ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

czerwiec – lipiec 2015 nr 6–7

Pediatria: dobre samopoczucie Ministerstwa Zdrowia [str. 5]

Głos z Wiejskiej [str. 9]

Lekarzy jest za mało, a będzie jeszcze mniej [str. 23]

Leczmy ból [str. 31]

Pomóżmy ofiarom trzęsienia ziemi w Nepalu [str. 45]

Medycyna i konspiracja [str. 50]

DS *poleca* TOTAL

DS AUTOMOBILES

SPIRIT OF
AVANT-GARDE

PIERWSZY
SALON MARKI DS
W POLSCE

SALON DS, AL. KRAKOWSKA 206, 02-219 WARSZAWA
TEL.: 22 436 27 70, WWW.SALONDS.PL

60 DS 1955

SPECJALNA OFERTA
DLA LEKARZY

Bank Spółdzielczy w Ostrowi Mazowieckiej
Grupa BPS

BSOM@POST.PL INFOLINIA 801 000 823
WWW.BSOSTROWMAZ.PL

PAKIET BIZNES MED
- 0 zł prowadzenie rachunku w PLN, USD, EUR i GBP
- 0 zł karta do konta
- specjalne warunki kredytowe dla tej grupy zawodowej
- min formalności przy kredycie do 150.000 zł

PAKIET PRIVATE MED
- 0 zł prowadzenie rachunku
- 0 zł karta do konta
- 0 zł przelewy internetowe i papierowe
- atrakcyjne kredyty konsumenckie i mieszkaniowe

BPS TFI
Grupa BPS

JEŚLI MASZ WOLNE ŚRODKI ZAINWESTUJ W FUNDUSZE BPS FIO LUB BPS SFIO

ZALETY:
- duży potencjał zysku
- doświadczeni doradcy inwestycyjni
- odroczony "podatek Belki"
- zgromadzone środki podlegają dziedziczeniu
- jednostki uczestnictwa mogą być przedmiotem zastawu, np. jako zabezpieczenie kredytu

JEŚLI NIE MASZ WOLNYCH ŚRODKÓW
ODKŁADAJ W PROGRAMACH OSZCZĘDNOŚCIOWYCH
- Program Systematycznego Inwestowania "Akumulacja Kapitału"
- Program Oszczędnościowo Inwestycyjny "Lokata Plus"

ZAINWESTUJ BEZ WYCHODZENIA Z DOMU
SERWIS STI DOSTĘPNY 24H/7
LISTA DYSTRYBUTORÓW
WWW.BPSTFI.PL

Planet pay

TERMINALE PLANET PAY
AKCEPTACJA KART PŁATNICZYCH

Sieć terminali planet PAY to nowoczesny wymiar akceptacji kart płatniczych w punktach handlowych oraz usługowych. W swojej ofercie posiadamy szeroki wachlarz urządzeń. Wybierz rozwiązanie dopasowane do Twoich potrzeb.

ZAMÓW TERMINAL PLANET PAY

Przedstawimy Ci najlepsze możliwości, wyjaśnimy wszelkie kwestie. Po podpisaniu umowy przyjedzie Serwisant, który zamontuje terminal oraz przeprowadzi szkolenie z jego obsługi. Mamy pewność, że dzięki naszym terminalom zdobędziesz nowych klientów.

KONTAKT
POS@PLANETPAY.PL
801 50 80 50
WWW.PLANETPAY.PL

BPS TFI
Grupa BPS

Planet pay

Bank Spółdzielczy w Ostrowi Mazowieckiej
Grupa BPS

Nr 6–7 (242–243) czerwiec – lipiec 2015

Na okładce:
rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

- **powiem wprost** **3**
- Pediatria... 4
- M-zdrowie... 10
- Recepty lekarskie... 12
- **składki** **16**
- **Biuletyn OIL w Warszawie** **18**
- Lekarzy jest za mało... 23
- Doniesienia naukowe 25
- Ziemia obiecana 26
- **etyka**
  Homo homini res sacra 28
  Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej 29
- Lekarze o stażu i emigracji 30
- Ból ostry i przewlekły 31
- **stomatologia** **32**
- **z Delegatury Radomskiej** **36**
- **z Mazowsza** 38
- Poporodowe zapalenie tarczycy 39
- Pamięć ważna jak powietrze 40
- Diagnoza po 360 latach 41
- Na głosy, ale razem 44
- Pomóżmy ofiarom trzęsienia... 45
- **sport** **46**
- **muzy i my** **48**
- Medycyna i konspiracja 50
- **wczoraj i dziś** **54**
- **literatura i życie** **55**
- **sylwetki** **56**
- **wspomnienia** **58**
- **nowe przepisy prawne** **61**
- **felietony:**
- Gwiazdowicz-Włodarczyk 2
- Balicki 8
- Karczewski 9
- Walewski 10
- Kowal 42
- Jankowska 43
- Ciepły 51
- Müldner-Nieckowski 51

Każdy wytycza własną drogę

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,
redaktor naczelna

W medycynie, jak w kinie, wszystko jest możliwe" – taki napis widnieje na drzwiach domu mojego przyjaciela, członka zespołu Trubadurzy Ryszarda Poznakowskiego.

Ostatnie wydarzenia polityczne dowodzą jednak, że nie tylko w kinie, ale i w polityce wszystko zdarzyć się może. Po opublikowaniu przez pana Stonogę w Internecie akt dotyczących tzw. afery podsłuchowej premier Ewa Kopacz zdymisjonowała lub, jak kto woli, przyjęła dymisje kilku ministrów i wiceministrów, w tym ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza.

Kiedy więc wszystkim się już zdawało, że najgorzej oceniany minister premiera Donalda Tuska (chyba się nie mylę), a później, ku zaskoczeniu wszystkich, także Ewy Kopacz, dotrwa do końca kadencji, nastąpił nagły zwrot akcji i dymisja tegoż. I oto człowiek odpowiedzialny za zapaść służby zdrowia, nierozliczenie ustawy refundacyjnej i wiele innych problemów odchodzi z resortu nie z powodu swojej nieudolności, ale w glorii, bo – być może – nagrani są ofiarami i nieomal bohaterami, i to „dzięki" Stonodze!

Po dwóch dniach oczekiwania i spekulacji mediów, kto zastąpi Arłukowicza, ogłoszono, że nowym ministrem zdrowia został wybitny kardiochirurg prof. Marian Zembala.

Nie jest to osoba przypadkowa. Od ponad 20 lat pełni funkcję dyrektora podległego Ministerstwu Zdrowia Śląskiego Centrum Chorób Serca. Do niedawna, co podkreślają media, był związany z prężnie rozwijającą się firmą Polska Grupa Medyczna. Zna się więc na zarządzaniu. Od wielu lat jest konsultantem krajowym w dziedzinie kardiochirurgii i, także od wielu lat, przewodniczącym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia.

Wszyscy przypominają jego związki z legendą polskiej kardiochirurgii – prof. Zbigniewem Religą, którego Zembala był najpierw wychowankiem, a potem współpracownikiem. Ja uważam, że każdy buduje własny wizerunek i wytycza własną, także polityczną, drogę. Premier Ewa Kopacz zapowiedziała, że ministrowie będą pracować 24 godziny na dobę. Minister Marian Zembala zapowiedział, że w czwartki będzie odwiedzał, wraz z dziennikarzami, placówki ochrony zdrowia w Polsce, by poznać ich problemy, a w piątki – będzie lekarzem w swoim Centrum, w Zabrzu.

Propozycja ministra Zembali powrotu do pomysłu prof. Religi (chyba z 2006 r.) o ustanowieniu podatku od kierowców na leczenie ofiar wypadków komunikacyjnych ożywiła media. Także te, które zajmują się finansami. Publikują wątpliwości ekspertów. To minister zdrowia Ewa Kopacz w 2008, rok po ustanowieniu podatku Religi, zaakceptowała zniesienie tego podatku, wkrótce po wygranych przez PO wyborach.

Już dzisiaj piąta dyrektywa unijna w sprawie ubezpieczeń komunikacyjnych otwiera drzwi dla tych, którzy chcą wyegzekwować od towarzystw ubezpieczeniowych koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków – ale na drodze postępowania sądowego. Może nie wszyscy o tym wiemy.

Czy profesor Marian Zembala potrafi tym i innym wyzwaniom stawić czoła? Czy też opozycja ma rację, mówiąc, że zmiany w rządzie to pijarowska kosmetyka i *„wiele hałasu o nic"*? Ja trzymam kciuki za Profesora! ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

www.miesiecznik-puls.org.pl

Nowy minister zdrowia kardiochirurg prof. Marian Zembala

Lekarze a szczepienia

M-zdrowie – co to jest i jakie wyzwania się z nim wiążą

Kto nas będzie leczył?

Fot. egw

Andrzej Sawoni,
prezes ORL w Warszawie

To pytanie zadajemy sobie coraz częściej. W wielu specjalnościach brakuje lekarzy, a ci, którzy pracują, są coraz starsi. Średni wiek specjalistów to 55, a nawet 60 lat. Statystyki są alarmujące. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej w Polsce mamy najmniej lekarzy na 1 tys. mieszkańców. Starzejących się kadr medycznych nie ma kto zastąpić, ale winna jest nie tylko demografia. Absolwenci uczelni medycznych coraz częściej podejmują decyzję o emigracji zawodowej. Powodem są nie tylko oczekiwania finansowe, ale też korzystniejsze warunki wykonywania pracy i możliwości dalszego kształcenia się. W Polsce miejsca specjalizacyjne nie zawsze odpowiadają oczekiwaniom. Młodzi lekarze często nie mają szans na etat, a nie stać ich na wolontariat. Dlatego jadą tam, gdzie bez przeszkód rozpoczną specjalizację, a naukę połączą z pracą zarobkową – do zachodniej Europy i USA. Dobrze wykształceni, przygotowani teoretycznie, praktykę odbędą gdzie indziej. I raczej nie wrócą. A wyjeżdżają coraz młodsi. Niektórzy już po studiach, a jeszcze przed stażem.

Stażu zresztą też ma już nie być. A przecież jest potrzebny. Uczy tego, co w zawodzie lekarza jest równie ważne, jak cała wiedza medyczna – pracy i kontaktu z chorym człowiekiem. I tej praktyki nie zastąpi żadne, choćby najnowocześniejsze centrum symulacji. Likwidacja stażu miała przyspieszyć wejście młodych kadr lekarskich na rynek pracy. Czy jednak ilość przełoży się na jakość? Czy praktyczna nauka zawodu na ostatnim roku studiów medycznych wystarczy, by wziąć odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów? Na razie trudno rozwiać obawy.

Środowisko lekarskie stoi przed poważnym wyzwaniem. Myśląc o naszych pacjentach, świadomi konsekwencji zaniechania kształcenia praktycznego młodych lekarzy, jesteśmy szczególnie zobowiązani do działania. Nasza Izba będzie walczyła o przywrócenie stażu lekarskiego. Już prowadzimy rozmowy z przedstawicielami organizacji zrzeszających pacjentów, przygotowujemy działania legislacyjne. Młodzi lekarze też dostrzegają problem. Na spotkaniu samorządu lekarskiego w Gdańsku mówili o swoich oczekiwaniach w sprawie stażu i specjalizacji. Przedstawiali konkretne propozycje poparte analizą sytuacji. Dali ważny sygnał o młodym lekarskim pokoleniu – mają inicjatywę, są odpowiedzialni. Trzeba ich wspierać.

Kto nas będzie leczył ? I jak? To pytania także do nowego ministra zdrowia i nie dotyczą wyłącznie kształcenia młodych lekarzy. Widzimy rosnące kolejki pacjentów, doświadczamy konsekwencji wprowadzenia bez konsultacji pakietu onkologicznego, nie poznaliśmy sprawozdania z funkcjonowania ustawy refundacyjnej, a my, lekarze, przestaliśmy być dla resortu partnerami w rozmowie i działaniu – to znaczące przykłady problemów do rozwiązania w MZ. Dymisja Bartosza Arłukowicza była niezbędna i spóźniona. Nowy minister zdrowia ponad wszystko powinien postawić sobie jedno, szczególne zadanie – odbudować przerwany przez poprzednika dialog ze środowiskiem lekarskim i odzyskać nasze zaufanie. ■

https: twitter.com/andrzejsawoni facebook.com/OILWarszawa

Prosimy o przekazywanie
do Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
Państwa adresów e-mailowych
i na bieżąco ich aktualizowanie
mojadresmailowy@oilwaw.org.pl
Adresy te będą wykorzystane do przekazywania przez OIL, na bieżąco, ważnych dla Państwa informacji!

Pediatria: dobre samopoczucie Ministerstwa Zdrowia

Umiarkowany optymizm i spokój płyną z dokumentu „Informacja na temat stanu zdrowia dzieci. Wnioski dla polityki państwa w ochronie zdrowia", który resort zdrowia przygotował dla Sejmowej Komisji Zdrowia. – *Ministerstwo Zdrowia oderwało się od rzeczywistości* – komentuje szef Fundacji 1 Czerwca Piotr Piotrowski.

Dyskusja nad dokumentem zbiegła się z dramatycznym apelem lekarza – lubuskiego konsultanta wojewódzkiego z dziedziny pediatrii, który napisał: *„Pediatrzy nie mogą pogodzić się z wizją, w której w naszym kraju symbolem zmian w opiece zdrowotnej staje się zapłakane, cierpiące, przerażone, chore dziecko odsyłane od szpitala do szpitala z powodu braku pieniędzy na leczenie"*.

Tego samego dnia, gdy media podjęły temat z listu dr. Tomasza Jarmolińskiego, wiceminister zdrowia Przemysław Cieślukowski mówił, że dzieci i młodzież w Polsce mają zagwarantowaną opiekę zdrowotną, wręcz: *„pełny, swobodny, nieograniczony dostęp do opieki zdrowotnej"*.

Prawo taki dostęp im gwarantuje. Począwszy od konstytucji, która nakazuje władzom szczególną opiekę zdrowotną dla dzieci. Wiceminister o konstytucji nie wspominał, ale przypomniał o tym, że wszystkie dzieci, nawet nieubezpieczone, mają pełny dostęp do leczenia ze środków publicznych. I trudno się z nim nie zgodzić.

O tym, jak jest dobrze, zdaniem Ministerstwa Zdrowia świadczą wskaźniki umieralności niemowląt i dzieci. Od lat wykazują tendencję spadkową. To rzeczywiście stanowi o poprawie stanu zdrowia społeczeństwa.

Jednak kolorowo nie jest, co tylko częściowo pokazuje MZ w „Informacji...". **Resort unika podjęcia dyskusji na temat koordynacji opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, która w zasadzie nie istnieje w naszym systemie. Brak tej koordynacji skutkuje zaś dramatami ludzi.**

Dokument Ministerstwa Zdrowia zawiera zarys najistotniejszych problemów zdrowotnych populacji 0–18 lat. Wymieniono m.in.: nadwagę i otyłość, fatalny stan zdrowia jamy ustnej, rosnącą liczbę wad postawy i schorzeń kręgosłupa, alergie, problemy z refrakcją i akomodacją oka. W dokumencie pominięto kwestię zaburzeń psychicznych. We wprowadzeniu wyjaśniono, że niedawno w innym dokumencie MZ przedstawiało ten temat.

Jednak nie znalazł się w działaniach określonych jako *„kluczowe"* dla ministra zdrowia problemy zdrowotne dzieci i młodzieży. A problem jest. Na początku lat 90. samobójstwa były przyczyną około 10 proc. zgonów w grupie wiekowej 15–19 lat, w 2000 r. – 16 proc., a w 2013 – niemal 20 proc. Jednocześnie rośnie liczba stwierdzonych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, a WHO uważa, że dla całych populacji krajów rozwiniętych ta grupa schorzeń będzie jednym z największych wyzwań zdrowotnych już w następnej dekadzie. Nie ma też w „Informacji..." ani słowa o chorobach rzadkich, które – jako grupa schorzeń – dotyczą 6 proc. populacji, z czego 75 proc. stanowią dzieci.

– *To nie jest problem populacyjny* – tłumaczył wiceminister Cieślukowski, czym wzbudził zdziwienie zarówno posłów, jak i zaproszonych ekspertów.

Polska miała wdrożyć – na polecenie Komisji Europejskiej – krajowy plan dotyczący chorób rzadkich. Został przygotowany przez ekspertów, przekazany ministerstwu w 2013 r. i – jak powiedział posłom przedstawiciel Polskiej Federacji Pacjentów – słuch o nim zaginął.

Teoria a rzeczywistość

Ministerstwo dostrzegło problem z dostępem do rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży. Wiceminister zapowiedział zmianę rozporządzenia „koszykowego" z zakresu rehabilitacji, co ma przyczynić się do likwidacji barier dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Jednak nie przygląda się rzeczywistemu dostępowi do specjalistycznej opieki dla dzieci i młodzieży ani przyczynom dzisiejszych trudności.

– *Dostęp jest, ale do lekarza POZ, choć i z tym pojawiają się problemy. Kiedy zaś dziecko cierpi na poważniejsze schorzenie, zaczynają się schody. Szpitale mają problemy na przykład z rozliczaniem hospitalizacji w celu obserwacji, więc często nie chcą dzieci przyjmować. Pediatrów i innych specjalistów leczących dzieci jest za mało. Na przykład w łódzkim Centrum Matki Polki jest dodatkowa sala operacyjna, ale nie ma personelu* – wylicza Piotr Piotrowski.

Od lat nic się nie zmieniło w zakresie koordynacji świadczeń dla dzieci, które powinny mieć dostęp do szybkiej diagnozy. Wciąż na przykład rodzice wypisanych ze szpitala wcześniaków dowiadują się, że zlecone badanie USG głowy, które powinno być wykonane za mniej więcej trzy miesiące, może się odbyć najwcześniej za sześć.

– *Próbowałem zapisać swoje dziecko na rehabilitację. Najbliższy termin to druga połowa 2016 r. O czym tu mówimy? O dobrym dostępie?* – denerwuje się Piotr Piotrowski.

Pediatrzy od lat apelują o podniesienie stawek za leczenie dzieci w szpitalach. Na razie – praktycznie bezskutecznie.

– *Panie ministrze, kolejny raz wracamy do tych samych spraw* – powiedział na posiedzeniu Komisji Zdrowia jej przewodniczący Tomasz Latos (PiS).

Trudno się z nim nie zgodzić. ■

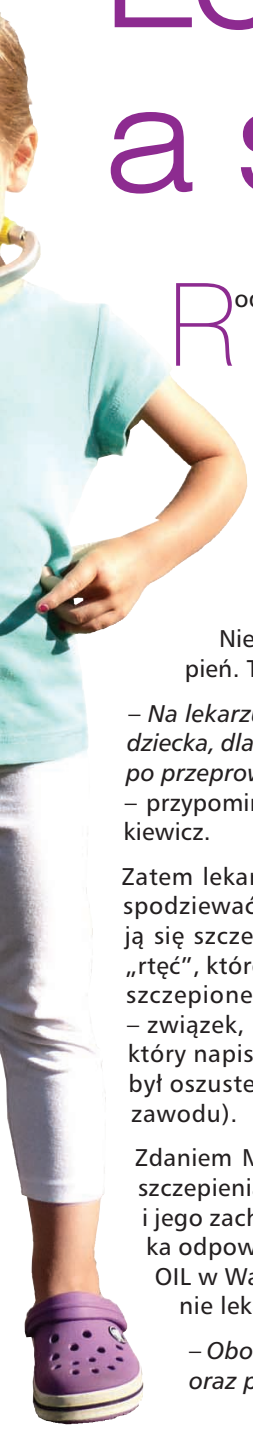
Justyna Wojteczek

Fot. P. Hart Dyke

Wciąż mamy tzw. wysoką wyszczepialność, ale ruchy antyszczepionkowe rosną w siłę. Jaka jest rola lekarzy w podnoszeniu poziomu wiedzy o konieczności szczepień? Duża.

Pentor Research International na zlecenie GSK zbadał czynniki wpływające na decyzje rodziców małych pacjentów w sprawie szczepień. Lekarz pediatra okazał się najbardziej wiarygodnym i rzetelnym źródłem informacji o szczepieniach (kolejne to: położna, bliscy, Internet, telewizja, prasa dla rodziców).

Lekarze a szczepienia



Rodzice oczekują od lekarza postawy aktywnej (powinien wybiegać w przyszłość, proponować wizyty i działania prozdrowotne), empatii, czasu, cierpliwości i otwartości. Autorzy badania wskazują, że wśród rodziców dominuje przekonanie, że lekarze w zbyt małym stopniu angażują się w proces decyzyjny dotyczący szczepień. *„To postawa, która odczytywana jest jako coś, co kłóci się z etyką lekarską”* – czytamy w omówieniu badania.

Nie ma danych, że lekarze zniechęcają do szczepień. To zapewne marginalne sytuacje.

– Na lekarzu spoczywa obowiązek wyjaśnienia rodzicom dziecka, dlaczego należy szczepienie wykonać, oczywiście po przeprowadzeniu rzetelnej kwalifikacji do szczepienia – przypomina główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz.

Zatem lekarz powinien wytłumaczyć, czego można się spodziewać, zainteresować się, czemu rodzice obawiają się szczepienia, rozwiać ich obawy (np. mówiąc, że „rtęć”, której związek zawierają 3 na 19 obowiązkowych szczepionek, to nie ta z termometru, lecz tiomersal – związek, który ma szczepionkę konserwować; lekarz, który napisał o związku szczepionki MMR z autyzmem, był oszustem i został pozbawiony prawa wykonywania zawodu).

Zdaniem M. Posobkiewicza lekarz, który zniechęca do szczepienia, postępuje niezgodnie z wiedzą medyczną i jego zachowanie powinno być zaskarżone do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Do kancelarii OROZ OIL w Warszawie nie wpłynęła skarga na takie działanie lekarza.

– Obowiązkiem lekarza jest edukacja prozdrowotna oraz postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jeśli zniechęca do szczepienia, gdy nie ma ku temu wskazań medycznych, nie działa zgodnie z tą wiedzą, więc odpowiednie organy izby taką sprawą się zajmą w razie złożenia skargi – mówi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni.

Wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii dr Jacek Mrukowicz zauważa, że wątpliwości dotyczące szczepień mają niektóre grupy specjalistów, niemające z wakcynologią wiele wspólnego. Wśród nich zaś – jego zdaniem – sporo jest lekarzy zajmujących się homeopatią. Dr Mrukowicz przestrzega przed przecenianiem roli sankcji.

– Jestem zwolennikiem edukacji. Szkoda, że Ministerstwo Zdrowia zarzuciło pomysł ze zdobywaniem umiejętności przez lekarzy. Na wakcynologii znać się ma każdy lekarz, a to odrębna dziedzina medycyny – twierdzi.

Cenny czas

Warto wrócić do czasu, który lekarz ma dla pacjenta. A raczej czasu, którego lekarz dla niego nie ma. Co do zasady Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga, by wizyta pacjenta w gabinecie lekarskim trwała 15 minut. W tym czasie należy przeprowadzić wywiad, zbadać pacjenta, odpowiedzieć na jego pytania i wyjaśnić wątpliwości, wypełnić dokumentację itd. Trudno oczekiwać, że tego czasu starczy na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości. Problem jest dużo bardziej złożony, niż opinia publiczna chce nieraz przyznać. I ma charakter systemowy.

Przyjęte przez polskich regulatorów założenie, że pod opieką lekarza rodzinnego będzie się znajdować 2–3 tys. pacjentów, burzy całą koncepcję jego efektywnej pracy. Ostatnie przerzucenie dodatkowych obowiązków na tę grupę zawodową zwiększyło i tak duży tłok w poczekalniach. O biurokracji już tyle napisano, że nie warto o niej wspominać. Coraz więcej problemów w polskiej ochronie zdrowia, także tej na podstawowym poziomie, stwarza brak kadr, co z kolei jest zaniechaniem kolejnych rządów po 1989 r.

W 2010 r. sanepidy zarejestrowały 3500 osób uchylających się od szczepień, w 2014 ta liczba wzrosła do 12 700. Widać więc wyraźnie, że ruchy antyszczepionkowe odnoszą pewien sukces.

– Widzimy, że część rodziców nie chce szczepić swoich dzieci, choć liczba niezaszczepionych zawiera także dzieci, których stan zdrowia nie pozwolił na szczepienia. Obawiamy się jednak, że niechętnych szczepieniom może być coraz więcej – mówi konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii dr Iwona Paradowska-Stankiewicz.

Rodzice często demonizują występowanie odczynów poszczepiennych. W 2013 r. zanotowano łącznie 1848 niepożądanych reakcji poszczepiennych, w tym 102 poważne. Reszta była łagodna lub nie spełniała kryteriów odczynu poszczepiennego.

Tymczasem w Niemczech w pierwszych trzech miesiącach tego roku zanotowano 700 zachorowań na odrę. Były też przypadki śmiertelne. ■

Justyna Wojteczek

Fot. archiwum

Pediatria.
Brakuje lekarzy, brakuje pieniędzy

Małgorzata Solecka

Połowa maja. Do gabinetu szefowej Kliniki Pediatrii CMKP w Szpitalu Bielańskim wchodzi sekretarka: – *Musimy przyjąć dziecko, w całej Warszawie nie ma miejsc. A u nas też nie ma gdzie go położyć.*

Prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowy ds. pediatrii, tylko wzdycha. Przed momentem rozmawiałyśmy o największych problemach polskiej pediatrii. O tym, że dramatycznie niska wycena procedur pediatrycznych, obowiązująca od kilku lat, skutkuje zamykaniem lub ograniczaniem działalności oddziałów leczących najmłodszych pacjentów. O tym, że z kurczących się oddziałów, które dyrektorzy i właściciele szpitali postrzegają jako kamienie u szyi, zdolne zatopić szpital, pediatrzy odchodzą, by pracować za większe pieniądze w poradniach POZ. O tym wreszcie, że pediatrów w ogóle jest za mało, niezależnie od tego, gdzie pracują. – *Sama pani widzi, jak jest*.

Widzę. Sytuacja po sezonie infekcyjnym i tak nie jest zła. Od listopada do marca oddziały pediatryczne w całym kraju, również w Warszawie, gdzie łóżek pediatrycznych jest stosunkowo dużo, przeżywają prawdziwe oblężenie. Dobrze o tym wie moja znajoma, której dziecko, chore na astmę, ciężko przechodzi zapalenia dróg oddechowych. – *Siedząc z duszącym się synem w poczekalni SOR, widziałam, że pacjenci przyjeżdżający karetkami nie czekają. Od dwóch lat, gdy coś się dzieje, zawsze dzwonię po pogotowie. Gdybym miała gwarancję, że w rozsądnym czasie dostaniemy się do lekarza, nie robiłabym tego.*

> Podczas zorganizowanej pięć lat temu przez towarzystwa pediatryczne konferencji „Czy Polska kocha swoje dzieci" zdefiniowano problemy, które powinny być natychmiast rozwiązane. Zaliczono do nich walkę z próchnicą, przywrócenie medycyny szkolnej oraz rozszerzenie kalendarza szczepień. Żaden z tych postulatów nie został spełniony.

Podstawowym problemem szpitali pediatrycznych i placówek, w których są oddziały pediatryczne, jest zbyt niskie finansowanie. Od połowy 2008 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeszedł na rozliczanie kontraktów ze szpitalami w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów, nie uwzględniając argumentów ich dyrektorów i samych pediatrów, że w przypadku tej samej jednostki chorobowej leczenie dzieci jest z reguły droższe niż leczenie pacjenta dorosłego. Efekt? Największe, wysokospecjalistyczne szpitale pediatryczne – m.in. Centrum Zdrowia Dziecka – pogrążyły się w długach.

Kwestią finansowania procedur pediatrycznych zajął się w ostatnich tygodniach rzecznik praw dziecka Marek Michalak, który skierował do ministra zdrowia pismo z sugestią wyodrębnienia z ogólnego koszyka świadczeń gwarantowanych świadczeń dla dzieci. Opracowanie osobnego koszyka pozwoliłoby na stworzenie odrębnych JGP – tym razem pediatrycznych. – *Wprowadzenie proponowanego rozwiązania skutkowałoby zmianą finansowania przez NFZ świadczeń dla dzieci, co nie oznacza, że wszystkie świadczenia byłyby droższe. Wydzielenie koszyka świadczeń gwarantowanych dla dzieci może być sposobem na zapewnienie właściwego dystrybuowania środków przez wskazanie kosztów* – uważa rzecznik. Jego zdaniem JGP(p) pomogłyby pełniej uwzględniać potrzeby najmłodszych w zakresie leczenia szpitalnego.

Narodowy Fundusz Zdrowia przeszacował pewną część procedur pediatrycznych, ale większość nadal – podkreśla prof. Teresa Jackowska – jest wyceniona poniżej kosztów. To sprawia, że istnienie oddziałów pediatrycznych staje pod znakiem zapytania. – *Szpitale powiatowe, które przekształcają się w spółki prawa handlowego, często w ogóle pozbywają się pediatrii* – mówi prof. Jackowska. Ale problem dotyczy nie tylko szpitali-spółek. Kilka tygodni temu wystąpiła realna groźba zamknięcia Oddziału Pediatrii w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Po złożeniu wypowiedzeń przez pediatrów na początku marca wydawało się, że jeden z dwóch oddziałów pediatrycznych w mieście, z 40 łóżkami, po prostu przestanie istnieć. Ostatecznie ocalał, bo udało się ściągnąć innych specjalistów, ale według prof. Jackowskiej problem będzie narastał.

Dlaczego? Bo w pediatrii, jak w żadnej innej specjalizacji, widać zapaść demograficzną. Średnia wieku polskich pediatrów zbliża się do sześćdziesiątki. Co prawda kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia zaczęło traktować pediatrię jako specjalizację priorytetową, co przekłada się na liczbę rezydentur, ale wieloletnich zaniedbań w tej dziedzinie nie da się szybko nadrobić. Pediatrzy od lat apelują, by radykalnie zwiększyć liczbę rezydentur.

Ten postulat Ministerstwo Zdrowia wydaje się spełniać. Liczba miejsc rezydenckich wzrośnie ponaddwukrotnie – do tej pory było ich około 3 tys., w roku bieżącym ma być ponad 6,5 tys. Tylko w sesji wiosennej przygotowano 1612 miejsc dla lekarzy, którzy rozpoczną specjalizację, z czego 457 miejsc przeznaczono dla przyszłych pediatrów. – *Problem jest też w tym, że specjalizację pediatryczną z reguły wybierają młode lekarki. A im, ze względu na urlopy macierzyńskie, czasami również wychowawcze, skończenie specjalizacji zabiera więcej czasu* – podkreśla prof. Jackowska. Pozytywne skutki zmiany polityki ministerstwa i znaczące zwiększenie dopływu młodych specjalistów pediatria odczuje dopiero za kilka lat. Tymczasem z zawodu będą odchodzić roczniki lekarzy, którzy w tej chwili osiągają wiek emerytalny. Według danych NIL w Polsce pracuje niecałe 7 tys. lekarzy z II stopniem specjalizacji w pediatrii. 28 proc. ma powyżej 60 lat (a spośród nich połowa jest po siedemdziesiątce).

Trudno więc się spodziewać, by faktyczna liczba specjalistów radykalnie wzrosła. Dziś w Polsce pracuje w zawodzie nieco ponad 14,7 tys. pediatrów (łącznie z tymi, którzy mają tylko „jedynkę"). Ta liczba zaspokajała, choć z trudem, potrzeby pacjentów w sytuacji, gdy pediatrzy nie mogli pracować jako lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak zmiana przepisów w tym zakresie – postulowana przez samych specjalistów, a przede wszystkim przez wielu rodziców – spowodowała, że każdy pediatra jest na wagę złota i dla poradni POZ, i dla szpitali. A także, o czym nie można zapominać, zwłaszcza w Warszawie – dla prywatnych świadczeniodawców oferujących kompleksową opiekę medyczną setkom tysięcy pacjentów.

W stolicy zresztą nietrudno znaleźć lekarzy tej specjalizacji, którzy porzucili pracę w szpitalu, poradni czy prywatnej przychodni i prowadzą własne praktyki lekarskie, świadcząc usługi na zasadzie pełnej odpłatności. Rodzice wymieniają się opiniami na forach parentingowych, a cena wizyty w gabinecie lekarskim (od 120 zł w górę) czy wizyty domowej (na ogół droższej) nie zniechęca. Nie tylko dlatego, że na dzieciach się nie oszczędza, a pracujących w Warszawie częściej stać na prywatne wizyty. Niejednokrotnie nie ma alternatywy, bo w sezonie infekcyjnym dostanie się z gorączkującym, kaszlącym dzieckiem do lekarza w „rejonie" jest prawie niemożliwe. Bywa, że o „numerek" do jednego lekarza dziennie walczy 70, 80 osób. Lekarz ma dla dziecka dosłownie kilka minut i to łącznie z wypełnianiem dokumentów i wypisaniem recept. Nie zawsze ułatwia sprawę pracowniczy abonament, w prywatnych przychodniach też trzeba czekać w kolejkach. Co prawda są o wiele krótsze, ale w przypadku choroby dziecka, zwłaszcza najmłodszego, i tak za długie. Prof. Teresa Jackowska przyznaje, że przy tak dużej liczbie pacjentów nie jest możliwy ani pogłębiony wywiad, ani rozmowa z rodzicem na temat zdrowia dziecka czy profilaktyki, np. szczepień lub zasad zdrowego żywienia. Lekarze są przemęczeni i zniechęceni do swojej pracy, rodzice – zirytowani przesiadywaniem w poczekalniach, niemożnością dostania się do lekarza wtedy, gdy jest potrzeba, niewielką ilością czasu, jaką lekarz poświęca ich dziecku. A dzieci? Zapaść w pediatrii i brak profilaktyki to czynniki, które wpływają na wskaźniki zdrowotne wśród najmłodszych. Wskaźniki, które świadczą, że polskie dzieci nie są zdrowe.

Warto przypomnieć, że podczas zorganizowanej pięć lat temu przez towarzystwa pediatryczne konferencji „Czy Polska kocha swoje dzieci" zdefiniowano problemy, które powinny być natychmiast rozwiązane. Zaliczono do nich walkę z próchnicą, przywrócenie medycyny szkolnej oraz rozszerzenie kalendarza szczepień. Żaden z tych postulatów nie został spełniony. ■

Pediatrzy na Mazowszu*

- **2267** lekarzy wykonuje zawód ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii,
- w tym **1107** z „dwójką" z pediatrii lub specjalizacją bezstopniową
- 184 lekarzy poniżej 40. roku życia
- 503 pediatrów ma 41–50 lat
- 814 – 51–60 lat
- 766 – więcej niż 61 lat
- 1960 – kobiety
- 307 – mężczyźni

*Dane dotyczą obszaru działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i nie obejmują powiatów płockiego, gostynińskiego oraz sierpeckiego, a także miasta Płock, gdyż ten teren podlega Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku.

OGŁOSZENIE

SDPwO
STUDIUM DOSKONALENIA PRAKTYCZNEGO W ORTODONCJI

III EDYCJA
ROK 2015/2016

Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji przeznaczone jest dla osób zdeterminowanych zdobywaniem wiedzy ortodontycznej niezbędnej w codziennej praktyce klinicznej. Kształcenie obejmuje zapoznanie słuchaczy z teorią, praktyką, planowaniem leczenia, gromadzeniem dokumentacji i samodzielną pracą w leczeniu aparatami stałymi i zdejmowanymi.

Podstawowym celem Studium jest przygotowanie do bezpiecznej pracy klinicznej w dziedzinie ortodoncji. Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji przeznaczone jest dla lekarzy dentystów, którzy pragną skutecznie i odpowiedzialnie leczyć pacjentów z problemami ortodontycznymi. Obecnie możliwości pogłębiania wiedzy i uzyskania umiejętności praktycznych w zakresie ortodoncji są ograniczone i sprowadzają się do uczestnictwa w kursach o bardzo zróżnicowanym poziomie i różnorodnej wartości informacyjnej.

Program Studium przygotowany został przez Panią **prof. dr hab. n. med. Annę Komorowską** i kontynuowany jest pod kierownictwem naukowym Pani **dr n. med. Barbary Warych.**

Zarząd SDPwO

liczba miejsc ograniczona

Warunki przyjęcia:

- dyplom ukończenia studiów dentystycznych
- zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu
- współpraca z gabinetem ortodontycznym
- wpłata czesnego

Zajęcia w Studium rozpoczną się w **październiku 2015** w Warszawie. Kształcenie w Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji odbywa się raz w miesiącu, podczas 14 sesji. Po ukończeniu Studium i zdaniu egzaminu, absolwenci uzyskują dyplom posiadanych umiejętności. Zajęcia prowadzone są przez doświadczonych wykładowców oraz instruktorów krajowych i zagranicznych.

Szczegóły związane z programem, warunkami przyjęcia, planem zajęć i rekrutacją można uzyskać w sekretariacie Studium lub na stronie internetowej **www.ortodoncja.edu.pl**.

