

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

puls

grudzień 2015/styczeń 2016 nr 12-1

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd
[str. 16]

Marszałek Senatu
Stanisław
Karczewski
mówi
o swoich
planach
[str. 6]

Rozmowa
z nowym
ministrem
zdrowia
Konstantym
Radziwiłłem
[str. 7]

Antybiotyki
[str. 12]

Nie będzie
już umów
o wystawianie
recept na leki
refundowane
[str. 18]

Muzeum Katyńskie
[str. 46]

Elektroniczne
zwolnienia lekarskie
[str. 56]





RENAULT
Passion for life

Nowe Renault TALISMAN Life Energy dCi 110 w programie Renault Business Plan

Oferta specjalna dla Lekarzy i Farmaceutów:

- ❖ rata miesięczna 888 zł netto
- ❖ wpłata własna – 20%
- ❖ okres leasingu: 36 miesięcy
- ❖ całkowity przebieg: 90 tys. km.

Korzyści wynikające ze skorzystania z oferty:

- ❖ Stała niska rata leasingowa
- ❖ Opony zimowe gratis*
- ❖ Gwarantowany samochód zastępczy
- ❖ Przeglądy okresowe
- ❖ Naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne
- ❖ Wymiana części eksploatacyjnych
- ❖ Promocyjne ubezpieczenie: 1% wartości samochodu



Rata Renault Business Plan uwzględnia koszt: assistance, zarządzania i serwisu mechanicznego z limitem 90 tys. km w okresie 36 miesięcy. Stan na dzień 15.10.2015 r. Zdjęcie samochodu prezentowanego może różnić się od oferowanego i zawierać elementy wyposażenia dodatkowego. Niniejsza informacja nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu przepisów art. 66 kodeksu cywilnego.

* Oferta limitowana

Szczegółowe warunki Renault Business Plan oferowanego przez RCI Leasing Polska Sp. z o.o. dostępne u Renault Retail Group Warszawa Sp. z o.o.



STAWIAMY NA WYNIKACH
**DEALER
OF THE YEAR
2014**
AMBASADOR MARKI – JAKOŚĆ

RENAULT RETAIL GROUP WARSZAWA Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 156
02-326 Warszawa
ul. Poznańska 16/18,
05-850 Ożarów Mazowiecki
www.renaultwarszawa.pl

Osoby dedykowane do obsługi oferty

Jacek Zalewski
tel. 22 5 444 441
kom. 695 111 495
jacekzalewski.rrg@dealer.renault.com.pl

Paweł Piotrowski
tel. 22 5 444 221
kom. 695 111 410
pawel.piotrowski.rrg@dealer.renault.com.pl

dialog

CENTRUM TERAPII

Rejestracja: 22 436 83 50

www.psychiatrzy.warszawa.pl

7 dni w tygodniu

7:30 - 22:00

2 placówki w Warszawie:

Stryjeńskich 19

(Ursynów -  Natolin)

i Słomińskiego 19

(Śródmieście -  Dworzec Gdański)

Profesorowie i lekarze specjaliści psychiatry

Certyfikowani psychologowie - psychoterapeuci

Poradnie NZOZ Centrum Terapii DIALOG:

- Pierwszego Kontaktu Psychiatrycznego
- Psychogeriatry i Zaburzeń Pamięci
- Leczenia Psychoz
- Zaburzeń Snu
- Nerwic i Lęku
- Depresji
- Psychoonkologii
- Zdrowia Psychicznego w Cięży i Połogu
- Terapii Par i Rodzin



Nr 12/2015 – 1/2016 (248–249)
grudzień 2015 – styczeń 2016

Na okładce:

rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ powiem wprost	3
▶ Gala Charytatywna „Pro Seniore”	4
▶ Otwarte drzwi	6
▶ Mam odwagę...	7
▶ Z prawem wykonywania zawodu...	10
▶ Gorączki nie leczy się antybiotykami	12
▶ Antybiotyki w Polsce	12
▶ ubezpieczenia	16
▶ Recepty lekarskie...	18
▶ Dzień otwarty w OIL	22
▶ Czas na niekomercyjne badania...	24
▶ Neuralgia i neuropatia...	25
▶ Doniesienia naukowe	26
▶ etyka	27
▶ Postępowanie karne...	30
▶ Zalecenia lekarskie	32
▶ Śródkostne implanty...	34
▶ z Mazowsza	36
▶ z Delegatury Radomskiej	39
▶ Delegacja ORL w Kijowie	41
▶ „Nasza” Gruzja	42
▶ składki	43
▶ u nas w samorządzie	44
▶ Muzeum Katyńskie...	46
▶ wspomnienie	49
▶ propozycje kulturalne	53
▶ literatura i życie	54
▶ nowe przepisy prawne	56
▶ ciekawe miejsca	63
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	15
▷ Balicki	15
▷ Jankowski	29
▷ Jankowska	50
▷ Kowal	51
▷ Ciepły	55
▷ Müldner-Nieckowski	55



Money, money...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

W wyborach do parlamentu Polacy zaufali Prawu i Sprawiedliwości, które następnie, jako pierwsze w historii wolnej Polski, mając większość w Sejmie, stworzyło rząd bez pomocy innej partii. W czasie kampanii wyborczej ugrupowanie to złożyło wiele obietnic, których realizacja, zdaniem większości ekspertów, kosztować będzie budżet państwa krocie. Część z nich to obietnice związane z ochroną zdrowia, a te najważniejsze to zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej przez państwo do minimum 6 proc. PKB.

Obietnice wyborcze PiS zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia pokrywają się z wcześniejszymi postulatami Konstantego Radziwiłła, które głosił także jako przedstawiciel władz samorządu lekarskiego.

Słuchając pilnie zapowiedzi nowego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia i zgadzając się z większością z nich, nietrudno zauważyć, że na to potrzeba dodatkowych pieniędzy. Leki dla seniorów, którzy ukończyli 75 lat, za darmo to (w najbardziej oszczędnej wersji) kilkaset milionów złotych rocznie. Przywrócenie stażu podyplomowego po 2017 r. – około 200 mln, zwiększenie liczby studentów medycyny to kolejne miliony potrzebne dla uczelni medycznych. Zniesienie limitów dla chorych onkologicznych zwiększy wydatki płatnika o ogromne kwoty. Realizacja podpisanych przez poprzedniego ministra zdrowia Mariana Zembalę uzgodnień o podwyższeniu wynagrodzeń pielęgniarek oznacza wydatek kilkusetmilionowy i to z „kieszoni” NFZ, co zmniejszy pulę pieniędzy na leczenie chorych, tak jak wydatki na leczenie bez limitu chorych onkologicznych wydłużą czas oczekiwania na terapię innych grup chorych. Obietnica skrócenia kolejek w „dostępie do zdrowia” może zostać zrealizowana albo po znaczącym ograniczeniu koszyka świadczeń gwarantowanych (nie będzie zgody politycznej), albo po istotnym zwiększeniu nakładów finansowych na ochronę zdrowia, czyli znowu będą potrzebne pieniądze!

Realizacja obietnicy wyborczej PiS, powtórzona przez ministra – zwiększenia roli lekarza rodzinnego w systemie, również wymaga pieniędzy, bo nie da się przecież wszystkiego załatwić „przesunięciem środków finansowych”.

Kiedy pracowałam wiele lat temu jako rzecznik prasowy ministra zdrowia, zastanawiałam się, czy nazwa ministerstwa jest adekwatna do tego, co się w nim dzieje. W tym resorcie zdrowie raczej się traci (jeśli ktoś naprawdę chce coś dobrego zrobić), a liczba problemów, z którymi minister codziennie musi walczyć powoduje, że bardziej pasuje nazwa: ministerstwo wojny. Współpraca z trzema ministrami zdrowia nauczyła mnie, że na początku kadencji deklaruje się realizację wielu potrzebnych przedsięwzięć, które później, z różnych powodów, okazują się niewykonalne. Głównym powodem tej niewykonalności są racje polityczne aktualnie rządzących albo brak pieniędzy. Ach, te *money, money...*

W kontekście kosztownych obietnic z kampanii wyborczej niezwiązanych z ochroną zdrowia wydaje się, że bez pieniędzy większość dobrych zamierzeń ministra Radziwiłła trudno będzie zrealizować. Ale odwołam się do słów szefa resortu zacytowanych w tym numerze „Pulsu”: „*Mam odwagę i jestem zdeterminowany, gdybym nie stawiał sobie poprzeczki wysoko w całym swoim życiu, nie byłbym sobą*”.

Może więc się uda! ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

To był dobry rok



Fot. egw

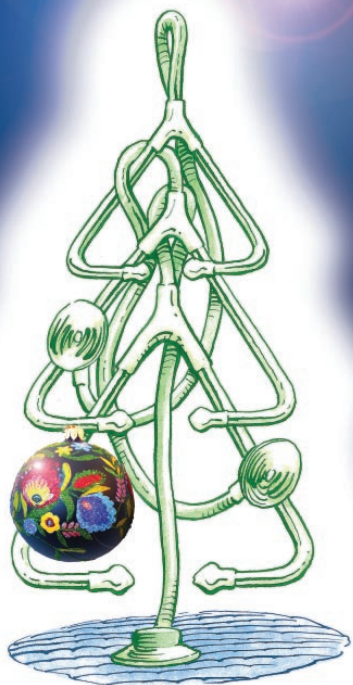
Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

W 2015 r. nasza Izba uzyskała certyfikat zarządzania ISO 9001:2008 i jako pierwsza z izb lekarskich wprowadziła program grupowego ubezpieczenia OC w ramach składki na samorząd. To dwa ważne i zaplanowane przedsięwzięcia. Prace mające na celu zdobycie ISO przyczyniły się do uporządkowania spraw administracyjnych i organizacyjnych, związanych z wykonywaniem zadań na rzecz członków Izby, usprawnienia procedur wewnętrznych, poprawy obsługi lekarzy i lekarzy dentyistów. Finansowanie lekarskiego ubezpieczenia OC w ramach składki to przede wszystkim efektywne wykorzystanie funduszu na rzecz członków samorządu lekarskiego, a także ułatwienie pokonywania procedur ubezpieczeniowych. Założony na tę kadencję program integrowania Izby ze środowiskiem lekarskim przez różnorodne działania (szkoleniowe, pomocowe), wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom członków samorządu lekarskiego i umacniania poczucia jedności naszej grupy zawodowej będziemy kontynuować.

W połowie listopada dr Konstanty Radziwiłł, od lat związany z samorządem lekarskim i aktywnie działający w jego strukturach, został ministrem zdrowia. Jesteśmy dumni, że członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i wiceprezes naszej Rady Lekarskiej objął ten urząd. Życzymy Koledze siły i wytrwałości w pełnieniu odpowiedzialnej służby, zrealizowania planów, bo przecież zadań przed ministrem Radziwiłłem nie ma. 25 postulatów przedstawionych szefowi resortu zdrowia przez Naczelną Radę Lekarską to zbiór zagadnień istotnych dla prawidłowego funkcjonowania i dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia, czy – jak mówi sam minister Radziwiłł – służby zdrowia w Polsce. Oczekujemy m.in. uporządkowania spraw związanych z kształceniem kadr lekarskich, w tym problemu rezydentur, przywrócenia stażu podyplomowego, zminimalizowania procedur administracyjnych w pracy lekarzy, zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i przywrócenia należytej jej rangi. Jesteśmy przekonani, że ministrowi Radziwiłłowi, znającemu i rozumiejącemu wagę tych problemów, nie zabraknie woli do podjęcia skutecznych działań dla rzeczywistej zmiany w polskiej ochronie zdrowia. A w sprawach lokalnych – zwracamy się do ministra zdrowia z prośbą o wyjaśnienie i uporządkowanie kwestii funkcjonowania warszawskiego Domu Lekarza Seniora. Chcemy, aby to miejsce było dobrą, bezpieczną przystanią dla naszych koleżanek i kolegów w jesieni życia. Jako samorząd lekarski czujemy się za nich odpowiedzialni.

Życzę wszystkim lekarzom i lekarzom dentyistom spokojnej pracy, dobrych, oczekiwanych, ale nierewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa naszych pacjentów. Życzę wszystkim członkom OIL w Warszawie, aby nasza Izba była miejscem przyjaznym, pomocnym, integrującym, miejscem każdego lekarza i lekarza dentyisty. Tak widzę naszą rolę w samorządzie i taką misję Izby staramy się realizować.

Życzę Państwu radosnych świąt Bożego Narodzenia, a w nadchodzącym 2016 r. pomyślności w życiu osobistym i zawodowym. ■



Rys. K. Rostecki

Piotr Edward Gołębski

Cisza Wigilijnej Nocy

*W ciszy Nocy Narodzin
Szepczą gwiazdy szczęśliwe*

*Przypominam biblijne przypowieści
Z bursztynowo pożółkłych stronic
Babcinej Ewangelii o rozwianych kartkach*

*W ciszy świętego Spełnienia
Rozkwitają radością rośliny*

*Wnikam od nowa w swą duszę
Dostrzegam ponownie obraz
Potęgi słonecznej mitości Najwyższego*

*W ciszy o północy czasu Zbawiciela
Od dawien dawna podstuchują zwierzęta*

*W przeżywaniu Bożego Majestatu
Odczuwam unoszenie własnej modlitwy
Wypełnia coroczne rozważania nabożne*

*Napływa spokój przedświt
Ćwierkaniem ptaków radosnych*

2015

IX CHARYTATYWNA GAŁA KARNAWAŁOWA PRZYJACIOŁ FUNDACJI OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PRO SENIORE

Poprowadzi
Marcin Żebrowski
Wystąpi
zespół „Drugi Tydzień”

23 stycznia 2016 roku
Double Tree by Hilton
w Warszawie
ul. Skalnicowa 21

cena biletu - 350 zł/os.

