badania te miały wykazać stan tkanek przyzębia u osób po świeżym zawale mięśnia sercowego (do 72 godz.), były prowadzone w pięciu ośrodkach akademickich, klinikach periodontologicznych i kardiologicznych w Warszawie, Białymstoku, Wrocławiu, Szczecinie oraz Lublinie. Zbadaliśmy około 600 osób. Średnia wieku pacjentów to 55 lat.

Blisko 40 proc. badanych wymagało leczenia specjalistycznego, nie było ani jednej osoby ze zdrowym przyzęciem. Stan przyzębia badanych odpowiadał mniej więcej wiekowi 68 lat, czyli ludzi o 13 lat starszych. Wyniki są więc dramatycznie złe. Bardzo dużo osób przebywających w szpitalu odmówiło zbadania jamy ustnej (pacjent musi wyrazić zgodę na badanie), mimo argumentu, że intensywny stan zapalny w jamie ustnej może wpływać na cały proces leczenia ich choroby (zawału lub udaru).

Zbadanych zapraszaliśmy po wyjściu ze szpitala do Kliniki Periodontologicznej, aby ich leczyć. Zgłosiła się tylko 1/4. Niektórzy przyszli na pierwszą wizytę, aby skorzystać z oczyszczenia zębów, otrzymać płyn do płukania, szczoteczkę, i więcej się nie pojawili.

Gdyby udało nam się u wszystkich pacjentów w tych ośrodkach zbadać poziom fibrynogenu, białka CRP, interleukin – tak jak było planowane, a następnie usunąć stan zapalny, to oni odnieśliby korzyści zdrowotne, a my mielibyśmy jedno z większych badań na świecie. Niestety, brak dyscypliny ze strony pacjentów to uniemożliwił.

A badania w innych krajach?

W kwietniu 2012 r. odbyło się w Segowii, w Hiszpanii, spotkanie periodontologów pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Periodontologii i Amerykańskiego Towarzystwa Periodontologicznego, na którym omawiano dokładne badania w tej dziedzinie wykonane nowoczesnymi metodami w ciągu ostatnich 15 lat. Ciągle nie znamy mechanizmu oddziaływania stanu zapalnego na zdrowie ogólne. Brakuje badań epidemiologicznych, które wskazywałyby, że leczenie interwencyjne choroby przyzębia powoduje obniżenie poziomu białka CRP, fibrynogenu i innych parametrów, będących czynnikiem ryzyka np. zawału mięśnia sercowego. Do tej pory badania na wielotysięcznej populacji nie zostały wykonane. Stany Zjednoczone są najbliższymi przeprowadzania takich badań.



Niemniej jednak konkluzja kongresu w Segowii była następująca: nawet bez wyników szerokich badań epidemiologicznych, wskazujących, że leczenie zapalenia przyzębia zmniejsza ryzyko występowania zawału mięśnia sercowego, niewątpliwie mamy przesłanki, aby mówić, iż zapalenie przyzębia może być czynnikiem ryzyka udaru, zawału serca, choroby miażdżycowej. Częstość występowania chorób serca u osób z zapaleniem przyzębia jest wielokrotnie większa niż u osób ze zdrową jamą ustną. Dysponujemy wieloma badaniami, które to dokumentują. Niewiedza nie usprawiedliwia. Nie znamy do końca zależności przyczynowo-skutkowej, ale mamy wiele przesłanek potwierdzających jej istnienie.

Jaka jest właściwa profilaktyka?

Po pierwsze pacjenci powinni zgłaszać się do periodontologa wcześniej, z mniej zaawansowanym stanem zapalnym. Łatwiej zlikwidować zapalenie dziąseł, bo jest to proces odwracalny, niż leczyć pacjenta z głębokimi kieszonkami, ubytkami kości wyrostka zębodołowego, który kwalifikuje się do leczenia specjalistycznego, opartego na farmakoterapii i zabiegach chirurgicznych, które są zresztą kosztowne i nie-refundowane przez NFZ.

Profilaktyka dotyczy przede wszystkim higieny jamy ustnej – starannego, skutecznego, regularnego oczyszczania powierzchni zębów i przestrzeni międzyzębowych przez pacjenta. Do oczyszczenia powierzchni międzyzębowych służą szczoteczki międzyzębowe lub nitka dentystyczna. Z ostatnich badań epidemiologicznych wynika jednak, że tylko 20 proc. osób oczyszcza przestrzeń międzyzębowe. Tylko około 50–60 proc. czyści zęby dwa razy dziennie, a około 10 proc. w ogóle tego nie robi. Trzeba również w gabinecie regularnie usuwać złogi nazębne.

Opierając się na własnym doświadczeniu, mogę powiedzieć, że jeśli pacjent nie radzi sobie z higieną jamy ustnej, można zasugerować zastosowanie szczoteczki elektrycznej. Z badań wiemy, że jest skuteczniejsza w usuwaniu płytki nazębnej niż szczoteczka manualna.

Mechanoterapia (oczyszczanie zębów) może być wspomagana przez pasty do zębów, płukanki, irygacje kieszonek przyzębnych. Pacjent powinien zgłaszać się do lekarza dentyisty minimum dwa razy w roku lub wcześniej, jeśli zaobserwuje pierwsze objawy stanu zapalnego – krwawienie podczas szczotkowania lub spożywania posiłków, zaczerwienienie dziąseł itd. Trudniej bowiem leczyć pacjenta, gdy choroba jest zaawansowana. ■



Fot. R. Natorski

Radomski szpital w kredytowej pętli

Hipoteka budynków i pieniądze z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia – to tylko część zabezpieczeń kontrowersyjnego kredytu, który ma zaciągnąć Radomski Szpital Specjalistyczny. Sytuacja finansowa lecznicy jest fatalna, co skutkuje m.in. wypłacaniem pracownikom tylko części należnego wynagrodzenia.

Gdzie leżą źródła problemów, które od dawna nękają radomską placówkę? Kierownictwo szpitala skarży się na politykę NFZ, który od lat nie zmienia stawki za tzw. punkt kontraktowy. Zbyt nisko wyceniane są także poszczególne procedury medyczne i limitowane świadczenia. Do tego dochodzą wyroki sądowe dotyczące wypłaty waloryzacji pensji dla lekarzy.

W czerwcu radomscy radni postanowili pomóc szpitalowi i podjęli decyzję o spłacie przez gminę straty RSS za 2013 r., czyli ponad 2,6 mln zł. Jednak niewiele to zmieniło, bo już miesiąc później na konta pracowników medycznych i administracyjnych wpłynęło tylko 90 proc. pensji. W kolejnych miesiącach sytuacja się powtórzyła.

Pytania bez odpowiedzi

W lipcu szpital ogłosił przetarg na udzielenie kredytu w wysokości 20 mln zł. To kwota niezbędna placówce do prowadzenia bieżącej działalności i m.in. wypłatę zaległych wynagrodzeń. Zainteresowanie współpracą z lecznicą wykazało kilka banków i instytucji finansowych, ale ostatecznie ofertę złożył tylko jeden podmiot – firma, która zaproponowała udzielenie kredytu, ale na surowych warunkach rynkowych. Koszt 20-milionowej pożyczki, spłacanej przez osiem lat, ma wynieść ponad 6,8 mln zł. Zabezpieczenie kredytu będzie stanowić m.in. hipoteka szpitalnych budynków, a także pieniądze z przyszłych kontraktów z NFZ.

Nic dziwnego, że plany RSS wywołały ożywioną dyskusję w świecie radomskiej służby zdrowia, a zwłaszcza polityki. „W obecnej sytuacji nie pozostało nic innego, jak ratować miejski szpital, który znalazł się nad finansową krawędzią, co pokazało niedawno wypłacanie pracownikom pensji w niepełnej wysokości. Dziwi jednak to, że inne miejskie podmioty – Port Lotniczy Radom S.A. czy wcześniej Miejskie Przedsiębiorstwo Komunikacji – otrzymywały pożyczki z budżetu miasta. Tymczasem szpital, który pełni tak ważną rolę społeczną, musi szukać pieniędzy na rynku” – głosi stanowisko radomskiej Platformy Obywatelskiej. „Trzeba postawić pytanie – co będzie, gdy lecznica nie będzie w stanie spłacić kredytu? Czy wierzyciel zajmie szpitalne budynki? Czy zajmie kontrakt z NFZ? Czy radomianie mogą się czuć bezpiecznie? Czy też staną przed widmem braku opieki medycznej?” – pytają autorzy listu.

Odpowiedzi na razie nie poznaliśmy. – Mam nadzieję, że nie będzie problemów ze spłatą kredytu – mówi Andrzej Pawluczyk, dyrektor RSS.

Prywatyzacja to nie rozwiązanie?

Zgodę na wzięcie pożyczki wyrazili radomscy radni. Zdaniem prezydenta miasta Andrzeja Kosztowniaka jest to jedyne rozwiązanie pozwalające uniknąć problemów z funkcjonowaniem szpitala. – Niestety, w podobnej, trudnej sytuacji znajduje się wiele placówek medycznych w Polsce. Kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia są niewystarczające. Pacjentów wciąż przybywa, wymagania wobec szpitali rosną, ale za tym nie idą pieniądze – przekonuje prezydent, który nie wyklucza, że w przyszłości gmina będzie musiała pomóc szpitalowi w spłacie kredytu.

Mimo kłopotów RSS władze Radomia nie planują przekształcenia lecznicy w spółkę, co, zdaniem niektórych specjalistów, mogłoby poprawić sytuację finansową placówki. – Po pierwsze, prywatyzacja jest niezgodna z naszymi poglądami. Po drugie, byłoby to nieoptyczne. Nadal bowiem NFZ płaciłby nam za usługi tyle samo, co wcześniej – twierdzi Andrzej Kosztowniak.

Warto dodać, że o pożyczkę ubiegała się niedawno także druga radomska placówka medyczna – Mazowiecki Szpital Specjalistyczny, który wystąpił do urzędu marszałkowskiego o kredyt w wysokości 27 mln zł. Ze względu na zły stan finansów województwa odpowiedź była jednak odmowna. ■

Rafał Natorski

Siedleccy lekarze wyróżnieni

Prezydent Siedlec wręczył doroczne honorowe nagrody – „Aleksandrie”: dr n. med. Agacie Włodek, ordynator Oddziału Neurologicznego Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach, oraz Pawłowi Żukowi, lekarzowi kardiologowi, prezesowi Zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach.

„Aleksandrie” przyznawane są od 1996 r. Do tej pory tą prestiżową w Siedlcach nagrodą wyróżniono 130 osób i instytucji, które swoją pracą i społecznikowską pasją przyczyniły się do rozwoju miasta w różnych sferach życia.

Finanse mazowieckich szpitali

Członek Zarządu Województwa Mazowieckiego Elżbieta Lanc, nadzorująca m.in. obszar zdrowia, spotkała się z dyrektorami szpitali oraz przedstawicielami Mazowieckiego Oddziału NFZ, by porozmawiać o problemach mazowieckich szpitali, ich oczekiwaniach i potrzebach.

Samorząd Województwa Mazowieckiego odpowiada za funkcjonowanie 29 podmiotów leczniczych, w tym 12 szpitali wieloprofilowych, 11 szpitali specjalistycznych i 4 stacji pogotowia ratunkowego. To jedne z najlepszych placówek w regionie. Tylko w ciągu pierwszego półrocza br. na ich oddziałach szpitalnych hospitalizowanych było 165 tys. osób. Samorząd Mazowsza w ciągu ostatnich 15 lat przeznaczył na inwestycje, remonty, informatyzację placówek oraz zakup karetek i sprzętu medycznego ponad 1,2 mld zł. W 2013 r. podległe mu lecznice w ramach kontraktów z NFZ otrzymały przeszło 10 mld zł. Kluczową kwestią są – generujące duże straty – świadczenia udzielane pacjentom ponad limit określony w kontrakcie z NFZ. Tylko w 2013 r. ich wartość przekroczyła 57 mln zł, z czego aż 53 mln zł przeznaczono na

leczenie szpitalne, pozostałą kwotę na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Wniosek z tych danych jest prosty: mazowieckie szpitale leczą za pieniądze, których nie mają. W 2013 r. oddziały szpitalne placówek „wypracowały” z tego powodu stratę aż 174 mln zł. Pierwsze półrocze 2014 r. mazowieckie placówki kończą z nadwykonaniami przekraczającymi 62 mln zł. Dyrektorzy szpitali zwracali uwagę na niedoszacowanie stawek na różnego rodzaju świadczenia specjalistyczne, do których należą opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii dzieci i młodzieży. Jest również potrzeba przywrócenia korzystniejszego dla działalności szpitali półrocznego okresu rozliczeniowego. Podczas rozmów zwrócono też uwagę na działanie niesprawiedliwego algorytmu podziału środków między centralę NFZ a województwo mazowieckie (tzw. janosikowe bis), co również utrudnia rozwój i działalność szpitali. Zgodnie z algorytmem NFZ mieszkańcy Mazowsza znacznie więcej wpłacają do systemu w ramach swojej składki zdrowotnej niż przekazywane jest na ich leczenie w mazowieckich szpitalach i przychodniach. W 2013 r. ta różnica wyniosła ponad 1,3 mld zł.

Będzie nowy budynek szpitala psychiatrycznego w Żąbkach

Samorząd Mazowsza zdecydował, że powstanie nowy budynek, do którego przeniesie się Mazowieckie Centrum Psychiatrii Drewnica Sp. z o.o. w Żąbkach.

W obiekcie o powierzchni 22 tys. mkw. będzie 300 łóżek dla pacjentów. Realizacja przedsięwzięcia ma nastąpić za pośrednictwem samorządowej spółki. Budynki, powstałe na początku XX w., w których funkcjonuje szpital, nie spełniają norm i nie nadają się do dalszej eksploatacji. Finansowanie inwestycji zapewni bank, dla którego zabezpieczeniem jest zapis w Wieloletniej Prognozie Finansowej. Samorząd zobowiązuje się co roku podnosić kapitał spółki. Całkowity koszt budowy z finansowaniem szacowany jest na 300 mln zł. ■ **pk**

„Razem dla słuchu”

Według badań TNS Polska „Słuch polskich seniorów 2014”, wykonanych latem br., opracowanych na zlecenie portalu razemdlaśluchu.pl, aż 77 proc. osób powyżej 60. roku życia twierdzi, że ma problemy ze słuchem, a tylko 31 proc. ma zdiagnozowany ubytek słuchu. Skala problemu kwalifikuje niedosłuch do kategorii chorób cywilizacyjnych.

Powszechną przyczyną utraty słuchu jest wiek. Starzenie się to naturalny proces, podczas którego sprawność ucha ulega stopniowemu osłabieniu. Drugą ważną przyczyną powstawania wad słuchu jest codzienne przebywanie w hałasie. W przypadku niektórych osób permanentny szum jest elementem aktywności zawodowej. Pojawienie się głuchoty starczej ma duży wpływ na życie codzienne, może prowadzić do izolacji w społeczeństwie, powoduje osamotnienie, depresję, frustrację, prowadzi do spadku jakości życia.

Wyniki badań pokazują, że lekarze pierwszego kontaktu pytają o problemy ze słuchem podczas wizyt tylko 43 proc. pacjentów. 47 proc. biorących udział w badaniu nigdy nie zostało o to zapytanych nawet podczas wizyt u laryngologa związanych z problemem niedotyczącym uszu.

– W przypadku głębokich niedosłuchów, gdy inne metody leczenia (farmakoterapia, aparaty słuchowe) nie przynoszą już efektów, skuteczne są implanty słuchowe – mówi prof. dr hab. Kazimierz Niemczyk, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii WUM w Warszawie. – Tak się dzieje w zdecydowanej większości przypadków i wiek nie może być czynnikiem uniemożliwiającym skorzystanie z leczenia.