Uwaga: wymagane dokumenty wraz z dowodem wpłaty należy składać do sekretariatu Studium drogą pocztową lub mailową.

Sekretariat Studium:
ul. Instalatorów 7 B (I piętro), 02-237 Warszawa
tel.: 601-666-608, 663-838-350
kontakt@ortodoncja.edu.pl
www.ortodoncja.edu.pl

OGŁOSZENIE

MediRaty

FINANSUJEMY LECZENIE TWOICH PACJENTÓW

ZOSTAŃ NASZYM PARTNEREM

Dowiedz się więcej:
www.mediraty.pl/faq/wspolpraca

MediRaty Infolinia
22 266 83 70

MFG Medical Finance Group

Fot. archiwum

Marek Balicki

Czy paździerze konopne mogą być wpisane na listę substancji zakazanych? Okazuje się, że tak. Ale po kolei. W kwietniu pisałem na łamach „Pulsu" o stosowaniu medycznej marihuany w leczeniu padaczki lekoopornej u dzieci. U nas pionierem tego sposobu leczenia jest dr Marek Bachański, neurolog z Centrum Zdrowia Dziecka.

Już po publikacji felietonu Trybunał Konstytucyjny skierował do Sejmu zapowiadane wcześniej tzw. postanowienie sygnalizacyjne w sprawie medycznej marihuany. Stwierdził w nim, opierając się na dostępnych dowodach, że przydatność marihuany w leczeniu różnych chorób nie budzi już wątpliwości, jednak w obecnym stanie prawnym *„nie ma możliwości legalnego zaopatrzenia się w marihuanę i wykorzystywania jej do celów medycznych"*. Jednocześnie celem art. 68 ust. 1 Konstytucji RP jest realizacja prawa do ochrony zdrowia, a władze publiczne mają związane z tym określone obowiązki. Dlatego, zdaniem TK, konieczne są odpowiednie zmiany w prawie umożliwiające stosowanie marihuany do celów medycznych.

Trybunał Konstytucyjny dość rzadko wydaje postanowienia sygnalizacyjne. Zgodnie ze swoim regulaminem może skorzystać z tej drogi, jeśli podczas rozpatrywania jakiejś sprawy stwierdzi uchybienie lub lukę w prawie, których usunięcie *jest „niezbędne dla zapewnienia spójności systemu prawnego Rzeczypospolitej Polskiej"*. A z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w przypadku medycznej marihuany. Fakt, że TK zajął się sprawą, wskazuje na docenienie społecznej rangi problemu. Na uchwalenie rozsądnych regulacji czeka przecież coraz większa liczba pacjentów chcących korzystać ze swojego konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

Ciągle jeszcze używanie marihuany do leczenia wiąże się z ryzykiem odpowiedzialności karnej. Kilka tygodni temu Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze wydał wyrok za posiadanie marihuany do celów medycznych. Próbując wybrnąć z sytuacji, zastosował nadzwyczajne złagodzenie kary, gdyż w obecnym stanie prawnym nie mógł od niej odstąpić. Sarkastycznie zabrzmiały słowa ustnego uzasadnienia wyroku, w których sąd radził skazanemu, żeby skorzystał z terapii zagranicą, w krajach, gdzie medyczna marihuana jest legalna.

Tymczasem, już po wystąpieniu TK, Sejm uchwalił kolejną nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Niestety, nie wykorzystano tej okazji do zmiany prawa w kierunku postulowanym przez konstytucyjny organ państwa. Nie było nawet w tej kwestii poważnej debaty. W ramach nowelizacji rozszerzono za to znaczenie terminu „ziele konopi". Dotychczas środkiem odurzającym w rozumieniu ustawy były wyłącznie *„kwiatowe lub owocujące wierzchołki konopi, z których nie usunięto żywicy"*. Teraz będzie to każda naziemna część rośliny, a więc również liście i łodygi, mimo że zawartość THC jest w nich niewielka. Chodzi po prostu o ułatwienie pracy policji w ściganiu za posiadanie marihuany. W ten sposób paździerze konopne, czyli zdrewniałe części łodyg, stały się przedmiotem przestępstwa, a my mamy kolejną prawną osobliwość. A co mają na to powiedzieć mali pacjenci dr. Bachańskiego? ■

PZOZ w Starachowicach **poszukuje** lekarzy specjalistów: medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych do pracy w SOR, geriatrii, chirurgii naczyniowej, diabetologii do pracy w poradni dziecięcej, neurologii dziecięcej, medycyny paliatywnej i lekarzy zamierzających rozpocząć specjalizację w tej dziedzinie, onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów lub hematologii. Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia. Tel. 41-273-91-13.

Wynajmę wolno stojący parterowy budynek usługowy o kategorii ZL2 (wcześniej przedszkole) o pow. 145 mkw. z działką 800 mkw. w centrum Piaseczna. Obiekt nadaje się na przychodnię, gabinety lekarskie. Tel. 605-34-38-58.

Fot. P. Wierzchowski

Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Polska służba zdrowia od dawna boryka się z wieloma poważnymi problemami. Minionych osiem lat rządów PO-PSL nie przyniosło żadnych konkretnych działań ani wymiernych efektów. Wręcz odwrotnie, wiele decyzji było nietrafionych, kosmetycznych, doraźnych, a wiele przepisów opracowanych na kolanie, bez refleksji, dyskusji i konsultacji. Kolejni ministrowie zdrowia kompletnie się nie sprawdzali. Bartosza Arłukowicza oceniano jako najgorszego ministra zdrowia od 26 lat. Dziwi więc to, że nie efekty jego pracy spowodowały dymisję, lecz „zwolnienia grupowe" w rządzie po wycieku akt tzw. afery taśmowej. Wszystkie te zmiany podjęto zdecydowanie za późno. Wizerunkowe decyzje, podyktowane troską o Platformę Obywatelską i jej wyborców na kilka miesięcy przed wyborami, niczego nie zmienią. Działania, dumnie nazwane przez niektórych komentatorów rekonstrukcją, są w istocie zabiegiem marketingowym, bo przecież przez cztery miesiące, które pozostały do końca kadencji, nowi ministrowie nie będą w stanie niczego dokonać. Także nowy minister zdrowia nie przeprowadzi żadnych gruntownych reform poprawiających tragiczną sytuację w opiece zdrowotnej. Odnoszę wrażenie, że to strategia na przetrwanie do wyborów, ocieplenie wizerunku i poprawienie notowań Platformy Obywatelskiej. Tak naprawdę jedyną honorową i adekwatną decyzją pani premier Ewy Kopacz byłaby dymisja całego gabinetu i wniosek o skrócenie kadencji Sejmu.

Nastroje społeczne już od wielu miesięcy wskazywały na rosnący stopień niezadowolenia Polaków. Wyrazem tego był 24 maja. Andrzej Duda, który podczas kampanii wyborczej wielokrotnie zwracał uwagę na sprawy służby zdrowia, został wybrany na prezydenta Polski. Prezydent elekt, jeszcze jako kandydat, uczestniczył w debatach zdrowotnych, które miałem zaszczyt organizować, spotykał się z pracownikami szpitali i rozmawiał o problemach opieki zdrowotnej. 7 kwietnia, w Światowym Dniu Zdrowia, Andrzej Duda odwiedził szpital w Grójcu, a 22 maja – w Nowym Mieście nad Pilicą. Podczas spotkań mówił o tym, że polska służba zdrowia wymaga *„zdecydowanej naprawy"* i *„odejścia od komercjalizacji"*. Zwracał uwagę na konieczność polepszenia dostępu do usług medycznych oraz rozwiązania problemu wydłużających się kolejek do specjalistów i leczenia szpitalnego. Podkreślał, że ruch przekształcenia polskiej służby zdrowia w kierunku komercjalizacji, a w wielu przypadkach efekt prywatyzacji nie ułatwił dostępu do usług medycznych. Odnosił się również do problemu, jakim jest emigracja młodych lekarzy i pielęgniarek oraz zbyt niski poziom wynagradzania tych ostatnich.

Jestem przekonany, że charakterystyczną cechą tej prezydentury będzie duża aktywność prezydenta, również w sprawach opieki zdrowotnej. Andrzej Duda będzie otwarty na dialog, argumenty i propozycje. To będzie aktywna prezydentura dobrych zmian i szacunku dla partnerów społecznych, z silnym poczuciem odpowiedzialności za państwo. Andrzej Duda wzbudził oczekiwania Polaków i na pewno będzie się starał im sprostać. Niemniej jednak potrzeba mądrości i wyważenia, a także dużej świadomości tego, że lat zaniedbań obecnie rządzących nie da się zniwelować jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Nie da się również niczego naprawić bez współpracy z rządem, która jest niezbędna, by proces reform i zmian w Polsce skutecznie przeprowadzić. Wierzę, że już jesienią będzie to możliwe.

Niezwykle cieszę się, że wybory prezydenckie wygrał kandydat Prawa i Sprawiedliwości oraz zjednoczonej prawicy. Sam włączyłem się w kampanię, mocno wspierając Andrzeja Dudę w jego działaniach, tym większa moja radość i satysfakcja.

Konferencja „Innowacyjność w medycynie"

9 czerwca w Senacie RP, wspólnie z rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Markiem Krawczykiem, już po raz trzeci zorganizowałem konferencję poświęconą innowacyjności w medycynie. W spotkaniu wzięli udział naukowcy i eksperci. Wśród nich: prof. Jerzy Walecki, kierownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie, dr Grzegorz Religa z Instytutu Kardiologii w Warszawie, prof. Paweł Małdyk z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Jarosław Reguła z Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, prof. Piotr Kaliciński, kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" oraz wielu innych znakomitych gości. Ministra Arłukowicza, który jak zawsze nie był obecny, reprezentowała Jolanta Orłowska-Heitzman, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia.

Wszyscy uczestnicy zgodnie podkreślali, że współczesna medycyna potrzebuje nowoczesnych metod diagnozowania i terapii. Musimy zrobić wszystko, aby nie tracić kontaktu z najnowszymi osiągnięciami nauki w świecie i być przygotowanymi merytorycznie, materialnie do wdrożeń tych metod, które są niezwykle skuteczne. Po prezentacjach prelegentów wywiązała się bardzo interesująca dyskusja, często odbiegająca od tematów poruszanych w wystąpieniach. Dotyczyła relacji świata nauki z ministerstwem i szeroko rozumianą władzą w Polsce. Brak dialogu, kontaktu z obywatelami staje się coraz bardziej widoczny. Jestem przekonany, że nowy prezydent oraz, ewentualnie po jesiennych wyborach, nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wykażą się znacznie większym zrozumieniem środowisk, które pragną rozwoju i nowoczesnej Polski. ■

s.karczewski@wp.pl ■ s.karczewskibiuro@wp.pl

www.stanislawkarczewski.pl ■ www.facebook.com/stanislawkarczewski

Prezes Sądu Okręgowego w Warszawie zwraca się do lekarzy wszystkich specjalności,
zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłych sądowych, o zgłaszanie swoich kandydatur.
Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

Fot. G. Press

Wakacyjne praktyki

Paweł Walewski

Kolejka chorych objętych pakietem onkologicznym. Druga – pacjentów w pilnych przypadkach. I jeszcze trzecia – w ramach przyjęć planowych. Przychodnie specjalistyczne muszą pracować pod dyktando Narodowego Funduszu Zdrowia. Kolejkowa rzeczywistość sama w sobie nie jest niczym złym, bo ruch w placówkach medycznych trzeba jakoś regulować. Gdy jednak oderwani od rzeczywistości urzędnicy układają kolejkowe regulaminy, robi się groźnie. Dbają bowiem bardziej o wygodę nadzorcy niż o dobrze pojęty interes pacjentów.

Odwiedziłem niedawno jedną z poradni dermatologicznych w Warszawie. Akurat to taka specjalność, w której trzeba ustawiać chorych w trzy kolejki, bo poza przewlekłymi chorobami skóry są przypadki nagłe, a od stycznia zgłaszają się też posiadacze zielonej karty, z podejrzeniem nowotworu. I tu kolejkowy porządek się kończy, gdyż życie pisze inne scenariusze, niż wyobrażają sobie urzędnicy z NFZ. Nie przychodzi im do głowy, że lekarz może zachorować i zapisani do niego pacjenci tracą wizytę. Nie rozumieją też, że wiele osób po prostu nie zgłasza się w ustalonym terminie, zwalniając miejsce innym. Teoretycznie, bo sztywne reguły nie pozwalają elastycznie przesuwać pacjentów z jednej kolejki do drugiej, gdy na przykład zwolni się jakaś godzina lub pojawi wakat w gabinecie.

Absurd? Niejedyny. Wspaniałomyślny NFZ zapłaci poradni za wizytę wtedy, gdy po konsultacji pacjent wróci z wynikiem zleconego badania. Oczywiście nie zawsze wraca. Dzwonić i wzywać? Ścigać? Siłą doprowadzać do gabinetu? Urzędników to nie interesuje – wymyślili, że refunduje się koszt wizyty z badaniem, i kropka. A ty, lekarzu, perswaduj leniwemu pacjentowi, że musi przyjść z kwitkiem, bo w przeciwnym razie pierwsza wizyta nie zostanie sfinansowana. Ale czy to pacjenta obchodzi? Nie będzie mitrężył czasu, jeśli wynik badania okazał się dobry, żeby tylko doktor dostał za niego marny grosz.

Wszystko to prowadzi do wniosku, że pracowników NFZ trzeba kierować, jak niegdyś kierowano studentów medycyny na wakacyjne praktyki robotnicze w roli salowych lub pielęgniarek, na przymusowe kursy dotyczące codziennego funkcjonowania przychodni. Specjalistyczne ambulatoria to nie to samo co gabinety lekarzy rodzinnych. Ich specyfika jest inna i sztywne reguły nie zawsze się sprawdzają. Nasz system wciąż nie jest przyjazny dla chorych i utrudnia pracę lekarzom. Z punktu widzenia NFZ wszystko wygląda jak należy, bo skąd zamknięci w pokojach urzędnicy mają wiedzieć, że ich zarządzenia nie przystają do życia? Krytyki przecież nie przyjmą. Wakacyjne praktyki może otworzyłyby im oczy na efekty kuriozalnych decyzji, z których bywają tak dumni. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

M-zdrowie

Konstanty Radziwiłł

Wśród słów, które ostatnio robią karierę na świecie, pojawiło się nowe – m-Health, po polsku m-zdrowie. „M” jak „mobile”, czyli „mobilne”, oznacza w tym kontekście zastosowanie w ochronie zdrowia mobilnych urządzeń elektronicznych (laptopów, iPadów, smartfonów itp.), a szczególnie aplikacji internetowych działających na tych urządzeniach. Upowszechnienie dostępności wspomnianego sprzętu i lawinowo narastająca liczba aplikacji jest faktem. Czy lekarze mają coś do powiedzenia w tej sprawie?

M-zdrowie to niewątpliwie szansa na upodmiotowienie i zwiększenie motywacji pacjentów do dbania o własne zdrowie, ułatwienie kontaktów między lekarzami oraz lekarzami i pacjentami, a także na poprawę jakości opieki zdrowotnej. Jednocześnie jednak nie można nie dostrzec, że zastosowanie mobilnych urządzeń i aplikacji internetowych w codziennej praktyce medycznej musi być poprzedzone stosownymi analizami oraz wprowadzeniem regulacji i ograniczeń mających na celu przede wszystkim bezpieczeństwo pacjentów, wysoką jakość opieki zdrowotnej, racjonalizację wydatków publicznych na ochronę zdrowia, ale też bezpieczeństwo prawne oraz dbałość o interesy placówek i pracowników medycznych.

Wydaje się, że kluczowe dla rozwoju m-zdrowia jest postawienie granicy między urządzeniami i aplikacjami o udowodnionej użyteczności medycznej (skuteczności i bezpieczeństwie) i takimi, które należy uznać za gadżety mogące wspierać użytkowników w poprawianiu jakości ich życia w sposób właściwy dla artykułów i usług ogólnie dostępnych. Te pierwsze prawo musi traktować analogicznie jak leki i wyroby medyczne, powinny podlegać równie surowej procedurze rejestracji użyteczności medycznej, opartej na dowodach dostarczonych przez producentów lub dystrybutorów. Te drugie, często oferujące samodiagnozę i proste recepty na leczenie, powinny być opatrzone odpowiednimi informacjami, szczególnie ostrzegającymi przed używaniem ich zamiast konsultacji z lekarzem.

Wobec coraz większych możliwości stosowania urządzeń mobilnych i aplikacji w codziennej praktyce lekarskiej czy pielęgniarskiej wyzwaniem dla organizatorów ochrony zdrowia i płatników (zarówno publicznych, jak i prywatnych) staje się kwestia wynagradzania placówek oraz pracowników medycznych za tego typu usługi. Lekarzy i pielęgniarek dostępnych dla swoich podopiecznych poza godzinami pracy placówki, gotowych do telekonsultacji

– co to jest i jakie wyzwania się z nim wiążą

np. w sprawie poziomu glikemii, ciśnienia tętniczego czy gwałtownej zmiany wagi pacjenta, nie można zmuszać, by robili to w ramach wolnego czasu za darmo. Dotychczas jednak tylko nieliczne systemy ochrony zdrowia dostrzegają potrzebę finansowania takich, oczywiście korzystnych dla pacjentów, możliwości.

Rys. K. Rosiecki

Niesłychanie ważnym aspektem m-zdrowia jest kwestia ochrony danych osobowych pacjentów i powiązanych z nimi superwrażliwych danych medycznych. Każde rejestrowanie i przesyłanie danych dotyczących zdrowia konkretnych osób musi być obwarowane szczególnymi warunkami bezpieczeństwa przetwarzania. Należy zauważyć, że każde naruszenie tajemnicy takich danych prędzej czy później spowoduje zachwianie zaufania do lekarzy, którzy w oczach pacjentów są odpowiedzialni za zachowanie tajemnicy powierzanych im spraw.

Osobną kwestią jest ewentualne absorbowanie danych pochodzących z urządzeń mobilnych i aplikacji z zakresu m-zdrowia do dokumentacji medycznej chorych. Istniejące już w niektórych krajach i coraz szerzej wchodzące w życie także w Polsce elektroniczne (lub nawet internetowe) sposoby prowadzenia dokumentacji medycznej stwarzają realną możliwość dołączania do niej wspomnianych danych. Przy planowaniu takich rozwiązań należy koniecznie zadbać, aby tylko dane wysokiej jakości mogły tam się znaleźć, a informacje wprowadzane samodzielnie przez pacjentów powinny mieć wyraźnie widoczny, odrębny status.

Wreszcie ogromna fala danych oznacza niespotykane dotąd możliwości ich przetwarzania w celach naukowych. To wielka, nowa szansa, ale także nowe wyzwania. Nie można bowiem dopuścić do wykorzystywania danych o zdrowiu konkretnych osób bez ich zgody czy nawet wiedzy. Potrzeba i tu nowych regulacji, które zagwarantują każdemu prawo do wyrażania nieskrępowanej, świadomej zgody na udział, nawet tylko pośredni, w badaniach naukowych.

Jedno jest pewne: m-zdrowie to obszar nowych szans, ale także licznych zagrożeń i wyzwań. Środowisko lekarskie nie powinno ani lekceważyć tego zjawiska, ani obojętnie patrzeć na rozwój wypadków. Potrzeba dziś aktywnej współpracy zarówno z producentami urządzeń, dostawcami aplikacji, jak i z organizatorami systemu ochrony zdrowia, aby z pożytkiem dla wszystkich wykorzystać ten nowy obszar możliwości. ■

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 – pytania i odpowiedzi

cz. 8

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) Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2011 r., nr 197, poz. 1172)
5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2012 r., poz. 260, z późn. zm.)
6) Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 1239)

Stan prawny na 2.06.2015 r.

1. Jak prawidłowo powinno się liczyć termin realizacji recept i w jaki sposób uwzględniać soboty, niedziele i dni wolne od pracy?

Zgodnie z §17 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich generalną zasadą jest, że termin realizacji recepty nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia. Natomiast recepta na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego musi być zrealizowana w ciągu 7 dni od daty wystawienia. Termin realizacji recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjenta, na zasadach określonych w art. 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne albo w art. 29a ustawy z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia. Receptę na preparaty immunologiczne, wytwarzane dla pacjenta, należy zrealizować w ciągu 90 dni od daty wystawienia. W przypadku przepisania na recepcie więcej niż jednego leku termin jej realizacji liczony jest indywidualnie dla każdego z nich.

Podając sposób dawkowania, lekarze mogą przepisać ilość niezbędną pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania obliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania.

Bardzo często lekarze wykorzystują możliwość „dzielenia recept" ma krótsze (np. miesięczne) okresy. Wynika to z faktu, że wielu pacjentów nie może sobie pozwolić na jednorazowe wykupienie przepisanych leków, gdyż wiąże się to z dużym wydatkiem. Na takie postępowanie zezwalają przepisy i szczegółowo je opisują. Zgodnie bowiem z §8 ust. 3. rozporządzenia w sprawie recept lekarskich osoba uprawniona ma prawo wystawić:

1) 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,
2) w przypadku recept na środki antykoncepcyjne – do 6 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania.

Bardzo ważny jest §17 ust. 1 rozporządzenia, który stanowi, że: *„Termin realizacji recepty nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia, a w przypadkach określonych powyżej 30-dniowy termin realizacji jest liczony od naniesionej na recepcie daty realizacji »od dnia«"*.

Termin realizacji recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia.

Powstają zatem pytania, ile czasu ma pacjent na wykupienie leków w aptece, jak liczyć terminy realizacji, czy uwzględniać soboty i niedziele jako dni wolne od pracy?

W opinii autorów termin realizacji recepty liczy się od dnia następującego po dniu jej wystawienia. Jeśli została wystawiona w sobotę lub w niedzielę, nie ma to żadnego wpływu na możliwość jej realizacji. Zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego, a dokładnie art. 111. §1.: *„Termin oznaczony w dniach kończy się z upływem ostatniego dnia"*. I dalej, w §2.: *„Jeżeli początkiem terminu oznaczonego w dniach jest pewne zdarzenie, nie uwzględnia się przy obliczaniu terminu dnia, w którym to zdarzenie nastąpiło"*.

Ponieważ rozporządzenie precyzyjnie określa terminy realizacji recept, można je realizować do godziny 24 ostatniego dnia, ale nie później. Nawet gdy „dzień ostatni" wypadnie np. w sobotę, niedzielę lub dzień ustawowo wolny od pracy, nie można terminu przedłużyć. Są to terminy prawa materialnego i zrealizowanie recepty przez aptekę po ich upływie należy uznać za działanie niedopuszczalne.

Przykładowo recepta wystawiona 1 stycznia 2015 r. może być zrealizowana maksymalnie do 31 stycznia 2015 r. W przypadku antybiotyku do wewnętrznego stosowania (ważność 7 dni) – recepta wystawiona 1 lutego 2015 r. może być zrealizowana najpóźniej 8 lutego 2015.

2. Czy technik farmaceutyczny może zostać upoważniony przez lekarza do wypisywania leków refundowanych lub pełnopłatnych na receptach podstemplowanych przez lekarza?

NIE

Art. 91 ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne mówi: *„technik farmaceutyczny, posiadający dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać w aptece czynności fachowe polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyjątkiem produktów leczniczych mających w swoim składzie:*

1) substancje bardzo silnie działające, określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) substancje odurzające,

3) substancje psychotropowe z grupy I-P oraz II-P".

W związku z tym technik farmaceutyczny nie jest upoważniony do wypisywania w imieniu lekarza żadnych recept. Może jedynie sporządzać, wytwarzać i wydawać produkty lecznicze.

Należy jednak zwrócić uwagę na szczególny przypadek, określony w art. 96 ustawy – Prawo farmaceutyczne, zgodnie z którym kierownik apteki lub farmaceuta specjalista ma prawo w wyjątkowych sytuacjach, tj. w razie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, wydać bez recepty produkt leczniczy, którego wydanie jest normalnie możliwe wyłącznie na receptę lekarską. Oczywiście chodzi o najmniejsze opakowanie. Jednak przytoczone uprawnienie farmaceuty nie obejmuje środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R. Jedyną przesłanką wyjątkowego działania jest nagła konieczność, a co za tym idzie – niemożność uzyskania w równie szybkim trybie stosownej recepty lekarskiej.

Fakt wydania pacjentowi leku na postawie „recepty farmaceutycznej" należy zaznaczyć na takiej recepcie. Recepta ta zastępuje receptę lekarską ze 100-proc. odpłatnością i podlega ewidencjonowaniu. Ponadto, zgodnie z art. 96 ust. 3 u.pf., „recepta farmaceutyczna" powinna zawierać treść określoną przez ustawę, a mianowicie: nazwę wydanego produktu leczniczego, dawkę, przyczynę wydania, tożsamość i adres osoby, dla której produkt leczniczy został wydany, datę wydania oraz podpis i pieczątkę farmaceuty. Określa ona także okoliczności wystawienia oraz wskazuje, kto może taką receptę wystawić. Art. 88 ust. 1 u.p.f. wskazuje farmaceutę – kierownika apteki, który może w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia chorego wydać lek i fakt ten odnotować na sporządzonej (na okoliczność tego zdarzenia) „recepcie farmaceutycznej".

Podstawa prawna:
art. 88 i 96 ustawy – Prawo farmaceutyczne

„Recepta farmaceutyczna" powinna być przechowywana w aptece i archiwizowana przez 5 kolejnych lat z innymi receptami z pełną odpłatnością.

3. Czy lek ze 100-proc. odpłatnością można wypisać na standardowej recepcie na leki refundowane?

TAK

Na jednej recepcie (takiej, która zawiera kody paskowe) mogą być przepisane zarówno leki refundowane, jak i te ze 100-proc. odpłatnością. Zawsze też lekarz może wypisać leki nierefundowane na recepcie zawierającej wszystkie dane, które muszą się na niej znaleźć zgodnie z §3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, w przypadku, gdy znajdują się one w obwieszczeniu ministra zdrowia, ale np. ze względu na zawężony zakres wskazań nie są finansowane przez narodowego płatnika, czyli NFZ.

Potwierdza to §3 ust. 1 rozporządzenia, zgodnie z którym recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją w rozumieniu przepisów ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w art. 6 ust. 2, obejmuje:

1) dane dotyczące osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt. 14 lit. b i c., albo świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt. 41, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt. 14 lit. a, określone w §4;

2) dane dotyczące pacjenta:

   a) imię i nazwisko,

   b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano):

      – miejsca zamieszkania albo

      – miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo

      – miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej – w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję, o której mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej – dalej u.ś.o.z., albo siedziby świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej, o której mowa w art. 6 pkt. 8 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

   c) wiek – w przypadku pacjenta do lat 18, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL znajdującego się na recepcie,

Recepty lekarskie – pytania i odpowiedzi

d) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy,

e) numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt. 9 u.ś.o.z. – w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną,

f) numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej,

g) numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty Polaka;

3) identyfikator płatnika:

a) określony w załączniku nr 2 do r.r.l. identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, a w przypadku:

– braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ wskazany zgodnie z art. 77 ust. 2 pkt. 1 u.ś.o.z. albo miejsca pełnienia służby wojskowej,

– osoby bezdomnej – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby świadczeniodawcy, albo

b) znak „X" – w przypadku pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku nr 1 do r.r.l., albo

c) symbol instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, określony w załączniku nr 3 do r.r.l.;

4) dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, o których mowa w §6 r.r.l.;

5) datę wystawienia recepty;

6) datę realizacji recepty „od dnia", a jeżeli nie dotyczy – znak „X";

7) dane dotyczące osoby uprawnionej:

a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, o którym mowa w przepisach ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w przepisach ustawy z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera.

Podstawa prawna:
§3 Rozporządzenia w sprawie recept

W związku z powyższym na recepcie mogą być przepisywane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne zarówno refundowane, jak i nierefundowane. Jeśli co najmniej jeden z produktów leczniczych jest refundowany, recepta musi spełniać wymagania określone w rozporządzeniu (§3).

Jeżeli na recepcie przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, osoba ją wystawiająca może ograniczyć dane zamieszczane na recepcie do danych określonych w §3 ust. 1 pkt. 2 lit. a–c, pkt. 5 i 6 i §6 ust. 1 pkt. 1–5 i ust. 3 r.r.l. oraz do swojego imienia, nazwiska i numeru prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w przepisach ustawy o zawodzie felczera.

Podstawa prawna:
§5 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie recept

W przypadku, gdy na recepcie przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, zawierające substancje psychotropowe z grup III-P i IV-P oraz leki zawierające środki odurzające z grupy II-N określone w ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, osoba wystawiająca receptę, oprócz danych, o których mowa w ust. 1, zamieszcza na niej dane określone w §3 ust. 1 pkt. 2 lit. f albo g r.r.l.

Podstawa prawna:
§5 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie recept

Jeśli natomiast na recepcie przepisano wyłącznie lek niepodlegający refundacji, posiadający kategorię dostępności „Rpw", osoba ją wystawiająca zamieszcza dane, o których mowa w §5 ust. 1 i 2 r.r.l., oraz unikalny numer identyfikujący receptę.

Podstawa prawna: §5 ust. 3 Rozporządzenia w sprawie recept

W praktyce więc na recepcie refundowanej (takiej z kodami kreskowymi) możemy przepisać zarówno leki, które takiej refundacji podlegają, jak i produkty lecznicze pełnopłatne.

Jeżeli lekarz wystawi receptę na lek, który jest wymieniony w obwieszczeniu ministra zdrowia, i nie określi odpłatności (zostawi puste pole), to poziom odpłatności określi automatycznie apteka. **Taka recepta nie będzie więc refundowana. Brak zaznaczenia odpłatności skutkować będzie wydaniem leku o jedynej lub najwyższej odpłatności!!!**

W przypadku pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej w polu „identyfikator płatnika" wstawiamy znak „X", odbierając tym samym uprawnienia do finansowania ze środków publicznych.

Taka recepta zostanie zrealizowana jako pełnopłatna, mimo naniesionych wszystkich niezbędnych kodów kreskowych.

Bezpłatne porady prawne dla lekarzy i lekarzy dentystów – 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 dentyście 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 Wykonywania Zawodu".

Zakres świadczeń obejmuje kwestie prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty (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, karnoskarbowym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim.

Więcej informacji na temat usługi „**Prawnik dla lekarza i lekarza dentysty**" – na stronie internetowej OIL **www.oilwaw.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 dentystów.

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

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przesyłać do nas e-mailem 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

Fot. P. Bieżański

Pokoje gościnne

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18

Informacji udziela:
Kamil Karolak
– tel. 512-99-27-73, 22-542-83-02 (pon.–pt. – 8.00–16.00),
e-mail: fundacja.proseniore@gmail.com

UWAGA SKŁADKI! UWAGA!

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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

Jednocześnie przypominam, że składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem. W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby. W związku z tym proszę o terminowe wpłaty na indywidualne subkonta składkowe lub w kasie Izby.

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

OGŁOSZENIE

MIEJSCE:
Hotel Gołębiewski
ul. Pałacowa 7, 15-064 Białystok

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO:
prof. dr hab. n. med. Magdalena OLSZANECKA-GLINIANOWICZ

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO:
dr hab. n. med. Lucyna OSTROWSKA

ORGANIZATOR:
Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością

ORGANIZATOR WYKONAWCZY:
Wydawnictwo Termedia

TEMATY ZJAZDU:
- Czy wyniki badań z dziedziny nauk podstawowych potwierdzają płeć otyłości?
- Czy płeć wpływa na występowanie i powikłania otyłości w wieku rozwojowym?
- Otyłość w spojrzeniu ginekologa i położnika
- Otyłość i płeć – punkt widzenia seksuologa
- Choroby przewodu pokarmowego a otyłość u kobiet i mężczyzn
- Czy otyłość wpływa tak samo na powikłania ze strony układu oddechowego u kobiet i mężczyzn?
- Czy płeć ma wpływ na ryzyko nowotworów u osób otyłych?
- Czy płeć ma wpływ na leczenie metabolicznych powikłań otyłości?
- Otyłość a niepełnosprawność kobiet i mężczyzn
- Płeć a psychologiczne podłoże otyłości
- Otyła kobieta i mężczyzna – czy leczymy tak samo?
- Czy płeć ma wpływ na kwalifikacje i postępowanie pooperacyjne w chirurgii bariatrycznej?
- Główne problemy zdrowotne otyłych kobiet i mężczyzn

WIĘCEJ SZCZEGÓŁÓW NA WWW.TERMEDIA.PL

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE! UWAGA SKŁADKI!

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentysta:

1) ukończył 75 lat,

2) został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej,

3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodów.

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

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

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

W związku ze zgłaszanymi przez Państwa pytaniami uprzejmie informujemy:

Obowiązek opłacania składek członkowskich wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej i nie jest powiązany z faktycznym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Przyjęcie do wiadomości tegoż obowiązku jest potwierdzane przez lekarza i lekarza dentystę stosownym oświadczeniem składanym na „Wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów okręgowej izby lekarskiej". Okręgowa izba lekarska jest jedynie zobligowana do prowadzenia ewidencji składek członkowskich.

Złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, np. w związku z pracą niezwiązaną z wykonywaniem zawodu lekarza lub wykonywaniem zawodu zagranicą, nie skutkuje skreśleniem z listy członków okręgowej izby lekarskiej i zwolnieniem z obowiązku opłacania składki członkowskiej.

Przypominamy, że od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje Uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Niniejsza uchwała, co należy podkreślić, nie przewiduje możliwości zwolnienia z obowiązku opłacania składki lub umorzenia należności z tytułu nieopłaconych składek przez okręgowe rady lekarskie. Ewentualne zwolnienie z obowiązku opłacania składki następuje tylko z mocy ww. uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła jedna z trzech sytuacji:

– ukończenie przez lekarza 75 lat,

– skreślenie z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej,

– złożenie oświadczenia o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązujące przepisy nie dają możliwości „wstecznego" zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, stosowne oświadczenie należy więc złożyć przed przewidywanym okresem nieosiągania przychodów. Przy czym chodzi tutaj o nieosiąganie jakichkolwiek przychodów, a nie jedynie przychodów z wykonywania zawodu lekarza bądź lekarza dentysty na obszarze RP.

Wspomniana uchwała nie przewiduje również możliwości ustalenia innej kwoty miesięcznej składki członkowskiej niż 60 zł (nie dotyczy osób zwolnionych z obowiązku opłacania składki oraz lekarzy stażystów opłacających składkę w wysokości 10 zł miesięcznie).

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tel. 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

Roman Olszewski,
skarbnik ORL w Warszawie

APEL NR 1/Z/VII/15 XXXV OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza z 28 marca 2015 r.

w sprawie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, realizowanej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w trosce o zdrowie jamy ustnej populacji apeluje do ministra zdrowia i prezesa NFZ o wprowadzenie do katalogu świadczeń procedur umożliwiających zintensyfikowanie działań profilaktycznych, m.in. przez:

– przedłużenie okresu lakowania bruzd pierwszych trzonowców do 8. roku życia,

– wprowadzenie do zawieranych ze świadczeniodawcami umów o świadczenia stomatologiczne udzielane dzieciom i młodzieży współczynnika korygującego wynoszącego 1,4.

APEL NR 2/Z/VII/15 XXXV OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza z 28 marca 2015 r.

w sprawie określenia priorytetów polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie apeluje do ministra zdrowia o określenie priorytetów polityki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego oraz wydania stosownych aktów prawnych ustalających zasady ich realizacji i finansowania.

Zjazd apeluje, aby minister zdrowia, opracowując priorytety w zakresie zdrowia jamy ustnej, uwzględnił w szczególności świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży.

UCHWAŁA NR 8/Z/VII/2015 XXXV OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza z 28 marca 2015 r.

w sprawie ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, z budżetu Izby

Na podstawie art. 5 pkt. 14 i 23 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), biorąc pod uwagę konieczność ubezpieczania się lekarzy i lekarzy dentystów od odpowiedzialności cywilnej, jak również fakt, iż grupowo negocjowane przez Izbę ubezpieczenie lekarzy i lekarzy dentystów daje szanse uzyskania korzystniejszych warunków ubezpieczenia, oraz możliwość pokrycia kosztów tego ubezpieczenia z podwyższonej składki na samorząd lekarski – uchwala się, co następuje:

§1

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie postanawia sfinansować z budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód.

§2

1. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w §1, obejmuje:

a) obowiązkowe ubezpieczenie wynikające z przepisów Rozporządzenia ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729),

b) dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na podstawie umów cywilnoprawnych,

c) dobrowolne ubezpieczenia lekarzy i lekarzy dentystów mających nawiązany stosunek pracy, obejmujące możliwość roszczenia regresowego określonego kodeksem pracy.

2. Koszt ubezpieczenia określonego w ust. 1 pkt. b) i c) nie może przekroczyć kosztów ubezpieczenia obowiązkowego określonego w ust. 1 pkt. a).