DAROWIZNĘ MOŻNA ODPISAĆ OD PRZYCHODU
nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

ODBĘDĄ SIĘ LICYTACJE I LOTERIE FANTOWE

więcej informacji:
tel. 22 542 83 02, 668 398 719
fundacja.proseniore@gmail.com
www.proseniore.pl

Zapraszamy

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
PRO SENIORE
im. Lekarzy Polskich
Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMOŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM



Mazowieckie Forum
Samorządów Zawodów
Zaufania Publicznego



Oferta specjalna dla Lekarzy i Farmaceutów:

LEXUS IS 200t

JUŻ ZA **996 ZŁ** NETTO MIESIĘCZNIE *

Przykładowe wyposażenie wersji **Elegance**
moc silnika 245 KM, przyspieszenie 100 km/h : 7s,
automatyczna skrzynia biegów, tempomat, czujniki parkowania przód/tył



*** "Leasing z Niską Ratą"**

- wersja wyposażenia: Elegance
- pierwsza rata 20% wartości samochodu
- okres leasingu: 3 lata
- całkowity przebieg: 60 tys. km.

Opcja: serwis i zarządzanie

- rata miesięczna: 303 zł netto
- przeglądy okresowe
- naprawy i wymiana części eksploatacyjnych
- opony zimowe
- samochód zastępczy

lexuswarszawa-zeran.pl
tel. (22) 203 70 00

Otwarte drzwi

Z marszałkiem Senatu dr. Stanisławem Karczewskim rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Po wygranych przez Prawo i Sprawiedliwość wyborach jako kandydaci na ministra zdrowia wymieniani byli m.in. politycy tej partii: Bolesław Piecha, Stanisław Karczewski, Tomasz Latos. Ministrem został Konstanty Radziwiłł, a w kierownictwie resortu nie ma żadnego polityka z partii rządzącej. Czy to znaczy, że dla PiS sprawy ochrony zdrowia są mało ważne? Czy nie obawia się pan, że prezentowany w kampanii wyborczej program dotyczący zdrowia nie zostanie zrealizowany?

Konstanty Radziwiłł dał się poznać jako osoba o poglądach zbliżonych z linią Prawa i Sprawiedliwości, m.in. dlatego został ministrem zdrowia. Ma olbrzymią wiedzę, duże doświadczenie, wiele energii i chęci do naprawy polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pozostałymi członkami kierownictwa resortu są osoby z ogromnym doświadczeniem, a fakt, że nie ma wśród nich polityków, nie oznacza, iż sprawy opieki zdrowotnej nie będą priorytetem rządu. Zmiany są potrzebne i oczekiwane, będą więc powoli, ale systematycznie wdrażane.

Czy minister zyska wsparcie ze strony Prawa i Sprawiedliwości? Czy dla niego „są otwarte drzwi”?

Oczywiście. Jestem przekonany, że także jego drzwi, przy Miodowej, są otwarte i będziemy się często spotykać, wspólnie realizować program. A doświadczenie pana doktora – ministra już w tej chwili jest olbrzymie. On doskonale zna potrzeby polskiej służby zdrowia.

W exposé premier zapowiedziała, że NFZ zostanie zlikwidowany i służba zdrowia finansowana będzie z budżetu państwa. Kiedy to nastąpi?

Na pewno nie w następnym roku. Bardzo bym chciał, aby te rozwiązania weszły w życie w roku 2017.

Czy taka zmiana nie oznacza zmniejszenia puli pieniędzy na ochronę zdrowia?

Wprost przeciwnie! Będziemy się starali, żeby pieniędzy było więcej, żeby były prościej przekazywane do tych, którzy je wydają. Donald Tusk już w 2008 r. zapowiadał podniesienie składki zdrowotnej od 2010 r., więc już wtedy było wiadomo, że w systemie brakuje pieniędzy. Przez kolejne lata deficyt się pogłębiał. Mamy pomysł, jak sobie z tym poradzić. Poza tym, co również podkreślały trzy partie koalicyjne, które utworzyły Zjednoczoną Prawicę i pod szyldem Prawa i Sprawiedliwości wystartowały w wyborach, główną ideą programu w zakresie opieki zdrowotnej jest zapewnienie wszystkim obywatelom jednakowych możliwości korzystania z publicznych środków przeznaczonych na służbę zdrowia. Dostęp wszystkich obywateli do publicznej służby zdrowia to zapis konstytucyjny. System składkowy dużej grupie osób tego nie gwarantuje.

Jakie jest pana zdanie na temat przywrócenia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów? Czy jest realne w kontekście wprowadzonych kilka lat temu zmian w systemie kształcenia na uczelniach medycznych i konieczności dokonania dużych korekt w programie studiów?



Fot. archiwum

Nie ma rzeczy, które byłyby niemożliwe. Można zmiany wprowadzać szybciej, wolniej, ale można i trzeba. Jestem absolutnie zwolennikiem przywrócenia stażu podyplomowego. Wiem, ze swojego doświadczenia, jak wiele można się nauczyć na stażu. Ja trafiłem na świetnych nauczycieli praktyków w dobrym, niewielkim powiatowym szpitalu. Spotkałem pasjonatów medycyny i na internie, i na chirurgii, już na stażu operowałem. To rozwiązanie powinno powrócić.

Czy będą kontynuowane, organizowane przez pana, senackie debaty o zdrowiu? W poprzedniej kadencji były ważnym forum wymiany poglądów wybitnych autorytetów związanych z tym obszarem naszego życia.

Na pewno będę wracał do tych tematów. Już teraz organizuję, wspólnie z dr. Maciejem Hamankiewiczem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, konferencję na temat spadku zaufania społecznego do zawodu lekarza. Gdy rozpoczynałem studia, nasz zawód cieszył się wielkim prestiżem. W tej chwili w sondażach znajduje się na jednym z ostatnich miejsc. Jedyńm krajem, który w tej negatywnej ocenie nas prześciga, jest Rosja. To przykre. Na pewno problem jest złożony.

Wicemarszałek Senatu Stanisław Karczewski przez całą poprzednią kadencję wykonywał zawód lekarza, dyżurując na oddziale chirurgicznym. Czy w tej kadencji marszałek Senatu zamierza dalej pracować jako lekarz?

Zaprzeszanę dyżurowania. Jedyna formuła, jaką rozważam, to niewielki zakres pracy na oddziale, na zasadach wolontariatu. Kocham swój zawód, więc chciałbym go wykonywać, a czy to będzie możliwe – zobaczymy.

Czy znajdzie pan marszałek czas na pisanie do naszego „Pulsu”? Przez wiele lat był pan jego stałym autorem.

Nie wiem, patrz odpowiedź poprzednia! Spróbuję być aktywny i w zakresie pisania, i być może również pracy w szpitalu. ■

Mam odwagę i jestem zdeterminowany

Rozmowa z ministrem zdrowia dr. n. med. Konstantym Radziwiłłem.

Panie ministrze, zgodnie z deklaracjami składanymi przez Prawo i Sprawiedliwość w czasie kampanii wyborczej i pana wcześniejszymi wystąpieniami, zapowiada pan przywrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Czy jest to technicznie możliwe, biorąc pod uwagę, że uczelnie już przygotowały nowe programy nauczania?

Odpowiedź brzmi: tak i to prędko! Planuję szybką, nie-dużą nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, która przywróci staż podyplomowy. Kiedy likwidowano staż, obrońcy jego utrzymania przytaczali takie same argumenty, jakie padają i teraz. Lekarz potrzebuje oprócz studiów także praktyki. Dodatkowo problemem jest to, że student nie ma prawa leczyć, więc nie może nabyć praktyki w sposób naturalny. Większość osób związanych z medycyną uważa, że przywrócenie stażu jest konieczne. Mówią o tym rektorzy i nauczyciele akademicy, samorząd lekarski i młodzi lekarze, a także większość studentów. Trudno więc sobie wyobrazić, żeby zapadła inna decyzja. Na szczęście był długi okres *vacatio legis* zapisany w ustawie i to pozwala stosunkowo bezkonfliktowo powrócić do rozwiązań wcześniejszych. Uważam, że trzeba staż poprawiać, ale jest to po prostu niezbędny.

Są jednak uwarunkowania finansowe. Rocznie na staż około 5 tys. młodych lekarzy i lekarzy dentyistów przeznaczony trzeba blisko 180 mln zł...

Za tym, żeby decyzję podjąć już teraz, przemawia również argument „psychologiczny”. Jeżeli przywrócimy staż szybko, nie spowoduje to konieczności występowania o wzrost nakładów na ten cel z budżetu państwa, tylko będziemy kontynuować rozwiązanie, które było uwzględnione w budżetach poprzednich lat. Oczywiście wydatki na staż trzeba będzie przewidzieć w budżetach państwa na następne lata.

Czy podejmie pan działania umożliwiające lekarzom z I stopniem specjalizacji wejście w system kontraktowania na takich samych zasadach, jakie dotyczą lekarzy specjalistów, np. przez zapewnienie im krótkiej ścieżki do egzaminu specjalizacyjnego?

Odpowiedź wcale nie jest oczywista. Po pierwsze, taka możliwość przez wiele lat już istniała i część lekarzy, którzy teraz są w wieku 50+, z takiej krótkiej ścieżki nie skorzystała i chyba nie chce skorzystać. Poza tym mam poważne wątpliwości, czy dopuszczenie tych lekarzy do egzaminu, który musi być taki sam jak dla innych, będzie rzeczywiście rozwiązaniem ich satysfakcjonującym? W przypadku możliwości zaliczenia ich pracy jako równoważnej stażowi specjalizacyjnemu wątpliwości są mniejsze i takie rozwiązanie da się zaakceptować. Otwarte natomiast pozostaje pytanie, ilu z nich bez specjalnego przygotowania do tego egzaminu jest w stanie go zdać? Odpowiedź wymaga szerszego spojrzenia. Jestem zdania, że filozofia wykonywania zawodów lekarza

i lekarza dentyisty sprowadza się do tego, że są oni obowiązani postępować zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, z nakazami sumienia i robić tylko to, co naprawdę potrafią. We wszystkich sytuacjach, w których lekarz ma świadomość, że zadanie przekracza jego kompetencje, musi odstąpić od wykonania go i poprosić o pomoc bardziej doświadczonego i kompetentnego kolegę, który powinien go zastąpić. To w gruncie rzeczy cytat z Kodeksu Etyki Lekarskiej i myślę, że taka zasada powinna być uwzględniana przy organizowaniu ochrony zdrowia. Niestety, dzisiaj przepisy prawa powodują, że lekarze mogą wykonać jakąś czynność lub świadczenie medyczne często tylko pod warunkiem, że mają określony certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające specjalne uprawnienia.

Może zmienić warunki kontraktowania?

No właśnie, wydaje się, że to bardziej właściwy kierunek. Z jednej strony, byłbym zdecydowanie przeciwny zrównaniu „jedynkowiczów” z lekarzami, którzy mają pełną specjalizację. Trzeba bowiem widzieć sytuację również z perspektywy osób o wyższych kwalifikacjach. Takie zrównanie nie byłoby w porządku w stosunku do nich. Z drugiej strony, doświadczenie i umiejętności „jedynkowiczów”, którzy długo pracują w zawodzie, w swoich specjalnościach, należy docenić. Powinniśmy iść w takim kierunku, by wymagania związane z zawarciem kontraktu nie wychodziły poza uwarunkowania dotyczące jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Jeżeli z tym nie ma problemu, to moim zdaniem wymaganie przez płatnika specjalizacji na poziomie pełnym, czyli dawnej dwójki, jest po prostu nieuzasadnione.

Polska jest krajem, w którym istnieje największa liczba specjalizacji. Czy to dobry kierunek?

Rzeczywiście powoli stajemy się rekordzistami. Niedługo nie będzie położników, pediatrów, internistów czy też chirurgów ogólnych i to jest na pewno duży problem. Myślę, że optymalna liczba specjalizacji to 50–60. Odpowiada ona m.in. liście unijnych specjalizacji, czyli tych, które są w Europie uznawane automatycznie. Jednocześnie myślę, że trzeba także wrócić do idei węższych umiejętności. Istnieje ciągle niezrealizowana delegacja z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty dla ministra zdrowia dotycząca wydania rozporządzenia w tej sprawie. Jest wiele środowisk, które dążą do tego, żeby uzyskać odrębną nazwę lub świadectwo, że posiadają dodatkową wiedzę czy umiejętności medyczne, które nie mieszczą się np. w zakresie specjalizacji. Jeżeli taka dziedzina znajdzie się na liście węższych umiejętności, to moim zdaniem znakomicie można te aspiracje zaspokoić. Wydaje mi się, że brak tej drugiej listy – listy węższych umiejętności, jest jednym z głównych powodów wywierania nacisków przez owe środowiska na kolejnych ministrów zdrowia, żeby tworzyli specjalności w nieraz bardzo

Minister Konstanty Radziwiłł wziął udział w odbywającej się 21 listopada 2015 r. w Watykanie XXX Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Konferencja odbywała się pod hasłem „*The Culture of Salus and Welcome at the Service of Man and the Planet*”. W trakcie spotkania minister zabrał głos w panelu dotyczącym kreowania polityki ochrony zdrowia.

[fragmenty]

Rozmawiając o polityce w obszarze służby zdrowia, w której to człowiek, a nie zysk, jest stawiany na pierwszym miejscu i która zapewnia poszanowanie zasady pierwszeństwa człowieka przed dobrami materialnymi, nie dyskutujemy o abstrakcyjnych ideach. (...)