Implanty słuchowe to elektroniczna proteza słuchu powszechnie stosowana na świecie. Jednak jej znajomość w Polsce jest bardzo słaba. Większość seniorów (70 proc.) nie słyszało o niej. A jest to zabieg całkowicie refundowany przez NFZ. Informację na temat tego zabiegu można uzyskać dzięki infolinii „Razem dla słuchu”, tel.: 22-333-30-00. ■ **mkr**

Zasoby geriatryi na Mazowszu

Od kilkunastu lat w dyskusjach publicznych obecna jest kwestia starzenia się polskiego społeczeństwa i związanych z tym problemów, także problemów organizacyjnych w ochronie zdrowia. Jednak, poza dyskusją, niewiele się dzieje w tym zakresie. Służba zdrowia nadal jest nieprzygotowana do podejmowania coraz większych zadań związanych z opieką nad ludźmi starszymi.

Populacja ludzi w wieku powyżej 60. roku życia jest nie tylko coraz liczniejsza, ale też – jak wykazały badania, prowadzone kilka lat temu w ramach projektu PolSenior – bardzo schorowana. Liczne schorzenia, m.in.: neurologiczne (padaczka, choroba Parkinsona), układu krążenia, upośledzenie wzroku i słuchu, upośledzenie ruchowe, cukrzyca, są bardzo rozpowszechnione i niedostatecznie leczone. Brak zwłaszcza specjalistycznych ośrodków neurologicznych i geriatrycznych zajmujących się leczeniem osób starszych.

Sytuacja w województwie mazowieckim przedstawia się podobnie jak w całej Polsce. Z danych z roku 2013 wynika, że na Mazowszu umowę z NFZ miało osiem ambulatoryjnych placówek geriatrycznych: sześć w Warszawie, jedna w Siedlcach i jedna w Żyrardowie. Do 2012 r. nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, w 2013 powstały dwa pododdziały – w Klinice Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości Szpitala Klinicznego CMKP im. prof. W. Orłowskiego oraz w Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus WUM. Ale pierwszy z nich nie miał kontraktu z NFZ. Oba są 10-łóżkowe. Ponadto pracowały cztery oddziały psychogeriatryczne stacjonarne i trzy dzienne. Długoterminową pomoc opiekuńczo-leczniczą świadczyło sześć placówek w Warszawie i 48 poza stolicą. Te dane należy zestawić z liczbą mieszkańców Mazowsza – 5,3 mln, z czego 807 tys. (15,21 proc.) stanowią osoby powyżej 65. roku życia.

Równie szczupła jest kadra lekarska ze specjalizacją z geriatryi – posiada ją zaledwie 32 lekarzy, ale tylko 16 pracuje w charakterze geriatrów. Zły stan pogłębia fakt, że brakuje również pielęgniarek, opiekunów medycznych, opiekunów osób starszych profesjonalnie przygotowanych do tej pracy.

Powstanie szpitalnych jednostek geriatrycznych nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych ludzi starszych, lecz umożliwiło utworzenie ośrodków akredytowanych do prowadzenia specjalizacji z dziedziny geriatryi. Szpital im. Orłowskiego otrzymał sześć miejsc akredytacyjnych, Szpital Dzieciątka Jezus – dziewięć. Ponadto SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku użyczył Mazowszu dwa miejsca na swoim Oddziale Geriatryi. Zatem powstało 17 miejsc szkoleniowych. Niestety, w sesji jesiennej 2013 r. chęć podjęcia kształcenia zgłosiło tylko 11 lekarzy, sześć miejsc pozostało wolnych.

Studenci Wydziału Lekarskiego WUM nie mają obowiązkowych zajęć w zakresie geriatryi, kształcenie z tego przedmiotu stanie się obowiązkowe za trzy lata. Zajęcia z geriatryi obowiązują studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Jednym z powodów małego zainteresowania placówek medycznych oraz lekarzy geriatryą jest z pewnością niska wyce-

na świadczeń z tego zakresu. Jedno ze świadczeń szpitalnych: Całościowa Ocena Geriatryczna, obejmujące badanie stanu funkcjonalnego, fizycznego, psychicznego i umysłowego chorego w wieku 65 lat i więcej z wielochorobowością oraz zestaw badań laboratoryjnych, według NFZ ma wartość trzech punktów. Taka wycena nie pokrywa kosztów świadczenia. Zdaniem wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie geriatryi, dr Elżbiety Kozak-Szkopek, jego wartość powinna wynosić minimum 10 punktów. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne uważa, że wycena punktowa poszczególnych świadczeń szpitalnych z zakresu geriatryi z zasady powinna być wartościowana podwójnie, ze względu na konieczność leczenia wszystkich chorób pacjenta powyżej 65. roku życia i związanej z tym poszerzonej diagnostyki oraz rehabilitacji. Geriatryczne usługi ambulatoryjne każdego pierwszorazowego pacjenta (Całościowa Ocena Geriatryczna) powinny zostać zaliczone do świadczeń kosztochłonnych.

Na większości oddziałów szpitalnych ponad 50 proc. hospitalizowanych stanowią pacjenci w wieku podeszłym. Ze względu na brak oddziałów geriatrycznych i możliwości ich tworzenia w wyniku niedoboru lekarzy geriatrów, dr Elżbieta Kozak-Szkopek proponuje tworzenie w szpitalach stanowisk lekarza konsultanta ds. geriatryi. Jest to potrzebne, tym bardziej że należy zapewnić odpowiednie miejsca pracy dla lekarzy uzyskujących specjalizację. Istotne jest także zwiększenie liczby poradni geriatrycznych, ale wiąże się to z koniecznością zmodyfikowania kontraktów tych usług. ■

Małgorzata Skarbek

Cukrzyca – ukryta pandemia

W najnowszym raporcie na temat cukrzycy w Polsce stwierdza się, że generuje ona coraz większe koszty. Wydatki na leczenie pacjentów maleją, ale leczenie powikłań pochlania już połowę ogólnych kosztów związanych z tą chorobą. Są one szacowane na co najmniej 7 mld zł rocznie.

Składają się na nie koszty bezpośrednio leczenia oraz pośrednie, związane z utraconą produktywnością z powodu nieobecności lub niezdolności do pracy oraz przedwczesnymi zgonami. Po raz pierwszy udało się określić koszty pośrednie – w zależności od zastosowanej metody obliczeń kształtują się na poziomie od co najmniej 360 do nawet 650 mln zł rocznie. Z powodu cukrzycy w Polsce umiera przedwcześnie ponad 23 tys. osób rocznie.

Liczba chorych na cukrzycę w naszym kraju szacowana jest przez Międzynarodową Federację Cukrzycy na 3 mln. 1/3 chorych może nie zdawać sobie sprawy ze swojego stanu zdrowia, bo w początkowym okresie cukrzyca nie daje objawów. Wiele osób z grup ryzyka cukrzycy typu drugiego po 45. roku życia, z nadwagą i wysokim ciśnieniem nie wykonuje regularnych badań. Późne powikłania występują u pacjentów, którzy nie osiągają celów leczenia. U takich pacjentów mogą pojawiać się nawracające epizody hipoglikemii, szczególnie jeżeli ich terapia opiera się na insulinie.

Aby zapanować nad epidemią cukrzycy, konieczna jest głębsza współpraca ekspertów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, ale również politykę społeczną i edukację. ■ **mkr**

Ochrona w pakiecie

- jak zadbać o kompleksowe zabezpieczenie indywidualnych potrzeb lekarza?

Zawód lekarza a odpowiedzialność cywilna

Zawód lekarza i lekarza dentyści jest zawodem zaufania społecznego. Wiąże się to z wysoką pozycją społeczną, ale jednocześnie obarczone jest dużą odpowiedzialnością. Codziennie podejmowane decyzje dotyczące zdrowia i życia ludzi rodzą ryzyko ewentualnych błędów czy zdarzeń niepożądanych. Odpowiedzialność cywilna lekarzy ma charakter materialny, a kwoty odszkodowań w orzecznictwie sądów polskich są coraz wyższe.

Jak zadbać o odpowiednią ochronę w życiu zawodowym i prywatnym?

Wieloletnia współpraca INTER Polska ze środowiskiem medycznym pokazuje, że regulacje prawne oraz specyfika i ilość ryzyk w zawodzie lekarskim wymagają kompleksowej i stale aktualizowanej ochrony. Naszą ofertę opracowali eksperci i praktycy znający doskonale rynek medyczny. Specjalistyczne pakiety ubezpieczeniowe uwzględniają zarówno obowiązki prawne, jak i potrzeby związane z różnymi formami wykonywania zawodu. Wiemy też, że lekarz potrzebuje dobrej ochrony także w życiu prywatnym, choćby przy ubezpieczeniu domu czy wyjazdu zagranicznego.

Oferta pakietowa INTER Polska zawiera:

- obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie OC,
- pomoc prawną w przypadku roszczeń, także w trakcie trwania procesów sądowych,
- ubezpieczenie przychodów dla zatrudnionych na kontrakcie,
- ubezpieczenie gabinetu (praktyki lekarskiej),
- ochronę w przypadku zakażenia HIV i WZW podczas pracy,
- ubezpieczenie na życie dla lekarzy pracujących na kontrakcie,
- ubezpieczenie domu lub mieszkania,
- ubezpieczenie turystyczne,
- ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

Od 1 października zapraszamy do nowej siedziby Oddziału Warszawa TU INTER Polska S.A.

ul. Puławska 14, 02-512 Warszawa
I piętro w budynku Coopexim
Nr tel. 22 639 74 30 - 31 | 22 664 98 27



Masz polisę w INTER Polska?
Pytaj o specjalny rabat.

W INTER Polska lekarze i lekarze dentyści są zawsze w centrum uwagi. Z dumą oferujemy Państwu kompleksową ofertę w najszerszym na rynku zakresie.

Dlaczego pakiet?

- zależnie od rodzaju wykonywanych przez Państwa świadczeń oraz formy zatrudnienia, możecie Państwo potrzebować różnego rodzaju ochrony,
- pakietowa oferta daje możliwość uzyskania atrakcyjnych zniżek na ubezpieczeniu OC,
- pakiety przygotowane przez INTER Polska to optymalna ochrona, dająca realne wsparcie w trudnej sytuacji zawodowej i wsparcie w życiu prywatnym.

Akredytacja dla Szpitala Praskiego

19 września 2014 r. Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. otrzymał Certyfikat Akredytacyjny.

Minimum wymaganym do uzyskania certyfikatu jest 75 proc. punktów możliwych do zdobycia. Praska placówka przy pierwszej próbie uzyskała wysoki wynik – 82 proc. Proces akredytacyjny odbył się w ramach projektu współfinansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”.



Fot. archiwum szpitala

– Dla pacjentów Certyfikat Akredytacyjny jest gwarancją jakości usług. Dla placówki to ukoronowanie wysiłku wszystkich pracowników zespołu i jednocześnie zobowiązanie – powiedział Krzysztof Rymuza, prezes zarządu szpitala. – Utrzymanie wysokiej jakości usług medycznych wymaga bowiem dużego zaangażowania, systematycznej pracy, stałego doskonalenia komunikacji wewnętrznej i wychodzenia naprzeciw zmieniającym się potrzebom pacjentów. Samo przygotowanie do procesu akredytacyjnego daje zaś przekonanie, że każdy pracownik szpitala jest częścią zespołu starającego się o jakość świadczeń.

Zarząd szpitala liczy, że posiadanie certyfikatu pozwoli na zdobycie wyższego kontraktu z NFZ. ■ **mkr**

„Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży” – to temat pierwszej konferencji naukowej zorganizowanej przez Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o.

Komitet naukowy konferencji, która odbyła się we wrześniu 2014 r., tworzyli: dr n. med. Lidia Popek, doc. dr hab. Anita Bryńska, prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk i prof. dr hab. n. med. Filip Rybakowski, których praca zawodowa jest od wielu lat wyznacznikiem kierunków leczenia w tej dziedzinie medycyny.

W konferencji wzięło udział ponad 140 osób z całego kraju: lekarze, psycholodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, terapeuci uzależnień oraz pracownicy placówek związanych z leczeniem i terapią osób z zaburzeniami psychicznymi.



Fot. archiwum szpitala

Jolanta Zaklika – prezes zarządu, oraz dr n. med. Andrzej Sadowski – dyrektor ds. medycznych Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie

W pięciu sesjach tematycznych omówiono m.in. problemy i diagnozę: zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, zaburzeń snu u młodzieży szkolnej i leczonej psychiatrycznie, uzależnień chemicznych i behawioralnych oraz metod wczesnego wykrywania zaburzeń ze spektrum autyzmu. ■ **hb**

Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 9 października 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	1	choroby płuc	2	laryngologia	3	psychiatria	5	stomatologia pedodon.	2
alergologia dzieci.	1	choroby wewn.	27	med. paliatywna	1	psychiatria dzieci.	2	stomatologia periodon.	2
andrologia	1	dermatologia	4	med. ratunkowa	5	radiologia	4	stomatologia protetyka	4
anestezjologia	2	endokrynologia	6	med. rodzinna	18	rehabilitacja med.	4	urologia	1
lekarz bez spec.	6	gastroenterologia	3	neonatologia	1	reumatologia	4	USG	5
chirurgia dzieci.	1	geriatria	2	neurologia	7	stomatologia	9	konsultant medyczny	1
chirurgia nacz.	1	ginekologia i poł.	8	okulistyka	1	stomatologia chirurg.	2		
chirurgia ogólna	8	hematologia	1	ortopedia	8	stomatologia endodon.	1		
chirurgia onkolog.	1	kardiologia	6	pediatria	20	stomatologia ortodon.	6		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Prof. Henryk Skarżyński doktorem *honoris causa*



Fot. archiwum IFiPS

We wrześniu Senat Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie nadał prof. Henrykowi Skarżyńskiemu tytuł doktora *honoris causa* za „wybitne osiągnięcia w zakresie otorynolaryngologii, audiologii i foniatrii, pełną oddania służbę społeczeństwu i nauce, przejawiającą się w opracowaniu i realizowaniu wielu programów leczenia głuchoty u dorosłych, a szczególnie u dzieci, oraz za długoletnią i owocną współpracę z Wydziałem Humanistycznym Uniwersytetu, w wyniku której został utworzony unikatowy kierunek »logopedia z audiologią« i nastąpił rozwój badań naukowych (...)”. Promotorem doktoratu prof. Henryka Skarżyńskiego był prof. dr hab. Stanisław Grabias z Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, który wygłaszając laudację, nie szczędził słów podziwu. ■ rk

REKLAMA

Praca dla lekarzy w Wielkiej Brytanii



Specjaliści:

- anestezjologia
- neurologia
- geriatra
- gastroenterologia
- choroby wewnętrzne
- chirurgia ogólna

Zarejestruj się

☎ 22 292 68 34
recruitment@neshealthcare.pl
www.neshealthcare.pl

NES Healthcare jest firmą z prawie 30-letnim doświadczeniem w rekrutacji medycznej na rynku brytyjskim i ponad 7-letnim doświadczeniem w Polsce.

Zapał jest, systemu brak

Działalność różnych stowarzyszeń niosących pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi pokazuje, że pacjenci, ich rodziny, pracownicy medyczni i opieki społecznej mają bardzo dużo energii nakierowanej na skuteczne wsparcie chorych. Brakuje jednak koordynacji działań i odpowiedniego finansowania, by psychiatria środowiskowa we właściwy sposób pomagała wszystkim potrzebującym. Do takich wniosków doszli uczestnicy III Forum Psychiatrii Środowiskowej, które odbyło się w październiku w Warszawie.