§3

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie upoważnia prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do prowadzenia negocjacji w celu uzyskania jak najlepszych warunków ubezpieczenia lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w §2.

§4

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie upoważnia prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, po uzyskaniu akceptacji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, do podpisania stosownej umowy z wyłonionym podmiotem, który zapewni najkorzystniejsze warunki ubezpieczenia.

§5

Uchwała wchodzi w życie z 1 kwietnia 2015 r.

UCHWAŁA NR 10/Z/VII/15 XXXV OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza z 28 marca 2015 r.

w sprawie określenia wzoru tablicy ogłoszeniowej dotyczącej udzielania przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych w ramach praktyk lekarskich

Na podstawie art. 24 pkt. 1 ustawy z 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z art. 14 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2013 r., poz. 217 – j.t. ze zm.) oraz w związku z §4 ust. 4 uchwały nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych – uchwala się, co następuje:

§1

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie uznaje konieczność ustalenia wzoru zewnętrznej tablicy ogłoszeniowej praktyk lekarskich i lekarsko-dentystycznych obowiązujący na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

Zjazd powierza wykonanie uchwały Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie. W ramach tego Rada określi:

1) jednolity wzór tablicy,
2) kształt, wymiary i kolor tablicy,
3) zawartość i rozmieszczenie informacji na tablicy,
4) dopuszczalną liczbę tablic na budynku wykonywania praktyki i na drogach dojazdowych do praktyki,
5) okres dostosowania tablic do wymogów uchwały.

§3

Zjazd zobowiązuje Okręgową Radę Lekarską do podejmowania działań na rzecz dostosowania sposobu podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielanych świadczeniach do wymogów art. 14 ustawy o działalności leczniczej przez podmioty lecznicze inne niż praktyki lekarskie i lekarsko-dentystyczne.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 11/Z/VII/15 XXXV OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza z 28 marca 2015 r.

w sprawie potwierdzenia opinii o wspieraniu szkoleń wewnętrznych i stosowania uproszczonego trybu uznawania uzyskanych na tych szkoleniach punktów edukacyjnych

Na podstawie art. 24 pkt. 1 ustawy z 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) w związku z art. 18 i art. 19b ust. 4 i 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2011 r., nr 277, poz. 1634 – t.j. ze zm.) – uchwala się, co następuje:

§1

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie ponownie wyraża opinię, że szkolenia wewnętrzne organizowane przez grupy lekarzy i lekarzy dentystów powinny być w szczególny sposób wspierane przez samorząd lekarski.

§2

1. Zjazd zobowiązuje Okręgową Radę Lekarską w Warszawie do stosowania uproszczonego i bezpłatnego sposobu akredytacji wniosków dotyczących wydarzeń edukacyjnych.
2. Inicjator szkolenia winien być zwolniony z opłaty za to szkolenie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarze:
Ewelina Bobek-Pstrucha
Wojciech Borkowski
Grzegorz Kwitkiewicz
Lech Oppeln-Bronikowski

Przewodniczący:
Konstanty Radziwiłł

Zastępcy przewodniczącego:
Renata Dmowska
Adam Pietrzak

UCHWAŁA NR 22/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie zmiany uchwały nr 3/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 stycznia 2014 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydatkowaniu kwot finansowych na okres kadencji 2013–2017

Na podstawie art. 5 pkt. 23, w związku z art. 26 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §4 pkt. 34 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r. – uchwala się, co następuje:

§1

W uchwale nr 3/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 stycznia 2014 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydatkowaniu kwot finansowych na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany:

1) w §1 uchwały po wyrażeniu: „20 000 zł netto (słownie: dwudziestu tysięcy złotych) dodaje się słowo: „włącznie";
2) w §2 uchwały:

– po wyrażeniu: „każdorazowo kwoty" dodaje się wyrażenie: „od 20 000 zł netto (słownie dwudziestu tysięcy złotych)",
– wyrażenie: „150 000 zł" zastępuje się wyrażeniem: „150 000 zł netto".

§2

Jednolity tekst uchwały nr 3/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 stycznia 2014 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydatkowaniu kwot finansowych na okres kadencji 2013–2017 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr 22/R-VII/15

UCHWAŁA NR 3/R-VII/14 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 10 stycznia 2014 r.

w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydatkowaniu kwot finansowych na okres kadencji 2013–2017

Na podstawie art. 5 pkt. 23, w związku z art. 26 ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §4 pkt. 34 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 5 XXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 15 maja 2010 r. – uchwala się, co następuje:

§1

Upoważnia się prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania decyzji o wydatkowaniu każdorazowo kwoty do wysokości 20 000 zł netto włącznie (słownie: dwudziestu tysięcy złotych).

§2

Upoważnia się Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał o wydatkowaniu każdorazowo kwoty od 20 000 zł netto (słownie: dwudziestu tysięcy złotych) do wysokości 150 000 zł netto (słownie: stu pięćdziesięciu tysięcy złotych).

§3

Traci moc uchwała nr 25/R-VI/10 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 4 stycznia 2010 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydatkowanie kwot finansowych na okres kadencji 2009–2013.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 23/VI-R/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie zatwierdzenia uchwały nr 5/2015 z 22 kwietnia 2015 r. Rady Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore" im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z §25 ust. 2 Statutu Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore" im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej, biorąc pod uwagę, iż jedynym fundatorem Fundacji „Pro Seniore" jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – uchwala się, co następuje:

§1

Zatwierdza się uchwałę nr 5/2015 z 22 kwietnia 2015 r. Rady Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore" im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej o treści stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§2

1. Upoważnia się prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej do podpisania tekstu jednolitego Statutu Fundacji.

2. Tekst jednolity Statutu stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 5/2015 RADY FUNDACJI LEKARSKIEJ „PRO SENIORE" IM. LEKARZY POLSKICH POLEGŁYCH I POMORDOWANYCH W CZASIE II WOJNY ŚWIATOWEJ z 22 kwietnia 2015 r.

w sprawie zmiany w Statucie Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore" im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej, KRS 0000250527, zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego (zwanej dalej: „Fundacją").

§1

Na podstawie §13 ust. 1 pkt. 8, w związku z §25 ust. 2 Statutu Fundacji Rada Fundacji postanawia przyjąć i uchwalić zaproponowane przez Zarząd Fundacji w uchwale nr 1/2015 z 16 kwietnia 2015 r. następujące zmiany w Statucie Fundacji:

1. W rozdziale IV zatytułowanym: „SYSTEM ORGANIZACJI FUNDACJI" §11 zatytułowany: „Zasady powoływania Rady Fundacji", ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Radę Fundacji tworzą i w imieniu fundatora działają jego stali przedstawiciele w liczbie do 7, powoływani w trybie uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie".

2. §16 zatytułowany „Skład Zarządu Fundacji i czas trwania jego mandatu" otrzymuje brzmienie:

„1. Zarząd Fundacji liczy do 3 członków.

2. Zarząd powoływany jest na czas nieokreślony".

§2

Pozostałe zapisy Statutu Fundacji pozostają bez zmian.

§3

Zobowiązuje się prezesa Zarządu Fundacji do uzyskania zatwierdzenia niniejszej uchwały przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.

UCHWAŁA NR 24/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie zwolnienia kol. Mai Gorajskiej z opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/985/15, 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 uchwałą nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie wysokości opłat na pokrycie kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity, wprowadzony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 czerwca 2009 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym (zm. uchwałą nr 61 R-VI/12 z 21 grudnia 2012 r., zm. uchwałą nr 76/R-VII/14 z 26 czerwca 2014 r.), oraz w związku z wnioskiem kol. Mai Gorajskiej, złożonym w Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/985/15 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwala się, co następuje:

§1

1. Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza Mai Gorajskiej za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Ocena wpływu budowy anatomicznej krocza i zwieraczy odbytu u kobiet ciężarnych na częstość występowania zaburzeń trzymania gazów i stolca w okresie poporodowym w materiale Oddziału Chirurgicznego i Ginekologicznego Szpitala Powiatowego w Wołominie", o numerze KB/985/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

2. Koszty opłaty, zgodnie z §1 ust. 1 uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie wysokości opłat na pokrycie kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity ze zm., w wysokości 500 zł, pokrywa z bieżących środków Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 25/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie zwolnienia kol. Jolanty Strzeleckiej z opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/983/15, 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 uchwałą nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie wysokości opłat na pokrycie kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity, wprowadzony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 czerwca 2009 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym (zm. uchwałą nr 61 R-VI/12 z 21 grudnia 2012 r., zm. uchwałą nr 76/R-VII/14 z 26 czerwca 2014 r.), oraz w związku z wnioskiem kol. Jolanty Strzeleckiej, złożonym w Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/983/15 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwala się, co następuje:

§1

1. Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza Jolanty Strzeleckiej za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Efektywność próby fotostymulacji w aktywacji zmian o charakterze napadowym w zapisie EEG u dzieci w zależności od widma częstotliwości bodźca świetlnego", o numerze KB/983/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.
2. Koszty opłaty, zgodnie z §1 ust. 1 uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie wysokości opłat na pokrycie kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity ze zm., w wysokości 500 zł, pokrywa z bieżących środków Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 26/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie zmiany uchwały nr 64/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 15 ust. 6a, w związku z ust. 3d, 3f, 4 i 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2015 r., poz. 464 – j.t.), art. 24, art. 40 i art. 41 ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (DzU z 2015 r., poz. 388– j.t.), §4 i §17 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2014 r., poz. 474) i zarządzenia nr 314/12 z 15 listopada 2012 r. marszałka województwa mazowieckiego w sprawie ustalenia listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, w tym stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego lekarza i lekarza dentysty (z późn. zm.) – uchwala się, co następuje:

§1

W uchwale 64/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r. w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentystów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wprowadza się następujące zmiany:

1/ w §1:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) Średnią ocenę ukończenia studiów, ustalaną na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego skierowania lekarza stażysty na staż podyplomowy, odbywany na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na podstawie średniej arytmetycznej ocen uzyskanych przez studenta, zawartych w karcie okresowych osiągnięć studenta określonej w §11 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 14 września 2011 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów (DzU 2011.201.1188), zwanej dalej »średnią«"

b) w pkt. 6 wyrażenie „trzech preferowanych uprawnionych podmiotów" zastępuje się wyrażeniem: „pięciu preferowanych uprawnionych podmiotów"

2/ w §2 w ust. 1:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przewidywany i udokumentowany udział lekarza stażysty w pracach badawczych w dziedzinie nauk medycznych, w okresie odbywania stażu w określonym podmiocie prowadzącym te badania, potwierdzony przez kierownika projektu badawczego lub kierownika jednostki w przypadku, w którym lekarz lub lekarz dentysta jest kierownikiem projektu badawczego"

b) pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) autorstwo bądź współautorstwo studenta publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie punktowanym przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez Główną Bibliotekę Lekarską"

§2

Zmianie ulega załącznik nr 2 do uchwały 64/R-VII/14 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Zobowiązuje się prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej do ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 maja 2015 r.

UCHWAŁA NR 27/P-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie upoważnienia prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do przedłużenia umowy z Kancelarią Prawną Dittmajer i Wspólnicy s.k. o prowadzenie Telefonicznej Asysty Prawnej dla lekarzy i lekarzy dentystów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), po zapoznaniu się z propozycją Kancelarii Prawnej Dittmajer i Wspólnicy s.k. – uchwala się, co następuje:

§1

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

w Warszawie i kol. Romana Olszewskiego – skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do przedłużenia umowy z Kancelarią Prawną Dittmajer i Wspólnicy s.k. z siedzibą w Poznaniu, wpisaną do KRS pod numerem 0000381147, posiadającą numer NIP: 972-122-67-79, REGON: 301704290, o prowadzenie Telefonicznej Asysty Prawnej dla lekarzy i lekarzy dentystów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na warunkach w niej określonych.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 30/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

w sprawie wniosku Komisji Uchwał i Wniosków XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o odrzucenie projektu apelu o wycofanie z procesu legislacyjnego rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności, z 16 lipca 2014 r., jako ograniczonego do legalizacji procedury in vitro i przyjmującego rozwiązania budzące moralny sprzeciw

Na podstawie art. 25 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z §12 ust. 3, §27 ust. 5 pkt. 3, §35 pkt. 3 Regulaminu obrad okręgowych zjazdów lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2/Z/VII/14 Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r., uwzględniając decyzję przewodniczącego XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w sprawie przekazania do rozpatrzenia i rozstrzygnięcia Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie wniosków złożonych do Komisji Uchwał i Wniosków XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o podjęcie stosownych uchwał i apeli, ze względu na niemożliwość ich rozpatrzenia przez Zjazd i wobec negatywnej opinii Komisji Uchwał i Wniosków XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz jej wniosku o odrzucenie projektu apelu o wycofanie z procesu legislacyjnego rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności, z 16 lipca 2014 r., jako ograniczonego do legalizacji procedury *in vitro* i przyjmującego rozwiązania budzące moralny sprzeciw – uchwala się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie odrzuca projekt apelu skierowanego do marszałka Sejmu o wycofanie z procesu legislacyjnego rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności, z 16 lipca 2014 r., jako ograniczonego do legalizacji procedury *in vitro* i przyjmującego rozwiązania budzące moralny sprzeciw.

§2

Wniosek złożony w Komisji Uchwał i Wniosków XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz opinia Komisji Uchwał i Wniosków stanowią załączniki nr 1 i nr 2 do uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Andrzej Sawoni, prezes ORL,
Ewa Miękus-Pączek, sekretarz ORL

APEL OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 24 kwietnia 2015 r.

do członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o uzupełnienie danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Mając na uwadze przepis art. 25 pkt. 12 i art. 49 ust. 5 pkt. 27 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), uwzględniając decyzję przewodniczącego XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w sprawie przekazania do rozpatrzenia i rozstrzygnięcia Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie wniosków złożonych w Komisji Uchwał i Wniosków Zjazdu o podjęcie stosownych uchwał i apeli, ze względu na niemożliwość ich rozpatrzenia przez Zjazd oraz wobec pozytywnej opinii Komisji Uchwał i Wniosków Zjazdu i jej wniosku o przyjęcie projektu apelu w sprawie zobowiązania członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do uzupełnienia danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów:

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie apeluje do członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o uzupełnienie danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów m.in. przez podanie adresu poczty elektronicznej.

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 Kużawczyk
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 Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, e-mail: m.rajca@oilwaw.org.pl

Fot. egw

Lekarzy jest za mało, a będzie jeszcze mniej

Romuald Krajewski

Bardzo często słyszymy o niedostatku kadr medycznych w Polsce. Dotyczy to lekarzy, a jeszcze bardziej pielęgniarek. Słyszymy też, że profil demograficzny lekarzy jest niekorzystny, więc w przyszłości braki mogą jeszcze wzrosnąć. Czy liczby potwierdzają te oceny?

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej zebrał informacje z Centralnego Rejestru Lekarzy, z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i z Centrum Egzaminów Medycznych, a następnie opracował dane dotyczące lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów specjalistów. Szczególnie ważne są informacje o lekarzach, bo obecnie ochrona zdrowia zdecydowanie stawia na specjalistów, a poszukują ich także pacjenci.

Charakterystyczną cechą naszych danych jest to, że wiemy dokładnie, ile osób ma poszczególne specjalizacje, ale mniej wiemy, w której z posiadanych specjalności pracują. 23 proc. lekarzy specjalistów (czyli mających przynajmniej jedną specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty) zdobyło więcej niż jedną specjalizację i trudno ocenić, jaką część swojego czasu pracy poświęca każdej dziedzinie. Posiadanie licznych specjalizacji bardzo poprawia kwalifikacje lekarza, ale nie zwiększa ogólnej dostępności lekarzy specjalistów.

Polska może liczyć tylko na własnych lekarzy, ponieważ nie jest atrakcyjnym miejscem wykonywania tego zawodu. Nie znamy dokładnej liczby lekarzy i lekarzy dentystów pracujących zagranicą. W 2014 r. (800 osób) i na początku 2015 (256 osób w I kwartale) nastąpił ponowny wzrost liczby wydawanych zaświadczeń potrzebnych do podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. Nie wiemy, ile osób pracuje w krajach takich jak USA i Australia, gdzie zaświadczenia z izby lekarskiej nie są potrzebne. W Polsce prawo wykonywania zawodu otrzymuje średniorocznie tylko około 90 lekarzy, którzy ukończyli studia poza UE.

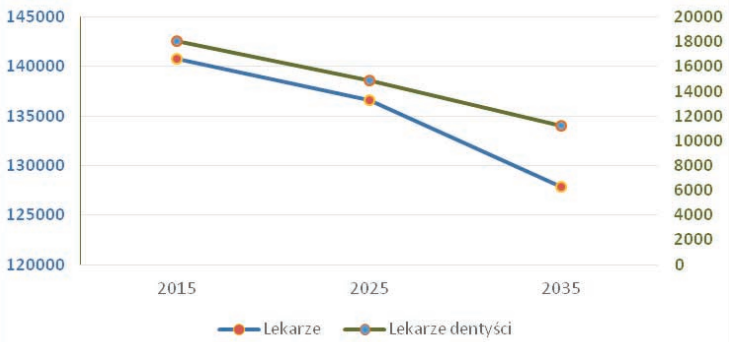
Mamy 81 specjalności lekarskich i 11 specjalności lekarsko-dentystycznych. Wśród ponad 128 tys. lekarzy wykonujących zawód specjalistów jest niecałe 86 tys., a wśród 34 tys. lekarzy dentystów wykonujących zawód – 6 tys. specjalistów. Średni wiek lekarza wykonującego zawód wynosi 47,7 roku i jest o 2 lata wyższy niż średni wiek populacji Polski. Średni wiek lekarza dentysty jest taki sam jak w ogólnej populacji. Średni wiek specjalistów wykonujących zawód wynosi 54,5 roku.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat prawo wykonywania zawodu otrzymywało rocznie po raz pierwszy średnio 2,5 tys. lekarzy i około 850 lekarzy dentystów. Liczba ta rośnie bardzo wolno – o 90 osób rocznie wśród lekarzy i o 21 osób wśród lekarzy dentystów. To osoby, które mogą rozpocząć swoją pierwszą specjalizację.

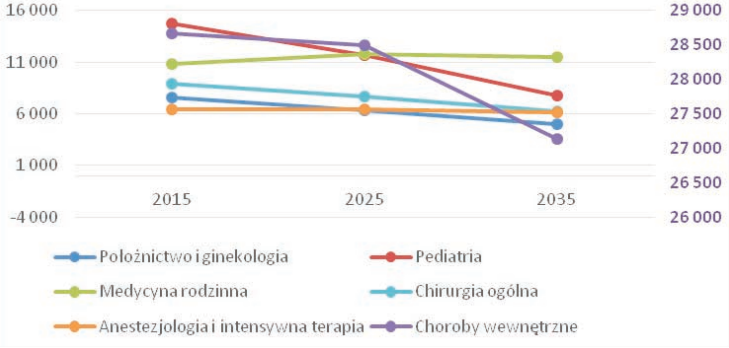
Obecnie specjalizację odbywa 22 769 lekarzy i 1150 lekarzy dentystów. Jeżeli bardzo optymistycznie przyjąć, że specjalizacja trwa średnio tylko sześć lat i wszyscy ją ukończą, można się spodziewać, że posiadających pierwszą lub kolejne specjalizacje co roku przybędzie w najbliższych latach około 3700.

Jednak średni wiek lekarza kończącego specjalizację podstawową (czyli taką, którą można odbyć jako pierwszą) wynosi aż 36,5 roku, a w ciągu ostatnich dziesięciu lat specjalizację zdobywało średnio 3600 lekarzy i 177 lekarzy dentystów rocznie. Liczba uzyskanych specjalizacji lekarskich nie zmieniała się, specjalności lekarsko-dentystycznych zwiększała się tylko o 16. 96 proc. specjalizacji zdobywają lekarze w wieku do 50 lat. Wśród stomatologów 99 proc. uzyskuje specjalizację w wieku do 45 lat.

Ryc. 1. Przewidywana zmiana liczby lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów specjalistów



Ryc. 2. Przewidywane zmiany liczby specjalistów w 6 najliczniejszych specjalnościach lekarskich



Lekarzy jest za mało, a będzie jeszcze mniej

Aby liczba specjalistów była stabilna, lekarzy specjalistów w wieku do 50 lat powinno być tyle samo, co starszych. Dla lekarzy dentystów taką granicą jest 45 lat. Niestety, wśród lekarzy specjaliści w wieku do 50 lat stanowią jedynie 39 proc., a lekarze dentyści specjaliści w wieku do 45 lat – 20 proc. Różnice między specjalnościami są duże, ale tylko kilkanaście z 81 specjalizacji lekarskich jest w dobrej sytuacji demograficznej.

Ze struktury wiekowej lekarzy i lekarzy dentystów oraz danych o liczbie nowych lekarzy, a także uzyskiwanych specjalizacji można przewidywać, że w najbliższych latach czeka nas spadek liczby specjalistów. Przy bardzo optymistycznych założeniach, że wszyscy zdobywający prawo wykonywania zawodu rozpoczną specjalizację, ukończą ją i nie wyjadą, a starsi lekarze będą pracować do 70. roku życia, łączna liczba posiadanych specjalizacji lekarskich za dziesięć lat zmniejszy się o 3 proc., a za 20 lat o kolejne procenty. W specjalnościach lekarsko-dentystycznych będzie to odpowiednio 18 proc. i 38 proc. (ryc. 1).

Sytuacja demograficzna poszczególnych specjalności może być bardzo zróżnicowana, więc każda wymaga oddzielnej analizy. Z sześciu najliczniejszych specjalizacji w większości, zgodnie z ogólną prognozą, liczba specjalistów będzie malała (ryc. 2).

Charakterystyczną cechą problemów demograficznych jest długi czas potrzebny na dokonanie się pożądanych zmian. Jeżeli nie podejmiemy właściwych działań szybko, spadku liczby specjalistów w ciągu najbliższych kilkunastu lat nie da się już uniknąć. Należy zacząć od podniesienia liczby lekarzy mogących rozpoczynać specjalizację przynajmniej o 400–600 rocznie. Trzeba także zwiększyć liczbę uzyskiwanych specjalizacji o 300–400 rocznie, szczególnie przez lekarzy, którzy jeszcze nie posiadają specjalizacji. Aby to było możliwe, należy podnieść liczbę ośrodków prowadzących szkolenie specjalizacyjne oraz wprowadzić zachęty finansowe dla osób i ośrodków prowadzących szkolenie. W stomatologii głównym zadaniem jest stworzenie miejsc do odbywania specjalizacji.

Szczegółowe dane potwierdzają bardzo trudną, być może nawet dramatyczną, sytuację demograficzną specjalistów. W niektórych dziedzinach ich brakowi nie uda się już zapobiec. Konieczne jest szybkie i konsekwentne działanie całego systemu ochrony zdrowia, systemu edukacji i całego społeczeństwa, które ze względu na problemy demograficzne będzie coraz bardziej potrzebować specjalistycznej i ogólnej opieki medycznej. Jeżeli takich działań nie podejmiemy, opieki zabraknie i bezpieczeństwo chorych będzie zagrożone.

Dodam, że szczegółowe dane dotyczące demografii całego środowiska i poszczególnych specjalności są zamieszczone na stronach Ośrodka Studiów Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej. ■

Autor jest kierownikiem Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
oraz
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
organizują w siedzibie OIL w Warszawie, ul. Puławska 18. kursy dla lekarzy nt.:

„Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu oraz krótka i poszerzona interwencja w podstawowej opiece zdrowotnej”.

Proponowane terminy szkoleń:
8.10.2015 r. (czwartek), 5.11.2015 r. (poniedziałek)

Warunkiem uczestnictwa lekarza w szkoleniu jest przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego.

- **przez stronę internetową www.oilwaw.org.pl**
- **zeskanowany na adres e-mail: d.neryng@oilwaw.org.pl lub a.mika@oilwaw.org.pl**
- **faksem na numer 22-313-19-65.**

Uczestnicy uzyskają 6 PKT. edukacyjnych. Liczba miejsc jest ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.
Informacje: 22-313-19-70, 22-313-19-75, w godzinach pracy biura ODZLiLD: 8.00–16.00.
Formularz zgłoszeniowy : www.oilwaw.org.pl

doniesienia naukowe

Statyny i fibraty u osób starszych

Leki obniżające poziom cholesterolu we krwi mogą o 34 proc. zmniejszać ryzyko udaru mózgu u osób starszych – sugerują badania francuskich specjalistów opublikowane przez „British Medical Journal" (18 maja 2015). W przypadku zawałów takiej zależności jednak nie zauważono.

Epidemiolog z uniwersytetu w Bordeaux prof. Christophe Tzourio twierdzi, że wraz ze swym zespołem przeanalizował dane 7,5 tys. osób, które w 1999 r., gdy rozpoczynano obserwację, miały co najmniej 65 lat. Średnia ich wieku wynosiła 74 lata. Badano osoby zdrowe, czyli te, które nie miały jeszcze wykrytej choroby niedokrwiennej serca ani udaru.

W tej grupie pacjentów statyny lub fibraty zażywało 27 proc. badanych. Po dziewięciu latach (średni czas trwania obserwacji) stwierdzono 292 przypadki udaru mózgu oraz 440 innych incydentów kardiowaskularnych. Udary najczęściej zdarzały się u mężczyzn, szczególnie w starszym wieku, oraz u tych, którzy byli otyli, mieli cukrzycę i nadciśnienie tętnicze krwi.

Kardiolog Harvard Medical School prof. Francine Welty, która nie uczestniczyła w badaniach, nie jest jednak w pełni przekonana o słuszności owych wniosków. W wypowiedzi dla „Reuters Health" powiedziała, że badania nie przesądzają jeszcze, iż leki obniżające cholesterol faktycznie zmniejszają ryzyko udaru. Jej wątpliwości wynikają z faktu, że obserwowane osoby były w stosunkowo dobrym stanie zdrowia, wykształcone i o wysokim statusie materialnym. A tacy ludzie zwykle rzadziej chorują.

Według specjalistki badania sugerują raczej, że wspomniane leki mogą zmniejszać ryzyko wtórnego udaru, co wcześniej już wykazano, ale na grupie młodszych pacjentów niż ci, których obserwowano we Francji.

Za dużo badań i terapii

Brytyjscy lekarze chcą zaapelować o to, by medycy nie zlecali zbędnych badań i leków pod naciskiem pacjentów. Należy trzymać się wskazań i nie poddawać presji – stwierdzają przedstawiciele The Academy of Medical Royal Colleges w wypowiedzi dla „BBC News". Podobne apele wystosowali już lekarze w USA i Kanadzie.

Lekarze z Wielkiej Brytanii podkreślają, że wielu ich kolegów, nie chcąc zostawiać pacjenta z niczym, coraz częściej zleca badania i terapie, które w danym przypadku mają niewielką wartość lub nie mają jej wcale. Ostrzegają, że kierowanie się zasadą „więcej znaczy lepiej" prowadzi do zlecania nadmiaru badań, które raczej nic nie wniosą, mogą za to wywołać powikłania. Odradzają zatem rutynowe przepisywanie leków na łagodną depresję i niewielkie nadciśnienie tętnicze krwi oraz zlecanie w każdym przypadku analizy krwi.

Brytyjscy lekarze zamierzają wystosować również przesłanie do pacjentów, żeby sami przemyśleli, czy faktycznie potrzebny jest im jakiś lek, jakie są inne opcje i co się stanie, jeśli nie zostanie podjęte żadne działanie. Pacjenci bardziej zaangażowani w terapię rzadziej poddają się zbędnym procedurom.

Apel ma się wkrótce ukazać na łamach „British Medical Journal".

Powikłania po „cesarce"

Kobiety poddające się cesarskiemu cięciu częściej mają powikłania wymagające przetoczenia krwi lub wykonania nieplanowanej histerektomii. Sugerują to badania Centrum Kontroli Chorób w Atlancie, w których przeanalizowano 3,5 mln porodów w 41 amerykańskich stanach.

Główna autorka raportu Sally Curtin podkreśla w wypowiedzi dla „Reuters Health", że w wielu przypadkach cesarskie cięcie jest zabiegiem ratującym życie, jednak to poważna operacja, grożąca powikłaniami.

Kobiety, u których „cesarka" wykonywana jest po raz pierwszy, trzykrotnie częściej wymagają transfuzji krwi i ośmiokrotnie częściej dochodzi u nich do pęknięcia macicy. Oprócz tego pięć razy częściej wykonywana jest u nich histerektomia i sześciokrotnie częściej muszą być leczone na oddziale intensywnej terapii.

W Stanach Zjednoczonych prawie co trzeci poród odbywa się metodą cesarskiego cięcia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zabieg konieczny jest jedynie w 10–15 proc. przypadków. Eksperci WHO zwracają uwagę, że nie ma dowodów na to, iż zwiększenie liczby tych zabiegów powyżej 10 proc. wszystkich porodów zmniejsza liczbę zgonów matek i dzieci.

Inne objawy choroby Alzheimera

Zaburzenia pamięci są zwykle pierwszym objawem choroby Alzheimera, ale nie zawsze. Badania opublikowane przez „Alzheimer's and Dementia" (24 kwietnia 2015) sugerują, że u osób przed 60. rokiem życia zamiast kłopotów z pamięcią najpierw mogą się ujawnić zaburzenia językowe oraz trudności z rozwiązywaniem problemów.

Dr Josephine Barnes z National Hospital for Neurology and Neurosurgery w Londynie twierdzi, że doszła do takiego wniosku po przeanalizowaniu danych dotyczących 8 tys. osób w Stanach Zjednoczonych. Badani byli w wieku od 36 do 110 lat i w większości mieli objawy łagodnej i umiarkowanej choroby Alzheimera. W USA cierpi na nią 5 mln osób.

Chorobę Alzheimera można jednoznacznie stwierdzić jedynie w wyniku pośmiertnego badania mózgu. Stosowane są jednak testy wykrywające objawy wskazujące na jej występowanie. Według dr Barnes mogą się one zmieniać z wiekiem chorego. Zaburzenia niezwiązane z pamięcią występują u co czwartego chorego przed 60. rokiem życia oraz u co piątego sześćdziesięciolatka i u co dziesiątego siedemdziesięciolatka.

Neurolog z VA Boston Healthcare System prof. Andrew Budson podkreśla, że wczesne wykrycie choroby Alzheimera ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia. Pozwala szybciej, czyli zanim dojdzie do poważniejszego uszkodzenia mózgu, rozpocząć terapię. *„Z tego powodu lepsze efekty uzyskuje się u sześćdziesięciolatków niż u osiemdziesięciolatków"* – dodaje. ■

Zbigniew Wojtasiński

Organizacja Utrzymywania Zdrowia, czyli ochrona zdrowia w Izraelu

Ziemia obiecana

Zasadniczym elementem systemu ochrony zdrowia w Izraelu jest HMO. Skrót ten oznacza ni mniej, ni więcej tylko Organizację Utrzymywania Zdrowia (Health Maintenance Organization). I już samo znaczenie nazwy tych najważniejszych w ochronie zdrowia instytucji (czterech konkurujących ze sobą) oddaje istotę podejścia Izraela do spraw zdrowia swoich obywateli.

Health Maintenance Organization stanowi kwintesencję medycyny koordynowanej lub też kompleksowej (*managed care medicine*), o której dużo się u nas ostatnio mówi, a znacznie mniej rozumie. Organizacje HMO powstały w USA w II połowie XX w. jako wyraz starania ubezpieczycieli o zapewnienie klientom bogatej oferty usług medycznych, ale przede wszystkim w celu minimalizacji kosztów przez utrzymywanie ubezpieczonych w jak najlepszym zdrowiu. Model HMO jest więc niejako dążeniem do ideału opieki medycznej metodą utrzymywania zdrowia populacji znajdującej się pod ich opieką.

Historia i założenia

Ochronę zdrowia w Izraelu organizowali emigranci z Holandii. Początkowo najbardziej aktywną rolę odgrywały związki zawodowe, które tworzyły swego rodzaju ubezpieczenia grupowe dla swoich członków, ustalając z lekarzami pewien zakres opieki medycznej. Finansowanie pochodziło ze składek. W latach 70. XX w. wprowadzono obowiązek współpłacenia składek ubezpieczeniowych przez pracodawców. W latach 80. rząd Izraela powołał komisję do oceny systemu ochrony zdrowia, która zarekomendowała stworzenie narodowego instytutu ubezpieczeń zdrowotnych. W 1995 r. uchwalono ustawę o narodowym programie ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawą nowego prawa była obowiązkowa przynależność każdego obywatela do jednej z czterech do tej pory działających HMO. Ustawa określiła zakres świadczeń medycznych, które muszą być oferowane przez każdą HMO, nazywany pakietem uniwersalnym. Ustawa zabroniła selekcji zdrowotnej przez HMO i zezwoliła obywatelom na zmianę HMO raz w roku. Druga co do wielkości HMO, Maccabi, tak m.in. definiuje swoją misję: *„Dostarczanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, dostępnej non stop, bazującej na społeczności lokalnej, i utrzymywanie pacjenta tak daleko od drzwi szpitala, jak tylko jest to możliwe”.*

Finansowanie

Fundusze na ochronę zdrowia pochodzą z podatków zbieranych przez Narodowy Instytut Ubezpieczeń, który jest odpowiednikiem naszego ZUS. Wysokość podatku zdrowotnego wynosi 4,8 proc. przychodów. Instytut przekazuje następnie fundusze HMO proporcjonalne do liczby zapisanych obywateli, stosując jednak dodatkowe przeliczniki zależne od wskaźników demograficznych. Pakiet uniwersalny pokrywa wszystkie koszty związane z POZ, medycyną ratunkową i pomocą doraźną, chirurgią planową, przeszczepami oraz lekarstwami w przypadku poważnej choroby. Pakiet uniwersalny jest taki sam we wszystkich HMO. Za dodatkową opłatą każda HMO prowadzi własne ubezpieczenia zdrowotne (suplementarne) pokrywające koszty świadczeń spoza pakietu uniwersalnego, a także stosuje dopłaty do wyższego standardu (np. pokój jednoosobowy, wyższej klasy proteza itd.). Trzecią warstwą są prywatne ubezpieczenia, pozwalające na wybór dowolnego lekarza czy konkretnego szpitala, sali VIP, a także pokrywające koszty wielu leków i infrastruktury medycznej. Przeciętnie Izrael przeznacza na ochronę zdrowia 7,3 proc. PKB, nieco ponad 60 proc. to fundusze publiczne. Wydatki sięgają rocznie około 2300 dol. na obywatela. Udział HMO w rynku wynosi: Calit – 52 proc., Maccabi – 25 proc., Muedehet – 14 proc., Leumit – 9 proc.

Szpitale

W Izraelu działa 45 szpitali ogólnych, tzw. ostrych, dysponujących 15 tys. łóżek tzw. ostrych, 13 szpitali psychiatrycznych z 3,4 tys. łóżek oraz 313 ośrodków opieki długoterminowej i rehabilitacji z 24 tys. miejsc tzw. podostrych i przewlekłych. Placówki są własnością jednej z HMO albo Ministerstwa Zdrowia i te drugie zawierają umowy kontraktowe z HMO. Szpitale prywatne są rzadsze, choć HMO chętnie zawierają z nimi umowy. Rozliczanie świadczeń realizowane jest za pośrednictwem systemu opartego na DRG (JGP w Polsce). Wskaźnik łóżek szpitalnych wynosi 310 na 100 tys. osób (OECD-34: 480 na 100 tys.).

Kadra

W Izraelu, często czerpiącym pomysły z USA, pracują pielęgniarki praktykujące, asystenci lekarzy oraz technicy medyczni. Dużym problemem dla kadry medycznej oraz zarządzających są bardzo częste procesy prawne o tzw. błędy medyczne i zdarzenia medyczne, zwłaszcza że wielu prawników, który wrócili do kraju, „zaimportowało” z USA zwyczaj procesowania się ze szpitalami.