Należy pamiętać o tym, że powiązania między stanem zdrowia a rozwojem gospodarczym mają złożony i dwukierunkowy charakter: dobrobyt gospodarczy wywiera korzystny wpływ na stan zdrowia, a dobry stan zdrowia sprzyja wzrostowi i rozwojowi gospodarczemu. (...)

W moim kraju, Rzeczypospolitej Polskiej, znaczenie polityki zdrowia publicznego w ostatnim czasie systematycznie wzrasta. Od bieżącego roku mamy ustawę o zdrowiu publicznym, która po raz pierwszy definiuje w polskim prawie koncepcję „zdrowia we wszystkich politykach”. Jej główne cele to: zwiększenie liczby lat zdrowego życia, poprawa jakości życia (jako czynnika wpływającego na stan zdrowia). (...)

System zdrowia publicznego będzie działał za pośrednictwem Narodowego Programu Zdrowia – dokumentu, przyjmowanego co najmniej raz na pięć lat, który określi szczegółową strategię i środki służące jej wdrażaniu. Ramy instytucjonalne polskiego systemu zdrowia publicznego obejmują Radę ds. Zdrowia Publicznego odpowiedzialną za planowanie polityki, nadzór nad nią i jej ocenę. W skład Rady wchodzi m.in. przedstawiciele wszystkich ministrów, samorządów, przedstawiciele zawodów medycznych. (...)

Kiedy mówimy o systemach ochrony zdrowia ukierunkowanych na człowieka, myślimy głównie o roli państwa. Nie powinniśmy jednak zapominać, że stawianie dobra człowieka ponad dążeniem do osiągnięcia zysku powinno stanowić motto nie tylko dla rządów. Musimy pamiętać, że w celu zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i zagwarantowania jej ciągłości konieczne jest zapewnienie racjonalnych cen leków.

W mojej opinii obecne ceny leków często nie odzwierciedlają rzeczywistego kosztu ich opracowania, rejestracji i produkcji. Uważam, że osoby zarządzające firmami farmaceutycznymi powinny brać pod uwagę nie tylko zysk, ale również zdawać sobie sprawę, że ponoszą przynajmniej część odpowiedzialności za zapewnianie pacjentom dostępu do terapii w oparciu o produkowane przez te firmy produkty lecznicze. Jesteśmy przekonani, że istnieje potrzeba kontynuowania i pogłębienia dyskusji na temat zasad wyceny leków przez firmy farmaceutyczne.

Dopiero rozpocząłem pracę na stanowisku polskiego ministra zdrowia, ale moim głównym celem jest zagwarantowanie, aby dobro każdego pacjenta, jak również zdrowie całego społeczeństwa, leżały u podstaw każdego działania i każdej polityki w systemie ochrony zdrowia. Jestem głęboko przekonany, że osiągnięcie tego celu jest możliwe. ■

wybr. egw

Źródło: „Menedżer Zdrowia”

Mam odwagę i jestem zdeterminowany

wąskich dziedzinach, którymi się zajmują. Takie spojrzenie i stworzenie dwóch katalogów: specjalizacji i umiejętności, jest najlepszym kierunkiem.

Porządkowaniu list specjalności i umiejętności powinna towarzyszyć także regulacja, która będzie wprost mówić, że nie można ze względu na brak takiej czy innej specjalności nie dopuszczać lekarza do wykonywania określonych świadczeń. W wielu krajach, jeśli lekarz popełnia błąd, pyta się go, czy ma umiejętności wystarczające, bo robić to, co zrobił. Jeśli ma certyfikat potwierdzający umiejętności, można uznać, że nie podjął się zadania, którego nie potrafi wykonać. Tak jest np. w Niemczech. Wydaje się, że wprowadzenie podobnej zasady jest rozsądne i wówczas nacisk na tworzenie nowych specjalności nie będzie taki silny. Dzisiaj jest związany wprost z warunkami kontraktowania przez NFZ, który do umowy wymaga określonych świadectw i tytułów, ograniczając przez to możliwość kontraktowania.

Reasumując, zagadnienie to znajdzie miejsce wśród pana działań zmierzających do porządkowania systemu?

Zdecydowanie tak.

Kontraktowanie?

Czasu mamy bardzo mało, a zgodnie z ustawą mapy potrzeb zdrowotnych powinny być gotowe do końca I kwartału przyszłego roku. Robimy wszystko, by kontraktowanie odbyło się zgodnie z realnym zapotrzebowaniem, wynikającym z przygotowywanych map potrzeb zdrowotnych. Ich tworzenie jest mocno opóźnione, ale niestety taką sytuację zastałem, obejmując urząd. Można powiedzieć, że dzisiaj jeszcze nie wiemy, czy zdążymy. Wydaje się ponadto, że NFZ nie jest przygotowany do tego wielkiego kontraktowania w połowie przyszłego roku [wieloletniego kontraktowania na podstawie map potrzeb zdrowotnych – przyp. red.]. Najlepszym rozwiązaniem, które niestety ma też swoje wady, będzie zatem odsunięcie tego procesu, czyli aneksowanie umów na rok, aby dać sobie chwilę na uporządkowanie systemu. Decyzja o umożliwieniu aneksowania wszystkich umów do połowy 2017 r. już zapadła.

Czy zamierza pan nowelizować ustawę o konsultantach medycznych? Wzbudzała duże emocje i chyba nie jest najlepsza...

Myślę, że zdecydowanie tak, ale na pewno nie jest to zadanie na pierwsze dni urzędowania. Sądzę, że potrzebna jest dyskusja w środowisku medycznym o roli konsultanta i o tym kto, na jakich zasadach powinien nim być. Dzisiaj konsultanci są po prostu doradcami ministra albo wojewody, a to chyba nie najlepszy pomysł. Potrzebni są konsultanci w pełnym tego słowa znaczeniu, bardziej odizolowani od urzędu czy organu, który ich powołuje. Żeby nie byli urzędnikami, tylko superspecjalistami o ogromnej wiedzy praktycznej i teoretycznej w swojej dziedzinie, służącymi radą ministrowi, ale także swoim środowiskom, np. w trudnych przypadkach. Powinni być również obiektywni i nie poddawać się naciskom. Myślę także, że wymagania ustawy dotyczące ujawniania stanu posiadania, aktywności, podróży itd. są mocno przesadzone.

Kształcenie ustawiczne to duże wyzwanie dla środowiska, ale i dla ustawodawcy.



Fot. M. Jakubiak

Pragnę zrealizować bardzo uzasadniony postulat samorządu lekarskiego dotyczący zbierania tzw. punktów edukacyjnych. Uproszczenie tego systemu przez likwidację wewnętrznych ograniczeń zbierania punktów edukacyjnych za poszczególne rodzaje aktywności wydaje się niezwykle proste i zostanie dokonane jak najszybciej. To kwestia nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobów wypełniania obowiązku doskonalenia zawodowego.

Lekarz właściwie nie ponosi konsekwencji niezbięcia punktów.

Jestem przeciwnikiem wszelkich automatycznie stosowanych konsekwencji nieuczestniczenia w szkoleniach czy niezdobycia punktów przez lekarzy. Oczywiście nie znaczy to, że nie należałoby rozważyć kwestii częstszego „pytania” lekarzy o wywiązywanie się z tego obowiązku, np. w różnych sytuacjach zawodowych lekarz powinien okazać, że zbiera punkty. Dzisiaj ten obowiązek jest bardzo „miętko” egzekwowany, można powiedzieć, że mało kogo obchodzi. Dowodu spełnienia obowiązku ustawicznego kształcenia wymaga się czasem podczas konkursów na ordynatorów lub na inne stanowiska, ale myślę, że można by ustalić, iż jest potrzebny np. do podpisania kontraktu. Również pracodawcy, zwłaszcza w placówkach ze znakiem jakości, powinni oczekiwać ustawicznego kształcenia od zatrudnionych lekarzy i lekarzy dentyistów. Trzeba przyznać, że duża część lekarzy doskonalili się w różny sposób, ale też niestety są tacy, którzy tego nie robią. Prawo ma to do siebie, że zawsze najbardziej musi koncentrować się właśnie na tych, którzy go nie przestrzegają. Dlatego trzeba coś zaproponować, by ich zachęcić do spełniania obowiązku, który jest zupełnie oczywisty, bo wynika z przyrzeczenia lekarskiego, z Kodeksu Etyki Lekarskiej i nie jest niepotrzebnie narzuconym wymogiem.

Lekarze od dawna podkreślają, że powinni mieć zagwarantowany urlop szkoleniowy.

Sądzę, że tak powinno być rzeczywiście. Jednak zwracam uwagę, że są miejsca, szpitale, w których lekarze mają takie

prawo w ramach umowy o zatrudnieniu, a nawet w ramach kontraktu. Pragnę podkreślić, że gdyby był rzeczywiście solidny nacisk środowiska na problem urlopów naukowych, to postulat można by zrealizować nawet na poziomie lokalnym. Zgadzam się jednak, że docelowo takie rozwiązanie powinno znaleźć się w ustawie. Ulgi podatkowe za koszty kształcenia ustawicznego również.

Czy będzie miał pan potrzebną siłę przebicia?

Mówiąc o pomysłach dotyczących kształcenia, mam świadomość, że do przeprowadzenia tak daleko idących zmian potrzeba dużo odwagi i determinacji. Ja tę odwagę i determinację mam, czy uda mi się przekonać Radę Ministrów i parlament, czas pokaże. Jedną ze zmian, którą na razie trudno traktować jak konkretny projekt i którą chciałbym wprowadzić, jest przekazanie przynajmniej części obowiązków w zakresie kształcenia podyplomowego samorządowi lekarskiemu.

Czy wieloletnia działalność w samorządzie lekarskim pomaga panu, czy przeszkadza w pełnieniu funkcji ministra zdrowia?

Widzę przed sobą poprzeczkę ustawioną niezwykle wysoko i wiem, że oczekiwania są ogromne. Jednak gdybym nie stawił sobie poprzeczek wysoko w całym swoim życiu, nie byłbym sobą, więc oczywiście moje doświadczenie w pracy w samorządzie lekarskim jest ogromnym plusem, czymś bardzo dla mnie ważnym. Nie zmieniłem się w dniu, w którym „przeprowadziłem” się na Miodową (bo tu się pracuje prawie całą dobę). Jako działacz samorządu chciałem służyć ojczyźnie, pomagając lekarzom i pacjentom. Samorząd lekarski z mocy konstytucji i ustawy działa przecież w interesie publicznym. Dlatego traktuję swoją pracę w ministerstwie jak kontynuację służby publicznej. ■

Rozmawiała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Z prawem wykonywania pamiętając o prof. Janie Nielubowiczu



Fotografie: Ziółko.pl

**„Prawo wykonywania zawodu lekarza”
i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”
to dla młodych medyków przepustka do lekarskiego
grona i odpowiedzialnej, samodzielnej pracy
z pacjentem. Uroczyste wręczenie dokumentów
odbyło się 7 listopada 2015 r., a w szeregi
członków OIL w Warszawie wstąpiło 469 lekarzy
i 133 lekarzy dentystów.**

Z okazji 100. rocznicy urodzin prof. Jana Nielubowicza (1915–2000) okolicznościowy program poświęcono przypomnieniu postaci patrona OIL w Warszawie. Podczas uroczystości odbyła się projekcja filmu biograficznego o prof. Nielubowiczu, przygotowanego przez Sekcję Historyczną OIL (we współpracy z agencją dziennikarską INFO). Młodzi medycy mieli okazję poznać sylwetkę i dokonania wybitnego chirurga, prekursora polskiej transplantologii. Także podczas sesji wspomnieniowej bardzo serdecznie, z emocjami mówili o Profesorze Jego bliscy – członkowie rodziny, współpracownicy, uczniowie. Przypominali zdarzenia, cytaty, anegdoty, kreśląc wizerunek niezwykle ciekawej postaci – naukowca, lekarza bliskiego pacjentom, humanisty i poligloty, wymagającego i surowego przełożonego, dbającego o swoich uczniów nauczyciela, a przede wszystkim mądrego i obdarzonego poczuciem humoru, odpowiedzialnego za innych człowieka.

– *Ojciec nalegał, żebym w życiu nie tracił czasu – wspominał Wojciech Nielubowicz. – Dlatego zachęcam państwa do podejmowania dobrych zawodowych decyzji w kwestii egzaminów, specjalizacji.*

Prof. Mieczysław Szostek mówił o patriotyzmie Profesora, który wyrażał się przede wszystkim w pracy na rzecz polskiej medycyny, wykorzystywaniu zdobytej w kraju wiedzy.

– *Nie uczył nas faktów, uczył nas myśleć* – prof. Tadeusz Tołłoczko, były rektor Akademii Medycznej w Warszawie (dziś WUM) podkreślał, jak wielką wagę Profesor przykładał do procesu kształcenia.

– *Pytał studentów, czy na pewno chcą być lekarzami* – prof. Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przypominał, że prof. Nielubowicza martwiło, iż wielu młodych wybiera studia medyczne nie z powołania, lecz dla oczekiwanych zarobków.

O spotkaniu z prof. Nielubowiczem podczas stypendium w Kanadzie opowiadał prof. Jacek Szmidt. Wspominał, jak Profesor zaskakiwał kanadyjskich lekarzy i studentów znajomością języków obcych, manierami, ale przede wszystkim wiedzą medyczną.

– *To naprawdę wielka postać. Pamiętajcie o takich osobach* – Konstanty Radziwiłł, senator RP (a od 16.11.2015 minister zdrowia), bez wątpliwości potwierdzał, że choć nie jest chirurgiem, uważa się za ucznia prof. Nielubowicza.

Krzysztof Madej przywołał sprowokowaną przez siebie rozmowę z Profesorem na temat rodzajów szlachectwa: urodzenia, wiedzy, ducha i pieniądza. Od prof. Nielubowicza usłyszał, że „*jest jeszcze jedno: szlachectwo krytycyzmu*”. – *Życzę państwu, abyście mieli szefów ze szlachectwem krytycyzmu* – zwrócił się do młodych lekarzy.