– *Problemem jest też stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi, nawet ze strony lekarzy, specjalistów innych dziedzin niż psychiatria* – mówił konsultant wojewódzki dla Mazowsza prof. Marcin Wojnar. Na zmianę tego stanu rzeczy mogą mieć też wpływ politycy i osoby znane, które chętnie fotografują się z chorymi dziećmi, natomiast bardzo rzadko np. ze schizofrenikami.

Podczas forum swoją działalność prezentowały liczne organizacje pozarządowe. Miasto stołeczne Warszawa w dużym stopniu dotuje ich funkcjonowanie. Narodowy Fundusz Zdrowia, który finansuje poradnie zdrowia psychicznego oraz szpitale psychiatryczne, przeznaczą na ten cel zbyt skąpe środki. Psychiatry są zgodni, że pieniędzy jest za mało i to promuje niekorzystne dla pacjentów leczenie szpitalne.

Zbyt często też współpraca między różnymi podmiotami to kwestia nie tyle systemu, ile zapału zaangażowanych osób. Pomoc pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, żeby była skuteczna, powinna być interdyscyplinarna. Muszą współpracować ze sobą: oddział szpitalny, poradnia zdrowia psychicznego, ośrodek pomocy społecznej i organizacje pozarządowe. Zręby takiej współpracy powstały na Woli, odkąd działa Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego, które ściśle współpracuje z wolskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, gdzie istnieje klub samopomocowy dla pacjentów i ośrodek wsparcia dla osób z chorobą Alzheimera.

Przed kilku laty został ogłoszony Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, ostatnio zresztą szeroko dyskutowany w kontekście tego, że... nie jest realizowany. – *Żeby działał, musi powstać ośrodek wykonawczo-koordynacyjny na poziomie krajowym, należy dokonać zmiany sposobu finansowania psychiatrii w taki sposób, by ciężar leczenia spoczywał na centrach zdrowia psychicznego, a nie na szpitalach, i utworzyć sieć takich centrów* – wyjaśnia Marek Balicki. Psychiatry i inni profesjonaliści zajmujący się osobami z zaburzeniami psychicznymi zgodnie twierdzą, że więcej pieniędzy powinno być przeznaczanych na wsparcie tych osób, ale i w ramach obecnego finansowania można zrobić wiele więcej. ■

Justyna Wojteczek



100 lat za Holendrami

Filip Dąbrowski

Obiecywano nam już drugą Japonię, potem drugą Irlandię. W swoim exposé premier Kopacz nie obiecywała przenosić Polski w inne miejsce, choć obiecała bardzo dużo – także nam, młodym lekarzom.

Politycy obiecywali wszystkim rodakom możliwość wyjazdów na zagraniczne wycieczki, ale niewiele dla społeczeństwa z tych obietnic wynikło, Polacy wyjeżdżają natomiast w poszukiwaniu chleba i normalności. Popularnymi wśród medyków kierunkami są: Anglia, Niemcy i Skandynawia, ja jednak ostatnio pojechałem do Holandii. W odróżnieniu do większości lekarzy nie osiedliłem się na stałe i po tygodniu obserwowania pracy szpitala w Rotterdamie wróciłem do macierzystej kliniki.

Po doświadczeniach pracy „na NFZ” nie wiem, czy wytrzymałbym tam dłużej. W całym szpitalu panuje niesłychanie niepokojący... spokój! Nikt nie biega, nie spieszy się, ludzie są uprzejmi, a drogowskazy klarowne i czytelne (na nieznaną holenderskiego czekają uśmiechnięci i przyzwyczajeni mówiący po angielsku pracownicy informacji). Organizacja pracy na oddziałach na najwyższym światowym poziomie. Obchód prowadzony jest przez interdyscyplinarny zespół, składający się z raptem czterech osób: chirurga i internisty oraz rezydenta i pielęgniarki. Zespół ten rozpoczyna pracę od przejrzenia wyników badań w komputerze. Na wydruki nikt nie marnuje papieru, a tabele na ekranie pozwalają łatwo śledzić zmiany w wynikach i oglądać badania obrazowe. Wszyscy ze sobą współpracują, dzięki temu pacjent nie przechodzi z rąk do rąk (od internisty, przygotowującego do zabiegu, przez chirurga do onkologa). W efekcie zachowuje się ciągłość opieki i unika niepotrzebnych powikłań czy przerw w terapii. W szpitalu cieszą też drobne rzeczy. Poranek rozpoczyna się od kawy, którą szpital zapewnia zarówno pracownikom oraz pacjentom, jak i ich rodzinom. W Polsce ten problem też rozwiązano, tylko inaczej – lekarze z nadmiaru pracy nie mają czasu napić się kawy, a gdyby dać ją pacjentom, mieliby za dużo wigoru na walkę w kolejce do gabinetu. Nadmienię jeszcze, że w Holandii zespołowi na bloku operacyjnym zapewnia się drobne przekąski i przestronny pokój socjalny.

Między polskim a holenderskim podejściem do ochrony zdrowia można znaleźć więcej różnic. W naszym kraju działa monopolista – NFZ, w o wiele mniejszej Holandii nad opieką zdrowotną czuwa kilku prywatnych ubezpieczycieli. Konkurują oni o pacjentów, co oznacza, że dążą do zapewnienia najwyższej jakości opieki.

Co stanowi o sile ich systemu? Po pierwsze od 2008 r. jest całkowicie skomputeryzowany. Każdy pacjent ma internetowe *dossier* z wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych oraz opisami zabiegów i operacji. Jeżeli chory dostarcza dane uzyskane podczas wcześniejszych badań, są one od razu skanowane i wgrywane do systemu. Wychodzący ze szpitala pacjent nie otrzymuje karty wypisowej, bo lekarz prowadzący wpisuje w komputerze list

do lekarza rodzinnego, w którym przedstawia zastosowane leczenie. Każdy lekarz ma zdalny dostęp

do systemu z domu. Dzięki temu dyżurujący pod telefonem konsultant może zapoznać się z przypadkiem pacjenta i doradzić kolegom, którzy są w tym momencie w szpitalu. Lekarz rodzinny ma w Holandii bardzo ważną pozycję, stanowi klucz dostępu do całego systemu (u nas często rolę tę pełni dyżurny na SOR). Nikomu nie muszą tłumaczyć, jak odmiennie wygląda plan leczenia przygotowany na nocnym polu bitwy od tego sporządzonego w sztabie dywizji. W Holandii, jeśli ktoś pojawi się bez skierowania od lekarza rodzinnego w izbie przyjęć, np. z ugrzyzieniem przez kleszcza czy drobnym skaleczeniem, musi liczyć się z solidnym rachunkiem, którego nie pokryje żaden ubezpieczyciel. Wszyscy rozumieją, że problem, który można rozwiązać w poradni, właśnie tam powinien być rozwiązany. W ambulatorium pacjenci zapisywani są w krótkim terminie na konkretną godzinę. W Polsce często bywa, że jeśli lekarz przyjmuje od 14 do 17, wszyscy chorzy muszą przyjść na 14 i czekać na swoją kolej. Jak ktoś nie przyjdzie, inni cieszą się ze skrócenia kolejki – relatywnego przecież, bo dotyczącego tylko tego jednego dnia. Ogólna kolejka, zamiast topnieć, przez takie sytuacje wydłuża się każdego dnia. W Holandii spóźniony pacjent traci wizytę, ale zanim umówi się na następną, musi zapłacić za stracony czas personelu.

Drugim filarem holenderskiego systemu zdrowotnego jest wykwalifikowany średni personel lekarski. Sekretarki medyczne i specjalnie przeszkolone pielęgniarki nie tylko wypełniają większość dokumentacji, ale także samodzielnie przeprowadzają wywiad i konsultują standardowe przypadki pacjentów. Lekarz wysłuchuje ich raportu, bada i podejmuje decyzje. Przyjmuje więc większą liczbę chorych, dzięki czemu przychodnia może mu sensownie zapłacić. Zadowoleni są również pacjenci, ponieważ mają czas, aby spokojnie porozmawiać z pielęgniarką, wyjaśnić swoje wątpliwości, a jednocześnie uzyskać specjalistyczną poradę zdrowotną.

Powierzchnia Holandii jest niewiele większa od powierzchni województwa mazowieckiego. Niektórzy powiedzą, że w tak małym kraju łatwiej o sprawny system opieki zdrowotnej i działającą sieć informatyczną. Pamiętajmy jednak, że na tym niewielkim obszarze żyje prawie 17 mln ludzi. Skala prowadzonych tam przedsięwzięć jest więc porównywalna z naszą. Czy kiedyś uda nam się doścignąć Holendrów w tym zakresie? Cóż, w tym roku pokonałimy Brazylię w piće siatkowej. Jak widać marzenia się spełniają. Jeśli w środowisku medycznym uda się rozbudzić taki entuzjazm jak wśród kibiców siatkówki, może również i nam uda się wygrać z panującym w Polsce skostniałym systemem. ■



Rak płuca

37. sesja Szkoły Pneumologii poświęcona była jednemu z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata, jakim jest rak płuca.

Otwierając konferencję, prof. Jerzy Kozielski ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przypomniał, że nowotwory towarzyszą nam od starożytności, ale zaledwie 100 lat temu uważano, że rak płuca to jedna z rzadzych chorób. Nie przewidziano jednak skutków rozpowszechnienia się nałogu palenia tytoniu. Dziś rak ten jest najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych. Dr Joanna Didkowska z Centrum Onkologii przedstawiła epidemiologię raka płuca w Polsce i na świecie. We wszystkich krajach obserwuje się związek zapadalności na ten nowotwór z nałogiem nikotynowym. Choć rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, więcej umiera z powodu raka płuca.

Doc. Andrzej Chciałowski z WIM podkreślił, że choroba długo przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Wczesne wykrycie utrudnia nieswoisty charakter głównych symptomów choroby. Obserwowane objawy paranowotworowe sugerują różnorodne problemy chorobowe.

Natomiast doc. Rafał Krenke z WUM przedstawił postęp w badaniach bronchoskopowych, odgrywających kluczową rolę w diagnostyce raka płuca. Spektakularne wyniki swoich prac zaprezentowali chirurdzy z Bystrej i Bielska-Białej, dr Piotr Zdunek i Adam Pawlak. Mają duże doświadczenie w wykonywaniu punkcji (grubo- lub cienkoigłowych, dokonywanych przez ścianę klatki piersiowej) zmian guzowatych w płucach z wykorzystaniem obrazu tomografii komputerowej. W doświadczeniach rękach jest to bardzo skuteczna i bezpieczna metoda diagnostyczna, ale wymaga wielkiej precyzji.

Gościem honorowym sesji była dr Renata Langfort, kierownik Zakładu Patomorfologii IGiChP.

Drugą sesję rozpoczął wykład dr Iwony Bestry z IGiChP na temat zmian radiologicznych w przebiegu raka płuca. Doc. Jolanta Kunikowska z WUM podzieliła się ze słuchaczami swoim doświadczeniem w tej dziedzinie. Dr R. Langfort przedstawiła nową klasyfikację histopatologiczną raka płuca. Precyzyjne określenie typu morfologicznego nowotworu wymaga wykonania specjalistycznych badań histochemicznych. Podkreślono konieczność ścisłej współpracy pulmonologów, radiologów, torakochirurgów, patologów i genetyków. Współczesna onkologia nie poprzestaje na ocenie morfologicznej i coraz częściej leczenie opiera się na pogłębionej diagnostyce molekularnej. Zagadnienie to przedstawiła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko z IGiChP. W bardzo krótkim czasie nastąpił wielki postęp – molekularne markery predykcyjne umożliwiają prowadzenie terapii celowanej u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca.

Trzecią sesję rozpoczął wykład prof. J. Kozielskiego na temat wczesnego wykrywania raka płuca. Wszystkie próby badań przesiewowych okazały się nieskuteczne i nie są zalecane. Przedstawiono algorytm postępowania w przypadku wykrycia w płu-

cach zmian, co do których istnieje podejrzenie, że są zmianami nowotworowymi. Najważniejszą metodą leczenia raka płuca jest zabieg operacyjny. Wybitny ekspert w tej dziedzinie prof. Tadeusz Orłowski z IGiChP przedstawił zasady kwalifikowania do zabiegu i postępy w leczeniu operacyjnym, jakich dokonano w ostatnim czasie. Dr Dariusz Kowalski z Centrum Onkologii wygłosił wykład na temat systemowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca. Wskazał na potrzebę indywidualizacji terapii związanej z typem histologicznym i molekularnym guza, stanem klinicznym chorego i reakcją na leki. Drugą metodą paliatywnego leczenia jest napromieniowanie guza. Problem ten przedstawiła dr Elżbieta Chmielewska, również z Centrum Onkologii. Skuteczność tej metody znacznie się poprawiła dzięki frakcjonowaniu dawki, nieprzekraczaniu dawek maksymalnych i wprowadzeniu metod oszczędzających napromieniowanie zdrowych tkanek.

Ostatnią sesję otworzył wykład dr Anny Nasiłowskiej z WIM na temat specyfiki raka drobnokomórkowego. Charakteryzuje się on szybkim szerzeniem do okolicznych węzłów chłonnych i odległych narządów. Niezwykle ważny wykład dotyczący leczenia wspierającego u chorych na raka płuca wygłosiła dr Elżbieta Radzikowska z IGiChP. Podkreśliła, że do kluczowych spraw należy uśmierzenie bólu i zmniejszenie duszności. Ważne jest uzupełnianie niedoborów białkowych, elektrolitowych, witaminowych itp. Niekiedy na czoło wysuwa się zwalczanie powikłań po zastosowanym przez onkologów leczeniu przyczynowym, co spada na lekarzy POZ. Na koniec padło pytanie, czy chorych na nowotwory można szczepić? Wbrew opinii wielu lekarzy, immunosupresja w przebiegu chorób nowotworowych nie tylko nie jest przeciwwskazaniem do szczepień, ale przeciwnie – jest wskazaniem do szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom. Nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego, chemioterapia, długotrwała immunosupresja są przeciwwskazaniem do szczepienia żywymi szczepionkami przeciwko gruźlicy, odrze, różyczce, śwince, wietrznej ospie i żółtej gorączce.

Zainteresowanie lekarzy wszystkimi wykładami, od pierwszego do ostatniego, świadczy jak ważnym zagadnieniem w ich codziennej praktyce stała się walka z rakiem płuca. ■

Tadeusz M. Zielonka
przewodniczący Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP,
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Fot. J. Jagodziński



Przed zamkiem w Nieświeżu

Odwiedziny u przyjaciół

Środowisko lekarskie w Polsce właśnie obchodzi 25-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego. Nie należy jednak zapominać, że izby lekarskie powstały na ziemiach Rzeczypospolitej już w roku 1921. Izba lekarska Warszawsko-Białostocka obejmowała swoim zasięgiem także lekarzy praktykujących na Grodzieńszczyźnie. Po okresie okupacji niemieckiej i czasach sowieckich w 1991 r. tereny te stały się częścią niepodległej Białorusi. 20 lat temu Polonia medyczna rozpoczęła samoorganizację pod egidą istniejącego już wcześniej Związku Polaków na Białorusi. W ten sposób powstało Polskie Towarzystwo Lekarskie na Białorusi i jego oddziały w Grodnie i Baranowiczach. Grupa członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie postanowiła odpowiedzieć na ich zaproszenie na urodzinowe przyjęcie.