Modelowa HMO

Maccabi HMO obejmuje około 2 mln obywateli, dysponuje pięcioma regionalnymi ośrodkami medycznymi, własnymi laboratoriami, diagnostyką obrazową, rehabilitacją, licznymi poradniami podstawowej ochrony zdrowia oraz specjalistycznymi. Jest właścicielem grupy szpitali Assuta, w skład

której wchodzi 13 placówek. Grupa Assuta jest największą prywatną siecią szpitalną na całym Bliskim Wschodzie. Podstawową opiekę zdrowotną oparto na lekarzach pierwszego kontaktu praktykujących grupowo. W POZ ważna jest rola pielęgniarek. W leczeniu chorób przewlekłych stosuje się opiekę wielodyscyplinarną, z naciskiem na jak najmniejszą liczbę hospitalizacji. Bardzo dobrze rozwinięta jest telemedycyna i nowoczesne rozwiązania cyfrowe (e-recepta, e-laboratorium, e-konsultacja itd.). Świetnie działa portal pacjenta, także w wersji mobilnej, z której korzysta około 500 tys. ubezpieczonych. Dokumentacja w całości ma formę elektroniczną. Budżet Maccabi HMO to 1,8 mld euro, zatrudnia ona ponad 10 tys. pracowników oraz prawie 5 tys. lekarzy (85 proc. samozatrudnionych). Maccabi może się pochwalić opieką medyczną na najwyższym światowym poziomie, czego dowodzą liczne certyfikaty jakościowe, w tym prestiżowa akredytacja wydana przez JCI.

mywanie obywateli w zdrowiu, w miarę możliwości medycznych poza szpitalem, jest bardzo atrakcyjny z punktu widzenia zdrowia publicznego. Konkurencyjność HMO oraz możliwość ich wyboru przez konsumenta sprawiły, że pieniądze rzeczywiście podążają tam za pacjentem. Ciekawe jest to, że wszystkie HMO i większość szpitali działa w formule *not for profit*. Fascynująca jest natomiast innowacyjność sektora medycznego w Izraelu, o czym delegacja Polskiej Federacji Szpitali przekonała się podczas konferencji i targów medycznych MedinIsrael 2015. Dyrektorzy polskich placówek, którzy uczestniczyli także w programie zwiedzania szpitali zorganizowanym przez misję handlową Ambasady Izraela w Warszawie, byli pod dużym wrażeniem oglądanych ośrodków oraz zaangażowania oprowadzających ich osób, także w randze dyrektorów naczelnych i ich zastępców. Zauważyli też (podobnie było w Danii), że placówki izraelskie, choć świetnie wyposażone, dobrze finansowane,

Fot. egw

Wyniki

W Izraelu wskaźniki umieralności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów są niższe od średniej OECD i sięgają, odpowiednio 185,3 oraz 185,8 na 100 tys. osób (OECD – 296 oraz 213). Długość życia wynosi 81,8 roku, co jest ósmym wynikiem (OECD-34 za rok 2012). Tylko 18 proc. obywateli pali papierosy, a 15 proc. cierpi na otyłość (OECD-34: 24 proc. i 22 proc.). System ochrony zdrowia w Izraelu, oparty na modelu HMO, w którym głównym celem jest utrzy-

osiągające rewelacyjne wyniki lecznicze, przepięknie zaprojektowane i wybudowane, nie spełniłyby polskich norm sanitarnych ani przeciwpożarowych. Wizyta w Izraelu prowadzi do wniosku, że powinniśmy brać przykład z bardzo efektywnego tamtejszego systemu ochrony zdrowia, a także zracjonalizować wymagania wobec polskich placówek, o czym z uporem mówi Polska Federacja Szpitali. ■

Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia", kwiecień – maj 3/2015.

Fot. egw

Homo homini res sacra

fragmenty

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą) Seneka

Tadeusz Tołłoczko

Droga do przyszłości staje się „śliska". Pamiętajmy, że *„bonum ex malo non fit" („dobro nie rodzi się ze zła", Seneka*). W efekcie końcowym etyka kliniczna oparta na godności ludzkiej osoby przegra starcie z etyką „rynkową", sterującą koniunkturalizmem i utylitaryzmem. Urynkowieniu ulegać będzie stopniowo myśl i sumienie. Wszelkie moralne wątpliwości pokonane zostaną przez zysk. Ilustracją zmagań polemicznych zwolenników i przeciwników utylitaryzmu jest obiegowe pytanie: czy lepiej być niezadowolonym poczciwcem, czy zadowoloną świnią? W odpowiedzi utylitaryści drwiąco pytają: czy uczciwość zdaje egzamin jako metoda najlepszej życiowej strategii? Wątpliwość z ich punktu widzenia o tyle zasadna, że współcześnie nawet przyzwoitość staje się postawą naganną.

Henri Poincaré na przełomie XIX i XX w. podkreślał, że *„utylitaryzm nie powinien dochodzić do głosu w odkrywaniu prawdy"*. Jak jednak sformułować definicję ludzkich praw do życia w godności i zarazem zgodności z ludzką naturą, by nie dominowały przesłanki interesu, ambicji, zysku, chwały? Groza licznych obaw niepomiernie wzrasta, ponieważ nie mamy ani dogłębnych przemyśleń, ani wizji następstw wejścia na tor wyłącznie utylitarnego sposobu rozumowania w ochronie zdrowia. Jak realnie zabezpieczyć embrion przed śmiercią, wyzyskiem, handlem, gwałceniem jego ludzkiej godności, kiedy życie straciło swoje wrodzone *sacrum*?

Zróżnicowane kryteria utylitaryzmu

Wybieramy nie tylko między dobrem i złem, ale także często między różnymi odmianami zła. Wyobrażam sobie, że przy pełnej akceptacji zasad utylitaryzmu dojść mogłoby do sytuacji, w której usłyszymy: – *Patrzcie! Ten bezrobotny lub niepełnosprawny człowiek, który niczego nie produkuje, ma dwie nerki – a przecież badania kliniczne potwierdziły, że pobierając nerkę od żywego dawcy, nie skraca mu się życia. Toteż jedna mu wystarczy. Dajmy ją jakiemuś naukowcowi, politykowi lub właścicielowi fabryki, jeśli ich zdrowie wymaga przeszczepu. Dla dobra państwa, społeczeństwa, nas wszystkich powinniśmy ich za wszelką cenę ratować. Prawo powinno na to zezwalać. Medycyna stwarza im szanse. Dobro człowieka tego wymaga. Trzeba być oszołomem lub nie mieć sumienia, by tego nie rozumieć.*

Ruchome definicje

Pojęcia godności i dobra człowieka, w znaczeniu utylitarnym, dla każdego mogą oznaczać co innego, w zależności od jego potrzeb. Współcześnie mnożą się coraz to nowe kryteria dotyczące na przykład człowieczeństwa. Jeśli ktoś jest zwolennikiem aborcji, twierdzi, że o osobie ludzkiej mówić można dopiero od chwili urodzenia. Jeśli natomiast ktoś nie zgadza się na dokonywanie aborcji, ale zgadza na wykonywanie klonowania terapeutycznego, z kolei przesuwa granicę do arbitralnie dobranego przez niego okresu życia zarodka. Dla celów utylitarystycznych zmienia się definicję człowieka, pojęcie osoby. Standard moralny jest relatywizowany. A przecież życie człowieka jest wartością od samego początku, a nie od dowolnie wybranego momentu.

Wielu badaczy rozważa problem, jak zdefiniować zadanie, ażeby pod pozorem zachowania zasad moralnych przeprowadzić planowane badania, których metodyka według dotychczasowych kryteriów uznawana była za niemoralną. Starają się zmieniać definicje, by wpływały na ocenę moralną czynów. Łatwiej sformułować nową definicję, niż zmienić metodykę i cel pracy badawczej. Motywem takiego postępowania może być nie tylko rozwój wiedzy, ale także ambicja, sława lub pospolity interes. Być może uczciwiej byłoby powiedzieć prawdę, że w danym przypadku wartości utylitarne są ważniejsze od wartości moralnych. Gdy nie chodzi o etykę, lecz o etykietę, nie o wartości, tylko o ich pozory. Zostaje pozorowana moralność. Hipokryzja zastępuje moralność.

Ludzie jednak często nie chcą być mądrzy, postępować moralnie. Chcą tylko za takich uchodzić. Niekiedy udaje się im w takim świecie skutecznie funkcjonować. Dlatego zmieniają definicje. W ocenie realiów życia musimy być świadomi, że bezprawie i amoralność bywają zwykle bardziej skuteczne od przyzwoitości.

Dla celów utylitarnych zmieniono również definicję śmierci. Okazała się być „ruchoma". Do pojęcia śmierci dodano jednak przymiotnik i mówimy już o „śmierci klinicznej", jako sytuacji wprawdzie nieodwracalnej, ale nie wprost o śmierci. Problem postawiony został uczciwie. Ludzkość wiele skorzystała na tej zmianie definicji. „Ruchoma" – w zależności od potrzeby, pozostaje także nadal definicja początku życia człowieka. ■

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku:
1. lekarza orzecznika ZUS – lekarza specjalistę w zakresie ortopedii, tel.: 22-714-21-37,
2. lekarza konsultanta zakładu – lekarza specjalistę, w szczególności w zakresie okulistyki, reumatologii, tel.: 22-714-21-37,
3. lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS – lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny pracy, ortopedii, psychiatrii, neurologii, tel.: 22-714-20-09.

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 10.

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.

Nakaz ten wynika oczywiście bezpośrednio z podstawowej zasady etyki lekarskiej, którą jest *„Salus aegroti suprema lex esto"*. Warunki, w jakich lekarz udziela pomocy pacjentowi, wpływają przecież na wiarygodność badań diagnostycznych, skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, a także samopoczucie chorego.

Warunki wykonywania zawodu przez lekarza zależą od niego samego wtedy, gdy pracuje w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej albo we własnej placówce opieki zdrowotnej. W takich miejscach organizacja pracy (własnej i personelu), ustawiczne doskonalenie zawodowe, warunki sanitarne (w tym porządek i czystość), odpowiednie wyposażenie i sprzęt, dokumentacja medyczna itp. pozostają w zakresie odpowiedzialności lekarza.

Kodeks nie zwalnia jednak lekarza z obowiązku zabiegania o odpowiednie warunki pracy także wówczas, gdy jest zatrudniony w placówce zarządzanej przez innych. To niełatwe zadanie, gdyż nie pozwala lekarzowi na akceptowanie warunków pracy, które negatywnie wpływałyby na jakość opieki nad pacjentami i ich bezpieczeństwo.

Kodeks nie określa kryteriów „odpowiedniości" tych warunków, pozostawiając ocenę lekarzowi. Nie ulega jednak wątpliwości, że granicą powinno być wykonywanie pracy w warunkach, które umożliwiają udzielanie pomocy w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. Z tego powodu każdy lekarz indywidualnie, ale także organizacje lekarskie (m.in. samorząd) muszą nieustannie domagać się, aby zarówno warunki, w jakich udziela się pomocy lekarskiej konkretnemu pacjentowi, jak i cały system ochrony zdrowia gwarantowały pacjentom należną opiekę.

Przepis ten jest oczywiście adresowany do lekarzy. Stanowi jednak rodzaj tarczy dla lekarzy, którzy stają wobec różnego rodzaju trudności z powodu domagania się zmian mających poprawić jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w placówkach, w których pracują. Tych, którzy w jakikolwiek sposób takich lekarzy represjonują, należy przywołać do porządku, pokazując przepis, który zgodnie z prawem jest wiążący dla każdego lekarza. ■

Zaprosili nas

Fot. egw

♥ „Gazeta Farmaceutyczna" oraz Izba Gospodarcza „Farmacja Polska" na **XIV Dzień Polskiej Farmacji**, 14 maja 2015 r.

♥ Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych na **IV Forum Pacjentów Onkologicznych – „Czy pacjent może mieć zaufanie do systemu opieki onkologicznej w Polsce"**, 25 maja 2015 r.

♥ Rządowa Rada Ludnościowa na konferencję **„Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski"**, 9 czerwca 2015 r.

♥ Wicemarszałek Senatu Stanisław Karczewski, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk na konferencję **„Innowacyjność w medycynie"**, cz. III, 9 czerwca 2015 r.

♥ Rektor, dziekan i Rada II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na **Jubileusz 40-lecia II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim oraz Oddziałem Fizjoterapii,** 12 czerwca 2015 r.

Fot. R. Klimkowska

♥ Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie na **I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne,** 12–14 czerwca 2015 r. ■

Likwidacja stażu, budząca obawy i sprzeciw lekarzy, była jednym z tematów ogólnopolskiej konferencji samorządu lekarskiego w Gdańsku. Andrzej Sawoni, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, podkreślił, że warszawska ORL jednoznacznie wypowiada się za przywróceniem stażu. – *Już podejmujemy działania, także z organizacjami pacjenckimi. Praktyka na stażu jest ważna dla młodego adepta medycyny i jego przyszłych pacjentów. Przygotujemy projekt legislacyjny w tej sprawie* – zaznaczył A. Sawoni.

Lekarze o stażu i emigracji

Również dla uczelni medycznych likwidacja stażu to problem. Polega na konieczności przystosowania bazy dydaktycznej do nowego programu kształcenia, m.in. utworzenia centrów symulacji do nauki czynności inwazyjnych. Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zwrócił uwagę, że wciąż brakuje uregulowań prawnych związanych z praktycznym kształceniem studentów w nowym programie – w odniesieniu do odpowiedzialności za zdarzenia niepożądane, zachowania tajemnicy lekarskiej. Obecnie student nie ma prawa dotknąć pacjenta, może jedynie uczestniczyć w wykonywaniu świadczeń, czyli słuchać i patrzeć (w przeciwieństwie do stażysty, który otrzymuje ograniczone prawo wykonywania zawodu). – *Jeżeli te sprawy nie zostaną wyjaśnione, będziemy mieli absolwentów świetnie przygotowanych teoretycznie, którzy jednak nie będą gotowi do pracy z pacjentem* – stwierdził J. Moryś.

Dla przyszłych lekarzy praktyczna nauka zawodu rozpocznie się na szóstym roku studiów, dla lekarzy dentystów na roku piątym. Pierwszy rocznik, który kształci się według zreformowanego programu, po tegorocznych wakacjach rozpocznie już czwarty rok nauki, zatem czasu nie pozostało wiele.

Jolanta Orłowska-Heitzman, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, zapewniła, że w resorcie pracuje zespół ds. tworzenia i rozwoju centrów symulacji medycznych. Do końca czerwca zostanie przeprowadzony audyt stanu przygotowania tych obiektów. Zaznaczyła też, że roczniki, które rozpoczęły naukę według nowego programu, stażu mieć nie będą. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, ostatni podyplomowy staż dla lekarzy dentystów rozpocznie się 1 października 2016 r., a lekarzy – 1 października 2017 r.

Problemem jest też zawodowa emigracja absolwentów medycyny. Lekarze coraz częściej zaraz po studiach wyjeżdżają z Polski. Według danych przedstawionych przez Komisję Młodych Lekarzy OIL w Gdańsku ponad 40 proc. ankietowanych chce opuścić kraj, a kilkanaście procent rozważa taką decyzję. Wynagrodzenie jest czynnikiem ważnym, jednak wielu młodych jako powód wskazuje znacznie lepsze możliwości dalszego kształcenia zagranicą. Tam łatwiej o specjalizację. W Polsce osobom, które nie dostały się na rezydentury, pozostaje praca na etacie albo wolontariat.

Ministerstwo Zdrowia zapewnia o zwiększeniu liczby miejsc rezydenckich. W ramach realizacji zapowiedzi premier Ewy Kopacz, zawartych w jej exposé z roku 2015, zostanie przyznanych ponad 6500 rezydentur, czyli o przeszło 3500 więcej niż w latach poprzednich. Propozycje resortu nie zawsze odpowiadają jednak oczekiwaniom. – *Są specjalizacje, które cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem, ale są również i takie, na które nie ma chętnych. Apelujemy o rozsądny i przemyślany wybór specjalizacji, gdyż resort zdrowia, planując przydział miejsc rezydenckich, musi brać pod uwagę nie oczekiwania, ale rzeczywiste potrzeby kadrowe w każdej specjalizacji* – powiedziała J. Orłowska-Heitzman.

Młodzi lekarze mają własne pomysły poprawy sytuacji. Chcą utworzenia ogólnopolskiego systemu rekrutacji i usprawnienia procedury, z możliwością składania podań na trzy wybrane specjalizacje, włączenia rezydentów w szpitalach do systemu rozliczeń z NFZ, stworzenia warunków, które zachęcałyby podmioty szkolące do zatrudniania lekarzy na etatach, wprowadzenia szybkiej ścieżki specjalizacji. ■ ***ach***

Fot. egw

O naszych biuletynach

W Gdańsku spotkali się redaktorzy biuletynów izb okręgowych, młodzi lekarze, Konwent Przewodniczących Rad Okręgowych i prawnicy. Redaktorzy rozmawiali na temat przepływu informacji pomiędzy izbami. Mówili o budowaniu mediów elektronicznych współpracy biuletynów i roli rzeczników prasowych w izbach. Wspaniałą atmosferę zapewniła Okręgowa Izba Lekarzy w Gdańsku. ■ ***egw***

Fot. archiwum

Ból ostry i przewlekły

Małgorzata Malec-Milewska, KAiITCMKP, Warszawa

Ból jest subiektywnym doznaniem czuciowym i emocjonalnym, ostry występuje średnio u 5 proc. populacji, przewlekły zaś u 27 proc.

Współczesna medycyna ma do spełnienia dwa podstawowe cele. Pierwszym jest rozpoznawanie chorób, zapobieganie im i leczenie, jeśli jednak wystąpią. Drugim – zapewnienie ulgi w cierpieniu. Chory powinien wiedzieć, że ma prawo oczekiwać od lekarza skutecznego leczenia bólu. Lekarz natomiast musi często pokonać lęk pacjentów przed stosowaniem silnych leków przeciwbólowych, a także zapewnić im skuteczną i jednocześnie bezpieczną terapię bólu.

Ból ostry pełni funkcję ostrzegawczo-obronną. Jeżeli złamiemy lub skręcimy kończynę, spowoduje, że odruchowo ją unieruchomimy, czyli zmniejszymy ryzyko dalszego uszkodzenia. Ból ostry zainicjuje przyspieszenie akcji serca, pogłębienie oddechu, zwiększenie przepływu krwi w mózgu i mięśniach. Zmiany te w pierwszym momencie pomagają ustrojowi zachować homeostazę, jednak ich utrzymywanie się (brak uśmierzania bólu) jest przyczyną powikłań. Niezależnie od przesłanek humanitarnych, prawidłowe leczenie bólu ostrego przyspieszy proces zdrowienia, zmniejszy ryzyko rozwoju powikłań i wpłynie na skrócenie czasu pobytu w szpitalu [1, 2].

Mimo że wiemy, jak ważne jest skuteczne leczenie bólu, szacuje się, że u prawie 50 proc. chorych po operacji ból jest niedostatecznie uśmierzany. W Polsce coraz liczniejsze szpitale mają certyfikat „Szpital bez bólu" i wprowadziły prawidłową organizację leczenia bólu.

Aby dobrze łagodzić ból pooperacyjny, należy go uczynić widocznym objawem, to znaczy: mierzyć regularnie (co 4–6 godzin) jego natężenie i udokumentować to w karcie obserwacji oraz stosować wielokierunkowe metody leczenia, zgodne z polskimi zaleceniami postępowania w bólu pooperacyjnym z 2014 r. [3].

Ból trzeba mierzyć tak, jak mierzy się temperaturę, ciśnienie, tętno. Jedną z możliwości takiego pomiaru daje skala oparta na linijce z podziałką. Pacjent, któremu wytłumaczy się zasady: 0 – nie ma bólu, 10 – ból maksymalny do wyobrażenia, jest w stanie pokazać, w jakim stopniu cierpi. Taką samą skalę stosujemy również w ocenie bólu przewlekłego [4].

Największym wyzwaniem współczesnej medycyny jest leczenie bólu przewlekłego. Badania epidemiologiczne wykazują, że w grupie ludzi młodych dolegliwości bólowe występują u około 8 proc., po 65. roku życia liczba ta zwiększa się do 50 proc. Ogromnym problemem jest także ból nowotworowy. Posługując się prostymi danymi, że na nowotwór choruje 1 proc. społeczeństwa i że ból występuje u 75 proc. chorych, można obliczyć, że leczenia przeciwbólowego w Polsce wymaga ponad 220 tys. osób.

Brak danych odnośnie do liczby chorych otrzymujących właściwe leczenie przeciwbólowe w naszym kraju. O skali „niedoleczenia" można wnioskować pośrednio na podstawie zużycia opioidów, które jest w Polsce średnio czterokrotnie niższe niż w innych krajach Europy [5].

Strategia leczenia bólu przewlekłego polega na starannym przeprowadzeniu wywiadu, ocenie lokalizacji bólu i objawów towarzyszących. Staramy się określić przyczynę i patomechanizm bólu [4].

Ból receptorowy (somatyczny i trzewny) dobrze poddaje się leczeniu wszystkimi lekami. W bólu trzewnym poza farmakoterapią stosujemy blokady układu współczulnego.

Ból neuropatyczny, stanowiący 5–8 proc. wszystkich zespołów bólowych, słabo poddaje się leczeniu, co wynika z jego złożonego patomechanizmu.

Współcześnie leczenie bólu przewlekłego to leczenie wielokierunkowe. Jego podstawą jest farmakoterapia. Mimo że dysponujemy tylko trzema grupami leków przeciwbólowych, jeżeli właściwie je ze sobą połączymy, dodamy odpowiednie leki wspomagające, uzyskamy dobrą kontrolę bólu u 80–85 proc. chorych [5, 6].

Współczesna farmakoterapia powinna być stosowana według drabiny WHO, z dbałością o szczegóły i indywidualnie dla każdego chorego:

- dawki i rodzaje leków dobieramy indywidualnie dla każdego chorego,
- utrzymujemy stężenie terapeutyczne leków przez podawanie ich w regularnych odstępach czasu,
- zamieniamy lek na silniejszy, jeżeli słabszy jest nieskuteczny,
- w bólach przebijających podajemy leki ratunkowo,
- kojarzymy leki o różnych mechanizmach działania,
- uzupełniamy leczenie adiuwantami,
- wybieramy najmniej inwazyjną drogę podania,
- leczymy objawy towarzyszące,
- otaczamy opieką chorego i jego rodzinę,
- plan leczenia uzgadniamy z pacjentem [4].

W 10–15 proc. przypadków istnieją wskazania do inwazyjnych metod leczenia. Sięgamy również do technik neurostymulacyjnych, rehabilitacji i psychoterapii.

Łagodzenie bólu jest obowiązkiem każdego lekarza. Chorzy, u których ból ma niejasną przyczynę, nie poddaje się standardowej terapii, powoduje szybki wzrost zapotrzebowania na leki lub wymaga zastosowania inwazyjnych metod leczenia, powinni znaleźć pomoc w specjalistycznych poradniach leczenia bólu. ■

Piśmiennictwo:

1. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Mechanizmy powstawania bólu. Kompendium leczenia bólu*, red. Malec-Milewska, J. Woroń. MedEduc, Warszawa 2012, 132–17
2. J. Wordliczek, H. Misiołek, *Ból ostry pooperacyjny. Kompendium leczenia bólu*, red. M. Malec-Milewska, J. Woroń. MedEduc, Warszawa 2012, 89–101
3. H. Misiołek i wsp., *Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym 2014.* „Anestezjologia Intensywna Terapia" 2014, 4: 235–259
4. J. Dobrogowski, *Cierpienie trzeba zmierzyć i leczyć*. „Rynek Zdrowia" 2006, 8–16
5. G. Varrassi, *Postępowanie w bólu przewlekłym: przeszkody i leczenie*. PainEurope 2006, 4:10

Fot. mkr

Uśmiech od „trójki” do „trójki”

Z dr hab. n. med. Agnieszką Mielczarek, kierownikiem Katedry Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Jak oceniany jest stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców Mazowsza?

Opieką w zakresie stomatologii zachowawczej obejmujemy dorosłych, czyli wszystkich powyżej 18. roku życia. W badaniach epidemiologicznych wyodrębniamy trzy grupy wiekowe pacjentów: osoby 18-letnie, osoby w wieku 35–44 lata, w pełni sił, najbardziej aktywne zawodowo, oraz seniorów, w wieku 65–74 lata. Oceniając poziom próchnicy w dwu młodszych grupach, posługujemy się wskaźnikiem PUW, który mówi o średniej liczbie zębów z ubytkiem próchnicowym, usuniętych z powodu próchnicy oraz z uzupełnieniem (wypełnionych). W grupie osób 18-letnich ten wskaźnik utrzymuje się na poziomie 8. Inaczej mówiąc, statystyczny pacjent z tej grupy ma osiem zębów zniszczonych z powodu próchnicy albo ich już nie ma. W populacji osób w sile wieku ten wskaźnik jest nieco niższy niż 18.

Oceniając grupę seniorów, posługujemy się liczbą zębów, które zostały zachowane. W województwie mazowieckim wskaźnik ten wynosi niewiele ponad 6, co jest bardzo złym wynikiem. Ponad 40 proc. populacji w tym wieku to osoby bezzębne. Nieco poniżej 50 proc. stanowią osoby z zachowaną funkcją żucia, to znaczy, że mają przynajmniej 20 zębów naturalnych lub sztucznych, które współistnieją ze sobą w kontakcie funkcjonalnym.

Ten stan wynika m.in. z nierefundowania przez NFZ procedur związanych z leczeniem endodontycznym zębów bocznych. Dla dużej grupy pacjentów w tym wieku leczenie zębów jest problemem ekonomicznym. Nie stać ich na nie, więc usuwają chore zęby.

A endodoncja jest zapewne kosztowna?

Jest procedurą drogą, trudną i długotrwałą. Współczesna endodoncja wymaga zaawansowanych technicznie narzędzi i systemów. Bolączką naszej specjalizacji jest to, że procedury stomatologii zachowawczej z endodoncją nie są uznawane za procedury specjalistyczne.

Jak to możliwe?

Jesteśmy reprezentantami jednej z niewielu specjalizacji medycznych, w przypadku której lekarze nie są gratyfikowani jako specjaliści. Nasza działalność jest finansowana w ramach kontraktu ogólnostomatologicznego. Prof. dr n. med. Janina Stopa, krajowy konsultant w naszej dziedzinie, wielokrotnie już występowała w imieniu środowiska o zmianę tej kwalifikacji i dowartościowanie nas. Wyceny świadczeń ogólnostomatologicznych nie są realne, zdecydowanie za niskie.

Wróćmy do problemów ludzi starych.

W ostatnich latach wiele uwagi poświęcamy uzębieniu dzieci, staramy się promować profilaktykę i na tych działaniach się skupiamy. Ale społeczeństwo się starzeje i wkrótce staniemy w obliczu wielu problemów z uzębieniem osób starszych. Medycyna szybko się rozwija, zaawansowane technologie pozwalają leczyć choroby kiedyś nieuleczalne, zatem żyjemy dłużej i dłużej potrzebne są nam zęby. Wiele osób starszych stosuje farmakoterapię z powodu różnych chorób, mają zaburzone jakościowe i ilościowe wydzielanie śliny, zęby funkcjonują w trudnych warunkach, co wpływa na stan zdrowia jamy ustnej. Coraz częściej będziemy się stykać z takim zaburzeniem jak próchnica cementu korzeniowego.

Nasze szkolenia specjalizacyjne muszą być w tym zakresie uzupełnione, aby gerostomatologię dowartościować i poświęcać jej więcej uwagi.

Jak wielu jest na Mazowszu lekarzy dentystów ze specjalizacją ze stomatologii zachowawczej z endodoncją?

Około 435, lecz 190 nie jest aktywnych zawodowo (dane z rejestru OIL w Warszawie). W ostatniej sesji 23 lekarzy dentystów zdało egzaminy i dołączyło do naszego grona. Jestem dla nich pełna szacunku, bo zdecydowali się na tę spe-

cjalizację, wiedząc, że NFZ traktuje nas gorzej finansowo niż innych specjalistów.

Mamy inny problem. Rzadko który młody lekarz specjalista chce pełnić funkcję kierownika kształcenia specjalizacyjnego, bo ta praca nie jest wynagradzana. Pięć placówek w województwie mazowieckim ma akredytację w zakresie szkoleń, w 2015 r. dołączył ośrodek w Siedlcach, z jednym miejscem szkoleniowym. Dysponują łącznie 34 miejscami szkoleniowymi. Ponadto 18 miejsc ma placówka podległa Ministerstwu Obrony Narodowej.

A jak przedstawia się sieć gabinetów?

W 2014 r. NFZ podpisał około 1300 kontraktów z placówkami dentystycznymi, w których prowadzi się stomatologię zachowawczą. Tylko 13 proc. to placówki publiczne. Gdyby nie prywatna stomatologia, publiczna służba zdrowia byłaby niewydolna. Gabinety prywatne są wyposażane z własnych środków, lekarze szkolą się za własne pieniądze. Inwestują w rozwój swój i swoich placówek.

Rozmieszczenie gabinetów nie jest równomierne, choć liczba dentystów na 100 tys. mieszkańców spełnia normy. Większość placówek skupia się w dużych miastach, przede wszystkim w Warszawie. W mniejszych ośrodkach i na wsiach dostęp do specjalisty jest z pewnością utrudniony.

Jaka część udzielanych świadczeń jest finansowana przez NFZ?

Kropla w morzu potrzeb. Refundowane jest tylko leczenie endodontyczne zębów od „trójki" do „trójki", a to znaczy, że leczenie zębów przedtrzonowych i trzonowych nie jest refundowane. Pacjenci muszą płacić za nie sami. Jeżeli ich nie stać, będą się uśmiechać od „trójki" do „trójki".

Leczenie skutków zbyt wczesnego usunięcia zębów, czyli protetyka, jest dużo bardziej kosztowne. Wypadałoby uwzględnić to w kalkulacjach finansowych refundacji. Ponadto wysokość wyceny świadczeń kontraktowanych nie jest adekwatna do ich kosztów.

Obecnie pacjenci wymagają nieco więcej, niż można im zaproponować w ramach świadczeń opłacanych przez NFZ. Wypełnienie amalgamatowe w zębach od „czwórki" wzwyż nie jest najlepszym rozwiązaniem z oferowanych dziś w stomatologii. Wypełnienia adhezyjne są dużo bardziej estetyczne i trwalsze.

Zatem większość pacjentów leczy zęby za własne pieniądze. Czy to też jest jedna z przyczyn ich złego stanu? Wielu osób po prostu nie stać na leczenie.

Oczywiście. Każdy dostosowuje tempo i zakres leczenia zębów do własnych możliwości, a potem trzeba likwidować skutki zaniedbań.

Jaka jest jakość usług świadczonych przez lekarzy dentystów?

Lekarze są dobrze przygotowani do zawodu. Ale w stomatologii wiele zależy np. od jakości wykorzystywanych materiałów. I tu znów musimy rozróżnić dwie grupy: gabinety publiczne i prywatne. Procedury przyjęte przez NFZ nie przewidują nowoczesnych rozwiązań, które współczesna stomatologia propaguje. Świadczy o tym chociażby stosowanie amalgamatów i ograniczenie leczenia endodontycznego. Placówki prywatne nie ustępują jednak poziomem ośrodkom zagranicznym. Korzystają ze wszystkich materiałów i urządzeń dostępnych na świecie. W stomatologii zachowawczej nastąpił ogromny postęp, jeśli chodzi o materiały, ale nowoczesne materiały odtwórcze są na naszym rynku. Postęp

OGŁOSZENIE

Fot. archiwum

Z pamiętnika rzecznika

Stomatolog – między

Bożena Hoffman

*Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest **dobro chorego**. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady".*

Słowa piękne, szlachetne i takie oczywiste dla nas, lekarzy – to art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością.

Szybki rozwój medycyny i materiałów biomedycznych wypiera stare metody postępowania i wprowadza nowe, które są skuteczniejsze i bardziej efektywne. Dobrze o tym wiemy, bo wypełniając obowiązek ustawicznego kształcenia, uczestniczymy w różnych kursach i szkoleniach. Lekarz powinien zachować swobodę działania i, żeby dobrze leczyć, wybrać metodę najbardziej odpowiednią dla pacjenta i gwarantującą, że efekty pracy lekarza przetrwają co najmniej trzy lata. Taki bowiem jest okres, w którym pacjent może złożyć do rzecznika odpowiedzialności zawodowej skargę na lekarza, który źle przeprowadził leczenie stomatologiczne.

Rzecznik, prowadząc postępowanie w sprawie, sprawdza: czy lekarz działał zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, czy odpowiednio zdiagnozował pacjenta, czy poinformował go o jego stanie zdrowia, czy wybrał właściwe leczenie, czy uzyskał zgodę pacjenta na proponowane leczenie, czy zastosował odpowiednie procedury i materiały, czy wydał właściwe zalecenia po zabiegu, czy pracował z należytą starannością i w końcu – czy to wszystko zapisał w dokumentacji medycznej.

Dokładna analiza zebranego materiału dowodowego, tj. przesłuchanie stron i ocena dokumentacji medycznej, daje podstawy do wniesienia oskarżenia lub umorzenia postępowania przeciwko lekarzowi.

Pacjenci składają skargi na lekarzy bez względu na to, czy usługa była wykonana komercyjnie, czy w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Uśmiech od „trójki" do „trójki"

Cd. ze str. 33

obserwujemy także w endodoncji, w której szczególnie ważny jest sprzęt: mikroskop endodontyczny, lupy optyczne. Pojawiły się nowe systemy do leczenia kanałów, nawet zakrzywionych, nieregularnych. Tomografia pozwala oglądać w wymiarze 3D anatomię, często zawiłą, jamy ustnej. Rozwinęła się chirurgia endodontyczna, która umożliwia zachowanie zęba w sytuacji, gdy nie da się wyleczyć kanału metodą klasyczną. Wycinamy wówczas fragment korzenia, ale ząb pozostaje.

Jaką mamy profilaktykę stomatologiczną dorosłych?

Choroby jamy ustnej w większości należą do infekcyjnych. Profilaktyka musi się opierać na uświadamianiu pacjentowi, że higiena i odpowiednia dieta są najważniejsze. Duże znaczenie mają regularne, holistyczne kontrole lekarza. Holistyczne, czyli przegląd całej jamy ustnej, rozmowa z pacjentem, rozeznanie w jego stanie ogólnym, co pozwala na wydanie odpowiednich zaleceń. Na przykład pacjenci biorący leki na nadciśnienie i kobiety w wieku menopauzalnym mają zmniejszone wydzielanie śliny, co wpływa na stan jamy ustnej. Koniecznie trzeba informować pacjentów, że zachowanie zdrowia jamy ustnej w dużym stopniu, nawet w 70 proc., zależy od nich samych.

W szkoleniu studentów zwracamy uwagę na profilaktykę u osób starszych, wprowadziliśmy przedmiot gerostomatologia. Trzeba też opracować programy prewencji dla tej grupy pacjentów.

Procedury profilaktyczne są bardzo nisko punktowane w wycenach. Jeśli one, a także procedury związane z leczeniem nieinwazyjnym, nie będą doceniane, stan zębów Polaków jeszcze się pogorszy.

W przypadku próchnicy wykrytej w fazie nieubytkowej są szanse wdrożenia procedur nieinwazyjnych, niezwiązanych z leczeniem ubytków i rekonstrukcją zębów. Bardzo istotny jest dostęp do diagnostyki w tym zakresie. Wszelkie działania związane z nieinwazyjnym leczeniem powinny być odpowiednio gratyfikowane, doceniane. Lekarze dentyści byliby bardziej zainteresowani świadczeniami profilaktycznymi, gdyby ich wycena była wyższa. ■

Kontakt z konsultantem wojewódzkim: tel. 22-502-20-32, agnieszka.mielczarek@wum.edu.pl

Nawiążemy współpracę lub **wynajmiemy** nowoczesny gabinet ginekologiczny. Zapewniamy: USG klasy premium, recepcję, rejestrację (oprogramowanie on-line), badania laboratoryjne. Evi-Medi Spa, Warszawa-Ochota. Kontakt: jstawicki@supermedia.pl, tel. 608-53-30-35.

młotem a kowadłem

Rys. K. Rosiecki

Pracując samodzielnie, stomatolog ma swobodę wyboru metod diagnostycznych, leczniczych i wykorzystywanych materiałów. Jeśli współpracuje z NFZ, jego możliwości działania ogranicza ustawodawca, określając koszyk świadczeń gwarantowanych. Często ten koszyk nie jest spójny z problemami i potrzebami pacjenta. I tu się zaczyna codzienny kłopot w pracy lekarza stomatologa – co wybrać, jak poprowadzić leczenie? Odpowiedź jest jedna – zawsze zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Przed przystąpieniem do zabiegu lekarz musi, podkreślam: musi, bardzo dokładnie i zrozumiale dla pacjenta poinformować go *„o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”* (art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty). Lekarz może przystąpić do leczenia dopiero po uzyskaniu zgody pacjenta, a w sytuacji, kiedy zastosowana metoda leczenia stwarza podwyższone ryzyko powikłań lub niepowodzenia – zgody pisemnej, odnotowanej w historii choroby. Pamiętajmy, że jeśli pacjent ukończył 16 lat, też wymagana jest jego zgoda.