Prof. Jerzy Polański podkreślił, że prof. Nielubowicz potrafił być krytyczny również wobec siebie.

O maksymach umieszczonych w sali konferencyjnej kliniki Profesora: „*Myśl mądrze i czyn dobro*” i „*Godnie znos sukcesy bliźniego*”, przypomniał prof. Sławomir Nazarewski, kierujący Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM. Życzył, by towarzyszyły w pracy młodym lekarzom.

zawodu...

Przesłanie, aby czynić dobro, stało się impulsem do założenia fundacji pomagającej dzieciom przez siostrzeńca Profesora, Macieja Formanowicza.

Prof. Nielubowicz interesował się sprawami odrodzonego samorządu, był orędownikiem izb lekarskich.

– Dla nas, tworzących samorząd, był autorytetem – powiedział Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie. Podsumowując dyskusję, przypomniał słowa Profesora: „Medycyny można się nauczyć, ale lekarzem trzeba się urodzić”. 100 lat temu urodził się wielki lekarz Jan Nielubowicz – dodał.

Po programie okolicznościowym prezes ORL w Warszawie odebrał przyrzeczenia od lekarzy spoza Polski. Sześciu młodym medykom, którzy uzyskali najlepsze wyniki egzaminu końcowego w roku akademickim 2014/2015, wręczono nagrody im. prof. Władysława Szenajcha, a sylwetkę zasłużonego pediatry przypomniła prof. Zofia Rajtar-Leontiew. Wśród wyróżnionych była lekarz dentysta **Klaudia Masłowska**, która powiedziała „Pulsowi”: – Otrzymałam „Prawa wykonywania zawodu” to szczególny moment. Przez pięć lat studiów uczyłam się teorii, ale to staż, który odbyłam w Mazowieckim Centrum Stomatologii, pozwolił na praktyczne przygotowanie do zawodu, nauczyłam się tam bardzo dużo. To najlepsze miejsce, gdzie mogłam trafić, i myślałam, że wykorzystałam ten czas w stu procentach. Chciałabym rozpocząć specjalizację z chirurgii stomatologicznej.

Nagrody im. prof. Władysława Szenajcha otrzymali:

lekarze (za najlepszy wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego w roku akademickim 2014/2015):

- Szymon Mielczarek – 94,85 proc. (najlepszy wynik w Polsce),
- Marek Leszkiewicz – 92,93 proc.,
- Agnieszka Grzyb – 91,4 proc.,

lekarki dentystki (za najlepszy wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego w roku akademickim 2014/2015):

- Klaudia Masłowska – 82,32 proc.,
- Urszula Stelmaszyk – 81,82 proc.,
- Małgorzata Przybysz – 81,12 proc.

Aktem kończącym uroczystość było wręczenie dokumentów PWZ. Prof. Piotr Zaborowski zwrócił się do młodych medyków, aby szanowali swoją niezależność, byli otwarci na to, co ich otacza, kochali pacjentów i szukali mentorów. Przykład prof. Nielubowicza pokazuje, jak jeden człowiek może wiele znaczyć w życiu tak wielu innych osób i nie ze względu na stanowisko, ale to, jaki jest.

– Nie był profesorem za zamkniętymi drzwiami gabinetu, ale kimś, do kogo można było przyjść i porozmawiać. To był człowiek kochający ludzi. Chciałabym mieć takich nauczycieli – powiedziała „Pulsowi” **Joanna Kacik**, rozpoczynająca samodzielną lekarską drogę, przygotowująca się do specjalizacji z pediatrii. Zainteresowana postacią Jana Nielubowicza, uczestniczyła w produkcji filmu. – Mam nadzieję, że przesłanie Profesora trafi do młodych lekarzy, których On szczególnie cenil i widział w nich kontynuatorów swojej pracy. ■

Anetta Chęcińska

W stulecie urodzin prof. Jana Nielubowicza

28 października 2015 r., w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego została odsłonięta tablica poświęcona wybitnemu chirurgowi i pionierowi polskiej transplantologii. W uroczystości udział wzięli przedstawiciele władz uczelni i pracownicy kliniki, byli współpracownicy i uczniowie Profesora. Jego najbliżsi – syn Wojciech Nielubowicz z małżonką, oraz goście. Okręgową Radę Lekarską w Warszawie reprezentował prezes Andrzej Sawoni. Autorem umieszczonej na tablicy płaskorzeźby – wizerunku prof. Jana Nielubowicza, jest Krzysztof Madej, uczeń Profesora. ■ **ach**



Fot. K. Madej

Gorączki nie leczy antybiotykami

Z prof. dr hab. n. med. **Teresą Jackowską**, konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Kiedy antybiotyk jest podany dziecku racjonalnie, a kiedy niepotrzebnie?

S tosowanie antybiotyków u dzieci jest bardzo trudne i często budzi pewne kontrowersje. Pediatrzy i lekarze rodzinni opiekujący się dziećmi muszą mieć świadomość, że większość infekcji u dzieci ma etiologię wirusową, a antybiotyki przeciw wirusom są nieskuteczne. Ale u niektórych pacjentów (zarówno u dzieci, jak i dorosłych) po infekcji wirusowej może dojść do nadkażenia bakteryjnego i wtedy podanie antybiotyku jest konieczne. Dlatego, jeśli lekarz włącza antybiotyk w drugiej lub trzeciej dobie choroby, nie znaczy to, że się pomylił i zbyt późno go ordynuje. Tego mogą wymagać niektóre infekcje wirusowe.

Według polskich, ale także międzynarodowych rekomendacji badania podmiotowe i przedmiotowe w większości przypadków pomagają w rozstrzygnięciu, z jakim rodzajem in-

fekcji mamy do czynienia. Zdarzają się jednak sytuacje, w których to badanie jest niewystarczające. Wtedy lekarze powinni kierować dziecko na badania laboratoryjne, przede wszystkim na „królową wszystkich badań”, czyli morfologię. W szpitalach wykonuje się ją od ręki. Ale także lekarzom przyjmującym ambulatoryjnie należałoby zapewnić szybkie skorzystanie z tego badania. Każda poradnia podpisuje umowę dotyczącą badań laboratoryjnych, jednak według mojej wiedzy nie zawsze jest możliwość ich wykonania i otrzymania wyniku w trybie *cito*. Morfologia pomaga rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z zakażeniem bakteryjnym, czy wirusowym.

Szkoda, że w naszych poradniach nie ma możliwości wykonywania szybkich testów CRP, czyli badania białka ostrej fazy, które jest bardzo pomocne w diagnostyce zakażenia, a odpowiedź uzyskuje się w ciągu 10 minut, czyli podczas jednej wizyty lekarskiej.



Fot. archiwum

Antybiotyki w Polsce

Małgorzata Solecka

P olska, według danych OECD, znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów, które stosują największą ilość antybiotyków. Od co najmniej kilkunastu lat jesteśmy wśród państw, w których antybiotyki są w powszechnym użyciu, są po prostu nadużywane.

Niechlubny ranking otwiera Turcja – ponad 42 dawki dziennie na 1 tys. mieszkańców. Pięć kolejnych krajów (Grecja, Włochy, Francja, Belgia, Luksemburg) notuje wyniki oscylujące wokół 30 dawek, a cztery kraje (Hiszpania, Słowacja, Irlandia i Polska) – poniżej 25 dawek. Polska zamyka tę dziesiątkę ze wskaźnikiem 23,6. Na drugim biegunie są: Chile (poniżej 10), a z krajów europejskich – Holandia (11,4) i Niemcy (14,8).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2015 r. po raz pierwszy zorganizowała Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach (16–22 listopada). Również w Polsce przy tej okazji

odbyły się liczne konferencje, spotkania z dziennikarzami, warsztaty i wykłady adresowane wyłącznie do specjalistów. Przekaz był wspólny: jeśli nie przestaniemy nadużywać antybiotyków, wkrótce zagrożą nam nowe, antybiotykooporne szczepy bakterii, a pacjenci zaczną umierać na „banalne”, dziś dające się wyleczyć choroby. Antybiotykooporność, uodparnianie się drobnoustrojów na antybiotyki, nie jest zjawiskiem nowym. Miał z nią do czynienia już Aleksander Fleming, odkrywca penicyliny. Teraz jednak, przez powszechność stosowania antybiotyków, jest poważnym zagrożeniem.

Podczas konferencji „Lek bezpieczny”, zorganizowanej z okazji Światowego Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach, prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowy ds. pediatrii, tłumaczyła, że w większości przypadków chorób dziecięcych lekarze nie powinni podawać antybiotyków. – *Choć mogą rze-*



Bardzo ważne jest uświadamianie rodzicom, że antybiotyki to ostateczność i lekarze ograniczający je (nienadużywający) w swojej praktyce postępują prawidłowo.

Niejednokrotnie w pierwszej dobie infekcji dziecko gorączkuje, a temperatura sięga nawet 40°. To jednak nie jest powód, aby podać antybiotyk, bowiem nie ma antybiotyku na gorączkę! Jeżeli dziecko pije płyny, nie ma zmian na skórze (wybroczyn), jest aktywne, zje lekki posiłek, a temperatura spada po podaniu leków przeciwgorączkowych (ibuprofenu lub paracetamolu), możemy przyjąć, że nastąpiła infekcja wirusowa.

Kiedy po kilku dniach od zakażenia, w których widoczna była poprawa, dziecko ponownie zagorączkuje, możemy podejrzewać, że doszło do nadkażenia bakteryjnego i wtedy konieczne jest podanie

antybiotyku. W każdym z tych przypadków dziecko nie powinno być leczone „przez telefon”, tylko musi zostać zbadane przez lekarza i to najlepiej tego samego.

czywiście uratować życie dziecka, np. w przypadku sepsy – przyznała prof. Jackowska.

Dzieci często, zwłaszcza w sezonie infekcyjnym, zapadają na zapalenie gardła. Jednak zwykle ma ono podłoże wirusowe (adenowirusy, koronawirusy, rinowirusy i inne). Leczenie takiego zapalenia nie wymaga antybiotyku. Co innego, gdy chorobę wywołują bakterie – wówczas antybiotyk jest wskazany. Lekarz, decydując o zestawie leków, powinien kierować się obrazem klinicznym, zlecić proste badania laboratoryjne lub wykonać szybki test, by odróżnić zakażenie bakteryjne od wirusowego. – *Lekarze muszą stosować antybiotyki świadomie i odpowiedzialnie* – podkreślała prof. Jackowska. Jej zdaniem często przepisują je pod presją rodziców, którym zależy na tym, by dziecko jak najszybciej wyzdrowiało, pozbyło się gorączki i np. mogło wrócić do przedszkola. Takie sytuacje się zdarzają, zresztą bywa, że sami lekarze wypisują receptę na antybiotyki „na wszelki wypadek”, „gdyby gorączka nie ustąpiła”. Tak dzieje się nie tylko – i nawet nie przede wszystkim – w Polsce. Z prezentowanego w roku bieżącym raportu WHO o antybiotykach wynika, że co drugi Europejczyk jest przekonany, iż antybiotyki to skuteczny lek również w przypadku infekcji wirusowych.

– *Antybiotykooporność jest obecnie jednym z najgroźniejszych problemów zdrowotnych. Konsekwencje mogą dotyczyć każdego, w każdym wieku i każdym miejscu na świecie* – mówiła podczas konferencji dr Paulina Miśkiewicz, dyrek-

tor biura krajowego Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce. WHO apeluje – nie tylko przy okazji Światowego Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach – do wszystkich zainteresowanych, czyli lekarzy, pacjentów, ale też weterynarzy i rolników, a może przede wszystkim – osób zarządzających systemami zdrowotnymi – o odpowiedzialne stosowanie antybiotyków. Tylko to może spowolnić proces nabywania przez drobnoustroje oporności na antybiotyki.

– *Lekarze powinni ordynować antybiotyki tylko w sytuacjach, gdy jest to uzasadnione, i tylko takie, które zadziałają na chorobotwórcze drobnoustroje u konkretnego chorego, w odpowiedniej postaci, dawce i przez odpowiedni czas. Konieczne jest stałe monitorowanie zjawiska antybiotkooporności bakterii przez badania mikrobiologiczne* – mówił prezes Urzędu Rejestracji Leków Grzegorz Cessak. Apel do pacjentów, który znalazł się m.in. na ulotkach, mówi o stosowaniu antybiotyków zgodnie z zaleceniami lekarza, nieprzerwywaniu terapii oraz zgłaszaniu działań niepożądanych.

W Polsce zarejestrowanych jest 812 antybiotyków, ale bez recepty można kupić tylko parę antybiotykowych maści. W kilkunastu krajach Europy antybiotyki można nabyć bez recepty, a w pięciu dostępne są bez recepty, przez Internet.

– *Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie o zdrowiu na świecie stwierdziła, że lekooporność drobnoustrojów jest jedną z głównych przyczyn obciążeń i jednocześnie globalnych zagrożeń dla zdrowia publicznego* – przypomniła

Gorączki nie leczy się antybiotykami

▶ Jeżeli natomiast nie ma poprawy po lekach przeciwgorączkowych, dziecko jest apatyczne, ospałe, oddaje mniej moczu, nie chce jeść, powinno natychmiast zostać skierowane do szpitala. Taki stan może stanowić zagrożenie życia. Rodzice też muszą bacznie obserwować chore dziecko i, jeżeli widzą takie objawy, natychmiast zgłosić się do najbliższej nocnej pomocy lekarskiej lub szpitala.