Białoruś to dziwny kraj. Przedsmak tego odczuwa się już podczas przekraczania granicy polsko-białoruskiej, które z niewiadomych powodów trwa kilka godzin. Trzeba jednak przyznać, że tuż za granicą napotyka się ludzi otwartych na przybyszów, życzliwych i gotowych pomóc każdemu, kto tego potrzebuje. Białoruś to kraj rzucającego się w oczy porządku – widocznej niezamieszalności towarzyszy tu dbałość o otoczenie i czystość. To jednak nie koniec kontrastów. Z ogromnymi blokowiskami sąsiadują otoczone płotami bajecznie kolorowe (często drewniane) domki (na wsi to one właśnie tworzą charakterystyczny krajobraz wschodniej Europy).

Bezkresne, cudownie kolorowe jesienią lasy i pola przecinają proste do horyzontu, szerokie drogi, najczęściej po obu stronach odgródzone od otoczenia szpalerami przyciętych świerków. Odcyfrowując pisane białoruską cyrylicą nazwy miejscowości, Polacy odkrywają w nich ślady dawnej historii ojczyzny. Przewodnik opowiada o potyczkach i grobach (o które dbają mieszkańcy) żołnierzy Armii Krajowej, powszechnie znanych ludziach pochodzących z tych stron i kilkuset tysięcy Polaków nadal zamieszkujących te tereny (w niektórych miejscowościach stanowią ponad 50 proc. mieszkańców). Polskość jednoznacznie kojarzy się tu z wyznaniem rzymskokatolickim. Powszechnie obecny w kościołach język polski każdego przybysza z Polski łapie za gardło. Zwiedzanie Grodna (z domem Elizy Orzeszkowej), mickiewiczowskich Nowogródka i Zaosia oraz imponującego rzdziwiłłowskiego Nieświeża dopełniło naszych emocji.

Polacy mieszkający na Białorusi to ludzie pielęgnujący swoją polskość i przywiązanie do ojczyzny przodków na nieznaną obywatelom Rzeczypospolitej skalę. Wzruszająca serdeczność i gościnność w stosunku do grupy przybyszów z Polski odbierała nam głos. Kilkuset lekarzy polskich pracujących w Grodnie (z prezesem Kazimierzem Jodkowskim, który towarzyszył nam przez cały czas wizyty) i wspólnota lekarzy z Baranowicz (z prezesem Marią Syczewską) podejmowało nas po królewsku. Szczególnie wzruszające były odwiedziny w Domu Polskim w Baranowiczach, gdzie jest szkoła polska, działa ognisko dla dzieci i młodzieży śpiewającej, malującej itp. oraz wspaniały chór polski.

Spotkania z lekarzami polskimi na Białorusi miały niezwykle rodzinny charakter. Oprócz grupy lekarzy z naszej Izby (z prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzejem Sawonim) na jubileusz zjechali także koledzy z Częstochowy, z Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, grupy polskich lekarzy z Litwy i Niemiec oraz wiceprezes światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych Janusz Kasina ze Szwecji. Długie rozmowy, śpiewy i wspólne tańce zbliżyły nas wszystkich jeszcze bardziej. Kolegom mieszkającym na Białorusi przywieźliśmy kawałeczek ojczyzny, do której tak tęsknią, i trochę prezentów. Od nich doznaliśmy serdeczności rzadko doświadczanej na co dzień. Z Białorusi wróciliśmy z zastrzykiem gorącego patriotyzmu. ■

Konstanty Radziwiłł



Od lewej: Kazimierz Jodkowski i Andrzej Sawoni

Fotografie: W. Surowiecki

O zdrowiu na Białorusi

Z dr. med. Andrzejem A. Striżakiem, dyrektorem Departamentu Ochrony Zdrowia w Grodnie, rozmawia Stefan Cieplý.

Jak wygląda system publicznej ochrony zdrowia na Białorusi?

W całym kraju obowiązuje państwowy system ochrony zdrowia, finansowany z budżetu centralnego, z którego środki dzielone są między sześć obwodów (odpowiadających polskiemu województwom) oraz miasto stołeczne Mińsk. Opieka zdrowotna jest bezpłatna. System przypomina obowiązujący w Polsce przed transformacją ustrojową. Dodam, że 17 grodzieńskich rejonów zamieszkuje 1,3 mln osób.

Ilu lekarzy przypada na 1 tys. mieszkańców? Według raportu OECD za 2010 r. w Polsce było ich 2,2 (najmniej w UE).

Na 10 tys. mieszkańców w obwodzie grodzieńskim mamy 39 lekarzy. Ogólnie zarejestrowanych jest 5100 lekarzy i 17 tys. pielęgniarek. W całej Białorusi, liczącej 9 mln mieszkańców, jest około 30 tys. lekarzy.

A jak wygląda sieć szpitali?

W każdym obwodzie jest szpital wielospecjalistyczny, posiadający od 130 do 200 łóżek, w stolicy działa większy, gdzie jest około 1000 łóżek. W każdym obwodzie działa też całodobowo samodzielne pogotowie ratunkowe z własnym transportem – karetkami zwykłymi i reanimacyjnymi.

Jaka jest obsada karetek?

Obowiązuje zasada: jeden lekarz i jeden felczer. Na Białorusi numer telefoniczny pogotowia to 103.

Czy istnieje prywatna służba zdrowia?

Nie ma prywatnych szpitali, działają natomiast prywatne gabinety lekarskie, głównie stomatologiczne, internistyczne, fizjoterapeutyczne, ginekologiczne, okulistyczne itd.

Jaki procent PKB państwo przeznaczają na ochronę zdrowia?

Mniej więcej 6,5 proc., przy czym nie ukrywam, że finanse są jednym z głównych problemów ochrony zdrowia, dlatego koncentrujemy się na racjonalnym obłożeniu łóżek.

Jaka część nakładów na ochronę zdrowia idzie na szpitale, a jaka na leczenie podstawowe i ambulatoryjne?

Na szpitale przeznaczają się około 55 proc. środków, reszta idzie na poradnictwo specjalistyczne.

A jak zarabiają lekarze? Jaki jest prestiż zawodu?

Brak mi danych, sądzę, że plasujemy się gdzieś w środku rozmaitych grup zawodowych. Natomiast prestiż zawodu jest wysoki, czego świadectwem około trzech kandydatów na jedno miejsce na studia medyczne.

To jednak dużo mniej niż w Polsce. Ile jest uczelni medycznych? Jak długo trwają studia? Jak uzyskuje się specjalizację?

Na Białorusi są cztery akademie medyczne: w Mińsku, Grodnie, Witebsku i Homlu. Studia trwają sześć lat, a po nich obowiązuje roczny staż podyplomowy, mający charakter specjalizacji zakończonej państwowym egzaminem. Pełne prawa specjalisty uzyskuje się po dodatkowych dwóch latach pracy w szpitalu, na oddziale odpowiadającym wybranej specjalizacji.

Obowiązują skierowania do pracy?

Owszem, ale tylko w odniesieniu do absolwentów studiów państwowych, bezpłatnych. Natomiast w przypadku ukończenia studiów płatnych absolwenci mają wolny wybór specjalizacji i potem miejsca pracy.

Jakie dyscypliny medyczne są na Białorusi wiodące?

Trudno określić. Powiedzmy, że traumatologia, a zwłaszcza jej część dotycząca wstawiania protez stawu biodrowego, kolanowego, łokciowego, barku, stopy. W Grodnie cieszymy się ze zwiększającej się liczby transplantacji nerek, chlubimy się kardiologią, kardiochirurgią, chirurgią laparoskopową, okulistyką, ginekologią. (...)

Dr med. Andrzej A. Striżak jest absolwentem AM w Grodnie. Dyplom uzyskał w 1986 r., a następnie specjalizację z traumatologii dziecięcej. Od 2003 r. pełni funkcję dyrektora Dziecięcego Szpitala Obwodowego, a od 2010 – dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia w Grodnie.

Wywiad w pełnej wersji ukazał się w „Lekarskiej Gazecie Galicyjskiej” nr 1/2014.

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki ORL w Warszawie zaprasza na:

8-dniowy wyjazd narciarski w Alpy Francuskie, do La Plagne (przelet samolotem), w terminie: 15–22.03.2015 r.

6-dniowy wyjazd do Skandynawii i krajów bałtyckich w czerwcu 2015 r. (termin będzie ustalony w styczniu 2015 r.).
W programie zwiedzanie Sztokholmu, Helsinek, Rygi i Tallina.

8-dniową wycieczkę do Hiszpanii i Portugalii we wrześniu 2015 r. (termin będzie ustalony w styczniu 2015 r.).
W programie zwiedzanie Madrytu, Ávili, Salamanki, Kordoby, Toledo, Lizbony, Fatimy i Nazaré.

Wycieczki organizuje Biuro Podróży „Kwatour”,
tel./faks: 22-834-84-71, e-mail: kwatour@op.pl



Znowu o przecinkach

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Przecinkologia", czyli dziedzina interpunkcji zajmująca się stawianiem przecinków, spędza sen z powiek dosłownie wszystkim. Nauczycielom, redaktorom, pisarzom i wszystkim innym śmiertelnikom, którzy piszą lub kontrolują pisanie. Wydaje się to dziwne, bo polskie zasady używania znaków przestankowych są dość proste, a analfabetyzmu podobno u nas nie ma (w poprzednim artykule starałem się udowodnić, że jest to fikcja). Problem polega na tym, że nie chodzi tu tylko o znajomość reguł przecinkowania, ale także składni, budowy zdania, zwłaszcza złożonego, oraz frazeologii. Z tym jest fatalnie. Dość powiedzieć, że kiedy prowadziłem wykłady z interpunkcji dla nauczycieli języka polskiego, słuchacze prosili, bym mówił wolniej i dawał wyraźne przykłady, najlepiej po kilka różnych dla każdego zagadnienia. Gubili się, a przy tym twierdzili, że wprowadzam jakieś nowe teorie na ten temat. Tymczasem nie mówiłem niczego trudnego ani nowego, zasady zostały bowiem ugruntowane bardzo dawno.

Największy problem piszący mają z umieszczaniem przecinka po wtrąceniach, szczególnie po wtrąconych zdaniach i ich równoważnikach. Oto klasyczny przykład niepoprawnego zapisu: **Wymagam, żeby pisano poprawnie i proszę o staranność.* W tekście tym znajduje się zdanie wtrącone *żeby pisano poprawnie*, i wymaga ono domknięcia, dlatego poprawny zapis powinien mieć postać: *Wymagam, żeby pisano poprawnie, i proszę o staranność.* To nic, że zwykle przed „i” przecinka nie stawiamy. Tu nie chodzi o ten spójnik, ale o – powtarzam – domknięcie zdania wtrąconego, czyli zaznaczenie składni.

Zbyt często spotyka się także mechaniczne stawianie przecinka przed spójnikiem „że”. Nie zawsze się go umieszcza. Niektóre „że” stanowią część wyrażenia funkcyjnego, które nazywamy spójnikiem złożonym i które jest związkiem frazeologicznym. Do jego wnętrza nie wolno niczego wstawiać, nawet przecinka. Oto kilka przykładów: *mimo że, pomimo że, pod warunkiem że, chyba że, tylko że, to znaczy że, na skutek tego że, a że, w taki sposób że, wobec tego że* (ale: *dobrze, że; szkoda, że*, ponieważ spójnikiem jest tu tylko „że”). Przecinek zawsze stawiamy PRZED nimi, nigdy wewnątrz, mimo że występuje w nich owo nieszczone „że” (iż).

Proszę zwrócić uwagę, że niektóre z tych s frazeologizowanych spójników mają po trzy wyrazy, a są nawet i takie, które mają ich więcej, np. *w związku z tym że* lub często występujący w tekstach prawniczych *pod tym warunkiem że*. Dużą tabelę ze spójnikami złożonymi można znaleźć pod adresem <http://lpj.pl/przecinki>.

Po kilku latach tłustych, nastąpiły chude i ostatnio znowu zaczęto wstawiać przecinki tam, gdzie w żaden sposób nie powinno ich być, albo nie dostrzega się potrzeby umieszczenia tam, gdzie muszą zaistnieć. Mam nadzieję, że redaktorzy i autorzy sobie przypomną, co im mówiono na studiach, albo zajądą do jakiegoś poradnika, choćby do słownika ortograficznego PWN. ■



Pożegnanie z zaczarowaną dorożką

W Krakowie 1 października oznacza wyjazd na ulice kolejnych 230 tys. samochodów. Wyruszy nimi brać studencka, która za nic ma rowerowe ścieżki i miejskie parkingi pełne magistrackich dwuśladów.

Mimo całej satysfakcji płynącej ze zbliżających się Międzynarodowych Targów Książki oraz uznaniu Krakowa za Miasto Literatury UNESCO, mimo prawdziwego

wysypu inicjatyw „obywatelskich” przed wyborami samorządowymi, których prezydent Jacek Majchrowski nie może przegrać, bo nie ma z kim, mimo kilkunastu przedsięwzięć zasługujących na uwagę całej Polski, w rodzaju retrospektywnej wystawy prac Zdzisława Beksińskiego czy oryginalnego festiwalu gier, przygotowywanego przez Instytut Goethego, nie mogę się pozbyć uczucia pewnej nostalgii. Oto Kraków traci właśnie, pewnie bezpowrotnie, swoją niepowtarzalną kameralność. Wszystko rozwałkuje gigantyczna aglomeracja. Nowe symbole miasta – największa w Europie hala widowiskowo-sportowa Arena, oryginalna Cricoteka, upragnione od dziesięcioleci wielkie Centrum Kongresowe – są bezspornie świadectwem nowej wielkości Krakowa. Tylko żaden Konstanty Ildefons Gałczyński i żadna zaczarowana dorożka już tutaj nie zabłądzi. I tylko patrzeć jak kwaciarki zostaną wyeksmitowane z Rynku, bo to przecież niehygieniczne.

Na szczęście medycyna Krakowa i Małopolski pozostaje jeszcze w minionym stuleciu. Właśnie doczekaliśmy się dwóch znacznych jubileuszy 80-lecia. Bohaterem pierwszego jest wzniesiony w 1934 r. z inicjatywy przedwojennych kas chorych Szpital im. G. Narutowicza, gdzie przyszła na świat pono jedna trzecia obywateli miasta. Godny odnotowania jest fakt braku długów, ale też najskromniejszego bodaj śladu zainteresowania jubileuszem ze strony ministra zdrowia. A szansa była nie byle jaka, bo scena Teatru im. J. Słowackiego, gdzie odbyły się uroczystości, zapamiętuje padające stąd słowa, jak choćby te z premiery „Wesela” Wyspiańskiego: „(...) *kajsim zabył złoty róg, ostał mi się ino sznur*”.

Drugi jubileusz, też w teatralnej scenerii, tym razem Teatru im. Witkiewicza w Zakopanem, dotyczył pamiętnego przeciwgruźliczego Sanatorium Akademickiego, dziś noszącego nazwę Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. Stefana Jasińskiego w Zakopanem. Ileż to pokoleń młodej polskiej inteligencji lat międzywojennych tutaj odzyskiwało zdrowie.

Natomiast w krakowskiej Izbie żadne szczególne emocje nie towarzyszyły ani podwyższeniu składki na samorząd, ani powołaniu lekarza na stanowisko premiera kraju. Oba pakiety, antykolejkowy i onkologiczny, mające uzyskać od stycznia 2015 r. status rozporządzeń, a niemieszczące się w żadnych realiach, raczej budzą smutek. Bliskie już uroczystości 25-lecia samorządu zapewne owe nastroje umocnią. ■

Wasz Cyrulik z Rynku Głównego

Fot. archiwum



Las w muzeum

Paweł Kowal

Na początek jest las. Las, w którym Żydzi usłyszeli „polin”, co z hebrajska brzmiało im w uszach jak „tutaj spocznij”, a w jidysz oznacza po prostu Polskę. Las, w którym zatrzymali się na dobre kilkaset lat, który razem z Polakami, Ukraińcami, Niemcami itd. zamieniali w dumny środkowoeuropejski kraj. Wchodzimy do muzeum i zaczyna się historia jak film – kilka godzin zwiedzania, dotykania, czytania. W tym muzeum popłynę niejedna łza, ściśnie w gardle żal za światem, który minął. Ale niejednemu przemknę myśl, o ile, dzięki historii polskich Żydów, w dużym stopniu minionej, jesteśmy bogatsi. Tutaj Polacy zobaczą starszych braci w wierze umieszczonych na jednym z najświętszych symboli historii Polski – Drzwiach Gnieźnieńskich.