Przyszło nam pracować w trudnych czasach. Wiele się od nas wymaga, a nie zapewnia warunków odpowiednich do dobrej pracy. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia (DzU, poz. 1462, §6), świadczeniobiorcy zgłaszającemu się z bólem świadczenia gwarantowane udzielane są w dniu zgłoszenia. Pacjenci korzystają z tego przywileju, by skrócić sobie czas oczekiwania na kolejną wizytę. Kłopot spada na lekarza, bo zwiększona liczba dziennie przyjętych pacjentów nie powoduje zwiększenia limitu procedur w ramach kontraktu z NFZ. ZIP, czyli Zintegrowany Informator Pacjenta, działa! Pacjenci chętnie sprawdzają, jaką usługę mieli wykonaną i w którym zębie. Bardzo łatwo można skonfrontować sprawozdanie do NFZ z dokumentacją medyczną i badaniem pacjenta. ■

Autorka jest zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Epidemia próchnicy w Polsce

Uzębienie Polaków jest w dramatycznym stanie, podobnie jak system leczenia dzieci i młodzieży – mówi Agnieszka Ruchała-Tyszler, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – *Teoretycznie wszystkim dzieciom do 18. roku życia przysługują darmowe świadczenia stomatologiczne w ramach NFZ, ale rodzice o tym nie wiedzą. Nie edukujemy rodziców i nauczycieli w tym zakresie. Widzimy ogromne luki w publicznym systemie opieki stomatologicznej i brak skutecznych działań w celu powstrzymania próchnicy.*

Z danych uzyskanych z 11 województw przez **prof. Dorotę Olczak-Kowalczyk**, krajowego konsultanta w dziedzinie stomatologii dziecięcej, wynika, że w 51 powiatach nie zawarto żadnej umowy o realizację świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia między lekarzami dentystami a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną w 2015 r. wynoszą 1,075 mld zł i są mniejsze od wydatków z 2014 r. o 750 mln zł. Lekarze dentyści, wspierani przez NRL, apelują o wzmocnienie opieki stomatologicznej nad dziećmi, m.in.: o stworzenie skutecznego systemu edukacji stomatologicznej przez edukacyjne wizyty dla dzieci, rodziców i nauczycieli, spotkania w szkołach i przedszkolach, wprowadzenie karty stomatologicznej małego pacjenta z obowiązkowymi corocznymi badaniami uzębienia (wprowadzonymi do książeczki zdrowia, tak jak obecnie szczepienia), zwiększenie liczby wizyt adaptacyjnych w ramach NFZ (dziś możliwa jest tylko jedna wizyta zapoznawcza u dentysty), zniesienie ograniczenia wiekowego w zakresie lakowania „szóstek” (teraz gwarantowane jest tylko do 7. roku życia), wyrównanie dostępu dzieci do opieki stomatologicznej na terenie kraju, stworzenie spójnego rządowego planu opieki stomatologicznej nad dziećmi uwzględniającego zaangażowanie władz samorządowych.

Spełnienie postulatu powrotu stomatologów do szkół, który niedawno pojawił się w dyskusji publicznej, jest obecnie nierealne. ■ ***mkr***

Zapraszamy do **współpracy** lekarzy prowadzących prywatną praktykę specjalistyczną.
Bardzo atrakcyjne warunki współpracy, przyjazna atmosfera, prestiżowe wnętrza, dogodna lokalizacja
– ul. Hetmańska, Praga Południe, tel.: 605-303-107.

30 lat minęło...

Istotą naszej pracy jest zespołowość, dzięki której zdobyliśmy uznanie pacjentów oraz szacunek środowiska medycznego **– wyjaśnia dr Krystyna Gamecka-Stanisławek, ordynator Oddziału Rehabilitacji Radomskiego Szpitala Specjalistycznego, który uroczyście świętował 30-lecie działalności.**

Datę 13 marca 1985 r. doskonale pamięta dr Maciej Czarnecki, współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji oraz twórca i pierwszy ordynator Oddziału Rehabilitacji w ówczesnym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. – *Sytuacja chorych była fatalna, a Radom zajmował jedno z ostatnich miejsc w kraju pod względem liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców. Na szczęście, po długich staraniach, udało się otworzyć Oddział Rehabilitacji w pawilonie przy głównym budynku szpitala* – wspominał dr Czarnecki podczas uroczystego spotkania w Sali Koncertowej Radomskiej Orkiestry Kameralnej zorganizowanego z okazji 30-lecia placówki.

W „Majówce Rehabilitacyjnej" wzięli udział byli i obecni pracownicy Oddziału Rehabilitacji. Kadra jest największą dumą dr. Czarneckiego oraz jego następczyni na stanowisku ordynatora – dr Krystyny Gameckiej-Stanisławek, piastującej funkcję od 15 lat. W Radomiu wyszkoliło się wielu znakomitych lekarzy oraz terapeutów, którzy zyskują uznanie chorych nie tylko ze względu na poziom i skuteczność leczenia, ale również życzliwość dla podopiecznych.

Zdaniem dr Krystyny Gameckiej-Stanisławek sukcesy oddziału to zasługa zespołowości. – *Lekarze, terapeuci i pielęgniarki muszą współpracować dla dobra chorego. Potrzebne są także odpowiednie cechy osobowe, na przykład poczucie własnej wartości. Codziennie jesteśmy bowiem narażeni na konfrontację z poglądami innych lekarzy, logopedów czy psychologów. Dlatego tak ważne jest, by otworzyć się na myślenie innych, czasem ustąpić i nie zapominać, że dobro pacjenta stanowi dobro najwyższe* – twierdzi ordynator. – *Jednak największym sukcesem w naszej działalności jest wzbudzenie w chorym motywacji do ciężkiej pracy*.

Przeprowadzka rehabilitacji?

Zaangażowanie i fachowość kadry doceniają również władze Radomia. – *Mam nadzieję, że już niebawem będziecie mogli pracować w bardziej godnych warunkach* – mówiła wiceprezydent miasta Anna Białkowska. Od 1994 r. oddział zlokalizowany jest w budynku przy ul. Giserskiej, co powoduje konieczność transportowania pacjentów (nawet znajdujących się w ciężkim stanie) poza główną siedzibę szpitala. W dodatku dotychczasowe pomieszczenia nie spełniają już surowych norm narzucanych przez Ministerstwo Zdrowia. Dlatego władze Radomia planują przenieść Oddział Rehabilitacji do dawnego pawilonu ginekologiczno-położniczego przy ul. Narutowicza. Na razie starają się o pieniądze na adaptację obiektu oraz na zakup nowoczesnego wyposażenia (blisko 5 mln zł).

Fot. R. Natorski

Poczucie wartości

– *Radomski Oddział Rehabilitacji to bardzo ważny ośrodek medyczny nie tylko w województwie mazowieckim, ale w całej Polsce* – podkreślał podczas uroczystości dr Andrzej Sawoni, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który uhonorował dr. Czarneckiego prestiżowym Medalem im. prof. Jana Nielubowicza. Kilku innych pracowników placówki otrzymało natomiast Medale im. Jerzego Moskwy.

Z okazji 30-lecia radomskiej placówki odbyła się również konferencja naukowa pod hasłem „Nowoczesne technologie w leczeniu osób po udarze mózgu". Jej temat nie był przypadkowy. – *Z roku na roku przybywa osób po udarach mózgu potrzebujących fachowej pomocy rehabilitacyjnej. Wcześniej pracowaliśmy przede wszystkim z osobami starszymi, dziś naszej pomocy wymagają coraz młodsi ludzie* – podkreśla dr Krystyna Gamecka-Stanisławek. ■

Rafał Natorski

Specjaliści od bolących pleców

Chcemy wypełniać białe plamy na rynku świadczeń medyczno-rehabilitacyjnych **– mówi dr Roman Kowal, współtwórca nowoczesnego centrum Nova-Medic, pierwszej w Radomiu placówki specjalizującej się w terapii pleców.**

Fot. R. Natorski

Bóle szyi oraz odcinka lędźwiowego kręgosłupa to coraz powszechniejsze dolegliwości nękające Polaków. Niestety, wciąż brakuje miejsc, w których chorzy mogliby liczyć na kompleksową pomoc i ulgę w cierpieniu. – *Chcemy wypełnić tę lukę* – zapowiada dr Kowal. – *Ogromne kłopoty z odpowiednią rehabilitacją mają także osoby z problemami neurologicznymi. Pacjentowi po udarze mózgu NFZ oferuje tylko kilkutygodniowy pobyt na oddziale, a później jest on zdany wyłącznie na siebie. Podobnie jest z chorymi na stwardnienie rozsiane. Współczesna diagnostyka pozwala na jego wczesne wykrycie, ale polski system ochrony zdrowia nie daje pacjentowi szansy na odpowiednią rehabilitację, która często pozwala w miarę normalnie żyć*.

Nova-Medic jest pierwszą placówką w regionie radomskim realizującą pilotażowy program, którego celem jest wypracowanie modelu rehabilitacji pacjentów z SM w poszczególnych grupach wiekowych.

Centrum świadczy także usługi z zakresu ortopedii, neurologii, neurochirurgii, neurologii dziecięcej. W zespole znaleźli się: dr Roman Kowal (specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej i rehabilitacji medycznej), dr Elżbieta Kowal (specjalista neurolog), prof. Zbigniew Kotwica (specjalista neurochirurg), lek. med. Anna Witucka-Tuzimek (specjalista neurologii dziecięcej, pediatra), a także logopeda i doświadczeni fizjoterapeuci.

Placówka na razie nie zamierza starać się o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. – *Nie liczymy na NFZ* – przyznaje szczerze dr Kowal. ■ ***raf***

Gruźlica – nie epidemia, ale…

W 2013 r. w Polsce zarejestrowano 7250 przypadków gruźlicy, 292 zachorowania mniej niż w 2011 r. i 2243 mniej niż dziesięć lat wcześniej. Należymy już do krajów, w których obserwowana jest niska zapadalność na tę chorobę, jednak nadal wyższa od średniej w UE.

Największa zapadalność występuje w starszych grupach wiekowych, średni wiek osób chorych wynosił 53,5 roku, częściej chorują mężczyźni niż kobiety. Również współczynnik umieralności wśród mężczyzn jest wyższy (trzykrotnie) niż wśród kobiet. Na szczęście zachorowania wywołane przez prątki oporne na leki są nieliczne, także współwystępowanie gruźlicy i HIV.

W 2013 r. zaszczepiono BCG 343 148 noworodków, co stanowiło 92,5 proc. żywo narodzonych.

W wielu krajach Unii Europejskiej imigranci dominują wśród chorych na gruźlicę. W Polsce zarejestrowano 52 chorych cudzoziemców.

Tegoroczny Światowy Dzień Gruźlicy obchodzono pod hasłem „Trzy miliony chorych na gruźlicę na świecie nie ma dostępu do systemu opieki medycznej. Wykryj. Lecz. Wylecz”. ■ ***mkr***

Pierwszy Polak przyjęty do American Neurotology Society

24 kwietnia 2015 r. w czasie gali w Bostonie prof. Henryk Skarżyński został przyjęty do grona specjalistów prestiżowego towarzystwa American Neurotology Society.

Prezydent towarzystwa prof. Anil K. Lalwani (Columbia Cochlear Implant Center) w liście gratulacyjnym podkreślił, że o randze organizacji (która obchodzi 50. rocznicę powstania) stanowią jej członkowie. Grupa neurootologów, która rozpoczęła działalność w 1965 r., przybrała oficjalną nazwę American Neurotology Society w 1974. Po kilku latach towarzystwo stało się ważnym i wpływowym członkiem Combined Otolaryngology Spring Meetings. Dzisiejsza jego działalność polega przede wszystkim na zapewnianiu członkom kontynuacji kształcenia – uzupełniania wiedzy oraz zwiększania kompetencji klinicznych lekarzy. ■ ***pk***

Zapraszamy do wypełnienia ankiety

http://www.ankiety.hipokrates.org/ankiety/259747/

dotyczącej czasu pracy

Od dawna wiemy, że w Polsce mamy najmniejszą liczbę lekarzy na 1 tys. mieszkańców w porównaniu z sytuacją w cywilizowanych krajach, a niestety zachorowalność naszych pacjentów nie różni się od innych. Wniosek wypływa z tego prosty i dla nas oczywisty. Przeciętny lekarz w Polsce pracuje ponad siły. Długie godziny spędzane w pracy przypłacamy chronicznym zmęczeniem i brakiem życia rodzinnego. Nasze przepracowanie negatywnie odbija się nie tylko na nas, ale i na jakości opieki, jaką sprawujemy.

Przepracowanie lekarzy nie jest dostrzegane przez społeczeństwo i decydentów. W związku ze zbliżającymi się zmianami w dyrektywie UE dotyczącej tygodniowego czasu pracy i licznymi doniesieniami medialnymi o lekarzach pracujących ponad 400 godzin miesięcznie prosimy o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań dotyczących Waszego przeciętnego tygodnia pracy.

Uzyskanie obiektywnych danych o czasie pracy jest dla nas bardzo ważne nie tylko ze względu na zdrowie, ale także na coraz liczniejsze konsekwencje nieprzestrzegania zasad dotyczących czasu pracy, np. odstąpienie przez ubezpieczycieli od wypłaty odszkodowania lekarzom, którzy nie zastosowali się do zasad dotyczących koniecznego odpoczynku po dyżurze. Ankieta jest całkowicie ANONIMOWA – wstępna weryfikacja PWZ jest bramką przepuszczającą jedynie lekarzy. Zależy nam, aby ankieta była wiarygodna, tylko wtedy pomoże w walce o godne warunki zatrudnienia dla nas wszystkich.

Komisja Młodych Lekarzy i Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej

Nagroda w Genewie

W kwietniu 2015 r. jury 43. Międzynarodowej Wystawy Wynalazczości „Geneva Inventions" przyznało złoty medal dr hab. Jolancie Soleckiej, profesor NIZP-PZH, z zespołem.

Złotym medalem w klasie M (Medycyna, Chirurgia, Higiena, Ortopedia) uhonorowano zespół: dr hab. Jolanta Solecka, dr hab. Robert Kawęcki, mgr Joanna Ziemska, mgr Adam Guśpiel, za wynalazek „Nowe pochodne kwasu 3,4-dihydroizochinolino-3-karboksylowego o właściwościach przeciwnowotworowych, sposób ich syntezy, kompozycje farmaceutyczne zawierające te pochodne oraz ich zastosowanie". Zespół otrzymał również Nagrodę Specjalną Korea Invention Promotion Association oraz Medal Agentia de Stat pentru Proprietatea Intelectuala a Republicii Moldova. „Geneva Inventions" to największa tego rodzaju wystawa w Europie. W roku bieżącym na powierzchni 8900 mkw. swoje wynalazki prezentowało 752 wystawców z 48 krajów, którzy łącznie przedstawili ponad 1 tys. innowacyjnych rozwiązań.

Nowi konsultanci

Pięciu lekarzy otrzymało akty powołania do pełnienia funkcji wojewódzkich konsultantów medycznych. Jeden z nich powołany został na kolejną kadencję. Dwie osoby dołączyły do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Nowymi członkami komisji zostali: lekarz specjalista chorób wewnętrznych Agnieszka Maria Skoczylas oraz radca prawny Bogdan Brożyna, wyłonieni w naborze uzupełniającym wakaty. Powołanie na pięcioletnią kadencję konsultanta medycznego odebrali: dr hab. n. med. Agnieszka Szypowska – diabetologia, lek. Jarosław Krzywański – medycyna sportowa, dr n. med. Agata Brzozowska – psychiatria dzieci i młodzieży, dr n. med. Małgorzata Pac – immunologia kliniczna, dr hab. n. med. Bolesław Kalicki – pediatria. Konsultant wojewódzki w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej prof. nadzw. dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat otrzymała akt powołania na kolejną kadencję.

ISO w Sierpcu

Sierpecki Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej może pochwalić się certyfikatem Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008.

Placówka pomyślnie przeszła proces certyfikacji przeprowadzonej przez niezależną jednostkę certyfikującą po niemal rocznym procesie wdrażania. 23 maja 2015 r. w Muzeum Wsi Mazowieckiej w Sierpcu odbyło się oficjalne wręczenie certyfikatu. W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz województwa.

Lekarz i Pielęgniarka Roku z Grodziska

2 kwietnia 2015 r. w Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim wyłoniono laureatów konkursu na Lekarza i Pielęgniarkę Roku 2014.

Wyróżnienia wręczono w 10. rocznicę śmierci patrona Szpitala Zachodniego – Jana Pawła II, po nabożeństwie dziękczynnym odprawionym w kaplicy szpitalnej. Tytuł Lekarza Roku 2014 zdobyła Mirosława Bednarska – zastępca ordynatora Oddziału Wewnętrznego, a tytułem Pielęgniarki Roku 2014 została uhonorowana Barbara Janus – pielęgniarka instrumentariuszka z Bloku Operacyjnego. Wyróżnienia i nagrody ufundowali i wręczyli: dyrektor Szpitala Zachodniego Krystyna Płukis, starosta powiatu grodziskiego Marek Wieżbicki oraz burmistrz Grodziska Mazowieckiego. ■

pk

Fot. archiwum

Poporodowe zapalenie tarczycy

Dr hab. n. med. **Elżbieta Wasilewska-Dziubińska**,
prof. nadzw. w CMKP,
Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej CMKP

PZT jest zespołem przemijających lub trwałych zaburzeń czynności tarczycy rozwijających się w pierwszym roku po porodzie albo po poronieniu (po ciąży trwającej 6–8 tygodni). To wariant autoimmunologicznego zapalenia tarczycy typu Hashimoto, które w krajach o dostatecznej podaży jodu jest najczęstszą postacią zapalenia tarczycy i najczęstszą przyczyną rozwoju niedoczynności tarczycy. Po raz pierwszy problem rozpoznawania i leczenia PZT opisał w 1948 r. H.E.W. Roberton, ale dopiero w 1982 znaczenie zespołu zaburzeń zostało szczegółowo przedstawione przez N. Amino i współpracowników. Od tego czasu opublikowano ponad 400 prac dotyczących tej choroby.

PZT w Europie występuje u 5–10 proc. kobiet po porodzie, ale tylko co czwarty przypadek jest rozpoznawany. Współwystępuje z innymi schorzeniami autoimmunologicznymi: z cukrzycą typu I w 25 proc. przypadków, z chorobą Gravesa-Basedowa w okresie eutyreozy w 44 proc., z przewlekłym zapaleniem wątroby w 25 proc., z toczniem rumieniowatym układowym w 14 proc.

Czynnikiem prognostycznym PZT jest obecność przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej – aTPO. Stwierdzono, że przy wysokim stężeniu aTPO w I trymestrze ciąży w 50 proc. przypadków może rozwinąć się PZT, a w III trymestrze aż w 80 proc. Czynnikami ryzyka PZT są: występowanie chorób tarczycy w rodzinie, przebyte spontaniczne lub indukowane poronienia oraz palenie tytoniu.

U 5–10 proc. kobiet 2–6 miesięcy po porodzie może się rozwinąć PZT, z podwyższonym stężeniem aTPO, osłabieniem, rozdrażnieniem, czasem z depresją.

W 80–90 proc. przypadków zaburzenia czynności tarczycy ustępują spontanicznie w ciągu roku, w 10–20 proc. przypadków rozwija się trwała niedoczynność tarczycy. Jeśli wystąpi tachykardia, nietolerancja ciepła, można wdrożyć leczenie objawowe propranololem. Przy objawach niedoczynności oraz stężeniu TSH w przedziale 4–10 mU/l należy zastosować leczenie L-tyroksyną.

W przebiegu PZT u 30 proc. chorych w ciągu 1–3 miesięcy po porodzie rozwija się nadczynność tarczycy, później niedoczynność trwająca 3–6 miesięcy, a w ciągu roku zaburzenia czynności tarczycy ustępują spontanicznie.

U 20–30 proc. chorych rozwija się izolowana nadczynność tarczycy z następującą eutyreozą, u 40–50 proc. chorych – izolowana niedoczynność tarczycy z następującą eutyreozą. Najczęściej pojawia się niedoczynność tarczycy, a najrzadziej nadczynność z następującą niedoczynnością. W większości przypadków choroba ma przebieg samoograniczający się i u 80–90 proc. chorych zaburzenia czynności tarczycy ustępują spontanicznie w ciągu roku po porodzie, ale u 10–20 proc. kobiet rozwija się trwała niedoczynność tarczycy, a u 20–30 proc. trwała niedoczynność tarczycy może rozwinąć się w ciągu 5 lat po porodzie.

Często kliniczne objawy PZT – stan wyczerpania, złe samopoczucie, zaburzenia nastroju, skrócenie okresu laktacji, są przypisywane szczególnej sytuacji kobiety po porodzie. Zaburzeniom czynności tarczycy może towarzyszyć depresja poporodowa z poczuciem bezradności wobec nowych trudności życiowych, zmęczeniem, bezsennością, rozdrażnieniem, wybuchami płaczu i w miarę upływu czasu poczuciem całkowitej bezsilności.

Objawy nadczynności tarczycy w przebiegu PZT są mało charakterystyczne i manifestują się ogólnym osłabieniem, chwiejnością emocjonalną, niepokojem, nerwowością, zaburzeniami snu, kołataniem serca, nietolerancją ciepła i utratą masy ciała.

Objawy niedoczynności tarczycy są bardziej wyraziste i charakteryzują się ogólnym wyczerpaniem z nietolerancją zimna, suchością skóry, zaburzeniami koncentracji, pamięci, ogólnymi dolegliwościami bólowymi, tendencją do zaparć, wypadaniem włosów.

Przy badaniu w 2–6 miesiącu po porodzie tarczyca jest niepowiększona, niebolesna, często o wzmożonej konsystencji. Wyniki badań laboratoryjnych pokazują wysokie stężenie przeciwciał aTPO, czasem przeciw tyreoglobulinie – aTG.

W fazie nadczynności tarczycy obserwuje się niskie stężenie TSH, podwyższone stężenie fT4 i fT3 – istnieje konieczność odróżnienia PZT od choroby Gravesa-Basedowa, która po porodzie występuje 20 razy rzadziej niż PZT. W fazie niedoczynności tarczycy ma miejsce podwyższone stężenie TSH.

Ze względu na małe nasilenie objawów leczenie fazy nadczynności tarczycy często nie jest potrzebne. W przypadku tachykardii, nietolerancji ciepła trzeba leczyć objawowo lekami β-adrenolitycznymi (ostrożnie w czasie karmienia piersią, ponieważ leki przechodzą do pokarmu). Jeżeli nie wystąpią objawy niedoczynności tarczycy i stężenie TSH mieści się w przedziale 4–10 mU/l, a pacjentka nie planuje następnej ciąży, leczenie L-tyroksyną nie jest konieczne. Można ograniczyć się do obserwacji. W przypadku wystąpienia objawów klinicznych, planowania kolejnej ciąży lub gdy stężenie TSH jest większe niż 10 mU/l, należy wdrożyć leczenie substytucyjne. U kobiet planujących ciążę trzeba utrzymać stężenie TSH w granicy 2,5 mU/l.

Prognozowanie: poporodowe zapalenie tarczycy może wystąpić po kolejnych ciążach i porodach u 70 proc. kobiet, które wcześniej je przebyły. ■

Pamięć ważna jak powietrze

Tadeusz M. Zielonka,
Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

Już po raz piąty Polskie Towarzystwo Chorób Płuc wspólnie z Wojskowym Instytutem Medycznym zorganizowało konferencję naukową dla uczczenia pamięci tragicznie zmarłego w katastrofie pod Smoleńskiem dr. Wojciecha Lubińskiego.

Rangę wydarzenia podniósł patronat wiceprezesa Rady Ministrów, ministra obrony narodowej Tomasza Siemoniaka, ministra środowiska Macieja Grabowskiego i Światowej Organizacji Zdrowia. „Puls”, „Lekarz Wojskowy” i „Skalpel” (biuletyn Wojskowej Izby Lekarskiej) oraz Stowarzyszenie „Dziennikarze dla zdrowia” to patroni medialni tegorocznej konferencji. Jej wiodącym tematem był wpływ zanieczyszczeń powietrza na układy oddechowy i krążenia. Znaczenie problemu podkreślił w swoim wystąpieniu minister środowiska. Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego przypomniał, że był to jeden z głównych tematów prac naukowych dr. hab. Wojciecha Lubińskiego. Przewodniczący Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP odczytał apel Polskiego Towarzystwa Alergologicznego o podjęcie działań mających na celu poprawę czystości powietrza w naszym kraju. Przedstawiciel ZG PTChP zauważył, że w Polsce dbamy o powietrze podobnie jak o pamięć – tylko chwilowo, po wstrząsających doniesieniach prasowych, ale z czasem wszystko się normalizuje, czyli ulega zapomnieniu.

W Polsce niewielu jest medycznych ekspertów zajmujących się zanieczyszczeniem powietrza, z tego względu zaproszono gości z renomowanych ośrodków zagranicznych. Dr Dorota Jarosińska, przedstawicielka Światowej Organizacji Zdrowia z Bonn, zaprezentowała mapy zanieczyszczeń powietrza w Europie i dane WHO na temat konsekwencji zdrowotnych narażenia na różne szkodliwe składniki powietrza. Prof. Michał Krzyżanowski z King’s College w Londynie przedstawił dowody naukowe świadczące o rozwoju chorób układów krążenia i oddechowego pod wpływem czynników środowiskowych. Dr Halshka Graczyk z Instytutu Medycyny Pracy w Lozannie omówiła własne doświadczenia w zakresie unikalnych w świecie badań nad rolą nanocząstek wdychanych z powietrzem w rozwoju patologii różnych narządów. Z kolei prof. Jan Zejda, ekspert WHO ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, zaprezentował epidemiologiczne metody oceny stanu układu oddechowego u dzieci, skupiając się na możliwościach i ograniczeniach tych badań. Tadeusz M. Zielonka z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przypomniał, że również pyły organiczne powodują choroby układu oddechowego, takie jak alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa i zespół toksyczny w wyniku narażenia na pyły organiczne, tzw. *organic dust toxic syndrom.*

Drugą sesję otworzył wykład prof. Grzegorza Gieleraka z Wojskowego Instytutu Medycznego na temat roli regulacji funkcji układów oddechowego i krążenia przez układ autonomiczny i wpływu wysiłku na tę regulację. Dr hab. inż. Artur Badyda z Politechniki Warszawskiej przedstawił wyniki badań prowadzonych wspólnie z ośrodkiem w Barcelonie i z Wojskowym Instytutem Medycznym, które dotyczyły obciążenia wybranymi chorobami płuc spowodowanymi zanieczyszczeniami powietrza w 11 polskich aglomeracjach. Dr Piotr Dąbrowiecki z Wojskowego Instytutu Medycznego poruszył zagadnienie roli organizowanych od pięciu lat Dni Spirometrii w edukacji społecznej w zakresie przyczyn, przebiegu i skutków astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc. Prof. Donata Kurpas z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu omówiła domenę środowiskową i koszty medyczne w wynikach prowadzonych przez nią badań nad jakością życia chorych na przewlekłe choroby płuc. Łukasz Adamkiewicz, przedstawiciel Health & Environmental Alliance (HEAL), organizacji pozarządowej zajmującej się skutkami zdrowotnymi zanieczyszczeń środowiska, zwrócił uwagę na rosnącą wiedzę Polaków o wpływie zanieczyszczeń powietrza na zdrowie. Wskazał również działania edukacyjne podejmowane przez HEAL na rzecz poprawy jakości powietrza w Polsce.

Fot. archiwum

Wykłady i towarzyszące im dyskusje potwierdziły, jak groźne są konsekwencje zdrowotne zanieczyszczenia powietrza. Wielokrotnie podkreślono złą sytuację w tym zakresie w Polsce i słabość działań podejmowanych przez państwo dla jej poprawy. Rosnąca świadomość społeczna problemów ekologii i zdrowotnych skutków zanieczyszczenia środowiska może przyczynić się do korzystnych zmian. Konieczne jest obliczanie realnych wydatków ponoszonych z powodów medycznych związanych z zanieczyszczeniem powietrza w Polsce. Potrzebne jest większe zaangażowanie środowisk medycznych w edukację społeczną oraz zwracanie uwagi opinii publicznej i decydentów na konsekwencje zdrowotne narastającego w naszym kraju zanieczyszczenia powietrza. Warto podkreślać, że niezbędne wydatki na poprawę jakości powietrza są znacznie mniejsze niż koszty medyczne wynikające z narażenia na szkodliwe dla zdrowia czynniki środowiskowe.

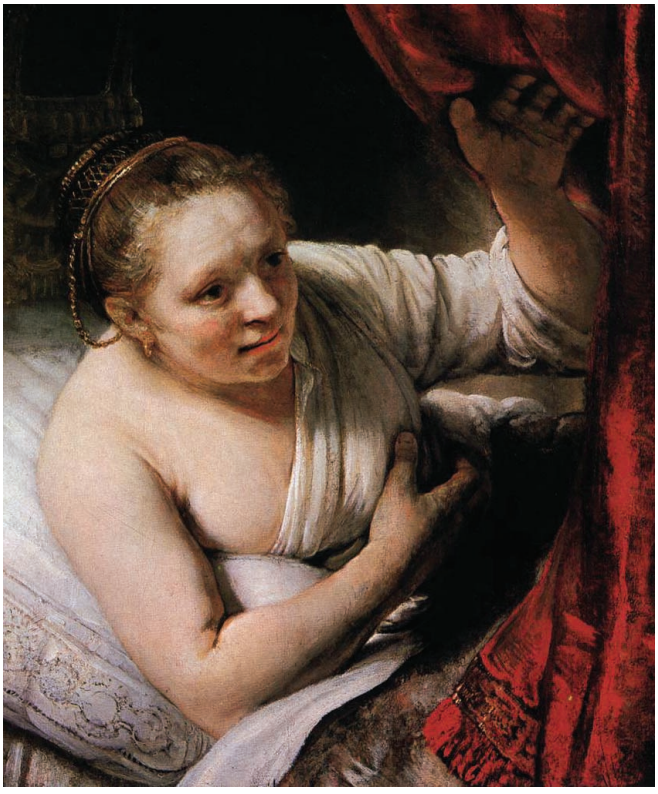
Na zakończenie podziękowano uczestnikom konferencji za przybycie, za pamięć o Wojtku Lubińskim i za kontynuację Jego prac naukowych. Już teraz zapraszamy do udziału w VI Konferencji, która zostanie poświęcona pamięci dr. Wojciecha Lubińskiego, a odbędzie się w kwietniu przyszłego roku. ■

Rak piersi – zabójca kobiet

Diagnoza po 360 latach

Hanna Faryna-Paszkiewicz (doktor historii sztuki), **Jan Faryna** (doktor nauk medycznych)

Prelegenci mówiący o różnych aspektach raka piersi często rozpoczynają swoje wystąpienia od prezentacji słynnego obrazu Rembrandta „Batszeba w kąpieli". Henryka Stoffels, która pozowała malarzowi do tego dzieła, była wówczas jego konkubiną. Rembrandt chętnie malował też swoją żonę i inne partnerki. Henryka Stoffels trafiła do domu Rembrandta jako służąca. Choć przeszła do historii jako następczyni jego ukochanej żony Saskii, ich związek pozostał nieformalny. Przeszkodą były skomplikowane zapisy spadkowe na rzecz syna Rembrandta i Saskii – Tytusa. Przyjaciele malarza nazywali ją „ostatnim promieniem szczęścia", jaki go spotkał. Wizerunek Henryki Rembrandt uwiecznił na płótnach, przedstawiając ją jako biblijną Betsabe (Batszeba) i Zuzannę (matkę króla Salomona), a także w rysunkowych szkicach.



Gdy Henryka była w widocznej ciąży, Duchowna Rada Kościołów Amsterdamskich wezwała ją do złożenia wyjaśnień, ale także w celu pouczenia o nieobyczajności jej zachowania. Zagrożono, że jeśli publicznie nie przyzna się do grzechu, będzie „wykluczona od Stołu Pańskiego". Została na zawsze napiętnowana. Niemniej jednak narodziny córki Kornelii jeszcze umocniły więzy malarza i Henryki. Razem z Tytusem stanowili kochającą się rodzinę, która w trudnych sytuacjach wzajemnie się wspierała. Na początku 1662 r. u Henryki pojawiły się oznaki nierozpoznanej choroby. Nikt z otoczenia nie domyślał się jej fizycznych cierpień. Ukrywała bóle, ale przeczuwając śmierć, kazała spisać ostatnią wolę. Testament podkreśliła krzyżem, bowiem nie umiała pisać. *„Oto leży bezsilna, a nad nią czuwają trzy pary oczu. Jest zbyt słaba, żeby się podnieść. Ciało jej trawi jakaś nieznana choroba. Więdnie i niszczeje. Po paru tygodniach umiera"*.

Zaprzyjaźniony z malarzem lekarz przypuszczał, że były to początki suchot. *„Henryka nie skarżyła się nigdy, tylko powoli nikła w oczach. Gasła z dnia na dzień, zawsze uśmiechnięta i pogodna, mająca dobre słowo dla każdego, wodząca rozmiłowanym wzrokiem za człowiekiem, który był dla niej całym światem"*. Zmarła 27 października 1662 r.

Wrażliwy lekarz onkolog czy patomorfolog dostrzeże na obrazie w lewej piersi zmiany charakterystyczne dla zaawansowanego raka (wciągnięcie skóry i powiększenie węzłów chłonnych, a więc według obecnych kryteriów T2/3 mini. N2 Mx). Pacjentka ma 32 lata (niedawno rodziła), a w tym wieku częściej obserwujemy raka o dużym stopniu złośliwości, dającego szybko odległe przerzuty. W chwili pozowania nie wystąpiły jeszcze zmiany na powierzchni skóry. Jak wiemy, od tych zmian, przypominających niekiedy szczypce raka, pochodzi nazwa choroby.

Wspomniany obraz jest ogólnie znany. Szukając dalej, natknęliśmy się na inny, wcześniejszy ukazujący Henrykę Stoffels – „Młoda kobieta w łóżku", **mało znany i niekojarzony z problemem raka piersi.** Modelka leży w pościeli, lewą pierś ma zabandażowaną, a lewą rękę uniesioną do góry i opartą na specjalnym podwyższeniu (obrzęk kończyny górnej).

Dwa obrazy tej samej kobiety pozwalają na kliniczne rozpoznanie i ocenę postępów choroby nowotworowej – raka piersi, można też podać wstępny TNM. ■

Korzystaliśmy z: V. Tornius, *Między światłem a cieniem. Życie Rembrandta*, Warszawa 1957, H.W. van Loon, *Życie i czasy Rembrandta*, Warszawa 1950.

Fotografie pochodzą z galerii obrazów Rembrandta udostępnionej w Internecie.

Fot. archiwum

Komu medal, komu do pomyślenia?

Paweł Kowal

Kościan, stare wielkopolskie miasto. 5 czerwca 2015 r. w licealnej auli zebrali się radni z ostatnich 25 lat. Kwiaty, medale i podziękowania. Zasłużone jak mało kiedy. Ludzie dumni z chodników, parku, wieży ciśnień zamienionej w osiemnastometrową ściankę wspinaczkową i obserwatorium astronomiczne. I tak w całej Polsce. Jak wtedy, w 1990 r., pierwsze wolne wybory, te do samorządu, toczyły się w cieniu „wojny na górze", tak i obecnie obchody ćwierćwiecza samorządu odbyły się w cieniu wielkich zmian w polityce po wyborach prezydenckich. Zawsze jest jakaś „ważniejsza" polityka niż ta na dole. Transformacja przez wielkie „T" była planowana w salonach władzy na kilka lat przed Okrągłym Stołem, inna sprawa, w jakim stopniu udało się te plany zrealizować. Podczas szykowania przez ówczesną władzę planu zmian stratedzy negocjacji z opozycją nie zaprzątali sobie głowy sprawą rad miast i przyszłych burmistrzów. Tak to samorządy, najszlachetniejsze dziecię polskiej transformacji, powstały po cichu, bez medialnego tumultu. Rodziły się w oparciu o analizy Komitetu Obywatelskiego „Solidarność", intelektualistów i społeczników związanych z antykomunistyczną opozycją. Może i na tym polegał ich sukces, że utrzymały dystans do partyjnej polityki?

W jednym z bastionów prawicy był sobie samorząd. Gdy słychać było kilka lat temu, że na scenę polityczną wchodzi z szumem Janusz Palikot, zapytałem, czy u nich w gminie także powstanie oddział Ruchu Palikota. Odpowiedź była jak wystrzał z dubeltówki: jeśli ktoś tu założy ten Ruch, to jego bliscy „nie znajdą roboty" w całym powiecie. Nawet sklepu nie otworzą, bo im koncesji na alkohol lokalna władza nie wyda. I kropka. W rękach samorządu są dzisiaj szkoły, domy kultury itd. Po kilku latach przedstawiciel Palikota został w miasteczku burmistrzem.