Infekcje górnych dróg oddechowych u dzieci w około 70 proc. mają etiologię wirusową. Nawet gdy dochodzi do zapalenia oskrzeli z objawami obturacji, które w zdecydowanej większości ma etiologię wirusową, nie powinniśmy podawać antybiotyku, tylko leki wziewne, które rozkurczają oskrzela.

Rodzice mają skłonność do myślenia, że włączenie antybiotyku szybciej i skuteczniej zwalczy chorobę. Często nalegają na jego przepisanie...

Antybiotyki to bardzo dobra broń w wielu infekcjach bakteryjnych, ale trzeba stosować je w odpowiedniej dawce, zgodnie z rekomendacjami. Leczenie anginy wywołanej *Streptococcus pyogenes* penicyliną przyczyniło się do wyeliminowania gorączki reumatycznej i jej groźnych powikłań. Jednak niepotrzebne i częste podawanie antybiotyków powoduje obniżenie odporności, osłabienie dziecka i wystąpienie kolejnych infekcji w krótkim czasie.

Bardzo dobrze, że w Polsce wszystkie antybiotyki są na receptę (w niektórych krajach są w wolnej sprzedaży). Uważam, że pewne chemioterapeutyki też powinny być wydawane tylko z przepisu lekarza. Podanie np. furaginy w przypadku podejrzenia zakażenia układu moczowego, bez badania ogólnego i posiewu moczu, bywa nieskuteczne i przynosi więcej szkody niż pożytku. Nadużywanie jej może spowodować wzrost lekooporności bakterii będącej najczęstszą przyczyną zakażenia układu moczowego, czyli *Escherichia coli*. Tym bardziej nie

rozumiem, dlaczego furagina niektórych producentów może być na receptę, a niektórych jest bez recepty.

Mój apel do lekarzy, a przez nich do rodziców: zdarza się, że zostaje nam w opakowaniu kilka tabletek antybiotyku. Można je zachować, ale nie powinniśmy podawać bez zalecenia lekarza. Natomiast przy zapisywaniu zawiesin należy rodzicom dokładnie wytłumaczyć, jak je stosować, jak przygotować proszek do podania leku. Zdarzają się przypadki, że rodzice nie przygotowują dobrze leku, a więc nie podają odpowiedniej dawki, co może powodować brak skuteczności lub narastanie oporności.

Dlaczego szybkie testy CRP nie są u nas zawarte w standardzie diagnostycznym poradni?

Powinny być, tak jak w innych krajach. Skierowanie na morfologię, CRP w normalnym trybie, do laboratorium, przedłuża diagnostykę. Chociaż czasami lepiej poczekać jeden dzień i zaordynować (lub nie) antybiotyk po uzyskaniu wyniku badania. Podam ostatni przykład z mojego oddziału: dziecku w domu podawano antybiotyk, stan się nie poprawiał i po przyjęciu na oddział okazało się, że ma mononukleozę zakaźną, czyli chorobę wirusową. Podanie mu amoksyliny spowodowało ciężką, toksyczną wysypkę. Gdyby lekarz w poradni wykonał morfologię, już na jej podstawie mógłby podejrzewać mononukleozę (niepotrzebne leczenie antybiotykiem, niepotrzebne powikłanie).

Szybkie testy są dostępne, lecz nie cieszą się popularnością ze względu na koszty, które dodatkowo obciążają poradnię. W naszym szpitalu, na SOR pediatrycznym są używane, ale koszty zakupu pokrywa fundacja. ■

**Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii:
prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska,
Szpital Bielański, Klinika Pediatrii
Warszawa, ul. Cegłowska 80, tel.: 22-864-11-67**

Antybiotyki w Polsce

▶ z kolei prof. Waleria Hryniewicz z Narodowego Instytutu Leków, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Już w 2005 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję dotyczącą problemu oporności na antybiotyki i zaleciło racjonalizację stosowania antybiotyków przez ściśle monitorowanie struktury ich zużycia.

Do walki z lekoopornymi bakteriami ruszyła też Unia Europejska. Jej kraje członkowskie mają obowiązek utworzyć międzysektorowe zespoły, których zadaniem będzie opracowanie zasad monitorowania opornych szczepów bakterii (dotyczy to zarówno medycyny, jak i weterynarii).

Ekspertki podkreślają, że między wolumenem spożycia antybiotyków a poziomem zakażeń bakteriami lekoopornymi istnieje związek. W krajach skandynawskich i Holandii, gdzie stosowanie antybiotyków jest najmniejsze w Europie, poziom zakażeń szczepami antybiotykoopornymi jest niski. Na południu kontynentu zaś znacznie wyższy, powszechniejsze jest też przyjmowanie antybiotyków.

Epidemiolodzy i mikrobiolodzy przekonują, że w tej chwili za rozwój antybiotykooporności bakterii odpowiadają zarówno szpitale, jak i inne placówki, również gabinety lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. – *Nieuzasadnione przepisywanie antybiotyków przez lekarzy, nadużywanie przez nich antybiotyków o szerokim spektrum działania,*

podawanie antybiotyków bez wykonania antybiogramów – wyliczała „winy” medyków prof. Hryniewicz.

Z wszystkich konferencji poświęconych antybiotykowi, które odbyły się w listopadzie, można wyciągnąć jeden wspólny wniosek: konieczne jest ustawiczne kształcenie lekarzy w zakresie zasad antybiotykoterapii oraz kontroli zakażeń szpitalnych. Konieczny jest szybki rozwój diagnostyki mikrobiologicznej, bez której żaden lekarz nie powinien sięgać po receptę na antybiotyk. Bez spełnienia tych warunków nie ma co marzyć o zahamowaniu zjawiska lekooporności. Wyjściem nie jest ograniczenie stosowania antybiotyków wtedy, gdy są potrzebne pacjentowi, ale medycyna już w tej chwili – o czym wielokrotnie mówili specjaliści – jest bezradna wobec niektórych zakażeń. – *Zaczyna brakować leków ostatniej szansy!* – podkreślała prof. Hryniewicz.

Czy choroby, które dziś można bez problemu wyleczyć, takie jak zapalenie płuc czy rzeżączka, w przyszłości okażą się chorobami śmiertelnymi? Czy świat stoi na progu ery postantybiotykowej? Zdaniem polskich naukowców takie wizje są przedwczesne, ale choć medycyna robi postępy – pojawiają się nowe leki, nowe antybiotyki – bakterie zmieniają się nieustannie i część już przestaje reagować nie tylko na leki pierwszego czy drugiego rzutu, ale również na antybiotyki o szerokim spektrum działania. ■

Fot. G. Press



Jaki piękny PRL

Paweł Walewski

To ma być noworoczny prezent dla polskich seniorów. Wszystkie osoby powyżej 75. roku życia otrzymają od Prawa i Sprawiedliwości darmowe leki. Czy obietnica przedwyborcza rzeczywiście się spełni (i w jakim wymiarze), to się jeszcze okaże. Warto jednak już teraz postawić pytanie, kto może zapłacić za taką szczodrość partii rządzącej i w jaki sposób poprawi ona dostępność leczenia?

Cel operacji wygląda na populistyczny – ponieważ pacjenci dopłacają w aptekach jedne z najwyższych kwot w Europie, a większość emerytów klepie biedę, hojny rząd wspomógł ich w zakupie leków, aby nie musieli sobie niczego odmawiać. Będziemy pomagać młodszemu, rozdając 500 zł na dziecko, to niech starsi również osłódzą sobie pigułkami jesień życia. Krzysztof Łanda, spec od polityki lekowej, zanim został wiceministrem zdrowia, nie zostawił na pomysł Beaty Szydło suchej nitki. Teraz na niego spadnie odpowiedzialność za wywiązanie się z jej przyrzeczenia, a nie wątpię, że kiedy ten felieton znajdzie się na łamach „Pulsu”, poznamy jego oficjalną opinię w tej sprawie. Czy przywróci pustej retoryce odrobinę ekonomicznej logiki?

Wystarczy przecież odrobić lekcję z niedawnej historii, gdy mieliśmy tzw. zielone recepty. Pamiętam krzyk rozpaczy wydawany przez kasy chorych: 10 proc. recept jest sfałszowanych, 20 proc. refundacji budzi wątpliwości. Inwalidzi wojenni skupowali z aptek viagrę, bodymax, nalewki o wysokiej zawartości spirytusu, lekami ze zniżkowych recept kowali rodziny i handlowali na bazarach. Nawet jeśli nie wszyscy wykorzystywali przywilej, na pewno wszyscy za to płaciliśmy.

Choć nie mieści się to w głowie polityków zainteresowanych słupkami poparcia, darmowe recepty na leki są mitem. Dziurawią budżet ochrony zdrowia, który uzupełniamy musimy wspólnie z naszymi podatników. Bo żadna recepta – zielona, różowa, niebieska czy najwyklesza biała – nie jest korespondencją między lekarzem a aptekarzem. To czek, za który płacimy sami przy aptecznym okienku lub (jak w przypadku refundowanych leków, w obniżonej cenie) płaci budżet państwa w naszym imieniu. Czasy PRL dobitnie pokazały, że ulgowe recepty wykorzystywano do przepisywania wszystkiego, co zostało w Polsce zarejestrowane. I nie jest to opinia krytyczna pod adresem lekarzy, gdyż sami przyznają, że tego rodzaju ulgi są dla nich sporym kłopotem. Czują presję ze strony pacjentów, by wypisywać lekarstwa dla całej rodziny: babcia prosi o lek dla wnuczka, a wnuczek – o receptę wypisaną na babcię. Oczywiście wraz z wprowadzeniem nowych zasad zwiększą się kontrole i pod lupę trafi każda transakcja związana z lekiem dla emeryta. Komputery już są, lecz aby udowodnić przestępstwo, potrzebna będzie armia urzędników, co też kosztuje. A minister Konstanty Radziwiłł zawsze bronił w samorządzie lekarzy przed gorliwymi kontrolerami ordynacji. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Fot. archiwum



Marek Balicki

Z exposé premier Beaty Szydło wynika jasne przesłanie: służba zdrowia nie może być nastawiona na zysk. Jednocześnie państwo deklaruje, że nowy rząd nie jest przeciwny istnieniu prywatnych placówek. Pod jednym

wszakże warunkiem. Muszą być tworzone i utrzymywane ze środków prywatnych, bo sfera prywatna ma być wyraźnie oddzielona od publicznej służby zdrowia.

Co te zapowiedzi mogą oznaczać dla przyszłości systemu opieki zdrowotnej? Odpowiedź przyniosą szczegółowe założenia planowanych rozwiązań, a zwłaszcza projekty aktów prawnych. Jedno już dzisiaj jest pewne: nastąpi odejście od dalszej komercjalizacji usług zdrowotnych.

Ważną regulacją prawną, idącą w kierunku rozwiązań rynkowych, jest ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. Według zawartej w niej definicji leczenie jest działalnością gospodarczą, czyli biznesem. Opieka zdrowotna przestała więc być traktowana jak zadanie o charakterze użyteczności publicznej, którego celem jest „bieżące i nieprzerwane zaspokojenie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych”. Liczy się przede wszystkim wynik finansowy, a podstawową formą działalności jest spółka kapitałowa. I to – zgodnie z zapowiedziami szefowej rządu – ma się zmienić.

Na podstawie obserwacji sytuacji w innych krajach europejskich sędzę jednak, że słów premier Szydło nie należy rozumieć w ten sposób, iż środki publiczne będą w przyszłości kierowane wyłącznie do placówek publicznych. Powrót do sytuacji z początku lat 90., kiedy tak było, nie wydaje się dzisiaj możliwy ani celowy. Wszak trudno byłoby sobie wyobrazić np. odejście w podstawowej opiece zdrowotnej od form opartych na prywatnej działalności lekarzy rodzinnych. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w stomatologii czy specjalistyce, zwłaszcza tam, gdzie skala jest niewielka i właściciele osobiście angażują się w prowadzoną działalność. Zwykle są to spółki cywilne, osobowe lub jednoosobowe działalności gospodarcze.

Co innego, jeśli chodzi o spółki kapitałowe, np. spółki z o.o., których celem co do zasady jest wypracowanie zysku dla udziałowców. Takie formy są najczęściej wykorzystywane w prowadzeniu dużych przedsięwzięć, np. szpitali. Tu odejście od zasady maksymalizacji zysku z udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest moim zdaniem uzasadnione. Podobne rozwiązania obowiązują zresztą w niektórych krajach europejskich, m.in. w Belgii. Wprowadzenie zasady *non profit* wymagałoby przekształcenia obecnych spółek kapitałowych w spółki użyteczności publicznej oraz wielu innych działań. Okres przejściowy może nie być łatwy. W ostatnich latach zainwestowano przecież w takie spółki znaczące środki prywatne.

Komercjalizacja opieki zdrowotnej okazała się dysfunkcjonalna. Zmiany są konieczne. Teraz czekamy na rządowy raport z uszczegółowionymi założeniami. Kolejny krok to debata publiczna z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych. Dobrze, gdyby udało się uzyskać społeczną zgodę. Od tego może zależeć końcowy sukces. ■

FORMULARZ DANYCH

– program Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dotyczący ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty	
Specjalizacja	
Nr ewidencyjny PESEL	
Nr ewidencyjny REGON	
Nr ewidencyjny PWZ	
Adres Indywidualnej Praktyki Lekarskiej	
Adres do korespondencji/zamieszkania (proszę wypełnić, jeżeli inny niż w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą)	
Telefon kontaktowy	E-mail kontaktowy
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dzień/miesiąc/rok)	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione (dzień/miesiąc/rok)	
Oświadczenie	
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez OIL w Warszawie danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane do celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich środków ostrożności wynikających z ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.	
Data i podpis	
Informacje:	
1. Wypełniony formularz prosimy przesać: e-mailem (skan): ubezpieczenia@oilwaw.org.pl lub faksem: (+48) 22-542-83-04	
2. W przypadku pytań i w celu uzyskania informacji prosimy o kontakt telefoniczny: (+48) 22-295-80-58, (+48) 22-295-80-59, (+48) 22-295-80-61.	