Po sukcesie Muzeum Powstania Warszawskiego było jasne, że Warszawa potrzebuje jeszcze jednego historycznego muzeum, tzw. narracyjnego – opowiadającego dzieje wielkiej sprawy. Ale nie jakiegokolwiek, ale właśnie tego konkretnego. Muzeum Historii Żydów Polskich w 2005 r.

powołał prezydent Warszawy Lech Kaczyński i namówił inne instytucje do wsparcia projektu. Muzea to zresztą fenomen naszych czasów. Niedawno zostało otwarte Centrum „Solidarności” w Gdańsku, kolejne ma być wielkie Muzeum Emigracji w Gdyni, Muzeum II Wojny Światowej, potem Muzeum Ziemi Zachodnich. Po otwarciu Muzeum Powstania Polacy na nowo pokochali muzea. Między rokiem 1989 a 2004 prawie ich nie przybywało, od dekady wyrastają jak grzyby po deszczu, a rodacy chodzą do nich tłumnie. Przy okazji zniknęły kapcie, zakazy robienia zdjęć, za to w muzealnych salach zrobiło się głośno i tłoczno. Dzisiejsze muzea są jak nowoczesne pendrive’y z zapisaną pamięcią narodu – nie tylko skrawkami materialnej przeszłości, drobiazgami, które – gdyby nie pracownice konserwatorskie – zostałyby wydane na pożarcie myszom: gazetami, ubraniami, kromką chleba z Powstania. Muzea narracyjne to fotografie emocji, dziejów rodzin, opowieści o tym, jak historia społeczności, narodu czy państwa spleta się z indywidualnym losem

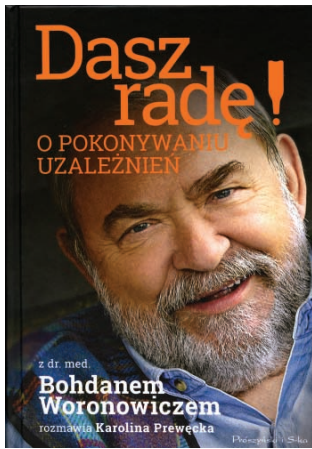


człowieka. Muzea są wreszcie znakiem nowoczesności państwa, które stać na dbałość o swoją pamięć.

To muzeum jest jak film, opowiadanie nic nie da. Od 28 listopada ekspozycja będzie otwarta, trzeba pójść. A tymczasem gdzieś brzmi w uszach Sława Przybylska i jej „Tak malował pan Chagall”, według słów Wojciecha Młynarskiego. „*Łzy obeschły dawno już! Ale niepamięci kurz! Warto, żeby jakiś wiatr nareszcie zwiął! Warto pięścią w stół uderzyć! Czarną prawdę tak odmierzyć! Jak ten Szmul, gdy na frak miarę brał*”. Coś się zmienia w Warszawie, nowe muzeum odkurza pamięć. ■

Fotografie: egw





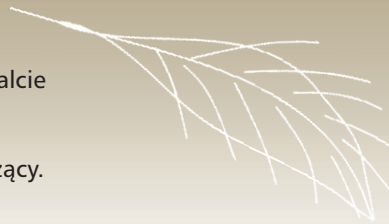
Najnowsza książka Bohdana Woronowicza, pt. „Dasz radę!”, ma formę wywiadu, który z tym wybitnym specjalistą od uzależnień przeprowadziła dziennikarka Karolina Przewędzka. Z zapisu rozmowy dowiadujemy się o trudnych zmaganiach pacjentów dr. Woronowicza, pragnących wyjść z nałogu. To walka na wielu frontach, które uzmysławiają nam, ile problemów jest do pokonania, aby można było zaliczyć ją do zwycięskich. Uzależnienie to materia bardzo złożona w sensie psychologicznym, społecznym i medycznym – podobnie jak sam człowiek. Książka stanowi ostrzeżenie, czego należy w życiu unikać, ale także pomaga zrozumieć mechanizm uzależnienia oraz terapii. **kb**

„Intensywny tryb życia, rozwój technologii, zmiany w relacjach międzyludzkich powodują wzrost liczby osób uzależnionych i pojawienie się nowych uzależnień. Wielu ludzi nawet nie pyta samych siebie, dlaczego nie potrafią funkcjonować bez picia alkoholu czy palenia marihuany; dlaczego przesiadują godzinami przed komputerem i nie rozstają się z komórką albo dlaczego ich dziecko woli zaciemniony pokój od treningu na świeżym powietrzu. Czego im brakuje, żeby zatrzymać się, zadać sobie pewne pytania, spojrzeć na świat i siebie, i spróbować zmienić swoje życie?” ■

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

Auto trafiło gołębia,
A może gołębicę.
Jej skrzydło drga na asfalcie
jakby walczyło o życie.
Przy lubej gołąbek siwy
drepcze bezradny, milczący.
Wokoło kołyszają niwy
i grzeje ciepłe słońce.
A siwy stoi uparcie,
swe życie ryzykuje
w zaświaty odprowadza
tę, której miłość czuje.

29 lipca 2014



Jabłoneczko wiekowa
ciężarna jabłkami
otuliłaś swym cieniem
stół wraz z ławeczkami.
Gałęzie podparliśmy,
lecz dźwigasz tak wiele.
Wigwamem konary zwisają,
w trawie się jabłko ściele.
Wiosną z dziupli wystąpiłaś
w świat małe kosięta.
Kosy to pamiętają
i Pan też pamięta.
I życie towarzyskie
przy twym pnium się kręci.
Zapach wiatru i jabłek
mnie również zanęcił.



Fot. P. Hart Dyke

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

P R O G R A M

5.11.2014 r., środa, godz. 18.00.

„Wokół melodii z dawnych lat” – koncert przebojów międzywojennych i powojennych w wykonaniu Maćka Kłocińskiego

12.11.2014 r., środa, godz. 18.00.

„Rumuńskie błota lecznicze – fenomen natury” – prelekcja Kazimierza Kwasiborskiego

19.11.2014 r., środa, godz. 18.00. „Z fortepianem przez wieki i kraje” – koncert Katarzyny Pietron

26.11.2014 r., środa, godz. 16.00 – obchody Święta Niepodległości

29.11.2014 r., sobota, godz. 20.00 – zabawa andrzejkowa w Klubie Lekarza

Informacje: tel. 691-85-46-73



Fot. archiwum

Muszę o prof. Witoldzie Kieżunie...

Janina Jankowska

Unas w ocenach wszystko na ostrzu noża, krańcowo, „od ściany do ściany”. Dla jednych teczki SB to fałsz i trucizna, dla innych ewangelia, jedyne źródło prawdy, które w okamgnieniu z bohatera czyni zdrajcę. Dlaczego ja o tym?

Przecież szukam tematu radosnego, budzącego nadzieję. Zaczął się rok akademicki. Wysyp cudownej młodzieży na Krakowskim Przedmieściu raduje oczy. Zaczynają przygodę życia. Przed nimi tyle jeszcze niezapisanych, dobrych i trudnych scenariuszy. A w głowie jak ból siedzi dramatyczny scenariusz pisany losami prof. Witolda Kieżuna.

Oto jedną publikacją w znanym tygodniku odebrano życiu 92-letniego profesora cały szacunek. Był symbolem pokolenia bohaterskich żołnierzy Powstania Warszawskiego, którego wagi i znaczenia bronił do dnia dzisiejszego. „Przeżył wszystko, co było losem jego rocznika: okupację, Powstanie Warszawskie, więzienie, gułag... (...) w swoim niezwykłym życiu stale dążący do prawdy, dążący do obiektywizmu” – pisał o nim w 1998 r. kolega z czasów uniwersyteckich Zbigniew Herbert. Wydano znaczek Poczty Polskiej z powstańcym wizerunkiem profesora. Jego portret zawieszono w Muzeum Powstania Warszawskiego. Jeszcze 10 maja 2014 r., gdy profesor otrzymał zaszczytny tytuł doktora *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego, w laudacji padły słowa najwyższego uznania dla jego „umifo-wania Ojczyzny, której dobro i pomyślny rozwój zawsze leżały mu na sercu”.

22 września 2014 r. okładka tygodnika „Do rzeczy” wybitnymi literami informowała o tajemnicy agenta „Tami-zy”, czyli zapowiadała sensacyjny artykuł o tym, jak bohater czasów wojny, krytyk polskiej transformacji, uwikłał się we współpracę z SB. Tekst historyków Sławomira Cenckiewicza i Piotra Wojciechowskiego nie jest publikacją naukową. To czysta publicystyka, w której cytuje się jedynie te materiały źródłowe, które mają udowodnić założoną przez autorów tezę. Oto prof. Witold Kieżun, wybitny naukowiec, teoretyk zarządzania, wykładowca, ekspert ONZ (współtworzył nową administrację w Burundi), autor krytycznej książki o polskiej transformacji ustrojowej po 1989 r., w latach 1973–1980 był agentem bezpieki, donosicielem, lojalnym obywatelem PRL.

Jest coś okrutnego w tym pojedynku historyków (prymitywnie, nie tylko moim zdaniem, czytających źródła) ze starym człowiekiem, który, siłą rzeczy, nie ma już dawnych życiowych mocy. 92 lata to nie jest wiek, w którym ma się wszystkie instrumenty do błyskotliwego dochodzenia swoich racji. Powiem mocno: wyekspozowanie rzekomej agentury prof. Kieżuna na okładce tygodnika „Do rzeczy” – to dziennikarskie świństwo.

Pamiętam profesora z lat 70. Był bardzo krytyczny w stosunku do ZSRR i otwierał oczy mnie, wówczas młodej dziennikarce, na wiele spraw. Unaoczniał ruchy imperialnej polityki ZSRR w Afryce. Czułam w nim siłę głębokiego patriotyzmu o rodowodzie starej polskiej inteligencji. Tacy ludzie torowali moją drogę do antype-relewskiej opozycji. Po przejrzaniu dokumentów z IPN jestem przekonana, że z SB prowadził grę, nie zdając sobie sprawy, jakie ślady materialne tego zostaną. Nie mamy żadnych dowodów, ile tekstów – rzekomo uzyskanych w kontaktach bezpośrednich – włączono z nagrań prywatnych rozmów, z podsłuchu, który założono profesorowi, ile opracowań pisanych ręką profesora przeznaczonych było dla innego odbiorcy.

Autorzy artykułu nie zastanawiają się nad taką możliwością, przyjmują perspektywę funkcjonariusza SB, odtwarzają procedury, zapisy, język. Nie ma już człowieka, profesora Kieżuna, jest „osobowe źródło informacji” zdefiniowane przez służby. Używają terminów i formuł, w jakich profesor został przez SB, zgodnie z ubecką biurokracją, zarejestrowany. Odtwarzają świat ubecki i jego oczami patrzą na prof. Kieżuna. Każde spotkanie traktują jak „donos”, a przecież nie każda rozmowa jest donosem. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie – mówi prof. Jan Żaryn, który uważa, że prof. Witold Kieżun nie był donosicielem, nie miał też świadomości, że został zarejestrowany jako TW. Po co się więc spotykał się z oficerem SB? Zdaniem Żaryna prof. Kieżun, któremu „dobro i pomyślny rozwój Polski zawsze leżał na sercu”, uznał ekipę Gierka za modernizacyjną. Gierek otworzył Polskę na Zachód. Jednak władze partyjne PAN (prof. Karczmarek) sekowały Kieżuna. Może uznał, że przez służby będzie miał realny wpływ na polską naukę? To oczywiście poważny, dla wielu niewybaczalny błąd, co nawet dziś 92-letniemu profesorowi trudno zrozumieć. To tak, jakby sprzeniewierzył się swojej uczciwości. A przecież uratował wielu kolegów, kierował się zawsze interesem Polski.

Ciekawe, jak mało wiemy o różnych postawach ludzi z czasów PRL-u. Historycy nie badają tamtej epoki od tej strony, jak różnie zachowywało się społeczeństwo wobec władzy, jakiej używało mimikry, by obronić swoją tożsamość, przed jakimi dylematami stawał tzw. polski patriota. Pisz o tym Kieżun w „Niezapomnianych twarzach”. Rozmowa z przyjacielem, który wybrał „emigrację wewnętrzną: „Wierzysz, że komunizm kiedyś upadnie, a kto wówczas będzie kierował zespołami ludzkimi po jego klęsce, jeśli ci niezłomni antykomuniści nie będą posiadać wiedzy i praktyki zarządzania nawet na średnim szczeblu kierowniczym? Ja widzę smutny rezultat rządzenia Polską przez takich jak ty kanapowych polityków”.

Wiem jedno, prof. Witold Kieżun nigdy nie zdradził Polski. Wielka, tragiczna postać. Dziękuję Opatrzności, że go poznałam. ■

Bezpłatne porady prawne dla lekarzy i lekarzy dentyków – członków OIL w Warszawie

Pod numerem telefonu: **22-647-56-05**
prawnicy udzielają porad i konsultacji
przez **siedem dni w tygodniu**, w godz. **9.00–21.00**.

Zapraszamy również na **konsultacje** do siedziby
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
w **środy**, w godz. **16.00–18.00**.

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
zyskali szybką i nieodpłatną pomoc prawną.

Lekarzowi i lekarzowi dentyści w ramach zawartej
przez Izbę umowy przysługują trzy bezpłatne porady
lub konsultacje w miesiącu, ale nie więcej niż 12 w roku.

Każdy członek OIL w Warszawie jest uprawniony do
otrzymywania, oprócz porady lub konsultacji, dwóch
dokumentów prawnych (opinii, analizy, wezwania
do zapłaty, pozwu, odpowiedzi na pozew itp.)
w ciągu 12 miesięcy.

Weryfikacją lekarza, pragnącego skorzystać z bezpłatnej
pomocy prawnej, będzie podanie numeru prawa wykony-
wania zawodu.

Zakres świadczeń obejmuje kwestie prawne związane
z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry (sprawy
karne i cywilne, ochronę dóbr osobistych, obronę przed
roszczeniami deliktowymi, z dziedziny prawa pracy itp.),
a także inne, niezwiązane z zawodem – z dziedziny prawa
rodzinnego, spadkowego, konsumenckiego itp., jednak
poza prawem budowlanym, podatkowym, karnoskarbo-
wym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim.

Więcej informacji na temat usługi „**Prawnik dla lekarza
i lekarza dentystry**” – na stronie internetowej OIL
www.warszawa.oil.org.pl

Pytanie można też wysłać e-mailem na adres:
lekarze@dittmajer.pl
lub faksem pod numer: **22-820-10-21**.

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL – poniedziałek – piątek od 8.00 do 16.00

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Sekcja Windykacji Składek – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

Kasa – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 14.00, środa od 9.00 do 17.00

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 dentyków.

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 przysyłać do nas e-mailem na adres: 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



Koleżanki i Koledzy,

miło nam poinformować Szanownych Państwa, że od maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępnia pokoje gościnne w budynku przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Reytana). Zapraszamy szczególnie lekarzy i lekarzy dentyków, którzy chcieliby skorzystać z naszej skromnej bazy noclegowej. Do dyspozycji są trzy pokoje dwuosobowe, każdy z osobną łazienką i telewizją kablową.