Nie zagłaskaliśmy więc samorządu na śmierć i jubileuszowo nie przytulili za mocno, aż do uduszenia. Ćwierć wieku po wyborach z 1990 r. „trza se pomyśleć", jak mawiał ks. Tischner, także o wadach i problemach samorządu w Polsce. Czas więc i na mały bilans. Czy nie należy liczby kadencji burmistrzów i prezydentów ograniczyć do dwóch, choćby dłuższych, pięcioletnich? Czy za często nie tworzą się w samorządach kliki, które nie dopuszczają inaczej myślących? Czy na pewno powinno być tak wiele powiatów i czy na sto procent są potrzebne, skoro prawie nie mają swoich dochodów? Co będzie z budżetami samorządów, szczególnie wojewódzkich, gdy skończy się za kilka lat strumień unijnych pieniędzy? Z czego dofinansują inwestycje, które dzisiaj błyszczą, ale nie są nastawione na zarabianie? Czy w Warszawie naprawdę potrzeba kilkuset radnych? Tak całą stronę tekstu można by zapełnić pytaniami, z którymi wchodzimy w drugie ćwierćwiecze Samorządnej... ■

Biuro Pośrednictwa Pracy
OIL w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Krajowe oferty pracy
na 27.05.2015 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	4	choroby zakaźne	1	laryngologia	2	okulistyka	5	seksuologia	2
alergologia dziecięca	1	dermatologia	5	laryngologia dziecięca	1	okulistyka dziecięca	2	stomatologia	10
andrologia	1	diabetologia	3	med. paliatywna	1	ortopedia	10	stomatologia chirurg.	1
anestezjologia	7	diabetologia dziecięca	2	med. pracy	3	ortopedia dziecięca	1	stomatol. endodon.	11
balneologia	1	endokrynologia	6	med. ratunkowa	7	pediatria	22	stomatologia ortodon.	5
lekarz bez spec.	6	endokrynologia dziec.	1	med. rodzinna	21	psychiatria	3	stomatol. periodont.	2
chirurgia dziecięca	3	farmakologia kliniczna	1	med. sportowa	1	psychiatria (biegły sądowy)	1	stomatol. protetyka	2
chirurgia naczyniowa	2	gastroenterologia	7	nefrologia	1	psychiatria dziecięca	3	urologia	5
chirurgia ogólna	5	ginekologia i położ.	9	neonatologia	1	radiologia	6	USG	7
chirurgia onkologiczna	1	ginekologia endokryn.	1	neurochirurgia	2	rehabilitacja med.	3		
choroby płuc	4	kardiologia	3	neurologia	10	reumatologia	5		
choroby wewnętrzne	31	kardiologia dziecięca	3	neurologia dziecięca	2				

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy

www.oilwaw.org.pl/oferty pracy/załącznik do „Pulsu"

Fot. archiwum

Czy rządzący zrozumieli, co się wydarzyło?

Janina Jankowska

Jest nowa energia. Na jak długo? Zobaczymy. W wyborach prezydenckich partia rządząca usłyszała NIE. Dla mnie coś ważnego w społeczeństwie zostało odblokowane. Coś się ożywiło, w ludzi wstąpiła nadzieja. Okazało się, że każda pojedyncza kartka wyborcza coś znaczy. Chcecie, czy nie, to jest triumf demokracji.

„Młode pokolenie powinno jak najszybciej wchodzić do polityki – pisałam na tych łamach. – *Tylko, czy przy okazji takiego wydarzenia jak wybory prezydenta RP? Trudna jest konfrontacja sprawdzonych, doświadczonych polityków zapewniających status quo, a więc względny spokój, z ruszającymi do boju, stosunkowo mało rozpoznawalnymi, politykami młodszego pokolenia".*

A tu niespodzianka. Wybory prezydenckie stały się okazją do swego rodzaju dialogu społeczeństwa z władzą. Zwycięstwo Andrzeja Dudy i doskonały wynik Pawła Kukiza to sygnały skierowane wprost do niej. Społeczeństwo zabrało głos w sprawie stylu rządzenia Polską. Dokonało surowej oceny jakości elit polskich, które oderwały się od ludzi. Zadowolona ze wskaźników i wzrostu PKB, władza nie przejmowała się faktem, że PKB ma wątpliwy związek z życiem ludzi na umowach śmieciowych. Polska osiąga sukces, jest konkurencyjna – OK. Ale dzięki taniej sile roboczej, która wypracowuje owe wysokie wskaźniki. A inwestycje? Tak, rosną – stajemy się krajem wielkich montowni cudzych produktów. Nasza myśl techniczna, nasi inżynierowie, nasi wynalazcy nie mają szans. Emigrują. O tym stanie rzeczy rządzące elity były wielekroć informowane przez ekspertów, organizacje pozarządowe, związki zawodowe, przedstawicieli opozycji, a nawet uczestników dyskusji prasowych. Ludzie widzą, że Polską rządzą interesy partyjne, a ściślej mówiąc, interesy tych, którzy w danym momencie dzierżą w partii władzę. Andrzej Olechowski radzi PO jak najszybciej dokonać zmian personalnych, zarówno w rządzie, jak i w kierownictwie partii. Zamknąć ten okres, a wtedy „na czysto" można startować do wyborów parlamentarnych. Tego wymaga zdaniem Olechowskiego interes partii. Nic z tego, interes PO zwarł się z interesem aktywu zajmującego w obecnym układzie lukratywne stanowiska. Po spotkaniu PO w Jachrance zwyciężyli ci drudzy. Żadnych zmian.

Oczywiście zbyt długo żyję na świecie, żeby nie wiedzieć, że stan miłego poruszenia w społeczeństwie dość szybko minie, kiedy sprawy zaczną się ukonkretniać. Czy antysystemowy ruch Kukiza z 20-proc. poparciem nabierze mocy i organizacyjnego kształtu, który pozwoli mu zająć znaczące miejsce w przyszłym parlamencie? Wielka niewiadoma. Kukiz umiał wyartykułować wspólne dla większości Polaków społeczne niezadowolenie ze sposobu sprawowania rządów przez koalicję PO-PSL. Nie skreślajcie go słowem „populista". Określił się jako przeciwnik systemu. Czy wchodząc do systemu, czyli parlamentu, nie straci swojej siły? W okamgnieniu powstał ruch Ryszarda Petru Nowoczesna.PL. Jedni mówią – partia biznesmenów, inni – koło ratunkowe dla PO. Jeszcze inni, że Petru odbierze głosy PO.

Współpraca w ważnych dziedzinach rządu z opozycją – to byłaby rewolucja! Oczywiście podział społeczeństwa na tych, którzy chcieliby zachować *status quo*, i tych, którzy dążą do zmiany, pozostał. Powoli jednak zmieniają się proporcje.

Pozostaje tylko pytanie: czy rządzący zrozumieli, co się wydarzyło? Obawiam się, że nie. Po wystąpieniu rzecznicz-ki rządu i po spotkaniu w Jachrance nasuwają się smutne przypuszczenia. Politycy PO uznali, że o ich i prezydenta Komorowskiego przegranej zadecydował przede wszystkim Internet. Zatem powstał plan poprawienia pozycji partii w Internecie. Szkolenie członków partii i zatrudnienie na początek 50 tzw. hejterów, czyli osoby za honoraria wpisujące krytyczne i negatywne uwagi w sieci. Oczywiście na temat PiS-u i prezydenta elekta Andrzeja Dudy. Hejter, od angielskiego słowa *hate* – nienawiść. Docelowo będzie ich 100. A jeszcze niedawno Ewa Kopacz, obejmując urząd premiera, apelowała do Jarosława Kaczyńskiego: *„Panie Prezesie, zdejmijmy z Polski klątwę nienawiści"*. ■

OGŁOSZENIE

Na głosy, ale razem

O chórze Medicantus z prof. Krzysztofem Bieleckim, chirurgiem, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. K. Jemioł

Jakim głosem pan śpiewa?

Basem. Z chórem Medicantus jestem związany od momentu jego powstania. To już prawie sześć lat.

I zachęca pan innych do wspólnego śpiewania?

Jak najbardziej, gdzie tylko mogę. Śpiewając w chórze, poznaje się ludzi i odkrywa piękno duchowe. Chór uczy też pracy w zespole i pokory. Nieważne, czy ktoś jest profesorem, ordynatorem, czy prezesem, podczas próby i na koncercie rządzi dyrygent. Cztery głosy – sopran, alt, tenor i bas – muszą brzmieć razem.

Lekarze chętnie angażują się w działalność chóru?

Liczba chórzystów wzrasta powoli. Obecnie Medicantus liczy około 40 osób. Nie wszyscy są lekarzami. Chór wspierają też miłośnicy śpiewania z innych zawodów. Z powodu obowiązków służbowych lekarze nie zawsze mogą uczestniczyć w próbach. Apelujemy do koleżanek i kolegów, do czytelniczek i czytelników „Pulsu" – śpiewajcie z nami!

Wystarczy przyjść na próbę?

Na pewno potrzebny jest słuch i głos. Warunki kandydata oceni dyrygent, ale zawsze warto spróbować. Na próbach ciężko pracujemy, przygotowania do koncertów trwają długo. To jednak daje nam satysfakcję, którą chcemy się dzielić.

Gdzie koncertuje Medicantus?

Występujemy podczas spotkań organizowanych przez samorząd lekarski: na zjazdach lekarzy, konferencjach, ale nie tylko. Śpiewamy kolędy w szpitalach, koncertujemy podczas inauguracji roku akademickiego na warszawskich uczelniach, bierzemy udział w dużych imprezach muzycznych, festiwalach i zjazdach chórów. W październiku 2015 r. zaśpiewamy „Magnificat" Johna Ruttera z orkiestrą w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej.

Co jeszcze macie w planach?

Organizujemy jesienne warsztaty chóralne, planujemy też taką sesję na wiosnę. Nagraliśmy płytę z kolędami. Ten materiał być może zostanie uzupełniony o dodatkowe utwory. Naszym marzeniem jest zorganizowanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie zjazdu chórów lekarskich z całej Polski. Chcielibyśmy też mieć możliwość wystąpienia na zjeździe lekarzy polonijnych w 2016 r.

Śpiew pomaga w pracy lekarza?

Pozwala na lepszy kontakt z pacjentem. Ułatwia to, co nazywamy sojuszem terapeutycznym. Czasami kilka taktów, które mogę wspólnie zanucić z chorym, rozładowuje stres. Muzyka koi i uwrażliwia. Lekarz powinien być wrażliwym człowiekiem. ■

Medicantus powstał przy OIL w Warszawie w 2009 r. W repertuarze zespołu znajdują się utwory kompozytorów polskich i obcych. Chór wykonuje muzykę dawną i współczesną, m.in. kolędy, utwory renesansowe, pieśni patriotyczne i msze. Dyrektorem artystycznym zespołu jest Beata Herman.

Próby chóru odbywają się w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Rejtana), w czwartki, w godzinach 19.00–21.30.

Więcej informacji na stronie: http://www.oilwaw.org.pl/chor-medicantus/

Bezpłatny serwis dla członków OIL w Warszawie

Od 1 marca 2015 r. OIL w Warszawie zapewnia swoim członkom **bezpłatny dostęp do portalu BHP, Ochrony Środowiska i Prawa Pracy.** Serwis zawiera pełną bazę wiedzy wraz z edytowalnymi wzorami wymaganych dokumentów, platformę kontaktu z ekspertami, sekcję szkoleń e-learningowych (można uzyskać zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego BHP i ppoż. po zdaniu egzaminu).

Z serwisu mogą korzystać wyłącznie członkowie OIL Warszawa, wymaga to wstępnej rejestracji w systemie. Do rejestracji potrzebny jest numer prawa wykonywania zawodu i PESEL. Podanie adresu e-mail umożliwi wysłanie zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP w postaci elektronicznej. Zapraszamy i zachęcamy do korzystania z naszej usługi: http://preventmed.pl. Prosimy o przesyłanie na adres opinie@oilwaw.org.pl uwag i propozycji dotyczących serwisu.

Pomóżmy ofiarom trzęsienia ziemi w Nepalu

W Nepalu doszło do ogromnych zniszczeń, w gruzach legły cenne zabytki. Było to najgorsze trzęsienie ziemi w tym kraju od ponad 80 lat

Ponad 8,5 tys. ofiar pochłonęły potężne trzęsienia ziemi w Nepalu, które miały miejsce 25 kwietnia i 12 maja 2015 r. Wstrząsy o sile 7,9 i 7,4 w skali Richtera zebrały śmiertelne żniwo, w dodatku przeszło 20 tys. obywateli zostało rannych, a więcej niż 10 mln osób pozbawionych dachu nad głową. W akcję pomocy poszkodowanym, za co serdecznie dziękuję, włączyło się wiele organizacji, m.in. izby lekarskie: Dolnośląska, Śląska i Warmińsko-Mazurska. DIL i ŚIL wpłaciły na konto Stowarzyszenia Nepalczyków w Polsce po 10 tys. zł, WMIL przeznaczyła na ten cel 5 tys. zł.

Szanowne Koleżanki i Koledzy, będę niezmiernie wdzięczny, jeśli zechcecie dołączyć do grona ludzi wielkiego serca. W imieniu SNwP proszę o finansowe wsparcie ofiar kataklizmu. Stowarzyszenie zgromadziło do tej pory około 100 tys. zł. Skala zniszczeń jest ogromna, dlatego liczy się każda złotówka.

Darowizny można wpłać na konto Stowarzyszenia Nepalczyków w Polsce (NRN-PL): 27 1090 2356 0000 0001 1368 0462, wpisując w tytule swoje imię i nazwisko oraz dopisek: „pomoc dla Nepalu".

Zapewniam, że zebrane środki finansowe trafią do najbardziej potrzebujących. Stowarzyszenie opracowało strategię udzielania pomocy i podzieliło ją na trzy etapy. Pierwszy etap mamy już za sobą (pomoc finansowa dla Nepalczyków mieszkających i pracujących w Polsce, którzy stracili rodzinę w czasie trzęsienia ziemi), drugi jest w trakcie realizacji (zakupiona woda, żywność, koce i namioty są przekazywane ofiarom kataklizmu w Nepalu za pośrednictwem globalnej, nepalskiej organizacji, której filię stanowi m.in. nasze stowarzyszenie). Sytuację monitoruje na miejscu jeden z członków SNwP. W wyniku trzęsienia ziemi całkowitemu zniszczeniu uległy budynki, drogi i infrastruktura. Jedna z nepalskich wiosek ucierpiała szczególnie, do jej mieszkańców nie dociera pomoc niesiona przez państwo i organizacje charytatywne. W ramach trzeciego etapu chcemy odbudować tam szkołę. ■

Fotografie: archiwum Stowarzyszenia Nepalczyków w Polsce

W imieniu poszkodowanych, ich rodzin oraz wszystkich Nepalczyków w Polsce serdecznie dziękuję za okazane serce i środowiskową solidarność.

Dr Bodha Raj Subedi,
przewodniczący
Zarządu Stowarzyszenia Nepalczyków w Polsce,
przewodniczący Koła Lekarzy Cudzoziemców przy DIL

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przekazała na pomoc dla poszkodowanych Nepalczyków 5 tys. zł.

XII Mistrzostwa Polski w Rzutach Nietypowych

W kwietniu 2015 r. na Stadionie Leśnym w Sopocie odbyły się XII Mistrzostwa Polski w Rzutach Nietypowych. Niestety, choć piękna pogoda sprzyjała osiąganiu dobrych wyników, tegoroczna frekwencja była nieco niższa od ubiegłorocznej. Wśród startujących i kibiców panowała jednak wspaniała atmosfera. W zawodach wystartowało pięciu lekarzy. Oto zestawienie (w kolejności alfabetycznej) ich osiągnięć medalowych: **Konrad Bońda** (kategoria M45) – **2 złote** medale (speerorama, rzut granatem), **3 srebrne** (shotorama, rzut młotem szkockim, rzut ciężarem 25 kg), **4 brązowe** (schockorama, rzut dyskiem antycznym, rzut cegłą, rzut ciężarkiem); **Włodzimierz Dłużyński** (kategoria M45) – **3 srebrne** medale (speerorama, rzut granatem, rzut dyskiem antycznym); **Jerzy Foerster** (kategoria M60) – **1 srebrny** medal (rzut cegłą); **Mariusz Gurzęda** (kategoria M55) – **2 złote** medale (schockorama, rzut dyskiem antycznym, w obydwu konkurencjach były to najlepsze wyniki we wszystkich kategoriach wiekowych), **2 srebrne** (rzut młotem szkockim, rzut ciężarkiem), **1 brązowy** (rzut ciężarem 25 kg); **Zenon Krukowski** (kategoria M70) – **2 złote** medale (speerorama, rzut granatem), **3 srebrne** (rzut młotem szkockim, rzut cegłą, rzut ciężarkiem), **1 brązowy** (schockorama). ■

Teraz trzeba przygotować się do kolejnych startów. Do zobaczenia na stadionie!

Konrad Bońda

IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

27.06–28.06.2015 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu, przy ul. J. Bema 23/29, odbędą się IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

Zawody zostaną rozegrane w ramach XXV Mistrzostw Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Lekarze rywalizować będą w kategorii „open". Medale w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

MPL rozgrywane będą w następujących konkurencjach: biegi na 100, 200, 400, 1500 i 5000 m, skok w dal, skok wzwyż, skok o tyczce, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem, rzut młotem. Możliwe jest poszerzenie listy konkurencji w przypadku zainteresowania zawodników startem w konkurencjach nieujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem, tel.: 504-10-13-75, e-mail: julekp@onet.pl

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw zamieszczone są na stronie www.pzwla.eu ■

Julian Pełka, przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego XXV MPW i IV MPL

Rozpoczęcie sezonu motocyklowego

W maju br. do Włodawy zjechali lekarze motocykliści zrzeszeni w klubie DoctorRiders. Dla mnie była to sentymentalna wyprawa w przeszłość. W 1981 r., wraz z kolegami z ówczesnej AM w Warszawie, byłem we Włodawie na obowiązkowym obozie wojskowym. Już dawno nie ma tej jednostki wojskowej, a Okuninka nad Jeziorem Białym zmieniła się nie do poznania. Jezioro jest jak dawniej piękne i czyste. Przez cztery dni poznawaliśmy wielokulturową, bogatą w cuda architektury sakralnej i przyrody ziemię włodawską. Koncert w synagodze był prawdziwą ucztą duchową. Odbywały się tradycyjne parady, zabawy i spotkania towarzyskie. W niedzielę ponad 100 maszyn rozjechało się we wszystkie zakątki Polski. Wszyscy dotarli do domu szczęśliwie.

Zapraszam koleżanki i kolegów lekarzy zarażonych wirusem motocyklizmu do aktywnego uczestnictwa w działalności naszej sekcji motocyklowej DR, jak również ogólnopolskiego klubu lekarzy motocyklistów DoctorRiders, z siedzibą w OIL w Łodzi. ■

Krzysztof Sankiewicz, szef sekcji motocyklowej DR

Fot. K. Sankiewicz

Sportowa integracja przy zielonym stoliku

Już po raz czwarty przedstawiciele zawodów zaufania publicznego rywalizowali o medale mistrzostw Polski. Organizatorami imprezy były warszawskie izby: budownictwa i lekarska, oraz Warszawski Związek Brydża Sportowego pod wodzą inżyniera Jerzego Kotowskiego. Zawody odbyły się 15–16 maja w gościnnej siedzibie Mazowieckiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa.

Fotografie: K. Makuch

Walczono w turniejach: indywidualnym, par na zapis maksymalny, par na punkty meczowe, drużynowym, oraz w klasyfikacji generalnej. Większość medali zdobyli inżynierowie budownictwa, wyprzedzając lekarzy. W klasyfikacji generalnej zwyciężyli warszawscy inżynierowie Andrzej Ziomek przed Lechosławem Piotrowskim, a w kategorii pań Zofia Zaręba, stomatolog z Warszawy, przed lekarką Agnieszką Jonczyk i radcą prawnym Agatą Jędrysek. Brązowy medal w turnieju drużynowym zdobyli warszawscy lekarze: Agnieszka Jonczyk, Zofia Zaręba, Krzysztof Makuch oraz Krzysztof Jędrzejowski. Najlepszym brydżystą wśród lekarzy okazał się stomatolog z Bielska-Białej Leszek Krzeczek, grający w parze ze śląskim inżynierem budownictwa Kazimierzem Ciosem, przed warszawiakami Krzysztofem Makuchem i Wojciechem Koconiem. Z lekarek najlepsze wyniki osiągnęły warszawianki: Zofia Zaręba przed Agnieszką Jonczyk i Zofią Hordyńską. W grupie doradców podatkowych zwyciężył Piotr Zawiślak z Lublina, w grupie weterynarzy – Marek Klamczyński, w grupie biegłych rewidentów – Dariusz Puczyński, wśród radców prawnych – Michał Otmianowski, wśród adwokatów – Paweł Rybiński, dziekan OIA w Warszawie.

W dekoracji medalistów uczestniczyli wiceprezes ORL Marta Klimkowska-Misiak, przewodniczący MOIIB Mieczysław Grodzki oraz prezes WZBS Tadeusz Luzak. Wysoko ocenili poziom sportowy i organizacyjny zawodów, które weszły do kalendarza PZBS jako „misja", której celem jest integracja reprezentantów zawodów zaufania publicznego. ■

Krzysztof Makuch

Podziękowanie

Za opiekę, serce i poczucie humoru doktorowi **Krzysztofowi Piechowi** z Wojskowego Instytutu Medycznego dziękują Antoni Wojteczek z córką.

Odstąpię niedrogo dobrze prosperujący gabinet stomatologiczny w Zagościńcu. Cena 27 000 zł, do negocjacji. Kontakt: 535-10-75-32.

Fot. archiwum rodzinne

Noc Muzeów na Ujazdowie pamięci prof. Zbigniewa Religi

W tym roku dopisała pogoda, dopisali też wspaniali goście – pani Alicja Sarna i dr Grzegorz Religa.

Tradycyjnie oprowadzaliśmy po dawnym Szpitalu Ujazdowskim, a także wspominaliśmy początki domków fińskich, które powstały między ocalałymi pawilonami szpitala. Po raz drugi odbył się spacer z przewodnikiem opowiadającym w języku angielskim. Oba spacery zakończyły się konkursami z nagrodami ufundowanymi przez Sekcję Historyczną Komisji Kultury, Turystyki i Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Głównym punktem IV Medycznej Nocy Muzeów na Ujazdowie było spotkanie w bardzo gościnnych progach Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej (ul. Jazdów 1a, przy al. Szpitala Ujazdowskiego). Dr Grzegorz Religa opowiedział o swoim ojcu jako kardiochirurgu, głowie rodziny, społeczniku, polityku, wędkarzu i wielkim miłośniku wsi nad Bugiem. Dzięki pani Alicji Sarnie zwiedzający usłyszeli wiele nieznanych anegdot związanych z prof. Zbigniewem Religą. Jeśli ktoś się dziwi, czemu w Szpitalu Ujazdowskim mówimy o prof. Relidze, to zapraszamy do Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie, gdzie można zobaczyć pamiątki związane z dr. Lucjuszem Wajszczukiem, teściem prof. Religi, który pracował w okresie międzywojennym w Szpitalu Ujazdowskim.

Po spotkaniu, dzięki dyrektorowi Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi, odbył się pokaz filmu biograficznego pt. „Profesor od serca".

Raz jeszcze dziękujemy wspaniałym gościom i wszystkim, którzy postanowili spędzić Noc Muzeów z nami, i zapraszamy do nas! ■

Krzysztof Królikowski,
wiceprzewodniczący Sekcji Historycznej
Komisji Kultury, Turystyki i Sportu ORL

Świat słowa i obrazu

Spektakl poetycko-muzyczny połączony z wystawą malarstwa lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie". Już po drodze do budynku przy Krakowskim Przedmieściu 87/89, gdzie upamiętniono tradycje i legendy, wchodziło się w barwną uliczkę obrazów, które ilustrowały polski krajobraz sielski i miejski, zwierzęta, symbolizujące wolność, i nieco abstrakcji, żeby nie wyglądało, że tu brak awangardy. Pamiętam plenery malarskie lekarzy. Tu prace, które wówczas powstały, już są dziełami, o których malarz i doktor Włodzimierz Cerański opowiada anegdoty.

Zbierają się ludzie, którzy te progi w większości przekroczyli po raz pierwszy. Ale nie czują się obco, bo wita ich muzyka znanych praskich bluesmanów i balladzistów: subtelnej Joanny i poważnego Romualda Vorbrodtów, w otoczeniu instrumentów mechanicznych i tradycyjnych. Natomiast świat poezji został oddany w ręce znanej aktorki, jasnej, jakby prześwietlonej Iwony Rulewicz. Powoli, z pełnym zrozumieniem toczą się słowa, obrazy i wiersze całe: Aldony Kraus, Zbigniewa A. Łobodzińskiego, Marii Maślińskiej, Zofii Mikuły, Mieczysława Śmiałka, Marii Śmiałek, Izabelli Skórskiej, Emilii Tarasiuk, Marii Świąder, Joanny Vorbrodt, Marii Żywickiej-Luckner. Do chóru przyłączyli się prezesi Związku Literatów Polskich Aldona Borowicz i Marek Wawrzkiewicz.

Fot. Z. Brudnicki

W wystawie malarskiej udział wzięli: Włodzimierz Cerański, Zbigniew Maciejewski, Zofia Bachowska-Musiał, Krystyna Dowgier-Malinowska, Wiktoria Mikulska, Tadeusz Wolski.

„Ludzkie mrowisko. / Kopiec usypany z gruzów natury. / Kręci się po orbitach pragnień człowieka, / Dobra i zła. / Czy ten świat zbliża się do ostatniego zachodu słońca?". Ta głębsza refleksja Mieczysława Śmiałka odzwierciedla niepokój. Ale są też odbicia krajobrazu polskiego – dolin i miast. Przewijają się wspomnienia dzieciństwa. Są klimaty ulicy, czasem niespokojnej. I westchnienia, że „nabieramy się na starość" wszyscy. Nie ma przestojów w prezentacji, nie ma nudy. Są natomiast podziękowania dla organizatorów z Okręgowej Izby Lekarskiej, dla Unii Polskich Pisarzy Lekarzy i gościnnych gospodarzy ZLP. Zapamiętałem metaforę o „odczulaniu" i obraz poetycki „wchodziło światło w rzekę". No i parę anegdot, o których sza… A obrazy z końmi są symbolami energii i wolności. ■

Jan Zdzisław Brudnicki

Pod powiekami

W kwietniu 2015 r. w Centrum Promocji Kultury w Warszawie odbyło się spotkanie z Mieczysławem Śmiałkiem i jego żoną Marią. Poprowadzili je Jan Zdzisław Brudnicki i Maria Żywicka-Luckner.

Mieczysław Śmiałek – z wykształcenia neurolog, neuropatolog, magister farmacji, z tytułem profesora doktora habilitowanego nauk medycznych, wieloletni członek Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, humanista i poeta jest autorem pięciu tomów wierszy: „Z martwych powstała" (1997), „Życie moje" (1999), „Ludzka jaźń" (2001), „Zamyślenia i rozterki" (2006), „Przed snem" (2010). Wielokrotnie był laureatem Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów „Puls słowa".

Kim jesteśmy i dokąd zmierzamy – pyta słowami wiersza Mieczysław Śmiałek, by po chwili w „Tryptyku Syberyjskim" pochylić się nad losami Polaków. I już nie pyta – jest pewien – *„wdzięczność przywraca radość, a prawda – pełnię człowieczeństwa"*. Należy więc dążyć do prawdy. W kolejnym wierszu próbuje rozliczyć z prawdy samego siebie – *„pominąłem prawa Synaju"* – kończy gorzko.

Maria Śmiałek nieśmiało podaje odpowiedź. Trzeba patrzeć na teraz, a nie tylko w przestrzeń i przeszłość. Dostrzegać radość codziennego życia, bo przecież *„przepływa jak te liście"*. Nie wolno nam pozwolić, by uśmiechy wyszły z obiegu.

Fot. archiwum

Wzruszającą niespodzianką był występ młodzieży z fundacji Latająca Akademia Elżbiety Małanicz-Onoszko, którą – jak się okazało – bohaterowie wieczoru wspierają.

Spotkanie zakończyło się koncertem wirtuoza gitary Romana Ziemlańskiego, który zauroczony poezją bohaterów spotkania, tekstami przepełnionymi *„obrazami zatrzymanymi pod powiekami"*, skomponował do nich muzykę. Powstała płyta „Wiersze nutami pisane".

Trudno było tego wieczoru nie zauważyć, że te dwa światy, choć ukryte pod powiekami, są uważnie wpatrzone w siebie. ■

Majka

Wydział Lekarski PAM w Szczecinie – rocznik 1995

Z okazji 20-lecia ukończenia studiów zapraszam Koleżanki i Kolegów na spotkanie do pensjonatu Pisz w Pobierowie, które odbędzie się 23–25 października 2015 r.

Opłata za udział w zjeździe wynosi 380 zł. Wpłat proszę dokonywać do końca sierpnia 2015 r. na konto: 49 1240 3868 1111 0010 2559 8600 (Andrzej Radecki) z podaniem dokładnych danych wpłacającego. Proszę o wcześniejsze – do 30 czerwca 2015 r. – zgłaszanie chęci udziału w spotkaniu. Informacji udziela Andrzej Radecki, tel.: 602-42-89-28, e-mail: radecki@onet.pl

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

Medycyna i konspiracja

Fotografia z 1944 r. Lekarze i więźniowie Pawiaka. Mężczyźni i kobiety – dwie trzymają w ramionach maleńkie dzieci. Zatrzymani w kadrze, zapisani w pamięci.

Taniec wśród mieczów. Polski personel medyczny na Pawiaku w okresie okupacji niemieckiej 1939–1944" to publikacja przygotowana przez Muzeum Niepodległości w Warszawie. Robert Hasselbusch prowadzi czytelnika przez codzienność szpitalnych oddziałów więzienia hitlerowskiej policji bezpieczeństwa – Gefängins der Sicherheitspolizei Dzielnastrasse 24. Dokumentuje pracę lekarzy i pielęgniarek, felczerów i członków kolumn sanitarnych rekrutowanych w szeregi personelu zarówno spośród więźniów, jak i zatrudnionych tam z urzędu. Opowiada o pomocy medycznej udzielanej więźniom i działalności konspiracyjnej białego personelu Pawiaka. Pokazuje, jak dzięki doskonałej organizacji i odpowiedzialności służb medycznych możliwe były kontakty osadzonych z rodziną, bliskimi, członkami konspiracji, a nawet ucieczki z więzienia. Na każdym etapie opowieści przywołuje relacje świadków, ich wspomnienia.

Książka jest przejmującym świadectwem odwagi i determinacji grupy ludzi, którzy na przekór wszechobecnej śmierci i cierpieniu, poczuciu zagrożenia, nieśli innym pomoc, dawali nadzieję, walczyli o każdy dzień życia. Walka o poprawę stanu chorych i torturowanych, którą podejmowali lekarze, na Pawiaku nabierała szczególnego znaczenia. Nawet tam, gdzie śmierć była codziennością, zdarzały się chwile radości. Rodziły się dzieci, a dzięki ofiarności personelu medycznego miały szansę przeżyć. Niektóre przeżyły.

Autor, powołując się na zachowane, choć szacunkowe dane, przypomina, że od 1939 r. do likwidacji więzienia w sierpniu 1944 przez Gefängnis der Sicherheitspolizei Dzielnastrasse 24 przeszło około 100 tys. osób. 37 tys. z nich rozstrzelano w egzekucjach, a około 60 tys. wywieziono do obozów koncentracyjnych. W dwóch szpitalach Pawiaka – na oddziale męskim i na kobiecym, tzw. Serbii – oraz w więziennej izbie chorych przebywało około 6700 mężczyzn i około 1900 kobiet. Liczby te nie uwzględniają więźniów, którzy z powodu braku miejsca leczeni byli poza szpitalem.

Lekarze na Pawiaku pracowali w warunkach skrajnych. Pełnili dyżur najlepiej jak potrafili i nie zawiedli. W „Tańcu wśród mieczów" Maria Ciesielska przypomina biogramy niektórych z nich: Anny Czuperskiej-Śliwickiej, Ireny Kononowicz, Marii Kopeć, Janiny Krzyżanowskiej, Felicjana Lotha, Krystyny Ossowskiej, Anny Sipowicz-Gościckiej, Zygmunta Śliwickiego, Ludwiki Tarłowskiej. Byli świadkami historii i popełnionych przez okupanta zbrodni. Po zakończeniu wojny kontynuowali działalność medyczną.

Wydanie publikacji „Taniec wśród mieczów" zostało dofinansowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. ■

ach

Naprawa

Jeśli brakuje nam lekarzy, to droga do poprawy tego stanu rzeczy wydaje się prosta. Albo zwiększymy nabór młodzieży na studia medyczne, albo sprowadzimy sobie lekarzy z zagranicy, np. ze Wschodu. W tym drugim przypadku problem w tym, czy dla nich jesteśmy wystarczająco Zachodem, a dla nas, czy specjaliści z Iwanofrankowska są równie wiarygodni dla polskich pacjentów jak lekarze z Collegium Medicum.

Natomiast w pierwszym przypadku występuje aberracja. Oto kilka uczelni, tzw. niepublicznych, wychodząc naprzeciw niedostatkowi lekarzy, postanowiło podjąć próbę uruchomienia dodatkowego kierunku – lekarskiego. Trafiły na zaporę w postaci rzadko spotykanego sojuszu Ministerstwa Zdrowia i Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Sojusznicy, wzajemnie się krytykując, uznali, że pomysł naruszenia swego rodzaju monopolu edukacyjnego godzi w fundamenty polskiej medycyny.

W zaniedbanej dzielnicy Krakowa, w miejsce chaszczy Zabłocia, powstała w minionej dekadzie, z inicjatywy trzech uniwersyteckich profesorów i jednego ekonomisty, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego zatrudniająca kilkuset pracowników. Liczba jej słuchaczy na sześciu wydziałach sięgnęła w chwili wyżu 17 tys. Wiarygodność przedsięwzięcia, zapoczątkowanego przed laty otwarciem Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych, nie budzi więc wątpliwości.

Jednak rektorzy protestują. Ich zdaniem *„żadna instytucja nie potrafi oszacować liczby brakujących lekarzy”* (widać analizy Naczelnej Izby Lekarskiej i rejestr są bez znaczenia); *„uczelnie medyczne posiadają potencjał pozwalający na kształcenie większej liczby lekarzy”*, tylko nabór limituje MZ; szkoły niepubliczne nie mają bazy klinicznej; wreszcie – i tu już KRAUM wyraża *„głęboką obawę”* – uczelnie niepubliczne zamierzają wprowadzić *„do systemu edukacji kształcenie zagranicznych studentów”*. A to może sprawić, że Departament Edukacji USA cofnie akredytację wszystkim polskim uczelniom medycznym, bo kształcenie będzie na niewłaściwym poziomie. Słowem katastrofa. Widać ci sami profesorowie uniwersyteccy będą się legitymować różną wiedzą, w zależności od miejsca wykładu.

Niepokój o kasę, czyli o przyjmowanie studentów zagranicznych, dobrze ilustruje ogólnopolska konferencja lekarzy w Gdańsku. Pada pytanie: – *Dlaczego ministerstwo ogranicza nabór na studia medyczne?* Odpowiedź: – *Nie ogranicza, tylko ze względu na potrzebę planowania budżetu prosi o wcześniejsze wnioski dotyczące wzrostu naboru*. – *Ile wniosków wpłynęło w tym roku? – Na jedenaście uczelni – trzy*. – *Czy wszystkie zostały uwzględnione? – Tak*. – *Czy za tym poszły pieniądze? – Owszem, ale z zastrzeżeniem, że nie mogą być wykorzystane na nabór studentów zagranicznych*.

Na wspomnianej konferencji wypowiedź rektora Gdańskiego UM prof. Janusza Morysia na temat bezsensu zniesienia podyplomowego stażu została przyjęta brawami za wyjątkowo klarowny dowód absurdu kontynuowanego ze względów politycznych. Z podobną powagą trzeba traktować stanowisko KRAUM w sprawie trudności finansowych i organizacyjnych w szkoleniu zbliżającego się do finału rocznika słuchaczy kształconych zgodnie ze skróconym tokiem studiów. Będzie z tym za rok nie lada kłopot. ■

Stefan Ciepły

Nie deinstaluj!

Prof.
Piotr Müldner-Nieckowski

Nie **deinstaluj*, bo można tylko *dezinstalować* (z literą „z”), mimo że w programach komputerowych piszą inaczej. Spotykany w nich wyraz **deinstalować* zawiera błąd ortograficzny. „Z” jest bowiem konieczne, tak jak w wypadku *dezintegracji*, *dezynfekcji*, *dezynwoltury*, *dezaprobaty* etc. Przedrostki *de-*, *dez-* (w znaczeniu przeczącym) znaczą to samo, co polskie *od-* albo *roz-*. Łącznik „z” po przedrostku *de-* występuje dlatego, że zmusza nas do tego fonetyka polska. Dodaje się go przed samogłoskami oraz przed spółgłoskami dźwięcznymi (b, d, g, w, v, z), a to ze względu na kłopoty z wymawianiem takich głosek po przedrostku *de-*. **Deinstalacja* jest dla Polaka trudniejsza niż *dezinstalacja*. Nawiasem mówiąc, z zestawu spółgłosek dźwięcznych w tym wypadku została wyłączona głoska „h”, ponieważ w wymowie jest obecnie prawie zawsze bezdźwięczna. Wyjątek stanowi połączenie przedrostka „z”. Piszemy: *zharmonizować*, a nie **sharmonizować*, dlatego że tu dźwięczność „h” jeszcze się z dawnych czasów zachowała.