OC w składce na samorząd lekarski

Dla jednych – obowiązkowe, dla innych – dobrowolne, w zależności od formy wykonywania zawodu. Ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentyistów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie od 1 czerwca 2015 r. jest dostępne w ramach programu grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i finansowane ze składki członkowskiej. Warszawski samorząd lekarski jako pierwszy zaproponował swoim członkom takie rozwiązanie.

W ramach programu przysługuje ochrona z tytułu podstawowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w dwóch wariantach:

– ubezpieczenie obowiązkowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów zobowiązanych do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim prowadzących praktyki lekarskie (jego warunki reguluje rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; DzU nr 293, poz. 1729),

– ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy nie są zobowiązani do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (jego zasady regulują ogólne warunki ubezpieczenia podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarzy oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy, ustalone uchwałą nr UZ/420/2011 Zarządu PZU SA z 27 grudnia 2011 r.).

W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy lekarz i lekarz dentyista, który jest członkiem OIL w Warszawie, regularnie opłaca składkę członkowską w wysokości 60 zł miesięcznie i nie ma w tym zakresie zaległości.

Formularz danych, który należy pobrać, wypełnić i przekazać do Izby, oraz szczegóły programu zamieszczono na stronie: www.oilwaw.org.pl

OIL w Warszawie jest organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek.

Partnerem programu jest PZU SA, a pełnomocnikiem Izby – April Polska Medbroker Sp. z o.o.

Od 1 września 2015 r. lekarze i lekarze dentyści, członkowie OIL w Warszawie, którzy są zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płacący składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie.

Informacje dotyczące ubezpieczenia pod tel.: 22-295-80-58, 22-295-80-59, 22-295-80-61 lub po przesłaniu pytania pod adresem e-mailowym: centrala.medbroker@pl.april.com

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie

Ubezpieczenia – komunikat do lekarzy i lekarzy dentyistów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Już ponad 6 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów przystąpiło do unikatowego w skali kraju programu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, zorganizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W związku z pytaniami dotyczącymi tego programu przypominam, że:

- 1) Warunki programu spełniają normy uregulowane i wymagane przez rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego** ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Dotyczą one każdego lekarza i lekarza dentyisty prowadzącego praktykę zawodową (tj. posiadającego zarejestrowaną działalność gospodarczą, ustawowo zobowiązanego zatem do zawarcia umowy ubezpieczenia OC);
- 2) Warunki programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę obejmują ryzyka wynikające z udzielania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę, także takiego, który nie prowadzi praktyki w żadnej formie (tj. nie ma zarejestrowanej działalności gospodarczej). To oznacza, że także taki lekarz i lekarz dentyista może przystąpić do programu organizowanego przez Izbę na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu (w tej grupie znajdują się m.in. lekarze pracujący jako wolontariusze, na umowach-zleceniach czy umowie o pracę);
- 3) Zgodnie z warunkami izbowego programu ubezpieczenia miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) Przystąpienie do programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę nie ogranicza możliwości lekarza i lekarza dentyisty przystąpienia we własnym zakresie do dodatkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (tzw. ubezpieczenia nadwyżkowe). W przypadku przystąpienia przez lekarza i lekarza dentyistę do ubezpieczenia nadwyżkowego Okręgowa Izba Lekarska prosi o zwrócenie uwagi, aby w polisie takiego ubezpieczenia znalazły się następujące zapisy:
 - a) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie nieobjętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
 - b) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jeżeli szkody nie mogą być zaspokojone z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, której obowiązek zawarcia wynika z ustawy o działalności leczniczej albo z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwagi na wyczerpanie sumy gwarancyjnej.

Powyższe zapisy pozwolą zachować realność zawartej polisy, tj. w przypadku wystąpienia roszczenia odszkodowawczego ubezpieczony lekarz będzie chroniony na umówionych warunkach.

Komunikat skierowany jest zarówno do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy opłacają składkę na samorząd lekarski w wysokości 60 zł, jak i do tych, którzy płacą składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, oraz do tych, którzy są zwolnieni z opłacania składek członkowskich.

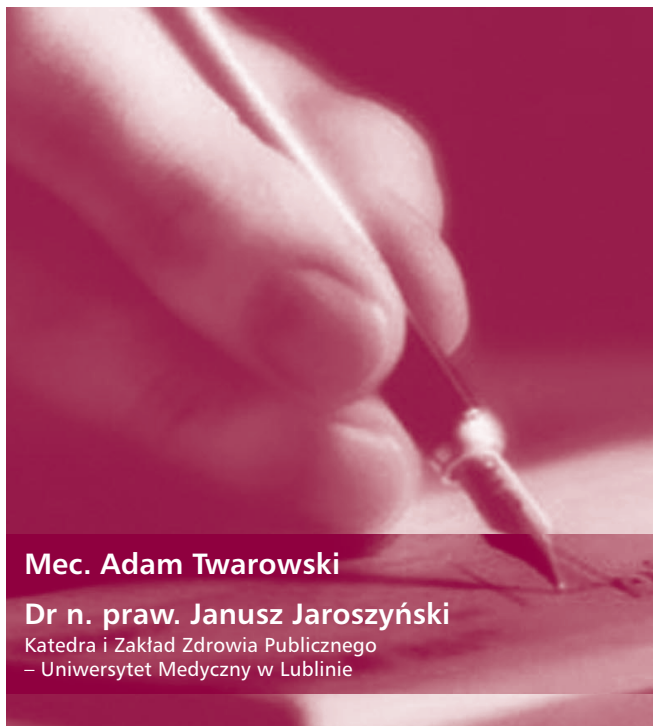
Nowości w ofercie

- Lekarze i lekarze dentyści ubezpieczeni w ramach programu grupowego ubezpieczenia OC prowadzonego przez OIL w Warszawie otrzymują (listownie na adres domowy) kartę klienta PZU, która uprawnia do 20 proc. zniżki przy zawieraniu ubezpieczeń indywidualnych (komunikacyjnych, majątkowych, turystycznych);
- Ponadto lekarze i lekarze dentyści, którzy przystąpili do izbowego programu grupowego ubezpieczenia OC, mają możliwość skorzystania z dobrowolnego ubezpieczenia OC (tzw. nadwyżkowego) ze składką obniżoną o 25 proc. (w ramach programu PZU zorganizowanego przez April Polska Medbroker).

W przypadku pytań prosimy o kontakt z operatorem programu w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18:

Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,
tel.: (+48) 508-50-43-18, 508-50-43-32, e-mail:lekarz.medbroker@pl.april.com

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Mec. Adam Twarowski

Dr n. praw. Janusz Jaroszyński

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Recepty lekarskie

cz. 10

– nowe zasady wystawiania recept refundowanych

Nie będzie już umów
o wystawianie recept
na leki refundowane

1. 27 listopada 2015 r. została opublikowana ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2015 r., poz. 1991). Ustawa wchodzi w życie co do zasady po upływie 14 dni od dnia publikacji, czyli 12 grudnia 2015 r., choć część jej przepisów wchodzi w życie później.

Ustawa zawiera zmiany w ustawach z zakresu prawa medycznego, jest obszerna, co powoduje, że trudno ją dokładnie poznać.

Uzasadnienie do projektu uchwalonej już ustawy głosi, że jej celem jest doprecyzowanie oraz stworzenie ram prawnych niezbędnych do wdrożenia rozwiązań w zakresie systemu informacji w ochronie zdrowia. Wprowadza wiele zmian w innych ustawach służących wdrożeniu elektronicznej postaci: recepty, skierowania, zlecenia, rejestrów medycznych i dziedzinowych systemów teleinformatycznych, doprecyzowuje przepisy dotyczące telemedycyny oraz wprowadza istotne zmiany już funkcjonujących procedur w procesie kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i ratowników medycznych, pozwalające na informatyzację systemu kształcenia kadr medycznych.

Jedną z istotnych zmian dotyczy zakresu uprawnień do wystawiania recept refundowanych i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez nowelizację ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2015 r., poz. 345 z późn. zm.).

Przed wszystkim zmianie ulega definicja osoby uprawnionej – osobą uprawnioną do wystawiania recept refundowanych i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne jest każda z osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego jest uprawniona do wystawiania recept oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Ustawa generalnie odstępuje od obowiązującej obecnie zasady, że recepty na leki refundowane mogą być wystawiane przez osoby uprawnione, które podpisały z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowę w tym zakresie. Ustawodawca zmianę tę uzasadnia nadaniem prawa do wystawiania recept nowej grupie zawodowej – pielęgniarkom i położnym. Wiąże się to z potrzebą przeprowadzenia procesu zawarcia umów uprawnionych do wystawiania recept na leki refundowane, który stanowiłby duże obciążenie dla NFZ.

Warto odnotować, iż zmiana ta nie oznacza nieograniczonego w czasie prawa do wystawiania recept na leki refundowane. Podobnie jak dotychczas utrata na pewien czas (na okres jednego roku za pierwsze skazanie oraz trzech lat w przypadku kolejnego skazania) uprawnienia grozi osobie skazanej za przestępstwa wymienione w ustawie refundacyjnej oraz przestępstwa korupcyjne.

2. Niezależnie od uzasadnienia tej zmiany jej wprowadzenie ma istotne konsekwencje dla lekarzy. Pojawia się pytanie, kto i na jakiej podstawie będzie nadawał osobom uprawnionym unikalne kody recept, jak będzie się kształtować odpowiedzialność lekarzy z tytułu wystawiania recept, na jakiej podstawie NFZ będzie kontrolował osoby uprawnione do wystawiania recept, co z dotychczasowymi umowami?

Pytań jest wiele, nie na wszystkie można znaleźć odpowiedź w ustawie.

Po pierwsze, unikalne numery identyfikujące recepty będzie nadawał dyrektor OW NFZ.

Po drugie, w obecnym stanie prawnym to umowa upoważniająca lekarza do wystawiania recept refundowanych określa zakres jego odpowiedzialności. Jej wzór określił prezes NFZ w drodze zarządzenia, wskazując m.in. przypadki,

w których fundusz może nałożyć karę umowną (np. za nieprawidłowo wystawioną receptę, za stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości lub uchybienia w zakresie przekazywania informacji), oraz jej wysokość.

W znowelizowanej ustawie powraca obowiązek zwrotu kwoty nienależnej refundacji, usunięty z ustawy refundacyjnej wskutek tzw. protestu pieczętkowego. W przypadku wystawiania recept na leki refundowane osoba uprawniona – z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego i położnej ubezpieczenia zdrowotnego – będzie obowiązana do zwrotu NFZ **kwoty refundacji** wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia dokonania refundacji w przypadku wypisania recepty:

- 1) w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept,
- 2) nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi,
- 3) niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy,
- 4) niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach refundacyjnych.

Powstaje pytanie, kogo dotyczy ta regulacja i dlaczego ustawodawca powraca do rozwiązania, z którego się wycofał?

Kluczowe znaczenie ma pojęcie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – tej grupy osób omawiana regulacja nie dotyczy. Zgodnie z definicją lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zawartą w art. 5 ust. 1 pkt. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (a definicja ta nie ulega zmianie), obejmuje ona osoby uprawnione, które same są świadczeniodawcą albo są zatrudnione lub wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednym słowem, obowiązek zwrotu nienależnej refundacji dotyczy tylko grupy lekarzy, którzy wystawiają recepty na leki refundowane w przypadku, gdy w ogóle nie łączy ich żadna umowa z NFZ (a więc udzielają świadczeń w ramach prywatnej praktyki lub podmiotu leczniczego, niezakontaktowanych przez NFZ) lub wystawiają recepty na użytek własny lub najbliższych (*pro auctore* lub *pro familia*).

Czyżby taki lekarz nie podlegał odpowiedzialności wobec NFZ w przypadku wystawiania recept na leki refundowane w ramach kontraktu z NFZ? Czy też w tym zakresie zastosowanie będzie miał reżim odpowiedzialności (kary umowne), określony w innych przepisach?

Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego nie będą ponosili odpowiedzialności za nieprawidłowości w wystawianiu recept na podstawie tej ustawy. W takim przypadku odpowiadać będzie świadczeniodawca, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (sam lekarz lub podmiot, u którego lekarz udziela świadczeń) na podstawie §31 rozporządzenia ministra zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 2015 r., poz. 1400), które wchodzi w życie 1 stycznia 2016. Podobna regulacja zawarta jest również w dotychczas obowiązujących ogólnych warunkach umów.

Zgodnie z tym przepisem, umowa o udzielanie świadczeń może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją:

- 1) przez osobę nieuprawnioną,
- 2) pacjentom niebędącym świadczeniobiorcami albo osobami uprawnionymi,

3) w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu,

dyrektor OW NFZ albo prezes NFZ może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie stanowiącej sumę kwoty refundacji cen tych leków oraz odsetek ustawowych od dnia dokonania refundacji.

Ustawodawca, podobnie jak w przypadku leków, uregulował odpowiedzialność z tytułu zleceń na wyroby medyczne. Osoba uprawniona (z wyjątkiem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego i położnej ubezpieczenia zdrowotnego) jest obowiązana do zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość limitu finansowania wyrobu medycznego wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia dokonania finansowania w przypadku wypisania zlecenia:

- 1) w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept,
- 2) nieuzasadnionego udokumentowanymi względami medycznymi,
- 3) niezgodnego z kryteriami przyznawania zawartymi w przepisach.