Naszą propozycję składamy również innym izbom lekarskim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Informacje znajdą Państwo na stronie internetowej OIL w Warszawie: www.warszawa.oil.org.pl.

Tel. 22-542-83-02 (pon.–pt. – 8.00–16.00),
hotel@oilwaw.org.pl

Tadeusz Pawlikowski

Poznajemy Swój Kraj na motocyklu

Ósmy coroczny lekarski zlot motocyklowy PSK tym razem miał miejsce na Pomorzu Zachodnim, w Rogowie koło Kołobrzegu. W ciągu tygodnia organizatorzy (wielkie podziękowania!) zafundowali nam niezwykle napięty program bardzo gruntownego zwiedzania bliższej i dalszej okolicy. Na dzień dobry otrzymaliśmy niepowtarzalne kapelusiki, kielonki i pamiątkowe koszulki, dzięki tym gadżetom nikt się nie zgubił. Zaczęło się od Kołobrzegu, w którym każdy z nas był, ale nie wszyscy „cumowali” swoje motory w porcie i zwiedzali zabytki.

W kolejnych dniach odwiedziliśmy Pogorzelić, Niechorze, Rewal, Kamień Pomorski, Wolin, Międzyzdroje, Świnoujście, Trzebiatów, Gryfice. Oglądaliśmy miniatury wszystkich latarni morskich polskiego wybrzeża, muzeum kolei wąskotorowych, przeszliśmy szkolenie wojskowe w forcie Gerharda, słuchaliśmy koncertu organowego i zwiedzaliśmy osadę wikingów. Odbyły się uroczyste zaślubiny Klubu DoctorRiders z morzem, była zatem okazja do odśpiewania hymnu. W pamięci pozostaną nam pokonane kilometry niezatłoczonych wąskich szos, wijących się wśród malowniczych pól, i ulewa, która uwięziła nas na kilka godzin pod małym daszkiem stacji benzynowej. Między licznymi ucztami w smażalniach ryb nie zabrakło czasu na aktywność fizyczną – przebyliśmy kajakami niekończące się meandry rzeki Regi,



Fot. T. Mikulski

graliśmy w golfa i zaliczyliśmy rodeo, spacerowaliśmy plażą o zachodzie słońca. Tygodniowy urlop minął jak z bicia strzelił, a kolejne PSK już w przyszłym roku, w innym zakątku Polski. Sekcja Motocyklowa serdecznie zaprasza do tej formy Poznawania Swojego Kraju. ■ **Tomasz Mikulski**

Lekarski Klub Rowerowy zaprasza

Klub Rowerowy Komisji Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaprasza wszystkich zainteresowanych kolarstwem. Planujemy zorganizować spotkanie lekarzy zainteresowanych kolarstwem górskim, szosowym, torowym, turystycznym oraz triathlonem i spinningiem.

Mamy nadzieję nawiązać nowe kontakty i skojarzyć osoby o podobnych zainteresowaniach. Ustalimy możliwości dalszych spotkań lub treningów. Możemy dzielić się naszym doświadczeniem. Mamy za sobą wiele startów w zawodach o różnej formule i tysiące przejechanych kilometrów. Postaramy się wspólnie zaplanować działalność sekcji w nadchodzącym roku 2015. Wszystkich chętnych proszę o kontakt: klub.roverowy.oil@gmail.com ■

Marek Prątnicki
przewodniczący klubu



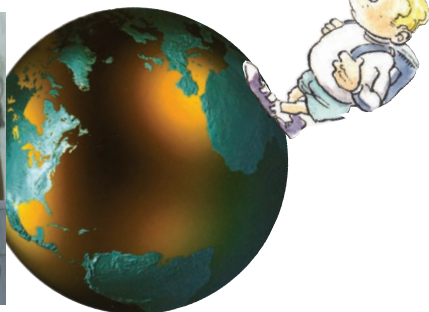
Fot. mp

Wszystkich Państwa, którzy chcą otrzymywać „Puls” TYLKO e-mailem,
prosimy o informację: pulsmailem@oilwaw.org.pl

Prosimy o podanie: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, numeru prawa wykonywania zawodu, numeru telefonu.

Stomatologiczny Ośrodek Zdrowia w Żychlinie k. Kutna **zatrudni lekarzy stomatologów**
do poradni stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, pedodoncji, periodontologii, protetyki.
Mile widziane doświadczenie oraz specjalizacja.
99-320 Żychlin, ul. Dobrzeleńska 6, tel.: 730-922-999.

Gabinet lekarski, 71 mkw., zlokalizowany na Mokotowie, okolica stacji metra Wilanowska.
Luksusowo wykończony. **Sprzedam**, tel.: 600-829-733.



Jacek Walczak

Z jakiego zatem powodu *mbogo* zmienił się w nadzwyczaj groźną krowę? Od wieków bydło rogate hodowane jest przez człowieka jedynie dla mięsa i mleka. Podobnie zresztą jak i inne udomowione zwierzęta, stało się zadowolone i nieco głupkowane w porównaniu z żyjącymi na wolności krewniakami. Prześladowany przez człowieka *mbogo* musiał walczyć także z lwem, jedynym drapieżcą, który atakuje dorosłe bawoły. Musiał chronić swoje cielęta przed napaścią lampartów i hien. Do przetrwania nie wystarczała mizerna przebiegłość. To raczej doświadczenie nauczyło go być niezwykle przezornym, atakować, zanim sam zostanie zaatakowany.

„Podczas gdy lew z reguły poprzestaje na zadaniu ofierze ogłuszającego ciosu lub ugryzienia, bawół, wytropiwszy człowieka, nie daje za wygraną, póki go nie odnajdzie, a gdy wreszcie dogoni ofiarę, nie opuści jej, póki zdradza choćby najniklejsze ślady życia”.

(Carl Akeley, „Najjaśniejsza Afryka”)



Mbogo – mściwy wojownik

W nie tak odległych czasach zawodowi myśliwi uważali, że afrykański bawół, w języku suahili nazywany *mbogo*, jest najniebezpieczniejszym zwierzęciem Afryki. Nie bez przyczyny dorobił się miana „mordercy numer jeden” w osławionej tzw. wielkiej piątce. Powoływano się na fakt, że bawoły szarżują nawet niesprovokowane, i że są mściwe, walczą dalej po zranieniu ofiary, aż rogami i kopytami rozerwą, stratują przeciwnika na mokną plamę.

Bydło domowe, bawoły wodne, jaki, bizony, liczne gatunki antylop, a także kozy i owce należą do wielkiej rodziny pasterogich. Wszystkie żywią się trawą, a ich szczęki w miejscu górnych siekaczy mają rogowe podkładki, którymi przeżuwają pokarm nagromadzony w czterokomorowym żołądku.

Pozostawione w spokoju, czynią to z obojętną, znudzoną miną. Tylko dla celów czysto obronnych wyposażone są w parę nierozgałęzionych rogów rosnących na moźdzeniach, wyrostkach kości czołowej. Z reguły rogi noszą zarówno samce, jak i samice. U bawołu afrykańskiego rogi otoczone są u nasady solidnym guzem w kształcie hełmu.

Prawdopodobnie zatem warunki zmieniły *mbogo* w zwierzę nerwowe, zawsze mające się na baczności. Ujrawszy człowieka, może się nań rzucić bez powodu, a zraniony, gotów jest przejść do ataku i walczyć z nieopohamowaną furią. Niekiedy ranny *mbogo* pospiesznie się wycofuje, by zatoczyć koło i po własnym tropie powrócić w to samo miejsce z pełną gotowością do natarcia. Skądinąd to naturalna reakcja oszalałego z bólu zwierzęcia i wcale nie musi szkodzić jego reputacji. Czyż nie inaczej zachowują się poranione byki podczas niesławnych korrid rodem z Hiszpanii?

Najczęściej szarżują starzejące się samotniki, wtedy gdy doskonałe zmysły: słuch, wzrok, węch, zaczynają już zawodzić. Może to być też zdesperowana krowa, gotowa bronić za wszelką cenę przestraszonego malca. Natomiast stado bawołów nie zaatakują ludzi ani zwierząt. Jediną reakcją jest paniczna ucieczka przed często urojonym niebezpieczeństwem. Bawoły potrafią biec z szybkością ponad 50 km/godz., zatem człowiek nie ma szans w tym wyścigu.

W przeszłości stada bawołów, zwłaszcza we wschodniej Afryce, tworzyło po kilkaset osobników. Dzisiaj rzadko liczą

więcej niż 50 zwierząt. W odróżnieniu od pobratymców, *mbogo* nie mają określonego okresu rykowiska, więc w stadzie znajdują się cielęta w różnym wieku. Najczęściej jednak młode przychodzą na świat w okresie afrykańskiego lata, między styczniem a marcem. Po urodzeniu cielęta krowa chowa je przez kilkanaście dni w wysokiej trawie, z dala od stada. Młode pozostaje przy krowie przez około pół roku. Byczek pełną dojrzałość i czarną maść osiąga w trzecim roku życia. *Mbogo* żyją nawet 30 lat, aczkolwiek buhaje w wieku kilkunastu lat zaczynają siwieć, pogarsza się im słuch, wzrok i węch.

Żywią się przeważnie trawą, ale też podskubują młode pędy krzaków i drzew. Zawsze przebywają w pobliżu wody, gdzie mogą napić się do syta, ochłodzić w upały i poszukać ulgi dla skóry pokąsanej przez kleszcze i gzy. Korzystają też z zabezpieczenia, którym jest wytarzenie się w lepkiem błocie. *Mbogo* pozostaje w wielkiej przyjaźni z bąkojadem. To niepozorny, niewielki ptaszek z rodziny szpaków, który cierpliwie pomaga swoim wielkim towarzyszom pozbyć się dokuczliwej plagi. Pełni też ważną funkcję sygnalizacji alarmowej, ostrzegając *mbogo* przed zbliżającym się niebezpieczeństwem.

Dziś polowania na bawoły są mocno ograniczone, a w rezerwach wręcz niemożliwe. Niestety, zwierzęta padają z rąk kłusowników.

Mysłiwi z dawnych czasów wspominali, że mięso roślinożernego bawołu ma tak przyjemny smak, jak mięso argen-



tyńskich buhajów. Ponieważ jest nieco tykowate, wymaga dojrzewania i marynowania. Smakosze cenili sobie zwłaszcza ozór, nerki i soczysty, przypominający pasztet szpik z kości nóg. Krajowcy delectowali się mniej wyszukаныmi częściami, gotowali mięso i jedli je w postaci zawieszonych gulaszy i zup. Resztę tuszy pozostawiali padlinożercom.

Gdyby Afrykańczycy wykazali się większą cierpliwością, mogliby żyć z bawołem w pokojowym partnerstwie. Jego imię w suahili brzmi jak łagodne, smutne muczenie, a potrzeby ma skromne: duże pastwisko, dostatek wody i przyzwoite traktowanie przez człowieka. ■

DLA SMAKOSZY



Fot. D. Hankiewicz

Na chłodne wieczory

Dariusz Hankiewicz

Jesień znów zajrzała w nasze okna. Pomyślałem sobie, że wskazane byłoby, mimo takiej aury, nie rezygnować jeszcze ze spacerów. Ale na przechadzce można już niewątpliwie zmarznąć. Dlatego dzisiaj przygotowałem coś, co mnie przyciągnęło swoim zapachem do tajskiej knajpki w Oslo, kiedy wracałem późnojesiennym popołudniem, przesyty „ciepłym norweskim wiatrem”, do hotelu. W knajpce pysznie pachniało i wszyscy jedli zupę. Zapytałem o coś na szybko i koniecznie rozgrzewającego. Zaserwowano mi właśnie danie, do którego przygotowania chcę Was dzisiaj namówić. A oto składniki dla dwóch głodnych osób:

- 1 szklanka bulionu (dla leniwych: można zrobić z kostki rosółowej, ale drobiowej)
- 1 puszka (400 ml) mleka kokosowego
- 1 podwójna pierś kurczaka
- 1 średnia cebula
- 8–10 cm korzenia imbiru

- 1/2 łyżeczki ziaren kolendry
- 1/2 łyżeczki kminku
- 1 świeża limonka lub cytryna (ja preferuję limonkę!)
- 1/2 ostrej papryczki (w minikostce) albo 1/6 papryczki chilli świeżej lub suszonej

● Dla bardzo głodnych 1 garść ryżu jaśminowego

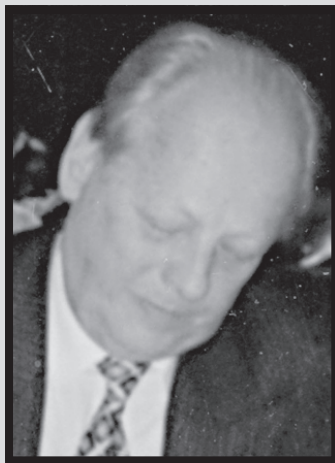
Żadnego pieprzu ani soli!!!

A robi się to tak (przepis skorygowałem, biorąc pod uwagę przeciętne polskie sklepowe możliwości):

Do gorącego bulionu dodać pokrojone w paski mięso z piersi kurczaka. Na małym ogniu gotować około 10 min. Do zupy dodać posiekany drobniutko imbir oraz cebulę, 1/2 łyżeczki otartej skórki z limonki. Przykryć i gotować około 5–8 min (dla głodomorów: zasypać garścią wcześniej obsmażonego na oleju sezamowym ryżu jaśminowego). Następnie wlać mleko kokosowe, dodać dobrze utłuczoną w moździerzu kolendrę i kminek oraz rozkruszone 1/2 kosteczki ostrej papryczki (nie więcej, żeby nie przedobrzyć!). W oryginale dodaje się pastę Sambal Olek, ale ciutkę, bo jest piekielnie ostra. Gotujemy do momentu aż ryż zrobi się miękki.

Na koniec można dodać kilkanaście kropli soku z limonki, najlepiej bezpośrednio do miseczki. A jeśli macie świeżą kolendrę (natkę) – warto dotożyć kilkanaście posiekanych listków. Zupa jest tak sycąca, że wystarczy za dwudaniowy obiad.