Nie inaczej jest z *dys-* i *dyz-*, odpowiednikami polskiego *roz-*.

Dlatego piszemy: *dyzestezje*, *dyzenteria*, *dyzgust*, ale *dysleksja*, *dystonia*.

Niestety, nie wszystkie reguły są przestrzegane. W „Słowniku języka polskiego PWN”[1] można spotkać dziwny artykuł: *deoksy-, dezoksy- «pierwszy człon wyrazów złożonych będących nazwami związków chemicznych, których cząsteczki różnią się od cząsteczek związków wyjściowych obecnością atomu wodoru zamiast grupy wodorotlenowej»*. Redaktorzy i znani tłumacze[2] buntują się przeciw temu. To już mamy mówić *kwas *deoksyrybonukleinowy, *deinformacja*?

Pisze do mnie redaktorka jednego z dużych wydawnictw: *„Szczerze mówiąc, przeraziło mnie to, bo domyślam się, tak jak p. Kramer, że nastąpiło ślepe oddanie się regułom angielszczyzny. To przecież zupełnie inny język i słowotwórczo, i fonologicznie! Myślę, że chodzi tu również o uleganie presji mediów i polityki z ich ubogim, bezideowym i prostackim językiem. Uzus uzusem, ale chyba przesadzono. Niedługo dowiemy się, że skoro Google znajduje więcej wyrazów o postaci »poszłem«, to taka forma jest uprawniona. Obym tego nie dożyła (a stara, broń Boże, nie jestem). Wpis w słowniku PWN-u świadczy o zwycięstwie niechlujnej potoczności nad elegancją i starannością. Tak jakby jego autorzy (niestety nazwisk nie podano) zapomnieli, że język polityki i publikatorów nieprzypadkowo jest prymitywny i niestaranny, dlatego że kieruje się go do słabo wykształconych mas (...). Wykształcona i dbająca o język elita intelektualna przestała się liczyć jako ostoja kultury polskiej”*.

Nie sposób nie przyznać pani redaktor racji. Piszmy i mówmy *dezoksy-*...! ■

[1] Sjp.pwn.pl/sjp/deoksy; 2451872.html, dostęp: 9.05.2015
[2] Edward Kramer, serwistlumacza.com/content/view/197/32/

http://www.lpj.pl

Ajutthaja – niezdobyte miasto

Jacek Walczak

www.jacekwalczak.com

Nazwa syjamskiego miasta Ajutthaja (obecnie w Tajlandii) w sanskrycie znaczy „niezdobyte". Jednak w 1767 r. żołnierze birmańscy spalili Ajutthaję.

Minęły złote czasy sąsiedniego imperium Khmerów i królestwa Sukhothai. Narodziła się nowa metropolia – Lop Buri. Jej rozwój przerwała jednak epidemia ospy. Polityczną pustkę wykorzystał U Thong – późniejszy król Ramathibodi I, zakładając w 1351 r. nowe miasto. Znakomite położenie w środkowym biegu rzeki Chao Phraya sprawiło, że do tego portu zawijały wyładowane towarami chińskie dżonki aż z Zatoki Syjamskiej. Ajutthaja zaczęła się rozwijać niezwykle prężnie, tworząc rozgałęzioną sieć szlaków handlowych, głównie między Chinami i Indiami. Nie upłynęły dwa wieki, a miasto podporządkowało sobie większą część współczesnej Tajlandii. Władcy Ajutthai przyczynili się do największych sukcesów Syjamu, który stał się jedną z najznaczniejszych potęg regionu. Syjamski król Ramathibodi II dowiedział się o istnieniu Europy od Portugalczyków, którzy po zajęciu w 1511 r. Malakki wysłali do Ajutthai poselstwo dyplomatyczne. Rozsławili niesłychane wspaniałości syjamskiej stolicy, która wielkością daleko przewyższała większość europejskich metropolii. O względy miejscowych władców rywalizowali Hiszpanie, Holendrzy, Anglicy, Duńczycy i Francuzi. Powstały niezliczone faktorie nastawione na pośredni handel z Chinami i Indiami. Za kupcami i żołnierzami z Europy przybywali francuscy misjonarze, których gorliwe działania nie przypadły do gustu królom Syjamu.

Fot. J. Walczak

Nie brakowało też pospolitych awanturników. Najbardziej zaznaczył się Grek Constantine Gerakis. Jako młody chłopiec musztrował się na statkach Brytyjskiej Kompanii Wschodnioindyjskiej. Anglicy nadali mu przydomek Phaulkon (od ang. *phalcon* – sokół). Po burzliwych przygodach w Indiach z pomocą przyjaciół zajął się handlem w Ajutthai. Niezwykle sprytny i ambitny, zwrócił na siebie uwagę syjamskiego króla Narai. Stał się najpotężniejszym zausznikiem władcy i najważniejszym posłem w kontaktach dyplomatycznych z Francją. Oprócz nadzwyczajnej władzy zdobył ogromne bogactwo i żył w nieopisanym przepychu. Jego olbrzymia rezydencja w Lop Buri została wzniesiona z kamienia i to w okresie, kiedy w ten sposób budowano wyłącznie świątynie. Nigdy w historii Syjamu i późniejszej Tajlandii cudzoziemiec nie zajmował tak wysokiego stanowiska. Ajutthaja pod rządami króla Narai osiągnęła rozkwit. Handlem zajmowali się głównie *farangoni*, przybysze z Zachodu. Phaulkon wykorzystał obawy władcy przed zakusami kolonialnymi i dominacją handlową Holendrów. Nakłonił króla do neutralizowania ich działań drogą zjednania innych sił europejskich. Widząc wahania i brak kompetencji Anglików, zwrócił się do najpotężniejszego mocarstwa ówczesnej Europy – Francji. Ludwik XIV wysłał swoich dyplomatów, co nie doprowadziło jednak do wielkiego rozkwitu wzajemnych relacji. Narai oczekiwał wsparcia wojskowego dla odstraszenia Holendrów, Francuzi liczyli zaś na koncesje handlowe. W 1688 r. niezadowolone kręgi dworskie zorganizowały przewrót pałacowy, w wyniku którego zginął król Narai z najbliższym otoczeniem. Phaulkon został pojmany przez buntowników, był torturowany, a po kilku dniach ścięto go w nocnej egzekucji. Wkrótce przegnano z Ajutthai Francuzów i wszystkich obcokrajowców. Kraj zamknął się w swoich granicach aż do połowy XIX w.

Zmiana dynastyczna na tronie Syjamu stała się powodem upadku królestwa. Polityka nowych władców doprowadziła do krwawych wojen z sąsiadami, głównie z Birmą. W bitwach wojujących ze sobą królestw stawały przeciw sobie wielotysięczne armie. W 1590 r. obie strony użyły w bitwie łącznie 12 tys. słoni. Syjamski król Naresuan zwyciężył w pojedynku na słoniach birmańskiego następcę tronu. Wtedy obdarował swe zwierzę arystokratycznym tytułem Chao Phraya. Największa tragedia nadeszła wraz z wojną rozpoczętą przez Birmę w 1763 r. Ajutthaja, ze swym bajecznym bogactwem i niepodważalnym dotąd splendorem, obróciła się w końcu w gruzy.

Birmańczycy nie zdołali utrzymać zdobyczy. Wkrótce Syjamczycy połączyli siły pod wodzą generała Taksina, który koronował się na króla. Z woli kolejnego władcy – Ramy I, który zapoczątkował dynastię Chakri, powstała nowa stolica Bang Makok (dziś Bangkok). W 1939 r. nazwę królestwa zmieniono na: Tajlandia. Ajutthaja zaś jest legendą żyjącą w pamięci Tajlandczyków do dzisiaj. ■

Zapiekana kalarepka i por(a) na sałatkę z jajkami

Dziś zapraszam na danie na ciepło, którego główny składnik to skarbnica witaminy C i beta-karotenu. Europa znała kalarepkę od XVI w. W Polsce do jej uprawy w królewskich i przyklasztornych ogrodach przyczyniła się Bona Sforza, druga żona króla Zygmunta Starego (przyczyniła się też do jadania przez nas od tamtych czasów tzw. włoszczyzny). Ostatnie badania, prowadzone m.in. na Harvardzie, dowodzą, że beta-karoten zawarty w kalarepce działa toksycznie na komórki pobrane z ludzkich guzów płaskokomórkowych płuc. Zmniejsza ich wzrost, aktywność wolnych rodników oraz produkcję szkodliwych enzymów rakotwórczych. Potas, który również jest w kalarepce, zapobiega udarom mózgu, pomaga obniżyć ciśnienie krwi, ale jednocześnie bezpośrednio działa na naczynia mózgowe. Utrzymuje ich elastyczność i zmniejsza podatność na uszkodzenia. Wieloletnie badania naukowców potwierdziły, że ryzyko udaru zmniejsza się nawet o 40 proc., jeśli do jednego posiłku włączymy pokarmy bogate w potas (wystarczy porcja kalarepki lub innego warzywa, np. pomidorów, ziemniaków, brokułów lub kapusty). Czyż może być lepsza rekomendacja?

Składniki:

- 4 średnie kalarepki
- 400 g mielonego mięsa drobiowego
- 1 torebka ryżu
- 1 mała dymka
- 10 dkg ostrego sera żółtego (np. salami)
- sól, pieprz i gałka muszkatołowa do smaku
- 1 szklanka bulionu drobiowego (może być z kostki, szukajcie takiego z obniżoną ilością soli i tłuszczu!)

Wykonanie:

Dymkę drobno posiekać i zeszklić na oleju. Ryż ugotować na sypko w lekko osolonej wodzie. Do mięsa dodać ryż i cebulkę, przyprawić solą, pieprzem i gałką muszkatołową (jeśli używamy zmielonej – na czubek noża, jeśli całej – trzy razy potrzeć po tarce). Wyrobić na jednolitą masę.

Kalarepki obrać, ściąć „kapelusze". Warzywa wydrążyć, by ścianki miały około 1 cm, podobnie jak „kapelusze". Nałożyć farsz, posypać startym żółtym serem, przykryć „kapeluszami". Ułożyć w naczyniu żaroodpornym i podlać szklanką bulionu. Piec pod przykryciem 30–40 minut w temperaturze 180 st. C (należy sprawdzać miękkość kalarepki widelcem, bo piecze się dłużej niż cukinia czy kabaczek). Następnie włączyć termoobieg, zdjąć pokrywę i zapiec wierzch przez 3–4 minuty. Podawać na ciepło z pieczywem lub same, z dodatkiem ketchupu. Smacznego.

Por należy do grupy najstarszych jarzyn, do której zalicza się również cebulę i czosnek. Pochodzi z Azji Mniejszej, na tereny Polski trafił w średniowieczu. Jako roślina lecznicza znany był już w starożytności. Rzymianom służył za pożywienie oraz jako lek na rany i ukąszenia insektów. Ulubionym daniem okrutnego cesarza Nerona były pory z oliwą, jadane wiele razy dziennie dla poprawy funkcjonowania strun głosowych. Ojciec medycyny Hipokrates leczył porami gruźlicę, choroby nerek i krwawienia z nosa, polecał je również kobietom karmiącym – na zwiększenie laktacji, a panom – na poprawę potencji. Obecnie zalecany jest w anemii, arteriosklerozie, artretyzmie, gośćcu i gruźlicy. Pomaga w zaburzeniach trawiennych, na niestrawność, zaparcia oraz w otyłości. Sok ze świeżych porów jest skutecznym środkiem na kamicę moczową i nieżyt dróg moczowych. I właśnie por będzie podstawą naszej letniej sałatki.

Składniki:

- 1 duży por
- 5 ugotowanych na twardo, wystudzonych i drobno posiekanych jajek
- 200 g ketchupu
- 6 czubatych łyżek majonezu
- 4 łyżki chudego jogurtu
- 1 ząbek czosnku
- 1–2 torebki ugotowanego i wystudzonego ryżu (w zależności od wielkości salaterki)

Uwaga! Nie dodajemy innych przypraw – ani soli, ani pieprzu.

Wykonanie:

Por kroimy w cienkie talarki i przelewamy wrzątkiem na sicie (lubiący ostrzejsze smaki mogą przelać tylko zimną wodą). Przygotowujemy sos z majonezu, jogurtu i posiekanego lub zgniecionego ząbka czosnku. W salaterce układamy warstwę ryżu, a następnie jajek. Smarujemy sosem majonezowym i posypujemy warstwą porów. Dalej układamy warstwami ryż, jajka, majonez, pory i ketchup, aż się skończą składniki. Na wierzchu – ostatnia warstwa porów pokryta majonezem i udekorowana ketchupem. Całość odstawiamy do lodówki na 2 godziny.

Sałatkę można podawać jako przystawkę do wędlin i do mięs z grilla. ■

Fot. D. Hankiewicz

Dariusz Hankiewicz

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

Na zamówienie

Deszcz popadał i popatrz
co się za domem dzieje,
zieleń strzeliła salwami
i sójka w nos się śmieje.

Wiosna kwitnie i pachnie
ptaków pełno wokoło
krokus, tulipan, żonkil
i czasem jakieś zioło.

Nawet kolor asfaltu
taki coś zielonkawy
Chciałaś wiersz – proszę bardzo
teraz napiję się kawy...

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

Medyczny Jarocin

Przeprowadzona w 1950 r. denominacja złotego miała uchronić nasze państwo przed galopującą inflacją. W przypadku wynagrodzeń i cen produktów zastosowano przelicznik 100:3, natomiast w przypadku oszczędności – 100:1, więc 2/3 pieniędzy trzymanych w bankach wyparowało. Strata, oceniając kwotę przez pryzmat współczesnych zarobków, niby niewielka, bowiem przeciętna pensja w tamtych czasach wynosiła równowartość 20–30 dol. Zastanawia jednak, dlaczego nie wywołała społecznego buntu, skoro jedną decyzją pozbawiono obywateli oszczędności będących owocem wielu lat pracy. Być może wyjaśnia to popularna wówczas anegdota:

Podczas spotkania międzynarodowego prezydent USA rozmawia z I sekretarzem PZPR.

– *Przeciętny Amerykanin zarabia 2 tys. dol., z tego połowę wydaje na życie* – mówi prezydent USA.
– *A co robi z resztą?* – pyta I sekretarz.
– *Nie wnikamy w to!* – odpowiada prezydent USA.
– *A u nas przeciętny Polak zarabia 2 tys. zł, a na życie wydaje 4 tys. zł* – ripostuje I sekretarz.
– *Skąd bierze resztę?* – dziwi się prezydent USA.
– *Nie wnikamy w to!* – mówi z przewrotnym uśmiechem I sekretarz.

Na przełomie lat 70. i 80. coraz więcej osób myślało o równości, demokracji i swobodzie wypowiedzi. Ówczesna władza znalazła jednak doskonały sposób na skanalizowanie takich tendencji. Zaczęto organizować Ogólnopolski Przegląd Muzyki Młodej Generacji, który po przeniesieniu z lokalnego domu kultury na błonia stał się sławnym Festiwalem Muzyków Rockowych w Jarocinie. Możliwość wykrzyczenia złości na system polityczny, obrzucenia błotem muzyków, których utwory nie znalazły poklasku, lub innych widzów działała niczym wentyl bezpieczeństwa wobec frustracji młodej części społeczeństwa.

Dziś młody lekarz zarabia na etacie rezydenckim 2400 zł netto. Wynajęcie dwupokojowego mieszkania w Warszawie lub rata kredytu to 2 tys. zł miesięcznie. Skąd więc bierze pieniądze na życie? Zarówno opinia publiczna, jak i ministerstwo nie chcą widzieć tego, że rzesza 30-letnich ludzi, którzy 24 lata spędzili w szkole (i dalej się kształcą!), musi zapożyczać się u rodziców lub pracować po 400 godzin w miesiącu, dorabiając w POZ i NPL.

Mimo obciążenia pracą, młodzi ludzie nie zapomnieli, kim są, nie stracili ducha walki. Internetowe grupy młodych lekarzy, będące forum dyskusji o zmianach w kształceniu, liczą nawet 5 tys. członków. Jasne, że minister nie może rozmawiać z każdym. Szansą na poprawę sytuacji miał być powołany zarządzeniem szefa resortu zdrowia Zespół do spraw Młodych Lekarzy. W jego skład weszli przedstawiciele Komisji Młodych Lekarzy NIL i okręgowych izb oraz przedstawiciele ministerstwa. Niestety, kwietniowe inauguracyjne spotkanie zespołu, które w naszych marzeniach miało być zwieńczeniem i potwierdzeniem wcześniejszych rozmów o zmianie sposobu kwalifikacji na rezydentury, zakończyło się jak przegląd piosenek. Każdy zaśpiewał swoją. Jedne wesołe, inne smutne, jeszcze inne pełne nadziei – repertuar był naprawdę bogaty. Po koncercie życzeń wszyscy rozeszli się do domów. Było miło, tylko szkoda, że z tego muzykowania nie powstała płyta z przebojami, która ułatwiłaby życie młodym lekarzom… Kiedy wreszcie pojawi się na półkach, pewnie nie będę już młody, ciekawe, czy będę jeszcze lekarzem. ■

Filip A. Dąbrowski,
przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy OIL w Warszawie

Łazienkowy – pan „Zet”

W latach 50. ubiegłego wieku Szpital Przemienienia Pańskiego był jednym z wiodących szpitali w Warszawie. Półkolisty podjazd do głównej bramy prowadził do holu, który wewnątrz przedzielony był barierką odgradzającą część administracyjną od części szpitalnej. Wąskiego przejścia do szpitala pilnował portier lub łazienkowy, który po godzinach odwiedzin samodzielnie regulował ruchem odwiedzających. Był panem i władcą. Dlatego kieszenie jego fartucha wypełniały banknoty i monety. W tych czasach łazienkowi i portierzy należeli do grupy dobrze „zarabiających” pracowników.

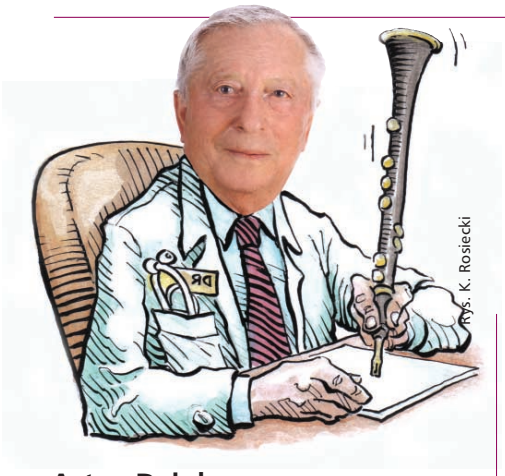
Jednym z nich był pan „Zet”. Uśmiechnięty i grzeczny, zawsze skłonny do usług za niewielką sumę. Oficjalna pensja stanowiła tylko skromny dodatek do jego dochodów. Pan „Zet” miał córkę, uczennicę szkoły pielęgniarskiej pani Mieliwódzkiej. Szkoła zajmowała czwarte piętro w głównym gmachu szpitala. Ja pracowałem, będąc już studentem medycyny, jako technik RTG na trzecim piętrze, u prof. Stefana Łukasika. Bohater opowieści – ojciec wspomnianej uczennicy, postanowił wyswatać mnie ze swoją córką. W tym celu zostałem zaproszony na herbatkę do państwa „Zet” mieszkających w pobliżu szpitala. Kiedy przekroczyłem próg, zdziwiłem się niepomiernie bogatym wystrojem (nowobogacko-drobnomieszczańskim) mieszkania: dywany na podłodze, telewizor (rzadkość w tych czasach), kryształowe kieliszki w serwantce itd. Podwieczorek minął w przyjaznej atmosferze, tylko jakoś nie mogłem się zakochać w córeczce. Wystrój mieszkania był rezultatem napiwków uzyskanych przy „bramce” szpitalnej.

Pan „Zet” miał około 50 lat. Był zawsze schludnie ubrany, miły dla pacjentów i odwiedzających. Któregoś popołudnia zawoził windą szpitalną na oddział okulistyczny pacjentkę ze wsi, której groziła ślepota w następstwie oparzenia wapnem. W połowie drogi panu „Zet” coś odbiło. Oświadczył pacjentce, że jest lekarzem ginekologiem i że przed badaniem oczu musi zbadać ją ginekologicznie. „Ginekologicznie” ją zgwałcił.

Wybuchła afera na cały szpital, oczywiście wkroczył prokurator. Sprawa była przez wszystkich komentowana, niektórych również śmieszyła. Wspomnę, że pan „Zet” miał miłą i zadbaną żonę w średnim wieku. Gdybym zakochał się w córeczce, miałbym rozrywkowe życie.
I tak się skończyła jedna z wielu przygód szpitalnych podczas mojej pracy w tej placówce.

O Szpitalu Przemienienia pisałem już w „Pulsie” (nr 12 z 2002 r.). ■

Jerzy Borowicz


Rys. K. Rosiecki

Nafciarze

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak

Wkrótce po przyjeździe do Trypolisu zostaję zidentyfikowany jako specjalista medycyny sportowej, więc natychmiast mnie zatrudniają w Libijskim Komitecie Olimpijskim. Sytuacja zmienia się diametralnie, gdyż nie tylko mam dodatkowe pieniądze, ale też co jakiś czas wyrywam się na świat, co pozwala mi „kolorowo” przerywać ogłupiającą nudę pobytu w Libii. Ponieważ nafciarze siedzą na pieniądzach, wyjazdy z reprezentacją Libii to nie lada przeżycie, bo oznaczają pobyty w drogich hotelach, jadanie w wytwornych restauracjach i korzystanie z eleganckich limuzyn. Jednym słowem przepyszne uczucie bycia bogaczem. Prawdę mówiąc, nie dostaję ani złamanego dolara do ręki, ale mocodawcy z przyklejonym na stałe obłudnym uśmiechem płacą wszystkie moje rachunki. A przyznam się, że dla odreagowania po Libii w ekskluzywnych hotelach i restauracjach świata poddaję się prawdziwemu amokowi i każę sobie podawać wszystko to, czego w Libii zakazuje muzułmańska religia! Najczęściej trzymamy się blisko z Bradleyem, angielskim trenerem futbolu, i zajmujemy inny niż reprezentacja stolik, by nie drażnić reszty tym, co pijemy i jemy. Najbardziej rajcuje mnie okazywana na każdym kroku czołobitność hotelarzy i kelnerów, którzy prześcigają się w spełnianiu mych życzeń. Boże, jak dobrze być bogaczem!
Nic też dziwnego, że z czasem prawdziwie utożsamiam się z „moimi”. Kiedy maszerujemy po stadionie w Algierze, na otwarciu igrzysk panafrykańskich, a prawie 100 tys. ludzi wstaje i, z wdzięczności za otrzymywane od Kaddafiego setki milionów dolarów, skanduje „Libia, Libia, Libia”, rozdaję uśmiechy i macham ręką, jak gdyby to mnie dziękowano. Podczas pobytu w Abisynii przed Hiltonem czekają na nas dwa mercedesy, którymi zwiedzamy z Bradleyem stolicę i okolice. Któregoś dnia, późnym popołudniem, wracamy do hotelu, mijając niewielkie skwerki na przedmieściach Addis Abeby. Moje zdziwienie wywołuje widok leżących na trawnikach w pełnym słońcu prawie nagich młodych chłopców i mężczyzn. – *O co tu chodzi?* – pytam towarzyszącego nam przewodnika. – *Nigdy nie widziałem w Afryce opalających się Murzynów! – Oni się nie opalają, tylko dogorywają* – wyjaśnia przewodnik. – *To są biedacy z interioru, których zwabiły światła wielkiego miasta. Oni myśleli, że w Addis Abebie znajdą pracę i jedzenie. W nocy przyjadą ciężarówki i ich wywiozą.*

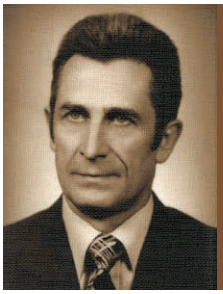
Pewnego razu otrzymuję zaproszenie do wyjazdu z reprezentacją na mityng, gdzieś w pobliżu granicy z Czadem i Sudanem. Naturalnie nawet nie przychodzi mi na myśl, że w tamtych rejonach od dziesiątków lat trwają walki, wojenna pożoga przemieszcza się nieprzerwanie z miejsca na miejsce i na dobre od dawna nie wiadomo, gdzie są granice państwowe. Zaproszenie przyjmuję więc z ochotą, szczególnie że od paru tygodni nigdzie nie wyjeżdżałem, a poza wielką Pustynią Libijską jeszcze nie byłem. Do dyspozycji dostajemy wojskowego boeinga. Dopiero we wnętrzu samolotu orientujemy się w spartańskich warunkach podróży, gdyż siedzieć można tylko jak spadochroniarze, na ławeczkach pod ścianami. Kiedy mija gorączka startu, czuję, że coś mnie pod siedzeniem uwiera. Siedzę na karabinie maszynowym! Nie ma rady, trzeba podróż wytrzymać, tylko po cholerę nam na meczu karabiny maszynowe? Lecimy już dobrych parę godzin i podróż się stanowczo przedłuża. Późną nocą robimy kolejne podejście do lądowania, co związane jest z wyjątkową mnogością raptownie przemieszczających się świateł jakiegoś, sądzę, wielkiego miasta. Kiedy w końcu zawadiacko lądujemy, przekonujemy się, że to nie wielkie, rozświetlone miasto, tylko wybuchy pocisków moździerzy! Do dzisiaj nie wiem, gdzie byliśmy, i kto do kogo strzelał. Z meczu nici i jak tylko się dało, wyrwaliśmy z powrotem. Opuszczamy szybko samolot, by znaleźć się jak najdalej od tej benzynowej bomby i umożliwić wyładowanie przywiezionego sprzętu oraz zrobić miejsce dla zabieranych rannych. Po pewnym czasie orientuję się, że ranni są wybierani na płycie lotniska ruchami konika szachowego, więc pytam masażystę reprezentacji, o co chodzi?

– *Jak to, o co? Mamy zabrać naszych, a nie Kubańczyków.*
– *A co z nimi?*
– *Dostaną po granacie i tyle* – odpowiada Radź.

Historia lubi się powtarzać. Przypomina mi się, że tak samo postępowano z rannymi w Wietnamie, gdyż – wbrew heroicznym obrazkom z Hollywood – ewakuacja ciężko rannych najczęściej była niemożliwa. Aby oddział mógł w dżungli odskoczyć od nacierającego przeciwnika, każdemu rannemu dawano po granacie. Zazwyczaj granat był już odbezpieczony. Chodziło o to, by ranni nie konali w męce, rozrywani nocą przez dzikie zwierzęta czy torturowani przez wroga. Był to o wiele lepszy i bardziej „humanitarny” sposób, niż wkładanie rannemu do ręki zarepetowanego pistoletu, jak robili Francuzi. Tracący siły ranny często nie zdołał pociągnąć za spust lub po prostu nie trafiał, gdzie trzeba – w serce lub w głowę.

W Libii powodziło mi się wspaniale. Dużo wolnego czasu i samochód pozwalały na codzienne wyjazdy nad morze, na jedne z najpiękniejszych plaż świata. Nieprzebrane pieniądze, jakie Libia czerpała z ropy naftowej, powodowały, że kraj ten w najmniejszym stopniu nie był zainteresowany turystyką. W efekcie libijskie plaże, naturalnie te oddalone od dużych miast, były najpiękniejsze, gdyż istniały w takim stanie, w jakim stworzył je Stwórca. Nigdzie nie spotkałem już takich plaż, różnokolorowego morza, palm schodzących do wody i wynurzających się z morza skał. A mimo to, wiele razy, umęczony słoną wodą i piaskiem, modliłem się, by jak najszybciej wrócić do Polski, pojechać nad ukochane Wigry, popływać w tym najczystszym z jezior, po czym walnąć się twarzą w pachnącą trawę. – *I Boża Matka cię wysłuchała* – powiedziała po mym powrocie matka, która mocno przeżywała każdą rozłąkę. – *Niech ci się zawsze od teraz mój synu śni łąka w maju, po której stąpają młode dziewczyny i kłusują źrebięta.* ■

Prof. Bogusław Moszyński, „Zachować w pamięci”



„Zachować w pamięci” to bardzo osobista książka wydana przez Profesora w 2013 r. Opisał w niej całe swoje życie, lata młodzieńcze – czynnego powstańca w okresie okupacji hitlerowskiej i intensywne życie zawodowe chirurga laryngologa, naukowca, pioniera nowoczesnej otochirurgii i innych metod leczniczych w laryngologii.

Urodził się 3 grudnia 1924 r. w Szpitalu Położniczym im. Świętej Zofii na Woli, w rodzinie rolników z tradycjami. Dzieciństwo i młodość spędził z rodzicami i młodszym o dwa lata bratem (późniejszym chirurgiem szczękowym) w Lubiczowie, blisko Warszawy. We wrześniu 1939 r., kiedy wybuchła wojna, miał 14 lat. W 1943 zdał maturę przed tajną komisją złożoną z pedagogów Liceum Zgromadzenia Kupców i Kuratorium Warszawskiego. Następnie podjął nauczanie na tajnych kompletach, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Wykłady odbywały się w prywatnych mieszkaniach studentów, w dziesięcioosobowych grupach, ćwiczenia w różnych pracowniach szpitalnych. Za namową ojca, by uniknąć aresztowania, zapisał się do Ochotniczej

Straży Pożarnej w Babicach i chodził po mieście w mundurze, a Niemcy szanowali mundur. Już jako 15-latek nieformalnie pracował w konspiracji, rozrzucał ulotki, pisał na płotach symbole Polski Walczącej. Jako student został żołnierzem Armii Krajowej. Skierowano Go do podziemnej podchorążówki, którą ukończył w 1944 r., w stopniu kaprala podchorążego. Dostał przydział do Zgrupowania „Harnasie” Kompanii „Grażyna”. Miał pseudonim „Parys”. W ostatnich miesiącach przed wybuchem powstania bardzo chciał pracować w Szpitalu Wolskim, przy ul. Płockiej (późniejszym Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc). Nie udało Mu się nawiązać kontaktów. Uznał później, że tak chciała Opatrzność.

Szpital Wolski w latach okupacji niemieckiej nie poddał się fali terroru, stał się ośrodkiem tajnego nauczania medycyny, zapleczem medycznym podziemnej armii polskiej oraz miejscem schronienia dla zagrożonych lub prześladowanych. 5 sierpnia 1944 r. do szpitala wtargnęła dywizja Dirlewangera. Oddziały SS tej formacji składały się z niemieckich kryminalistów, Ukraińców i Kałmuków. Przy biurku dyrektora Szpitala Wolskiego zastrzelono sławę pediatrii prof. Janusza Zeylanda, z budynku wyprowadzono około 300 mężczyzn: wszystkich pracowników oraz chorych, i rozstrzelano ich. Urządzono rzeź mieszkańców Woli, tysiącami rozstrzeliwano ludność cywilną. Zginęło prawie 60 tys. osób. Po utworzeniu Oddziału Wojskowej Straży Pożarnej przez kapitana „Janusza” (prawdziwe nazwisko Mariusz Westfal) Bogusław Moszyński został jego zastępcą. Oddział miał gasić pożary w niszczonych domach, kierowano go również do innych zadań. Stopniowo domy zamieniały się w gruzowiska, brakowało wody.

Profesor nigdy nie zapomniał pewnego wydarzenia. Był silny nalot, zbombardowano Filharmonię Warszawską, masa ludzi została pod gruzami. „Parys” razem z drużyną, której był dowódcą, bez łopat, rękami odgruzowywali teren i ratowali ludzi. Nagle usłyszał płacz dziecka. Gwałtownie szukał dojścia do płaczącego, przez utworzony z wielkim trudem otwór dojrzał skulone dziecko. Gdy powiększył otwór, przerażony malec rzucił w Niego cegłą, nie trafił, cegła przeleciała obok. Dziecko po chwili się uspokoiło, a „Parysowi” udało się je uratować. Wielokrotnie cudem uchodził z życiem z bombardowanych domów. W ostatnich dniach powstania otrzymał legitymację podporucznika. 1 października zostało podpisane zawieszenie broni. „Bór” Komorowski wynegocjował, że powstańcy zostaną uznani za kombatantów i będą traktowani jak

żołnierze. Wszyscy mieli pójść do niewoli, czwórkami maszerowali do domu akademickiego przy pl. Narutowicza, gdzie oddawali broń. Stojący w rozkroku gestapowcy i wehrmachtowcy głośno kpili z „takiego wojska" i „takiej broni". To było straszne przeżycie dla młodych ludzi, mających wolę walki do końca. „Parysowi" podczas pierwszego postoju udało się opuścić kolumnę powstańców zmierzającą do punktu zbornego w Ożarowie. Nie dostał się do niewoli. W tych dniach ruszyła ofensywa radziecka, Niemcy wycofywali się w popłochu. 19 stycznia, w piękny, słoneczny zimowy dzień zakończyła się pięcioletnia okupacja niemiecka, a rozpoczęła się okupacja bolszewicka.

Na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, utworzonym w budynku Szkoły Weterynarii na Grochowie, Bogusław Moszyński dostał się na II rok studiów. Dyplom lekarza otrzymał w Akademii Medycznej w Warszawie 15 grudnia 1950 r. Komisja Przydziału Pracy wydała Mu nakaz pracy na Oddziale Laryngologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Katowicach, gdzie, jak wspominał, dochodził do wszystkiego sam, ciężką pracą. W ciągu dwóch lat uzyskał I stopień specjalizacji z laryngologii i stopień doktora nauk medycznych („Wpływ hałasu na narząd słuchu robotników"). W 1953 r. objął stanowisko asystenta Oddziału Laryngologicznego Szpitala MSW w Warszawie. Równocześnie pracował jako wolontariusz w Klinice Laryngologii Szpitala Dzieciątka Jezus. W 1955 r. otrzymał etat naukowy w Klinice Laryngologii AM w Warszawie. W tym samym roku uzyskał II stopień specjalizacji z laryngologii. W 1966, po kilku latach żmudnych doświadczeń na królikach (uznał, że czynność nerwu twarzowego i jego uszkodzenia są dobrze widoczne u tych ciągle poruszających nosem zwierząt), obronił pracę habilitacyjną pt. „Wpływ dekompresji na stan uszkodzonego nerwu twarzowego" i otrzymał stopień naukowy docenta nauk medycznych. W 1970 r. objął ordynaturę Oddziału Laryngologicznego Szpitala Wolskiego w Warszawie, na etacie docenta Akademii Medycznej, z możliwością kontynuacji pracy naukowej oraz szkolenia studentów. Po kilku latach Oddział Laryngologiczny został przekształcony w Katedrę i Klinikę Otorynolaryngologii II Wydziału Lekarskiego w Warszawie. W 1975 r. został powołany przez ministra zdrowia na stanowisko specjalisty wojewódzkiego, które sprawował przez 20 lat, do przejścia na emeryturę w 1995.

Nieustannie dążył do podnoszenia poziomu operatywy w klinice. Po powrocie z trzymiesięcznego stypendium naukowego w klinikach laryngologicznych w Paryżu i Bordeaux, gdzie szkolony był przez Michelea Portmanna w operacjach mikrochirurgicznych ucha, z polskimi zapaleńcami mechaniki precyzyjnej skonstruował narzędzia do operacji ucha (mikrohaczyki, mikroigiełki itp.). Jako pierwszy w Polsce zaczął wykonywać operacje interpozycji i stapedektomii w otosklerozie. Ze wspomnianym zespołem mechaników precyzyjnych skonstruował tzw. syfon, czyli aparat do odległego mrożenia ciekłym azotem stanów przedrakowych strun głosowych, małych guzków, naczyniaków, polipków. Inną metodą mikrochirurgii, którą zaczął stosować jako jeden z pierwszych w Polsce, było chirurgiczne leczenie samoistnych i pourazowych porażeń nerwu twarzowego. Zajmował się także, razem z pracującymi w klinice asystentami, zamykaniem ubytków błon bębenkowych różnymi metodami. Przywracał dzieciom słuch w wadach wrodzonych, precyzyjnie odtwarzając przewód słuchowy zewnętrzny i ucho środkowe.

12 lipca 1982 r. Rada Państwa nadała Mu tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego, a 17 kwietnia 1990 prezydent RP przyznał tytuł naukowy profesora zwyczajnego nauk medycznych.

Fotografie: archiwum rodzinne

W okresie pracy zawodowej otrzymał wiele odznaczeń i nagród: Złoty Krzyż Zasługi – w 1975 r., Warszawski Krzyż Powstańczy – w 1985, Krzyż Armii Krajowej – w 1994.

W latach 1977–1981 pełnił funkcję prodziekana II Wydziału Lekarskiego. Był wymagającym nauczycielem, wysoko stawiał nam poprzeczkę, ale taki sam był w stosunku do siebie. Wypromował pięciu doktorantów. Dwie osoby, które szkoliły się u Niego, później uzyskały tytuł profesora – prof. Wanda Stankiewicz i prof. Ewa Osuch-Wójcikiewicz.