3. Zwrócić też należy uwagę na uregulowania w zakresie kontroli. Mimo odstąpienia od wymogu podpisywania umowy z NFZ, każda osoba uprawniona do wystawiania recept refundowanych i zleceń na zaopatrzenie oraz podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym wystawiono receptę na lek refundowany lub zlecenie na zaopatrzenie, będą obowiązane poddać się kontroli przeprowadzanej lub zlecanej przez NFZ w zakresie dokumentacji medycznej oraz zasadności i prawidłowości wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

Z obowiązku tego zostały zwolnione osoby uprawnione, będące: lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, felczerelem ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego i położną ubezpieczenia zdrowotnego. Według uzasadnienia do projektu omawianej ustawy, zdaniem ustawodawcy w tym przypadku kontroli podlega podmiot, w ramach którego wystawiona została recepta lub zlecenie, co wynika z przepisów rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli rzeczywiście taka była intencja ustawodawcy, to powstaje dysonans – ustawa (akt wyższego rzędu, wydany później) wprowadza określony wyjątek od zasady podlegania kontroli, wprowadzonej rozporządzeniem (aktem niższego rzędu, wydanym wcześniej). Przy takiej redakcji aktu normatywnego trudno uzasadnić tezę postawioną w uzasadnieniu do ustawy.

Do kontroli tej stosować się będzie odpowiednio przepisy o kontroli świadczeniodawców przez NFZ (art. 64 ust. 1–10 ustawy o świadczeniach). Takie odesłanie wydaje się niefortunne, gdyż zasady kontroli przez NFZ są szersze aniżeli ordynacja lekarska oraz prowadzenie dokumentacji medycznej, dotyczy bowiem także organizacji, legalności, sposobu oraz dostępności udzielania świadczeń zdrowotnych. Po drugie, trudno sobie wyobrazić, jak w praktyce ma wyglądać kontrola podmiotu wystawiającego recepty na leki refundowane, jeżeli NFZ nie dysponuje danymi dotyczącymi miejsca udzielania świadczeń czy siedziby tego podmiotu. Najpewniej w praktyce te kwestie będą budzić duże wątpliwości.

4. Poza obowiązkiem zwrotu nienależnej refundacji lub możliwości nałożenia kary umownej w wysokości tej refundacji ustawodawca przewidział też możliwość nałożenia kary pieniężnej (administracyjnej) przez dyrektora OW NFZ w przypadku niepoddania się kontroli albo niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych.

Odwołać się od decyzji dyrektora OW NFZ można do prezesa NFZ. Jednocześnie z katalogu osób podlegających karze pieniężnej wyłączono następujących uprawnionych: lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, felczerów ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego i położne ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż w tym przypadku kontroli podlega podmiot, w ramach którego wystawiona została recepta lub zlecenie, co wynika z przepisów rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kara będzie wymierzana w przypadku:

- 1) uniemożliwienia czynności kontrolnych – w wysokości stanowiącej równowartość kwoty refundacji za okres objęty kontrolą,
- 2) niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych – w wysokości do równowartości kwoty refundacji za okres objęty kontrolą.

Przy ustalaniu wysokości kar pieniężnych ma być uwzględniany w szczególności okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także uprzednie ich naruszenia. Jest to o tyle dziwne, że ustawodawca w pierwszym przypadku (uniemożliwienia kontroli) ustalił karę w sztywnej wysokości – w kwocie refundacji. Trudno więc miarkować karę.

Dodać należy, iż okres objęty kontrolą nie może być dłuższy niż pięć lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła refundacja, a sama kara pieniężna ulega przedawnieniu z upływem pięciu lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca karę stała się ostateczna.

5. Ustawa wchodzi w życie (w zakresie opisanym wyżej) 12 grudnia 2015 r. Rodzi się pytanie, co z umowami o wystawianie recept na leki refundowane, zawartymi do tej pory?

Częściowa odpowiedź znajduje się w przepisach przejściowych do wspomnianej ustawy, w art. 45. Zgodnie z tym przepisem, wcześniejsze umowy wygasają **31 grudnia 2016 r.**, a jednocześnie do ich kontroli stosuje się przepisy dotychczasowe. Ma więc miejsce paradoksalna sytuacja – wchodzi w życie nowa ustawa, która znosi zasadę, że recepty na leki refundowane mogą wystawiać tylko lekarze, którzy zawarli umowę z NFZ, a przecież umowy te są dość restrykcyjne dla lekarzy, bowiem przewidują możliwość nakładania kar umownych, a jednocześnie zachowują swoją moc przez kolejny rok. Pojawia się wiele pytań. Na jakich zasadach mają odpowiadać lekarze, którzy wcześniej zawarli umowy w oparciu o postanowienia umowy, które wskazują kary umowne w wysokości np. 100, 200 lub 300 zł za określone uchybienie, czy też według nowej ustawy? Z powołanego art. 45 wynika, że odpowiadają według zasad określonych w umowie. W takim przypadku dochodzi do nierówności prawnej, przecież lekarze, którzy nie zawarli umów, mogą wystawiać recepty i podlegają odmiennej odpowiedzialności. Oczywiście, zgodnie z postanowieniami umów, lekarze mogą je wypowiedzieć – okres wypowiedzenia wynosi trzy miesiące liczone na koniec miesiąca kalendarzowego. Można więc dokonać oceny, które rozwiązanie jest korzystniejsze. Nie oznacza to jednak, że sytuacja jest jasna.

Trzeba też pamiętać, że umowa wprowadza uproszczony sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku recept *pro auctore* i *pro familia*. Wobec braku umów, przyjąć należy, iż w tych przypadkach dokumentacja musi być prowadzona tak jak przy wystawianiu recept na rzecz innych osób uprawnionych.

Jak widać, próba wprowadzenia pewnych zmian w zakresie wystawiania recept przy okazji dokonywania szerokich zmian w informatyzacji opieki zdrowotnej powoduje wiele problemów.

Wydaje się naturalne, że zarządzenie prezesa NFZ, które dopiero zostanie opublikowane, a będzie dotyczyło warunków uzyskania przez lekarzy dostępu do recept refundowanych, ureguluje jednocześnie kwestię prowadzenia dokumentacji *pro auctore* i *pro familia*.

Po wejściu w życie ustawy, czyli po 12 grudnia 2015 r., nowe umowy o wystawianie recept nie będą już podpisywane. Lekarze, którzy będą chcieli wystawiać recepty refundowane, będą musieli otrzymać możliwość zalogowania się na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia (np. przez portal świadczeniodawcy) i w ten sposób uzyskać do nich dostęp.

6. Warto w tym miejscu wspomnieć o zmianie Rozporządzenia ministra zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 2015 r., poz. 1400), które wchodzi w życie 1 stycznia 2016.

Jest ona niezwykle istotna dla lekarzy, którzy mają pacjentów chorych przewlekle. Obecnie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Od 1.01.2016 r., zgodnie z §12 ust. 4: „Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych”. I dalej, w ust. 5: „Informację, o której mowa (...) lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi lub felczerowi, określonym w ust. 4, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy:

- 1) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia, lub
- 2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, lub lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych”.

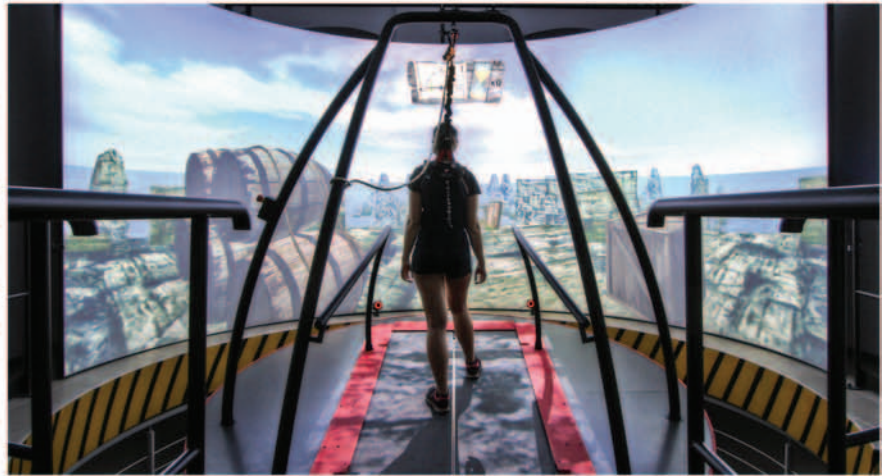
Powyższą zmianę należy ocenić pozytywnie. Lekarze POZ bardzo często mieli trudności z uzyskaniem zaświadczenia od specjalisty. Problemem był czas oczekiwania. Obowiązek posiadania zaświadczenia zawężono do sytuacji, gdy konieczny jest stały monitoring, zmiana leczenia lub lekarz nie ma możliwości samodzielnej weryfikacji w ramach posiadanych kwalifikacji lub sprzętu czy dodatkowych badań diagnostycznych. ■

Technologie informatyczne, które zrewolucjonizują pracę ortopedów, traumatologów, rehabilitantów

Centrum Badawczo-Rozwojowe Polsko-Japońskiej Akademii Technik Komputerowych (PJATK) w Bytomiu udostępniło kompleks laboratoriów umożliwiających m.in. prowadzenie zaawansowanych badań medycznych w obszarach analizy i syntezy ruchu człowieka. Pod względem możliwości technicznych to pierwszy tego typu ośrodek w Polsce i jeden z nielicznych w Europie.

Wielomodalne Laboratorium Ruchu, laboratoria: Mikroekspresji, Wizyjnej Analizy Ruchu, Komputerowego Modelowania Twarzy oraz nowo powstałe Laboratorium Dynamiki i Wielomodalnej Interakcji to przykładowe zasoby Centrum Badawczo-Rozwojowego PJATK w Bytomiu. – *Nasze centrum oferuje zaawansowane i unikatowe rozwiązania, które pozwalają m.in. trafniej stawiać diagnozy w ortopedii, wykrywać i leczyć nieprawidłowości neurologiczno-motoryczne oraz wspomagają proces rehabilitacji* – mówi prof. dr hab. inż. Konrad Wojciechowski, dyrektor Centrum Badawczo-Rozwojowego PJATK w Bytomiu. – *Rozwiązania*

powstawały we współpracy ze specjalistycznymi placówkami. Mamy nadzieję, że spotkają się z zainteresowaniem środowiska medycznego – dodaje. Laboratoria wyposażone są m.in. w system Motion Capture, składający się z 10 kamer NIR wraz z systemem obsługi w czasie rzeczywistym, platformę symulacyjną o sześciu stopniach swobody ruchu, wyposażoną w funkcję sprzężenia zwrotnego. – *Oznacza to, że system dostosowuje się do pacjenta. Odczytuje jego pozycję i na przykład zwalnia lub przyspiesza w zależności od tego jak zachowuje się człowiek. Widzi też, które zadane ćwiczenia są dla niego za trudne i sygnalizuje to* – wyjaśnia profesor Wojciechowski. Podstawę jedyne w Polsce Laboratorium Dynamiki i Wielomodalnej Interakcji stanowi system symulacyjno-pomiarowy CAREN Extended (Computer Assisted Rehabilitation Environment). Umożliwia on przeprowadzanie badań ruchu człowieka w warunkach zbliżonych do naturalnych dzięki wykorzystaniu najnowocześniejszych systemów audio i wideo. – *Wyniki ze wszystkich pomiarów są ze sobą zsynchronizowane w czasie. Lekarz może sprawdzić i porównać, jak na przykład w danym*



Laboratorium wyposażone jest w system audiowizualny: ekran wypukły 180°, stwarzający iluzję obecności w scenie wyświetlanej na ekranie; 4 szerokokątne projektory, 3 kamery wideo, system dolby surround 5.1 generujący wysokiej jakości dźwięk przestrzenny, otaczający badaną osobę. Jest on elementem aktywnym wspomagającym funkcje interakcji oraz sprzężenia zwrotnego ważnego w procesach leczenia i rehabilitacji.

momencie kształtowała się praca mięśni, stawów, jakie było obciążenie podłoża itp. System dostarcza bardzo dokładnych i obiektywnych danych liczbowych. Jednocześnie lekarz ma dostęp do materiału wideo z badania – mówi dyrektor Centrum Badawczo-Rozwojowego PJATK w Bytomiu. W praktyce oznacza to, że lekarz specjalista może w materiale wideo na osi czasu zaznaczyć moment, w którym zaobserwuje jakąś nieprawidłowość. System dostarczy wówczas wykres, na podstawie którego będzie można zdiagnozować jej przyczynę i ustalić, czy wynika na przykład z niewłaściwej pracy biodra, kręgosłupa czy kolana. – *Niewątpliwą zaletą naszych laboratoriów jest również możliwość zdalnego prowadzenia sesji pomiarowych. Lekarz prowadzący badanie może wykonać je z dowolnego miejsca w Polsce. Jest to możliwe dzięki systemowi do telekonferencji, będącemu częścią infrastruktury laboratoriów* – mówi profesor Wojciechowski. Centrum umożliwia także porównywanie wyników sesji pomiarowych, na przykład z wynikami właściwymi dla zdrowych osób. Lekarze otrzymują dostęp do bazy danych ruchu zebranych w Laboratorium Human Motion Lab (HML).

Więcej informacji: Marzena Wojciechowska, Centrum Badawczo-Rozwojowe PJATK w Bytomiu, e-mail: marzena.wojciechowska@pja.edu.pl

Dzień otwarty w OIL



Fot. K. Jemioł

Dyskusje o roli izby lekarskiej w środowisku medycznym i politycznym oraz rozmowy o pułapkach czyhających na lekarzy w wykonywaniu zawodu zdmiłowały spotkania medyków z członkami Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie podczas dnia otwartego, który odbył się 28 listopada w siedzibie naszej Izby.