Życzę ciepłutko smacznego. ■



Prof. Stefan Rywik 1931–2013

We wrześniu 2013 r. pożegnaliśmy prof. dr. hab. n. med. Stefana Rywika, wieloletniego kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia oraz zastępcę dyrektora Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Prof. Rywik zapisał się w historii nauki polskiej jako jeden z pionierów

i krzewicieli wiedzy dotyczącej wieloczynnikowej etiologii miażdżycy i jej klinicznych manifestacji. Już w latach 60. przeprowadził pierwsze w Polsce obserwacje nad występowaniem choroby wieńcowej i czynników ryzyka chorób układu krążenia, w których zastosowano standaryzowane metody. W następnych latach nieprzerwanie kierował zespołem badawczym w Instytucie Kardiologii w Warszawie, który zajmował się badaniami dotyczącymi prewencji i epidemiologii chorób układu krążenia. Jednym z najważniejszych projektów był koordynowany przez Światową Organizację Zdrowia międzynarodowy eksperyment, w którym oceniono skuteczność redukcji czynników ryzyka w prewencji pierwotnej, a także dokonano ilościowej oceny wpływu na zachorowalność i umieralność na chorobę wieńcową. W czasie realizacji tego badania związała się trwała współpraca naukowa z zespołem Akademii Medycznej w Krakowie, kierowanym przez prof. Jana Sznajda. Oba polskie zespoły badawcze zaproszono później do udziału w długofalowym międzynarodowym projekcie epidemiologicznym – The WHO MONICA Project. Szerokie uznanie dla doświadczenia prof. Rywika znalazło potwierdzenie w wybraniu Go przez międzynarodowy zespół badawczy na członka Komitetu Sterującego, a następnie na jego przewodniczącego, w tym największym do tej pory badaniu epidemiologicznym dotyczącym choroby wieńcowej i udaru mózgu. W Polsce wyniki badań POL-MONICA były przez wiele lat jedynym źródłem informacji epidemiologicznej o czynnikach ryzyka oraz zapadalności na chorobę wieńcową i udar mózgu. Dane zgromadzone w czasie realizacji tych projektów były również wykorzystane w wielu publikacjach naukowych, w ramach koordynowanego przez prof. Rywika programu współpracy naukowej między Polską a Stanami Zjednoczonymi, pt. „Poland and US Collaborative Study on Cardiovascular Disease Epidemiology”, i nadal są wykorzystywane w opracowaniach naukowych w Polsce i poza granicami kraju. W 2002 r., pod koniec swojej aktywności zawodowej, prof. Rywik zainicjował cykl ogólnopolskich badań stanu zdrowia ludności pt. „Projekt WOBASZ”, dzięki któremu, po raz pierwszy na podstawie badań reprezentatywnej próby całej populacji Polski, opisano kompleksowo terytorialne nierówności

zdrowotne w zakresie narażenia na choroby układu krążenia.

Prof. Rywik był członkiem Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, w którym dzia-

łał w Komisji Epidemiologii i Prewencji, nadało Mu w uznaniu zasług tytuł Honorowego Członka. Najwięcej uwagi poświęcił działalności w Polskim Towarzystwie Nadciśnienia Tętniczego, którego był jednym z założycieli i prezesem w latach 1998–2000. Prof. Stefan Rywik był wybitnym dydaktykiem rozumiejącym konieczność rozwijania szkolenia lekarzy w dziedzinie nadciśnienia tętniczego, zwracającym szczególną uwagę na poprawę skuteczności leczenia. Jako prezes PTNT kładł nacisk na opracowywanie dokumentów stanowiących wytyczne postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Profesor wywarł wielki wpływ na rozwój PTNT, a Jego autorytet i wiedza sprawiły, że funkcja, którą pełnił, była powszechnie szanowana i rozpoznawana w Polsce oraz zagranicą. W uznaniu zasług prof. Stefana Rywika dla rozwoju PTNT przyznano Mu tytuł Honorowego Członka.

Analiza bibliometryczna (Web of Science) potwierdza znaczny dorobek naukowy prof. Rywika: około 250 prac naukowych, które były cytowane blisko 700 razy. Wyniki tej analizy, mimo że wielu mogą się wydawać niedoścignionym celem, są znacznie zaniżone, gdyż duża część wczesnych osiągnięć Profesora nie została odnotowana w elektronicznych rejestrach publikacji. Nawet dzisiaj dla wielu epidemiologów i biostatystyków osiągnięcia naukowe i organizacyjne prof. Rywika są imponujące, choć w znacznej części powstały w okresie początków komputeryzacji. Należy podkreślić, że działając w trudnym okresie lat 70. i 80., prof. Rywik często zmagał się z brakiem zrozumienia dla swej działalności badawczej, a propagowanie podstawowych metod prewencji ChUK odnośnie do diety i aktywności fizycznej wymagało w tamtym czasie szczególnej determinacji. Z pewnością pomocne w pokonywaniu przeciwności były pierwsze doświadczenia zawodowe w IV Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, kierowanej przez prof. Zdzisława Askanasa, a w późniejszym czasie wsparcie międzynarodowego środowiska naukowego. Wsparciem była także wspomniana już współpraca z zespołem krakowskim i rosnąca liczba badaczy zainteresowanych prewencją i epidemiologią chorób układu krążenia w Polsce. Pamięć o prof. Rywiku jest wciąż żywa w tym środowisku. Nazwanie Go w jednym z publikowanych tekstów kondolencyjnych „*mistrzem i nauczycielem*” ma pełne uzasadnienie, a aktywność badawcza następnych pokoleń polskich epidemiologów w zakresie badań nad chorobami układu krążenia pozwala na przyjęcie z pełnym przekonaniem w odniesieniu do Niego sentencji „*Non omnis moriar...*”.

Prof. Rywika poznałem jako młody lekarz, który pod koniec lat 70. dołączył do zespołu prof. Jana Sznajda, realizującego program wieloczynnikowej prewencji ChUK. Prof. Rywik zawsze imponował nam wiarą w słuszność swoich poglądów, pracowitością, pragmatyką oraz konsekwencją i determinacją w pokonywaniu trudności. Wiele lat później, kiedy kierowałem już niezależnym zespołem badawczym, nasza współpraca pozostawała nadal żywa. Mimo że nie zawsze reprezentowaliśmy w pełni zgodne poglądy, prof. Rywik nigdy nas nie zawiódł, a Jego pomoc była jednym z decydujących czynników, które przyczyniły się do utrzymania naszej aktywności naukowej. Winniśmy Mu za to ogromną wdzięczność. ■

Prof. dr hab. med. **Andrzej Pająk**
Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Serdeczne wyrazy współczucia koleżance
Annie Stanisławskiej
z powodu śmierci

Mamy

składa dyrekcja oraz Zespół Okulistyczny
MediQ NZOZ w Legionowie.

**UCHWAŁA NR 78/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 WRZEŚNIA 2014 R.**

***zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia
Odznaczenia Laudabilis***

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

W uchwale nr 43/R-IV/02 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w sprawie ustanowienia Odznaczenia LAUDABILIS – tekst jednolity ogłoszony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 grudnia 2004 r. (zm. uchwałą nr 25/R-VI/11 z 29 kwietnia 2011 r.), wprowadza się następujące zmiany:

1) §1–§4 otrzymują następujące brzmienie:

„§1.

1. *Ustala się Odznaczenie LAUDABILIS, tzn. godny uznania, zwane dalej „Odznaczeniem”.*

2. *Odznaczeniem LAUDABILIS może zostać uhonorowany:*

1) *lekarz, lekarz dentyista, inna osoba fizyczna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej – za szczególne zasługi dla środowiska lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub środowiska lekarskiego w kraju albo dla ochrony zdrowia,*

2) *lekarz lub lekarz dentyista – za wybitne osiągnięcia w działalności zawodowej, organizacyjnej lub naukowej.*

3. *Odznaczenie jest jednostopniowe.*

4. *Odznaczenie może być przyznane tylko jeden raz.*

§2

1. *Odznaczenie przyznaje Kapituła Odznaczenia.*

2. *Kapitułę Odznaczenia stanowią:*

1) *prezes Okręgowej Rady Lekarskiej,*

2) *wiceprezesi Okręgowej Rady Lekarskiej,*

3) *przewodniczący Komisji Etyki ORL,*

4) *przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego,*

5) *Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,*

6) *członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej – noszący to Odznaczenie.*

§3

Kapituła dokonuje wyboru ze swojego składu i odwołuje w drodze tajnego głosowania kanclerza oraz sekretarza.

§4

Regulamin przyznawania Odznaczenia otrzymuje brzmienie stanowiące załącznik do niniejszej uchwały”;

2) **§§4–6** oznacza się odpowiednio jako **§§5–7**.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały jest dostępny na stronie internetowej oraz w sekretariacie Izby.

**UCHWAŁA NR 79/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 WRZEŚNIA 2014 R.**

***w sprawie upoważnienia prezesa Okręgowej Rady
Lekarskiej w Warszawie do działania w imieniu
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie***

Na podstawie art. 15 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2009 r., nr 219, poz. 1708 ze zm.), art. 98 i 99 §2 kodeksu cywilnego oraz art. 86 i 87 §2 kodeksu postępowania cywilnego i art. 33 kodeksu postępowania administracyjnego uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia **kol. Andrzeja Sawoniego, prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**

1. do składania oświadczeń woli w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w zakresie działalności kierowanej jednostki,

2. do reprezentowania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przed sądami, organami administracji publicznej, organami egzekucyjnymi we wszystkich postępowaniach sądowych, administracyjnych i egzekucyjnych związanych z działalnością Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,

3. do udzielania dalszych pełnomocnictw w zakresie określonym w pkt. 1–2 pracownikom i osobom zatrudnionym w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

§2

Upoważnienie ważne jest do odwołania, nie dłużej jednak niż przez czas pełnienia funkcji prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 81/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 WRZEŚNIA 2014 R.**

***w sprawie zwolnienia kol. Ewy Węgrodzkiej z opłaty
za wydanie opinii o projekcie eksperymentu
medycznego o numerze KB/956/14 przedstawionego
Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej
w Warszawie***

Działając na podstawie §10 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (DzU nr 47, poz. 480), w związku z wnioskiem kol. Ewy Węgrodzkiej, złożonym do Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/956/14 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwała się, co następuje:

§1

Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza dentyisty Ewy Węgrodzkiej za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Wskaźnik przetrwania dwóch rodzajów wielożyłowych łuków retencyjnych” o numerze KB/956/14, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UZASADNIENIE

Komisja Bioetyczna przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, kierując się wytycznymi Ministerstwa Zdrowia – §10 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (DzU nr 47, poz. 480) – wystąpiła z wnioskiem do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o zwolnienie kol. Ewy Węgrodzkiej z opłaty za ocenę projektu eksperymentu medycznego pt. „Wskaźnik przetrwania dwóch rodzajów wielożyłowych łuków retencyjnych” o numerze KB/956/14.

Biorąc pod uwagę prawne możliwości podjęcia takiej decyzji przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, na podstawie ww. przepisów, a nadto, iż projekt kol. Ewy Węgrodzkiej nie jest sponzorowany przez żadną firmę farmaceutyczną, uchwalono jak na wstępie.

Prezes ORL **Andrzej Sawoni**,
sekretarz ORL **Ewa Miękus-Pączek**



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Miesięc: www.miesiecznik-puls.org.pl (Nowe przepisy prawne)

3 września 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1182, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 26 czerwca 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych.

4 września 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1184, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 14 lipca 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy.

11 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 września 2014 r. w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1207.

11 września 2014 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1136.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 1 ustawy).

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna, posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Pielęgniarka i położna, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy).

Pielęgniarka i położna wykonują wymienione czynności zawodowe po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta. Pielęgniarka i położna, o których mowa wyżej, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określenia tych osób.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od 1 stycznia 2016 r.

Zgodnie z art. 32 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027, ze zm.), świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU nr 174, poz. 1039, ze zm.), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast art. 40 ustawy stanowi, że zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby uprawnionej do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, o której mowa w art. 43–46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

16 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra administracji i cyfryzacji z 21 sierpnia 2014 r. w sprawie wymagań funkcjonalnych dla systemu teleinformatycznego i interfejsu komunikacyjnego oraz warunków współpracy systemu powiadamiania ratunkowego z policją, Państwową Strażą Pożarną oraz dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1159.

17 września 2014 r. weszła w życie ustawa z 25 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1162.

Jednostki ochrony zdrowia wykonujące zabiegi lub leczenie z zakresu radioterapii, medycyny nuklearnej, radiologii zabiegowej i rentgenodiagnostyki są obowiązane podjąć działania zmierzające do zapobieżenia medycznym wypadkom radiolo-

gicznym. W tym celu dokonuje się kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych oraz klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych, a także wprowadza się system zarządzania jakością.

Kontrola fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych w jednostce ochrony zdrowia obejmuje wykonywanie następujących rodzajów testów:

- odbiorczych (akceptacyjnych),
- eksploatacyjnych, w zakresie urządzeń radiologicznych stosowanych w radioterapii,
- podstawowych i specjalistycznych, w zakresie urządzeń radiologicznych stosowanych w medycynie nuklearnej, rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej.

Testy eksploatacyjne oraz testy specjalistyczne są wykonywane przez:

- podmioty posiadające akredytację w rozumieniu ustawy z 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (DzU z 2010 r., nr 138, poz. 935, ze zm.),
- specjalistę w dziedzinie fizyki medycznej lub specjalistę w dziedzinie inżynierii medycznej, zatrudnionych w jednostce ochrony zdrowia.

Testy eksploatacyjne mogą wykonywać również osoby zatrudnione w jednostce ochrony zdrowia i upoważnione przez jej kierownika do obsługi urządzeń radiologicznych, w zakresie określonym w upoważnieniu, pod nadzorem fizyka medycznego lub inżyniera medycznego.

Testy podstawowe są wykonywane przez osoby obsługujące urządzenia radiologiczne, zatrudnione w jednostce ochrony zdrowia i upoważnione przez jej kierownika do wykonywania testów.

Testy eksploatacyjne oraz testy specjalistyczne mogą być wykonane przez wymienionych specjalistów oraz osoby upoważnione pod ich nadzorem, jeżeli jednostka ochrony zdrowia:

- zapewnia spójność pomiarową,
- uczestniczy, nie rzadziej niż raz na 4 lata, w badaniach polegających na porównaniu wyników pomiarów parametrów stosowanych w tej jednostce urządzeń radiologicznych z wynikami pomiarów parametrów urządzeń stosowanych w innej jednostce,
- posiada udokumentowane w formie pisemnej wyniki badań, potwierdzające, że każdy z badanych fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych spełnia przyjęte na potrzeby tych badań kryteria oceny.

Jednostki ochrony zdrowia są obowiązane przystąpić do badań w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

18 września 2014 r. weszła w życie ustawa z 25 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1175.

W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej w razie osiągnięcia przychodu z tytułów wymienionych w przepisach ustawy z 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (DzU z 2013 r., poz. 982, ze zm.), w tym również w razie osiągnięcia przychodów z tych tytułów zagranicą, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ.

20 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 września 2014 r. w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1246.

Rejestr Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych tworzy się w celu monitorowania stanu zdrowia usługobiorców oraz monitorowania zapotrzebowania na świadcze-

nia opieki zdrowotnej, w oparciu o przetwarzane dane o operacjach nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych wykonywanych w podmiotach leczniczych.

Do zadań rejestru należy przetwarzanie danych o operacjach nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych wykonywanych w podmiotach leczniczych oraz wymiana przetwarzanych w rejestrze danych, między podmiotem prowadzącym rejestr a podmiotami leczniczymi wykonującymi operacje nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych.

Rejestr jest prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

22 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania ministra zdrowia, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1268.

Minister zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie.

Ministrowi podlegają lub są przez niego nadzorowane następujące organy:

- Główny Inspektor Farmaceutyczny,
- Główny Inspektor Sanitarny,
- Inspektor do spraw Substancji Chemicznych,
- Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

1 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1245.

Załącznik do rozporządzenia określa poziom finansowania przez świadczeniobiorcę kosztów żywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu. W okresie rozliczeniowym od 1 października do 30 kwietnia opłata wynosi od 28,80 zł za pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym do 9,40 zł za pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego, a w okresie od 1 maja do 30 września opłata wynosi odpowiednio od 36,10 zł do 10,50 zł. W przypadku gdy świadczeniobiorca rozpoczął leczenie w sanatorium uzdrowiskowym przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i kontynuuje to leczenie po tym dniu, stosuje się przepisy dotychczasowe.

1 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 19 września 2014 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu sędziego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1293.

Badania lekarskie kandydata do objęcia urzędu sędziego obejmują:

- ogólną ocenę stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem układu nerwowego i stanu psychicznego,
- badania specjalistyczne, konsultacje lekarzy specjalistów i badania pomocnicze (laboratoryjne, EKG, EEG, RTG i inne), jeżeli lekarz uprawniony uzna je za niezbędne.