W okresie 40-letniej pracy w Akademii Medycznej napisał sam i wspólnie z asystentami 142 prace naukowe, publikowane w piśmiennictwie polskim i zagranicznym. Wydał dwa podręczniki: „Krioterapia w otolaryngologii" (z dr. Krzysztofem Miszką) oraz „Pielęgnowanie w chorobach ucha, nosa, gardła i krtani" (z prof. Ewą Kossowską).

Na emeryturę przeszedł w wieku 70 lat, w 1995 r. Zmarł 19 marca 2015 r. Ostatnie 17 lat mieszkał przy ul. Dzielnej. Spoczywa niedaleko, na Cmentarzu Powązkowskim w Warszawie. ■

Elżbieta Zientalska

Z żalem żegnamy
śp.

Doktora
Kazimierza Brzeskiego

Chirurga

koleżanki i koledzy ze studiów
w latach 1945–1950

Leszek Wojtulewicz (1935–2014)

Leszek Wojtulewicz całe życie związany był z Pruszkowem, gdzie się urodził, skończył Liceum im. Tomasza Zana, a w latach 70. XX w. był organizatorem służby zdrowia i ordynatorem oddziałów wewnętrznych Szpitala Miejskiego.

W latach 1952–1958 studiował w Akademii Medycznej w Warszawie. Został przyjęty bez egzaminu, z maturalnym dyplomem „przodownika nauki i pracy społecznej".

„Ideałem lekarskiej profesji już podczas studiów była dla mnie ordynatura – wspominał. – W Akademii Medycznej, będąc starostą naukowym kursu, mogłem pozostać na uczelni i poświęcić się pracy naukowej. Ale fascynowała mnie praktyczna strona pracy lekarza, niesienie pomocy medycznej ludziom chorym. Dobry lekarz według mnie to lekarz o dużej wiedzy medycznej i dużej umiejętności jej zastosowania".

„Już na początku studiów wezwany zostałem do komitetu uczelnianego partii. Postawiono mi zarzut, że przed wojną rodzice mieli służącą. Doniosła o tym koleżanka szkolna z Pruszkowa, która studia lekarskie ukończyła razem ze mną. Czasy były wtedy ciężkie, okres stalinizmu. Każdy objaw niepoprawności politycznej groził konsekwencjami, z usunięciem z uczelni włącznie. Tak było z moim przyjacielem, który podczas pochodu pozostawił czerwoną szturmówkę w bramie, oraz z moim bratem stryjecznym, który prowadził zabawę studencką. Głównym zarzutem było zbyt przyćmione światło i zbyt zbliżone do siebie pary taneczne. Ja również miałem nieprzyjemności za grę w brydża w Kole Medyków – gra była amerykańska, a USA to wróg. Przyłapała nas asystentka z kliniki dermatologicznej, ubrana w zieloną koszulę i czerwony krawat. Pamiętam zebranie studentów pierwszego roku, z wypełnioną po brzegi aulą Zakładu Patologii, trwające kilka godzin, a poświęcone sądowi nad naszym kolegą, któremu zaginęła legitymacja ZMP. Zmieniło się nieco dopiero po śmierci Stalina, ale reżym pozostał. Przyjęto nawet na studia kilku zrehabilitowanych więźniów politycznych, m.in. starszego kolegę z Pruszkowa, który z wyrokiem śmierci przez pięć lat oczekiwał na jego wykonanie.

Bardzo zdziwiło mnie, gdy na ćwiczeniach z psychiatrii w Tworkach zjawił się uczelniany sekretarz partii i agitował nas, abyśmy wzięli udział w wiecu studenckim na Politechnice Warszawskiej, w związku z wydarzeniami na Węgrzech. Wieczorem był tam tłum studentów. Zajęty był cały dół, schody i wszystkie krużganki. Z trudem znaleźliśmy miejsce. Występowali różni działacze, zapamiętałem Goździka, w długim płaszczu i czarnym kapeluszu z dużym rondem. Był to I sekretarz Komitetu Zakładowego FSO na Żeraniu, który opowiadał o walce zbrojnej Węgrów z wojskiem sowieckim. Po wiecu poszliśmy do kawiarni i tam przeżyliśmy interwencję milicji z użyciem gazów łzawiących, w związku z rozruchami na mieście.

Nasz kurs miał swojego »opiekuna« z UB. Często przychodził i rozmawiał ze studentami, pokazywał nawet swój pistolet. Podobno zaliczał kolokwia, kładąc pistolet na biurku egzaminatora. Zniknął po śmierci Stalina, pewnie zmienili go na innego. A ilu ich było wśród studentów, nie wiadomo.

Ale my, młodzi ludzie, pełni radości z powodu zostania studentami, chodziliśmy na dancingi, do kawiarni, urządzaliśmy popijawy po zdanych kolokwiach lub egzaminach, wyjeżdżaliśmy z dziewczynami na wycieczki. Chcieliśmy żyć pełnią życia. Czy to źle, czy dobrze? Czy może trzeba było żyć martyrologią? Wiedziałem o Katyniu, zbrodniach UB, tragedii narodu polskiego. To wyniosłem z domu rodzinnego. Takie to wtedy były czasy.

Na naszym roku pobrało się kilka par. W mojej grupie była Basia, mówiono, że najładniejsza na kursie. Sympatia szybko przerodziła się w miłość, która trwa już przeszło sześćdziesiąt lat. Pobraliśmy się pod koniec studiów, w 1958 r.".

Gdy rozpoczynał studia, Jego nauczycielami byli profesorowie przedwojenni, po stażach na wydziałach lekarskich krajowych i zagranicznych, z dużym dorobkiem naukowym. Dziekanem był prof. Marcin Kacprzak, lekarz higienista, jeden z pionierów medycyny społecznej w Polsce, a rektorem prof. Franciszek Czubalski, lekarz fizjolog.

„Studenci zgłaszali się na egzamin w granatowych garniturach i niebieskich koszulach, studentki w granatowych spódnicach i białych bluzkach. Zwyczajem, może śmiesznym, było przypalanie profesorowi papierosa zapałką. Przez wiele dni trenowaliśmy wyciąganie zapalonej już zapałki z górnej kieszonki marynarki. Profesora bardzo bawił ten zwyczaj i z uśmiechem, ostentacyjnie wyciągał papierosa".

„Prof. Witolda Sylwanowicza, anatoma, pamiętam jako starszego pana z siwiejącą bródką, nienagannie ubranego w biały, świeżo wyprasowany, wysoki czepek i fartuch. Nie tolerował malowania paznokci przez studentki i swój personel. Zwalczał palenie papierosów na terenie uczelni. Mój przyjaciel, przyłapany na paleniu, dostał naganę z wpisaniem do indeksu".

Prof. Juliana Walawskiego, patologa, „studenci unikali, gdyż oceniał surowo. Na egzamin wchodziły po trzy osoby, każda dostawała trzy pytania. Po zakończeniu odpowiedzi podaliśmy indeksy. Profesor po wpisaniu stopni rzucił nam je pod drzwi wejściowe. Zdaliśmy".

„Egzamin u prof. Adama Czyżewicza, twórcy polskiej szkoły ginekologii i położnictwa, utkwił mi na zawsze w pamięci. Najpierw było badanie manualne. Stwierdziłem jakiś guzowaty opór, nie bardzo wiedząc, co to jest. Profesor tylko się uśmiechnął i egzamin zdałem w sesji poprawkowej. Wiedziałem, że kariery jako ginekolog to ja nie zrobię. Chyba mam za krótkie palce".

„Dobrze pamiętam demonstracje przypadków chorobowych odbywające się w Klinice Dermatologicznej przy Koszykowej, którą kierowała prof. Stefania Jabłońska. Chorzy przyprowadzani byli nago, z zasłoniętymi tylko twarzami, a ponieważ dominowała wówczas kiła, czyli syfilis, objawy pierwotne występowały przeważnie na narządach płciowych. Profesor demonstrowała je z dużą gracją. Demonstracje cieszyły się powodzeniem również wśród studentów uniwersytetu i politechniki, a sala wykładowa pękała w szwach".

„Większość moich profesorów miała już osiągnięcia przed wojną, znaczący udział w organizowaniu ochrony zdrowia i szkolnictwa medycznego. Część z narażeniem życia organizowała tajne szkolnictwo medyczne podczas okupacji niemieckiej. Zaraz po wojnie włączali się do odbudowywania zniszczonych struktur medycznych. Uczyli nas nie tylko medycyny, ale także etyki, moralności, deontologii lekarskiej".

„Przez pięć lat odbywały się zajęcia przysposobienia wojskowego. W zielonych kombinezonach, śpiewając wojskowe piosenki, nie zawsze przyzwoite, maszerowaliśmy ulicami na pobliskie Pole Mokotowskie. Pewnego razu na ćwiczeniach z ostrego strzelania na strzelnicy było dużo błota. Żeby nie zabłocić z trudem zdobytych na ciuchach spodni, wysunąłem się do przodu, mając ucho na wysokości pepeszy kolegi. Kiedy on wystrzelił dość długą serię, zupełnie ogłuchłem. Uszkodzenie funkcji słyszenia wysokich tonów pozostało do dzisiaj. Obawiałem się, że będzie to miało wpływ na osłuchiwanie chorych przez słuchawkę, która wtedy była podstawowym narzędziem pracy lekarza. Na szczęście tak się nie stało (...) Pod koniec studiów mieliśmy miesięczny obóz wojskowy w Celestynowie, po którym zostaliśmy nominowani do stopnia podchorążego. Podczas obozu, w czasie pozorowanego ataku na pobliską wioskę, na widok naszej tyraliery chłopi uciekli do lasu, myśląc, że to nowa wojna. Dziewczęta też miały zajęcia z przysposobienia wojskowego, traktowane były jednak ulgowo.

Życie studenckie toczyło się wtedy w Domu Medyka przy ul. Oczki. Tam odbywały się dozwolone imprezy, działał chór, zespół taneczny, grano w zakazanego brydża, uczono się, była też stołówka.

Po trzecim roku studiów zajęcia były już w klinikach. W ginekologii kładziono duży nacisk na położnictwo. Wszyscy musieli odbyć tygodniowe zajęcia z położnictwa stacjonarnie, w warszawskich szpitalach.

W czasie wakacji organizowano wyjazdy na wieś, na żniwa lub wykopki ziemniaków.

Po trzecim roku studiów mieliśmy staże w szpitalach miejskich na terenie całego kraju. My z Basią w Pruszkowie. Na oddziale chirurgicznym zapoznawaliśmy się z pracą na sali operacyjnej, dając nawet narkozę pod kontrolą operującego chirurga. Przez maskę zatykającą usta i nos podawano eter. Słyszałem często od chirurga: dolej mu więcej, bo mi nie wiotczeje. Nie było wtedy wykształconych anestezjologów, narkozę podawali chirurdzy.

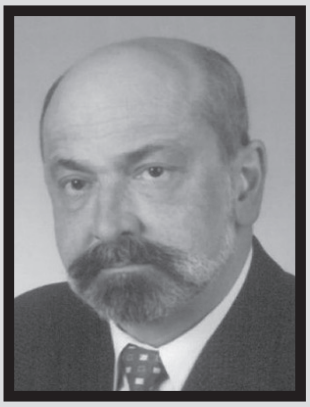
Po zakończeniu studiów i zdaniu wszystkich egzaminów mieliśmy roczny staż w szpitalu, po trzy miesiące na podstawowych oddziałach: internie, chirurgii, ginekologii i pediatrii. Dopiero po tym uzyskiwaliśmy status absolwenta Akademii Medycznej i dyplom lekarza. Dalej nasze drogi zawodowe się rozchodziły. Postanowiłem się poświęcić internie, którą uważałem za królową nauk medycznych".

W 1969 r. Leszek Wojtulewicz uzyskał II stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. W 1975 obronił pracę doktorską. W 1978 r., gdy Oddział Wewnętrzny warszawskiego Szpitala przy ul. Kasprzaka znalazł się w strukturach ZOZ-u z Pruszkowa, został jego ordynatorem, a w 1987, po specjalizacji w kardiologii, ordynatorem Ośrodka Intensywnej Terapii Kardiologicznej tegoż szpitala. Od 1994 do 2000 r. – ordynator Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej Instytutu Kardiologii w Konstancinie. Był wychowawcą pokoleń początkujących lekarzy, którzy pod Jego opieką robili specjalizacje i doktoraty.

Zrealizował swoje marzenia. ■

Oprac. **Ewa Dobrowolska**

Cytaty pochodzą ze wspomnień dr. L. Wojtulewicza (w arch. red.)



Jarosław Sendrowicz (1951–2014)

Na początku kwietnia 2014 r. zmarł, po krótkiej chorobie, dr Jarosław Sendrowicz – wieloletni ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych w wyszkowskim szpitalu.

Urodził się w Warszawie, tam też ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej. Pierwsze zawodowe kroki stawiał w Wojewódzkim Szpitalu w Ciechanowie (1976–1981), potem objął stanowisko kierownika Gminnego Ośrodka Zdrowia w Siemiątkowie (1981–1988), a od końca lat 80. prowadził Oddział Chorób Wewnętrznych. W tym okresie uzyskał specjalizację I i II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Przez rok (1989–1990) sprawował funkcję zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej w wyszkowskim szpitalu.

Dla pacjentów i współpracowników był przede wszystkim cenionym lekarzem. Z zaangażowaniem wykorzystywał swoją wielką wiedzę i doświadczenie. W pracy przywiązywał dużą wagę do szczegółów, swoje zadania wykonywał bardzo sumiennie, zawsze jednak znajdował czas na rozmowę z pacjentami, nie tylko o leczeniu. Miał bardzo szeroką wiedzę ogólną, Jego zainteresowania wykraczały daleko poza medycynę. Interesował się m.in.: literaturą, historią, sportem, motoryzacją. Był opanowany i konsekwentny, a przy tym otwarty na zmiany, wyzwania i nowe możliwości rozwoju zawodowego. Był ambitny, ale niekonfliktowy. Lubił swoją pracę i był lubiany.

Doktor Sendrowicz był też koordynatorem lekarzy stażystów. Dzięki Jego wiedzy zawodowej i mądrości życiowej wielu lekarzy uzyskało specjalizację. Dla współpracowników był wymagającym, ale opanowanym szefem. Cieszył się ich szacunkiem i sympatią. Za swoje zasługi i postawę został uhonorowany m.in. odznaczeniem ministra zdrowia „Za zasługi w ochronie zdrowia".

Prywatnie był wspaniałym dziadkiem, ojcem, mężem i bratem. Chętnie dzielił się wiedzą i doświadczeniem życiowym, ale nikomu nie narzucał swojego zdania. Jak mało kto umiał słuchać i rozmawiać. Swoją rodzinę obdarzał zaufaniem, szacunkiem i wielką miłością. Synów i córkę wspierał na każdym etapie ich życia. Ale nigdy nie odbierał im prawa do samodzielnego podejmowania decyzji. Był wyrozumiały i dobrze wiedział, że popełnianie błędów jest ludzkie. Odszedł o wiele za wcześnie, zostawiając nas wszystkich w nieutulonym żalu. Do ostatniej chwili pełnił funkcję ordynatora, pomógł tak wielu, ale sobie nie zdołał... ■

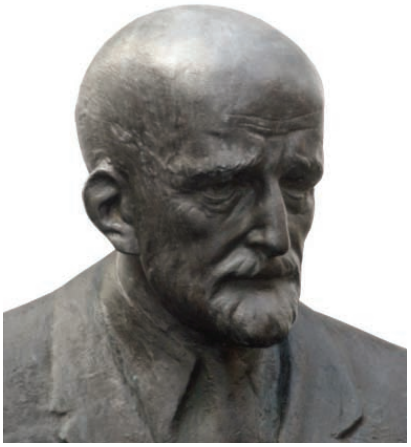
Bartłomiej Sendrowicz

Z głębokim żalem żegnamy

Doktora
Aleksandra Klimowicza

wspaniałego Człowieka, Lekarza i Kolegę,
wieloletniego Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej wraz z zespołem
zastępców i pracownikami kancelarii



Prezent urodzinowy

Przeczytałem wywiad z wybitnym powojennym neurologiem prof. Ireną Hausmanową-Petrusewicz, zamieszczony w „Tygodniku Powszechnym”* w 2011 r. Profesor znała osobiście Janusza Korczaka. Wspomina, jak po przeczytaniu jego książki „Sława” zapytała doktora, jak zostać sławną? Korczak odpowiedział: „*Weź miotłę i pomóż dozorcy zamieść podwórko*”. Młodziutka wtedy Irena czuła się głęboko urażona tą poradą.

Janusz Korczak nie przewidział, jakie okoliczności przyniosą mu sławę i powszechny szacunek. Dobrowolna śmierć w obozie koncentracyjnym razem z dziećmi z warszawskiego getta, którymi się opiekował, zwróciła także uwagę na jego twórczość literacką i działalność zawodową. Wywiad z ostatnią znającą osobiście Korczaka osobą stał się przyczynkiem do napisania tego artykułu.

W 1981 r. pracowałem w Niemczech, w Klinice Neurochirurgicznej w Giessen. Spotkałem tam człowieka, który swoje zawodowe życie poświęcił opracowaniu biografii Janusza Korczaka. Był nim prof. Erich Dauzenroth, pedagog i filozof, prorektor Uniwersytetu w Giessen w latach 80. ubiegłego stulecia.

Pod koniec listopada 1981 r. otrzymałem zawiadomienie z Konsulatu Republiki Federalnej Niemiec, że mogę zgłosić się po wizę upoważniającą do pracy w charakterze pracownika naukowego w Centrum Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytetu im. Justusa Liebiga w Giessen. Wkrótce okazało się, że był to najbardziej wyjątkowy prezent urodzinowy, jaki w życiu otrzymałem. Pracę rozpocząłem 1 grudnia 1981 r. Dwa tygodnie później dowiedziałem się o wprowadzeniu stanu wojennego w Polsce, przeżyłem szok. W telewizji pokazywano czołgi i żołnierzy na ulicach miast, opustoszałe stacje kolejowe. Prasa donosiła o kilku tysiącach internowanych opozycjonistów i działaczy.

W Niemczech rozpoczyna się ogromna akcja pomocy dla ludności w Polsce. Uczestniczą w niej nie tylko instytucje charytatywne. Kilkusettysięczna rzesza Polaków, posiadających status tzw. późnych przesiedleńców ze Śląska i Mazur, organizuje akcje pomocy dla swoich rodzin mieszkających w Polsce. Powstaje sieć przewoźników. W wyznaczone miejsca miasta podjeżdżali samochodami ciężarowymi, do których ludzie oddawali paczki. Zwykle miejsca postoju były zlokalizowane przy kampusach dla przesiedleńców czekających na mieszkania i pracę.

Postanowiłem włączyć się do akcji zbierania darów dla niepełnosprawnych dzieci. Pomogła mi N. Kluga, dyrektor szkoły w małej miejscowości pod Giessen, żona ordynatora Kliniki Neurochirurgicznej. Uczniowie zebrali kilkaset kilogramów darów. Nie byłem w stanie pokryć wszystkich kosztów transportu, ale jeden z kolegów poradził mi, abym zwrócił się z tym problemem do prof. Ericha Dauzenrotha z Instytutu Pedagogiki. Często jeździł do Polski, ponieważ współpracował z uniwersytetami w Warszawie i Łodzi. Profesor organizował pomoc materialną dla zakładów dziecięcych, które znajdowały się pod opieką Towarzystwa Korczakowskiego w Polsce. Urodził się w Niemczech, w Fuldzie, w 1931 r. Nauczył się języka polskiego, ponieważ fascynowała go twórczość Janusza Korczaka, Polaka żydowskiego pochodzenia. Korczak, lekarz z wykształcenia, pedagog, wychowawca i opiekun osieroconych dzieci, był wyjątkowym człowiekiem, należał też do wyjątkowych pisarzy. Prof. Dauzenroth postanowił zatem zgłębić nie tylko jego twórczość w ojczystym języku, ale także osobowość tej tragicznej postaci. Profesor zgodził się dołączyć kilkusetkilogramowy zbiór darów do własnych transportów. Adresatem był Zakład Pomocy Społecznej w Mocarzewie (w powiecie płockim) dla niepełnosprawnych dzieci. Prowadziły go siostry zakonne; przebywała tam moja córka Ania.

Po udanej akcji zostałem zaproszony na kolację do domu państwa Dauzenrothów. Poznałem żonę profesora Johannę oraz jego kolegę po fachu, który pomagał w dostarczeniu darów do Polski, Adolfa Hampla. Od tamtego czasu moje zainteresowanie Towarzystwem Korczakowskim wzrosło. Jeśli czas mi pozwalał, uczestniczyłem w jego interesujących spotkaniach. W latach 1986–1989 prof. Erich Dauzenroth pełnił funkcję wiceprezydenta uniwersytetu. Po przejściu na emeryturę w 1996 r. poświęcił się bez reszty sprawie polsko-niemieckiego pojednania. Zmarł niespodziewanie w 2004. Z jego inicjatywy Dom Wydawniczy Gütersloh wydał w języku niemieckim wszystkie dzieła Janusza Korczaka, nadano także jednej ze szkół podstawowych w Giessen jego imię. Była pierwszą szkołą w Niemczech, której patronem został Korczak. Obecnie jest ich już kilkadziesiąt. Dauzenroth był autorem dwóch książek o Januszu Korczaku. Jedna ukazała się w języku polskim: „Janusz Korczak. Życie dla dzieci”, Wydawnictwo WAM – Księża Jezuici, Kraków 2012, druga, w języku niemieckim: „Janusz Korczak. Erfahrungen und Begegnungen” (w wolnym tłumaczeniu „Janusz Korczak. Doświadczenia i spotkania”), wydana przez Michaela Kirschnera, KAROI-Verlag 2006, już po śmierci prof. E. Dauzenrotha.

W 1977 r. prof. E. Dauzenroth razem z prof. Adolfem Hamplem założył Centralny Ośrodek Badań Korczakowskich przy Uniwersytecie w Giessen, był inicjatorem wielu przedsięwzięć poświęconych Korczakowi. W 1972 r. przyznano Januszowi Korczakowi pośmiertnie Pokojową Nagrodę Księgarstwa Niemieckiego, a w 1978 powstało w Warszawie Międzynarodowe Towarzystwo Korczakowskie. Z biograficznych szkiców pisanych przez M. Kirschnera można się dowiedzieć, że prof. Dauzenroth przeszło 100 razy odwiedził Polskę i kilkakrotnie Izrael. Był prawdziwie zaangażowany w sprawę niemiecko-polsko-żydowskiego pojednania. Korczakowskie zbiory archiwalne profesora zostały przekazane do Collegium Polonicum Europejskiego Uniwersytetu Viadrina we Frankfurcie nad Odrą.

* *W pracy jestem szczęśliwa* – wywiad z prof. I. Hausmanową-Petrusewicz przeprowadzony przez P. Dolowy, „Tygodnik Powszechny” nr 49, grudzień 2911. ■

Zbigniew Marian Rap

Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

1 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 marca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 457.

Ustawa z 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej, która weszła w życie 1 stycznia 2015 r., wprowadza zmiany m.in. w ustawie – Kodeks pracy w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Wstępnym badaniom lekarskim podlegają:

– osoby przyjmowane do pracy,

– pracownicy młodociani przenoszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przenoszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

Wstępnym badaniom lekarskim nie podlegają osoby:

– **przyjmowane ponownie do pracy u tego samego pracodawcy na to samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy z tym pracodawcą,**

– **przyjmowane do pracy u innego pracodawcy na dane stanowisko w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią pracodawcy aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a pracodawca ten stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na danym stanowisku pracy, z wyłączeniem osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.**

Powyższy przepis stosuje się odpowiednio w przypadku przyjmowania do pracy osoby pozostającej jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą.

Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

Wstępne, okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

Lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne korzysta z zaleceń dotyczących postępowania lekarskiego w stosunku do pracowników poddanych określonym narażeniom, upowszechnianych przez instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy, a w odniesieniu do osób zatrudnionych w transporcie kolejowym także przez Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej.

Badania profilaktyczne kończą się orzeczeniem lekarskim stwierdzającym:

1) brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku albo

2) istnienie przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku

– w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

Lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne wydaje orzeczenie lekarskie osobie badanej oraz pracodawcy.

Badanie profilaktyczne przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

Skierowanie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

Skierowanie powinno zawierać:

– określenie rodzaju badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane,

– w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba ta ma być zatrudniona; w takiej sytuacji pracodawca może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowisk pracy, w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu,

– w przypadku pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym pracownik jest zatrudniony,

– opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych, wynikających ze

Fundacja Lekarska
PRO SENIORE
im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

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 komórkowych i stacjonarnych

sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach.

Wzór skierowania na badania lekarskie stanowi załącznik nr 3a do rozporządzenia.

Od orzeczenia lekarskiego kończącego badania profilaktyczne przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie.

Odwołanie przysługuje osobie badanej oraz pracodawcy, który wydał skierowanie na badania lekarskie.

Odwołanie wraz z jego uzasadnieniem wnosi się w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który je wydał, do jednego z podmiotów odwoławczych, którymi są:

– wojewódzkie ośrodki medycyny pracy właściwe ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony pracownik,
– instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy lub Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, jeżeli odwołanie dotyczy orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy,
– Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej, jeżeli odwołanie dotyczy orzeczenia lekarskiego wydanego przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy,
– podmioty lecznicze utworzone i wyznaczone przez ministra obrony narodowej.

Lekarz, za pośrednictwem którego jest składane odwołanie, w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania, przekazuje je wraz z dokumentacją stanowiącą podstawę wydanego orzeczenia lekarskiego do właściwego podmiotu, o którym mowa wyżej.

Badania w trybie odwołania właściwy podmiot przeprowadza w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwołania jest ostateczne.

Kontrola badań profilaktycznych polega na ocenie prawidłowości trybu, zakresu i częstotliwości tych badań oraz wydawania i dokumentowania orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w kodeksie pracy.

Kontrolę badań profilaktycznych wykonuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy, właściwy terytorialnie ze względu na miejsce wykonywania badań, a w przypadku gdy badania wykonuje lekarz zatrudniony w tym ośrodku – instytut badawczy w dziedzinie medycyny pracy.

W przypadku badań profilaktycznych osób zatrudnionych w transporcie kolejowym, przeprowadzanych przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy, kontrolę wykonuje Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej.

Osoby przeprowadzające kontrolę przedstawiają poczynione spostrzeżenia lekarzowi, którego czynności były przedmiotem kontroli, a jeżeli badania profilaktyczne wykonywane były w podmiocie leczniczym – również kierownikowi tego podmiotu, a ocenę i wnioski – kierownikowi jednostki przeprowadzającej kontrolę.

Do celów przewidzianych w art. 92 §1 kodeksu pracy zaświadczenia lekarskie wydawane są w trybie i według wzoru określonych w rozporządzeniu ministra pracy i polityki socjalnej z 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (DzU z 2013 r., poz. 229).

Postępowania w sprawie wydania orzeczenia lekarskiego w formie zaświadczenia wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przeprowadza się na podstawie dotychczasowych przepisów.

Orzeczenia lekarskie wydane w formie zaświadczeń przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

1 kwietnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 464, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 10 marca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

1 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 23 marca 2015 r. w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, stosowanego dla funkcjonariuszy celnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 424.

17 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 477.

Produkt leczniczy z grupy ATC G03A – hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności „OTC", wydaje się osobie, która ukończyła 15. rok życia.

20 kwietnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 546, obwieszczenie ministra zdrowia z 2 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych do przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej.

28 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane w celach medycznych oraz stosowane do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 571.

Zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (DzU z 2012 r., poz. 124 ze zm.), preparaty zawierające środki odurzające grup I-N, II-N i III-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, które zostały dopuszczone do obrotu jako produkty lecznicze na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego, może posiadać, w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, zakład opieki zdrowotnej niemający apteki szpitalnej, zakład leczniczy dla zwierząt oraz lekarz, lekarz dentysta lub lekarz weterynarii, prowadzący praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów.

Oprócz podmiotów wymienionych w art. 42 ust. 1 ustawy, do podmiotów, których działalność wymaga posiadania i stosowania preparatów w celach medycznych, po uzyskaniu zgody inspektora, należą:

– armatorzy lub reprezentujący ich kapitanowie morskich statków handlowych, z wyjątkiem statków uprawiających wyłącznie żeglugę portową, przybrzeżną i na wodach osłoniętych, oraz armatorzy lub reprezentujący ich kapitanowie morskich statków używanych tylko do celów naukowo-badawczych,

– przewoźnicy lotniczy,
– izby wytrzeźwień oraz placówki utworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego w celu wykonywania zadań izby wytrzeźwień lub placówki, którym jednostka samorządu terytorialnego zleciła wykonywanie zadań izby wytrzeźwień.

29 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 3 kwietnia 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych, badań lekarskich i psychologicznych oraz oceny zdolności fizycznej i psychicznej osób ubiegających się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 522.

Wymagania zdrowotne, fizyczne i psychiczne, jakie powinny spełniać osoby ubiegające się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Lekarz uprawniony wykonuje badanie lekarskie osoby ubiegającej się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności w celu sprawdzenia spełniania przez nią wymagań zdrowotnych, fizycznych i psychicznych oraz orzeka o zdolności fizycznej i psychicznej do uzyskania albo zachowania ważności świadectwa maszynisty.

Lekarz przeprowadza badanie samodzielnie, uwzględniając wyniki badań specjalistycznych i pomocniczych oraz ocenę psychologicznej przydatności zawodowej dokonaną przez psychologa.

Lekarz na podstawie przeprowadzonego ogólnego badania lekarskiego, a także wyników badań, wydaje orzeczenie lekarskie, w którym określa termin badania okresowego.

Osoba ubiegająca się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności lub przewoźnik kolejowy albo zarządca infrastruktury kolejowej, który wydał skierowanie na badania w podmiocie uprawnionym, niezgadzający się z treścią wydanego orzeczenia lekarskiego, może wystąpić, w ciągu 7 dni od dnia wydania orzeczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza uprawnionego, który je wydał, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania w tym podmiocie uprawnionym.

Ponowne badanie powinno być przeprowadzone nie później niż po upływie 21 dni od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie lekarskie wydane w tym trybie jest ostateczne.

Wzór orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność fizyczną i psychiczną osób ubiegających się o świadectwo maszynisty określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Wzór orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność fizyczną i psychiczną osób ubiegających się o zachowanie ważności świadectwa maszynisty określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

Orzeczenia lekarskie stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych, fizycznych i psychicznych, niezbędnych do uzyskania świadectwa maszynisty albo zachowania jego ważności, wydane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

29 kwietnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 584, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

29 kwietnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 581, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1 maja 2015 r. weszło w życie zarządzenie nr 22 prezesa Rady Ministrów z 9 kwietnia 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Biuru Rzecznika Praw Pacjenta, opublikowane w Monitorze Polskim z 2015 r., poz. 355.

W skład biura wchodzą następujące komórki organizacyjne:
– Wydział do spraw Zdrowia Psychicznego,
– Wydział Prawny,
– Wydział Interwencyjno-Poradniczy,
– Wydział Prezydialny,
– Wydział Dialogu Społecznego i Komunikacji,
– Wydział Finansowy,
– Wydział Spraw Osobowych i Wynagrodzeń,
– Wydział Klasyfikacji Wniosków,
– Wieloosobowe Stanowisko Pracy do spraw Badań Statystycznych, Analiz Strategicznych i Ochrony Danych Osobowych,
– Wieloosobowe Stanowisko Pracy do spraw Informatyzacji.

4 maja 2015 r. został opublikowany w DzU z 2015 r., poz. 602, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 21 kwietnia 2015 r. sygn. akt U 8/14.

Trybunał orzekł, że następujące przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (DzU z 2014 r., poz. 599), określające ograniczenia praw i wolności, są niezgodne z konstytucją:
– §10 ust. 4 stanowiący, że w zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia stosuje się przepisy regulaminu organizacyjno-porządkowego tego zakładu,
– §1 pkt. 3 załącznika nr 6 do rozporządzenia stanowiący, że przy przyjęciu do zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia osoba, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający, jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób, oraz
– §2 ust. 1 pkt. 5 załącznika nr 6 do rozporządzenia w zakresie, w jakim przyznaje kierownikowi zakładu psychiatrycznego kompetencję do określania godzin prowadzenia przez pacjentów niekontrolowanych rozmów telefonicznych.

6 maja 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 618, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej.

11 maja 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 636, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 13 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

15 maja 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 maja 2015 r. w sprawie wzorów zaświadczeń lekarskich, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 674.

Zgodnie z art. 39 ustawy z 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (DzU nr 98, poz. 602), obowiązek korzystania z pasów bezpieczeństwa nie dotyczy:

– osoby mającej zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pasów bezpieczeństwa,
– mającego zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do przewożenia dziecka w foteliku bezpieczeństwa lub innym urządzeniu przytrzymującym dla dzieci.

Zaświadczenia lekarskie, o których mowa wyżej, zawierają:

– imię i nazwisko,
– numer ewidencyjny PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które wydało ten dokument,
– okres ważności,
– znak graficzny zgodny ze wzorem określonym w art. 5 dyrektywy nr 91/671/EWG.

Rozporządzenie określa:

– wzór zaświadczenia lekarskiego o przeciwwskazaniu do używania pasów bezpieczeństwa,
– wzór zaświadczenia lekarskiego o przeciwwskazaniu do przewożenia dziecka w foteliku bezpieczeństwa lub innym urządzeniu przytrzymującym dla dzieci.

13 maja 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 651, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 17 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o izbach lekarskich.

18 maja 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 683, obwieszczenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych.

4 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 698.

9 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 11 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu, trybu i częstotliwości przeprowadzania okresowych profilaktycznych badań lekarskich oraz okresowej oceny sprawności fizycznej strażaka Państwowej Straży Pożarnej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 720.

Do oceny sprawności fizycznej przystępuje strażak, który posiada aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku służbowym.

Strażak, który w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia posiada aktualne zaświadczenie lekarskie wydane na podstawie dotychczasowych przepisów, może przystąpić do oceny sprawności fizycznej.

6 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 707.

Rozporządzenie wprowadza zmiany w wykazie następujących świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji:

– przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca,
– kardiologiczne zabiegi interwencyjne u pacjentów do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających,
– mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami.

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

REDAKCJA: 00-070 Warszawa, ul. Kozia 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: Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu OIL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiewicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepły, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

PUBLICYŚCI: Anetta Chęcińska, Małgorzata Kukowska-Skarbek

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. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

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

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

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

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357; *recepcja:* 22-542-83-48
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

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. 22-542-83-40

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. 22-542-83-40

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

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

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

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

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

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

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

Radca Prawny mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło
tel. 22-542-83-28
prac. biura: 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 Kiwatyniec; 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: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy
i Lekarzy Dentystów – przewodnicząca: Marta Starczewska
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: Renata Sobolewska
tel. 22-542-83-30, 22-542-83-08

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
tel. 22-542-83-30, 22-542-83-08

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

Rzecznik Praw Lekarza Andrzej Kużawczyk
kanc.: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Mediator Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com
kanc.: Małgorzata Rajca; 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
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; odz@oilwaw.org.pl

Marketing i reklama
Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00
e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Zespół ds. Mediów Elektronicznych
Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-53,
monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16)
przewodniczący Julian Wróbel
prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga
tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30
pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

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

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

Ośrodek Badań Klinicznych - Medycyna Kliniczna

powstał w odpowiedzi na dynamiczny rozwój medycyny oraz chęć współtworzenia najnowszych metod leczenia w Polsce.

Zapraszamy do współpracy w zakresie prowadzenia badań klinicznych, lekarzy specjalistów z dziedziny: dermatologii, diabetologii, gastroenterologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, onkologii, ortopedii, pediatrii, pulmonologii, reumatologii, urologii i innych.

Medycyna Kliniczna

Dyrektor
Marzena Waszczak
+48 791 900 055
marzenawaszczak@medycynakliniczna.pl

Kierownik Ośrodka Badań Klinicznych
Marta Jeka
+48 500 403 916
martajeka@medycynakliniczna.pl

Konsultant ds. medycznych
dr hab. n. med. Sławomir Jeka
slawomirjeka@medycynakliniczna.pl

Główny Badacz (PI) w ponad 200 badaniach klinicznych. Wielokrotnie pełniący funkcję Koordynatora Krajowego Badań Klinicznych. Pozytywnie weryfikowany przez niezależne audyty oraz inspekcje, w tym FDA i CEBK.

Lekarzy zainteresowanych współpracą
prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.

Medycyna Kliniczna
Koszykowa 59 lok.7
00- 660 Warszawa

telefon: +48 22 629 13 54
kontakt@medycynakliniczna.pl
www.medycynakliniczna.pl