Lekarz uprawniony na podstawie wyników badań wydaje zaświadczenie o zdolności kandydata do pełnienia obowiązków sędziego, w zakresie dotyczącym stanu zdrowia.

Zaświadczenie lekarskie wraz z wynikami badań specjalistycznych i pomocniczych wydaje się kandydatowi.

Zaświadczenie lekarskie może być wykorzystane przez kandydata w toku innych postępowań w sprawie powołania na stanowisko sędziowskie, w terminie 12 miesięcy od daty ich wystawienia.

Lekarzem uprawnionym może być lekarz, który jest wpisany do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego na podstawie przepisów rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w kodeksie pracy (DzU nr 69, poz. 332, ze zm.) i ma prawo wykonywania zawodu oraz co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie.

1 października 2014 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1198.

Nauczyciel akademicki składa w uczelni oświadczenie, w którym upoważnia wybraną podstawową jednostkę organizacyjną uczelni, a w uczelni nieposiadającej podstawowych jednostek organizacyjnych prowadzących co najmniej jeden kierunek studiów – uczelnię, do zaliczania go do minimum kadrowego jednego kierunku jednolitych studiów magisterskich albo jednego kierunku studiów pierwszego stopnia oraz drugiego stopnia, albo jednego kierunku studiów tylko pierwszego stopnia, albo jednego kierunku studiów tylko drugiego stopnia. Nauczyciel akademicki może dodatkowo złożyć w jednostce organizacyjnej tej samej uczelni lub w jednostce organizacyjnej innej uczelni co najwyżej jedno oświadczenie upoważniające tę jednostkę do zaliczania go do minimum kadrowego jednego kierunku studiów pierwszego stopnia.

Oświadczenia składa się przed rozpoczęciem roku akademickiego, nie później jednak niż do 30 czerwca roku poprzedzającego rok akademicki, lub przed rozpoczęciem semestru w przypadku zmian w zatrudnieniu wpływających na minimum kadrowe.

Rektor może udzielić nauczycielowi akademickiemu posiadającemu co najmniej stopień naukowy doktora, nie częściej niż raz na 7 lat zatrudnienia w danej uczelni, płatnego urlopu naukowego w wymiarze nieprzekraczającym roku, w celu przeprowadzenia badań poza uczelnią.

Nauczyciel akademicki zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy po przepracowaniu co najmniej 15 lat w uczelni ma prawo do płatnego urlopu dla poratowania zdrowia, w celu przeprowadzenia zalecanego leczenia, jeżeli stan jego zdrowia wymaga powstrzymania się od pracy.

Łączny wymiar urlopu dla poratowania zdrowia w całym okresie zatrudnienia nauczyciela akademickiego nie może przekroczyć 1 roku.

W przypadku gdy urlop dla poratowania zdrowia jest wykorzystywany w częściach, kolejnego urlopu można udzielić nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia zakończenia ostatnio udzielonego urlopu.

O potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia orzeka lekarz posiadający uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych, zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w kodeksie pracy (DzU nr 69, poz. 332, ze zm.), wykonujący działalność w jednostce służby medycyny pracy, z którą uczelnia zawarła umowę.

Uprawniony lekarz przeprowadza badanie lekarskie na podstawie skierowania wydanego przez rektora na wniosek nauczyciela akademickiego o udzielenie urlopu dla poratowania zdrowia.

Uprawniony lekarz orzeka o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia i określa czas potrzebny na przeprowadzenie zalecanego leczenia na podstawie:

- wyników przeprowadzonego przez siebie badania lekarskiego,
- wyników badań pomocniczych lub konsultacji specjalistycznych, których wykonanie uzna za niezbędne,
- dokumentacji medycznej z przebiegu dotychczasowego leczenia.

Po przeprowadzeniu badania lekarskiego uprawniony lekarz wydaje orzeczenie lekarskie o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia.

Nauczycielowi akademickiemu oraz uczelni przysługuje odwołanie od orzeczenia lekarskiego do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego ze względu na miejsce zamieszkania nauczyciela akademickiego lub ze względu na siedzibę uczelni. W przypadku gdy orzeczenie lekarskie zostało wydane przez uprawnionego lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, odwołanie od tego orzeczenia wnosi się do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy najbliższego ze względu na miejsce zamieszkania nauczyciela akademickiego lub ze względu na siedzibę uczelni. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego, za pośrednictwem uprawnionego lekarza, który wydał orzeczenie lekarskie.

Uprawniony lekarz, za którego pośrednictwem jest wnoszone odwołanie, przekazuje je wraz z dokumentacją badań podmiotowi odwoławczemu w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.



Fundacja Lekarska
PRO SENIORE
im. Lekarzy Poległych i Pomordowanych
w czasie II Wojny Światowej



OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza

POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWONIĄC POD NUMER:

704 277 577

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci:



Usługa świadczona jest przez firmę:



Badanie lekarskie w trybie odwoławczym przeprowadza się w terminie 30 dni od dnia otrzymania odwołania.

Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwoławczym jest ostateczne.

Koszty badań przeprowadzanych nie częściej niż raz na 3 lata oraz koszty badań przeprowadzanych w trybie odwoławczym ponosi uczelnia.

Rektor udziela nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia na podstawie orzeczenia lekarskiego.

Nauczyciel akademicki korzystający z urlopu dla poratowania zdrowia nie może w tym czasie wykonywać pracy zarobkowej ani prowadzić działalności gospodarczej.

Do osób zatrudnionych na stanowisku asystenta, nieposiadających stopnia naukowego doktora, oraz osób zatrudnionych na stanowisku adiunkta, nieposiadających stopnia naukowego doktora habilitowanego, przebywających w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowym urlopie macierzyńskim, dodatkowym urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie ojcowskim, urlopie rodzicielskim lub urlopie wychowawczym udzielonym na zasadach określonych w przepisach kodeksu pracy lub pobierających w dniu wejścia w życie ustawy zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy, w tym spowodowaną chorobą wymagającą rehabilitacji leczniczej, stosuje się przepis art. 120 ustawy.

Zgodnie z wymienionym przepisem okres zatrudnienia na stanowisku asystenta osoby nieposiadającej stopnia naukowego doktora oraz okres zatrudnienia na stanowisku adiunkta osoby nieposiadającej stopnia naukowego doktora habilitowanego, a także warunki skracania i przedłużania oraz zawieszania tych okresów określa statut, z tym że zatrudnienie na każdym z tych stanowisk osoby nieposiadającej stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego nie może trwać dłużej niż 8 lat.

Do okresu, o którym mowa wyżej, nie wlicza się przerwy związanej z:

- urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowym urlopem macierzyńskim, dodatkowym urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim, urlopem rodzicielskim lub urlopem wychowawczym, udzielonych na zasadach określonych w przepisach kodeksu pracy,
- pobieraniem zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy, w tym spowodowaną chorobą wymagającą rehabilitacji leczniczej.

Urlopy dla celów naukowych i urlopy dla poratowania zdrowia udzielone przed dniem wejścia w życie ustawy są wykonywane w wymiarze i na zasadach ustalonych na podstawie przepisów dotychczasowych.

Wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy postępowania w sprawach dotyczących udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla celów naukowych i urlopu dla poratowania zdrowia są prowadzone na podstawie przepisów dotychczasowych.

4 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1239.

Osoba wystawiająca receptę może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:

– podając na recepcie sposób dawkowania – ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do **maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania** obliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania.

Na jednej recepcie można przepisać **podwójną ilość leku recepturowego**, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu leków recepturowych.

W przypadku wymienionych recept na maści, kremy, mazidła, pasty albo żele do stosowania na skórę można przepisać **dziesięciokrotną ilość leku recepturowego**, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu leków recepturowych.

Osoba uprawniona może wystawić:

- **do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania, z zastrzeżeniem, że na jednej recepcie nie można przepisać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego na więcej niż 120 dni stosowania,**
- w przypadku recept na środki antykoncepcyjne – **do 6 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania,**
- w przypadku recept na leki recepturowe – **do 16 recept niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania.**

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie **REDAKCJA:** 00-070 Warszawa, ul. Koźca 3/5, lok. 31, faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl **REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl **SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-850-18-10, k.biezanska@oilwaw.org.pl **KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Stanisław Ancyparowicz, Włodzimierz Cerański, Zbigniew Czernicki, Janusz Garlicki, Wiesław Jędrzejczak, Tadeusz Kalbarczyk, Jerzy Kruszewski, Ryszard Majkowski, Stanisław Niemczyk, Grażyna Pacocha, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Danuta Samolczyk-Wanyura, Mieczysław Szatanek, Tadeusz Tołfoczek, Andrzej Włodarczyk **BIULETYN ORL:** Ewa Miękus-Pączek **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichońska, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Paweł Kowal, Beata Kozyna-Lukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Jacek Walczak, Maciej Wierzyński, Justyna Wojteczek, Tadeusz M. Zielonka **SEKRETARIAT REDAKCJI:** Iwona Stawicka, tel. 22-850-18-10 **ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl **REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel./faks 22-828-36-39, tel. 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl **OPRACOWANIE GRAFICZNE:** Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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

Jak płacimy składki członkowskie od 1 stycznia 2015 r.

UCHWAŁA NR 27/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 5 WRZEŚNIA 2014 R.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708, z 2011 r., nr 112, poz. 654 i nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwała się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojσκowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem”, w wysokości 60 zł miesięcznie.
2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą”, opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:

- 1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojσκowej izby lekarskiej,
- 2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

- 1) na konto bankowe okręgowej lub wojσκowej izby lekarskiej lub
- 2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojσκową izbę lekarską lub
- 3) w kasie okręgowej lub wojσκowej izby lekarskiej.

3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

§3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

- 1) ukończył 75 lat,
- 2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojσκowej 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.

2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania 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.

3. W razie uzasadnionej wątpliwości co do spełnienia przez lekarza warunku nieosiągania przychodu opisanego w ust. 1 pkt 3, okręgową lub wojσκową radę lekarską może zażądać od lekarza dokumentów podatkowych w celu weryfikacji prawdziwości oświadczenia o nieosiąganiu przychodu.

4. W przypadku ustalenia, na podstawie analizy dokumentów podatkowych przedstawionych przez lekarza, że oświadczenie o nieosiąganiu przychodu zostało złożone niezgodnie z prawdą, oraz w przypadku nieprzedstawienia przez lekarza dokumentów podatkowych, okręgową lub wojσκową radę lekarską podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia lekarza z obowiązku opłacania składki w okresie, w którym lekarz faktycznie korzystał ze zwolnienia, oraz wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek wraz z odsetkami ustawowymi.

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojσκową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§4

1. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 zł, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie §3 uchwały.

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z §3 ust. 6.

§5

Traci moc uchwała nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§6

Uchwała wchodzi w życie z 1 stycznia 2015 r.

Prezes **Maciej Hamankiewicz**,
sekretarz **Konstanty Radziwiłł**

Załączniki do uchwały znajdują się na stronach:

www.nil.org.pl
www.warszawa.oil.org.pl

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Od 1 czerwca 2009 r. każdy lekarz i lekarz dentysta posiada **indywidualne subkonto składkowe** w Banku Pekao SA. Indywidualny numer konta zawiera m.in. numer Pani/Pana prawa wykonywania zawodu (siedem ostatnich cyfr).

W celu ułatwienia przesyłania składki proponujemy złożyć stałe zlecenie w banku, w którym posiadają Państwo osobiste konto indywidualne.

Przypominamy, iż składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. Zgodnie z obowiązującą ustawą o rachunkowości, w przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby Lekarskiej. W związku z tym, iż decydująca o terminowości wpłaty jest data jej zaksięgowania na Państwa indywidualnym koncie składkowym, proponujemy ustalić datę przelewu do 22. dnia każdego miesiąca.

Jeżeli do tej pory przekazywała Pani/przekazywał Pan składki za pośrednictwem pracodawcy, prosimy o złożenie pisma w zakładzie pracy o niepotrącanie składek.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przypomina również o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru Lekarzy wszelkich zmian: adresu zamieszkania, miejsca pracy, stanu cywilnego oraz informacji dotyczących otrzymania decyzji przejścia na rentę lub emeryturę itp.

Numer indywidualnego konta, na które proszę przekazywać comiesięczne składki na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, otrzymają Państwo w biurze OIL przy ul. Puławskiej 18, w pok. nr 1, telefonicznie: 22-542-83-38, 22-542-83-39 lub e-mailem, pisząc na adres: skladki@oilwaw.org.pl

Roman Olszewski,
skarbnik ORL



WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

(na podstawie uchwały nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 4.04.2008 r.)

- 40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;
- 10 zł dla lekarza/lekarza dentystry emeryta, który:
 - 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
 - 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji emerytalnej,
 - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24 084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- 10 zł dla lekarza/lekarza dentystry rencisty, który ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie lub złoży:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji rentowej;
- 10 zł dla lekarza stażysty, lekarza dentystry stażysty, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.
- Zwolniony z opłat członkowskich może być:
 - 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Prezydium ORL o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
 - a) udokumentuje brak przychodów, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),
 - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny w biurze Izby lub na stronie internetowej OIL Warszawa),
 - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny jw.),
 - 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu (druk dostępny jw.).

NA LEKARZU CIAŻY OBOWIĄZEK PISEMNEGO ZGŁASZANIA NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

– **do Rejestru OIL** – o zmianach: miejsca zatrudnienia wraz z informacją dotyczącą potrącania składek członkowskich na OIL w Warszawie, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji, daty przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS), terminu rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego, daty i miejsca rozpoczęcia pracy przez lekarza/lekarza den-

tystę po zakończeniu stażu podyplomowego, rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej, zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentyستę emeryta bądź rencistę (oświadczenie);
– **do Komisji Praktyk Lekarskich** – o wyrejestrowaniu praktyki indywidualnej, o zawieszeniu praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

AKTUALNE NUMERY KONT BANKOWYCH OIL W WARSZAWIE

22 1050 1041 1000 0005 0130 9736 – opłata za rejestrację praktyk lekarskich;
39 1240 6247 1111 0000 4979 2205 – spłata pożyczek z Funduszu Samopomocy Lekarskiej

peugeot.pl



NOWY PEUGEOT 508

DROGA TO JEGO TERYTORIUM

MULTIMEDIALNY
EKRAN DOTYKOWY

MONITOR MARTWEGO
POLA W LUSTERKACH

TECHNOLOGIA
FULL LED

PEUGEOT rekomenduje TOTAL Zużycie paliwa w cyklu mieszanym: od 4,1 do 5,8 l/100 km, emisja CO₂: od 109 do 144 g/km.

już od
81 000 zł

5 LAT
GWARANCJI

Wersje prezentowane na zdjęciu różnią się od wersji dostępnej w ofercie. * 2 lata gwarancji fabrycznej + 3 lata Umowy Serwisowej Peugeot – Przedłużenie z ograniczeniem do 100 000 km. Oferta dla klientów indywidualnych na samochody zamówione do 31 października 2014 r. Wymienione elementy wyposażenia dostępne w standardzie, w opcji lub niedostępne, zależnie od wersji. Szczegółowe informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na peugeot.pl.

NOWY PEUGEOT 508

MOTION & EMOTION



KRAKOWSKA
RADZYMIŃSKA

Peugeot Polska Sp. z o.o. Oddział w Warszawie | www.oddzial-warszawa.peugeot.pl

al. Krakowska 206
tel. 22 448 95 00

ul. Radzywińska 112
tel. 22 448 94 00

Przygotujemy ofertę na miarę Twoich potrzeb.

Serdecznie zapraszam – Paweł Smoliński, Szef Sprzedaży, tel. 507 00 81 16