Bołączki lekarzy są znane wszystkim: nadmierna biurokracja, często niesłuszne zarzuty ze strony pacjentów czy polityków, które odbijają się szerokim echem w mediach, konieczność spędzania wielu godzin w pracy.

Prezes ORL Andrzej Sawoni tłumaczył, że Izba reprezentuje lekarzy i niektóre jej zadania są tożsame z zadaniami i rolą związku zawodowego, jednak związkiem zawodowym nie jest. Samorząd lekarski ma bowiem przede wszystkim stać na straży dobrego i zgodnego z etyką wykonywania zawodu. Temu służy system odpowiedzialności zawodowej z sądami lekarskimi, kompetencje do przyznawania i odbierania prawa wykonywania zawodu, częściowy nadzór nad szkoleniami itd. Izba ma także prawo opiniować projekty aktów prawnych, lecz współpraca z politykami nie zawsze układała się dobrze.

Wiceprezes ORL Julian Wróbel stwierdził, że Izba warszawska, jako jedna z izb okręgowych, nie jest predysponowana do rozmów na temat całego systemu opieki zdrowotnej, choć nie jest pozbawiona prawa do wyrażania opinii.

Dodał, że jednocześnie łatwo uderzyć w środowisko lekarskie na podstawie pretekstu. – *Wystarczy jeden lekarz, który źle się zachowa, zrobi coś źle, a odium spada na całe środowisko* – powiedział.

Jego zdaniem dlatego niezbędna jest integracja całego środowiska lekarskiego i komunikacja między lekarzami.

– *Jestem przede wszystkim lekarzem. Kiedy potrzeba, korzystam z narzędzi, którymi dysponuje Izba, oraz z narzędzi, którymi dysponuje związek zawodowy* – podkreślił Julian Wróbel, który jest też szefem Regionu Mazowsze Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

– *Izba to nasza placówka, to nasze miejsce. I pamiętajcie, że zadaniem lekarza jest leczyć i uczyć się* – mówił z kolei prof. Krzysztof Bielecki, który w Izbie pełni funkcję mediatora.

Rzecznik praw lekarza Andrzej Kuźawczyk zaznaczył zaś, że lekarze mają nie tylko obowiązki, ale i prawa.

Członkowie ORL przypomnieli gościom także o usługach, które Izba świadczy nieodpłatnie wszystkim swoim członkom: ubezpieczeniu OC, świadczeniach pieniężnych z Funduszu Samopomocy, nieodpłatnych poradach i opiniach prawnych. ■

jw, kj

UWAGA ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE ROCZNIKI: 1961–1990 UCZESTNICZĄCY W DZIAŁALNOŚCI KLUBU UCZELNIANEGO AZTS

Grupa byłych prezesów Klubu Uczelnianego AZTS AM wraz ze Studium WF Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w porozumieniu z JM Rektorem prof. dr. hab. med. Markiem Krawczykiem opracowuje album obejmujący działalność sportową studentów medycyny i farmacji w latach 1955–2015, z okazji 100-lecia sportu akademickiego w Warszawie.

Wszystkich zainteresowanych prosimy o kontakt e-mailowy: krasucki.tomek@wp.pl lub sekretarz@oilwaw.org.pl

Tomasz Krasucki, Ładysław Nekanda-Trepka

II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie
zaprasza



do hotelu Warszawianka w Jachrance k. Zegrza,
17–18 czerwca 2016 r.

Najnowsze trendy w stomatologii zachowawczej, z położeniem szczególnego nacisku na estetykę i minimalnie inwazyjne opracowywanie ubytków, elementy ortodontacji dla każdego stomatologa, protetyka, periodontologia, chirurgia stomatologiczna, w tym implantologia, epidemiologia, najnowsze wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji, współpraca interdyscyplinarna z kardiologiem, diabetologiem i pediatrą – to tylko część tematów wykładów, które przedstawią znakomici prelegenci. Nie zabraknie warsztatów z endodoncji, implantologii, udzielania pierwszej pomocy, rehabilitacji kręgosłupa, komunikacji interpersonalnej.

Za udział w dwóch dniach wykładów będzie można zdobyć minimum **14 pkt. edukacyjnych**.

Poza możliwością uaktualnienia i poszerzenia wiedzy proponujemy Państwu także wieczorną integrację. Dla chętnych zarezerwowaliśmy miejsca noclegowe w pokojach dwuosobowych i nastrojową restaurację z niespodzianką muzyczną.

Podczas II Spotkań będziemy organizować tylko jeden wieczór i nocleg dla zainteresowanych spędzeniem odrobiny czasu przy muzyce w gronie znajomych, z którymi zwykle trudno się spotkać.

Szczegółowe informacje przekazane zostaną w następnym numerze „Pulsu” oraz zamieszczone na naszej stronie internetowej.

Zapraszamy również na szkolenia w Izbie, które odbędą się w połowie lutego. Przypominamy też o naszej patronce św. Apolonii i o mszy świętej, na którą zapraszamy 7 lutego, na godz. 18.00, do kościoła pw. Niepokalanego Poczęcia NMP przy ul. Przy Agorze 9 oraz na spotkanie integracyjne z krajowym duszpasterzem lekarzy i lekarzy dentystów księdzem profesorem Stanisławem Warzeszakiem.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Marta Klimkowska-Misiak

przewodnicząca Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie



Lekarze nie rozmawiają z pacjentami

Małgorzata Solecka



Rys. K. Rosiecki

Zdecydowana większość polskich pacjentów nie ma szans na zadanie pytania lekarzowi, podzielenie się obawami lub wątpliwościami. Często lekarze nie potrafią zrozumiale wytłumaczyć chorym ich sytuacji ani zasad terapii. Nie mają dla pacjentów czasu, nie poświęcają im uwagi – wynika z najnowszego raportu OECD „Health at a Glance”, opublikowanego na początku listopada.

O opinię poproszono pacjentów w mniej niż połowie krajów OECD. Wyniki badania są dla Polski nie tylko niekorzystne, ale wręcz – miazdzące. Pół biedy, że we wszystkich czterech badanych obszarach zajęliśmy ostatnie miejsce. O stanie komunikacji między lekarzem a pacjentem nad Wisłą świadczy najlepiej to, że przepaść dzieli nas nie od najlepszych, ale od tych krajów, które uplasowały się tuż przed nami.

Pacjenci byli pytani, czy lekarz poświęca im wystarczająco dużo czasu, zrozumiale wyjaśnia kwestie medyczne, włącza chorego w proces podejmowania decyzji terapeutycznych, umożliwia zadawanie pytań i wyrażanie wątpliwości.

Na to ostatnie pytanie pozytywnie odpowiedział co trzeci badany polski pacjent. W zajmującej przedostatnie miejsce Szwecji – dwa razy więcej (około 70 proc.) osób.

W dziewięciu państwach na 19 przebadanych ten wskaźnik przekraczał 90 proc.

Oczywiście, na takie wyniki musi się wpływać to, co od lat powtarzają sami lekarze: jeśli w gabinecie jednemu pacjentowi lekarz może poświęcić 7 minut, z czego 2 minuty zajmuje badanie, a 5 – wypełnianie „papierów”, na rozmowę, pytania chorego, cierpliwe tłumaczenie kwestii medycznych zwyczajnie brakuje czasu.

Ale jest druga strona tego zjawiska, również podnoszona przez wielu lekarzy. Podczas studiów medycznych nie uczono – przez całe dekady! – tzw. kompetencji miękkich. Od kilku lat sytuacja na wydziałach lekarskich się zmienia, również samorząd lekarski organizuje szkolenia z zakresu komunikacji.

W badaniu, przeprowadzonym dwa lata temu na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej wśród lekarzy i lekarzy dentystów, 92 proc. ankietowanych stwierdziło, że umiejętności w zakresie kompetencji miękkich są przynajmniej tak samo ważne jak wiedza medyczna. Jednocześnie niemal 40 proc. badanych oceniło własne umiejętności komunikacyjne jako „niskie” lub „bardzo niskie”. Trzech na czterech lekarzy widzi sens i potrzebę doskonalenia się w tym zakresie, ale większość przyznaje, że nie miała okazji takiego szkolenia odbyć. A bez wątplenia by się ono, patrząc na wyniki raportu OECD i codzienną praktykę, przydało. ■



Fot. archiwum

Czas na niekomercyjne badania kliniczne

Piotr Dąbrowski

Kilka tygodni temu prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy – Prawo farmaceutyczne. W ostatnich latach jest to jedna z niewielu zmian przepisów odnoszących się do badań klinicznych. Zmiana tym bardziej istotna, że dotyczy dosyć niszowej, jak na polskie warunki, odmiany badań klinicznych – badań niekomercyjnych.

Sponsorami niekomercyjnych badań klinicznych są najczęściej jednostki akademickie, organizacje pozarządowe, inne organizacje nienastawione na osiągnięcie zysku oraz sami badacze. Niekomercyjne badania kliniczne odróżnia od ich komercyjnych odpowiedników motywacja sponsorów. Niekomercyjne badania kliniczne nie są nastawione na komercjalizację produktów leczniczych i zysk sponsora. Mają na celu odkrycie nowych sposobów terapii, rozwój wiedzy medycznej, rozszerzenie zakresu wskazań zarejestrowanych produktów leczniczych, udzielenie wsparcia pacjentom, dla których terapia standardowa okazała się nieskuteczna, oraz osobom cierpiącym na takie schorzenia, dla których nie zarejestrowano jeszcze żadnych produktów leczniczych. Ten ostatni aspekt jest szczególnie istotny w przypadku chorób rzadkich, w zakresie których prowadzenie komercyjnych badań klinicznych jest najczęściej nieopłacalne.

Wszystko to dowodzi, jak duże znaczenie mają niekomercyjne badania kliniczne dla opracowywania metod leczenia pacjentów, dla których obecnie nie ma oferty farmakoterapeutycznej. Tym bardziej niepokoi fakt, że stanowią w Polsce niecałe 2 proc. wszystkich badań klinicznych rejestrowanych przez prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Dla porównania, zgodnie z danymi zamieszczonymi na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków, badania niekomercyjne w Unii Europejskiej stanowią aż 39 proc. wszystkich zarejestrowanych badań klinicznych.

Z czego wynika tak drastyczna różnica między Polską a pozostałymi państwami UE? Powodów takiego stanu rzeczy można wymienić co najmniej kilka, ale wszystkie sprowadzają się do braku systemowych rozwiązań w zakresie zachęt dla niekomercyjnych sponsorów badań klinicznych. Dlatego bardzo pozytywnie należy ocenić zmianę prawa odnoszącą się do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z tą dziedziną. Skutkiem wprowadzonych rozwiązań jest przejęcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych uczestnikom badań klinicznych prowadzonych przez sponsorów badań niekomercyjnych. Zgodnie z treścią uzasadnienia do ustawy, ma ona na celu wprowadzenie ułatwień dla sponsorów badań klinicznych niekomercyjnych i rozwój badań naukowych w kraju, a także wsparcie polskiego środowiska akademickiego w prowadzeniu badań klinicznych i opracowywaniu nowoczesnych, innowacyjnych terapii dla pacjentów cierpiących na choroby rzadkie bądź takich, u których nie uzyskano pozytywnego efektu po zastosowaniu terapii standardowych.

Finansowanie procedur medycznych jest dla sponsorów szczególnie obciążające w przypadku prowadzenia badań

klinicznych w obszarze onkologii. Przepisy, przerzucające finansowanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej na sponsorów, powodowały występowanie patologii w postaci braku rejestracji badań klinicznych w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych i prowadzenia ich jedynie jako eksperymentów medycznych, poddanych pod nadzór komisji bioetycznych. Tego rodzaju praktyki są niezgodne z obowiązującym prawem i mogą być przyczyną negatywnych konsekwencji dla osób odpowiedzialnych za badanie. Środowisko akademickie przyjęło więc nowe rozwiązanie z wyraźną ulgą i satysfakcją. Postulaty zgłaszane już od dawna przez naukowców znalazły odzwierciedlenie w przepisach.

Czy nowe regulacje spowodują rozkwit niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce? Wizja ta wydaje się nadal zbyt optymistyczna. Zmiana przepisów stanowi krok w dobrym kierunku, daje jasny sygnał, że jest wola wsparcia badań akademickich, oraz zdejmując znaczną część obciążeń finansowych z barków niedofinansowanych sponsorów akademickich. Przełomu w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych możemy jednak oczekiwać dopiero w przypadku przyjęcia pakietu systemowych rozwiązań. Postulat taki od dawna zgłasza Stowarzyszenie na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce. Problemem pozostaje brak wyspecjalizowanych instrumentów finansowych, które stanowiłyby źródło finansowania krajowych badań akademickich. Przykłady takich rozwiązań możemy znaleźć w innych krajach Europy. Być może właśnie te rozwiązania są bezpośrednią przyczyną sukcesu państw w zwiększaniu liczby prowadzonych badań akademickich. W Wielkiej Brytanii istnieje specjalny fundusz umożliwiający wsparcie tego rodzaju badań. Podobnie jest we Włoszech, gdzie w 2005 r. utworzono fundusz wspierający program badań naukowych prowadzony przez Włoski Urząd ds. Leków (AIFA). Fundusz zasily jest specjalną opłatą ustanowioną dla firm farmaceutycznych, stanowiącą 5 proc. wydatków na działalność promocyjną, zwaną też podatkiem Garattiniego. Wysokość środków gromadzonych w funduszu umożliwia również sfinansowanie refundacji sierocych produktów leczniczych oraz działań związanych z zapewnieniem pacjentom informacji o produktach leczniczych.

Sponsorów badań klinicznych obciążają też koszty składek na obowiązkowe ubezpieczenie OC. Warto rozważyć wprowadzenie takiego rozwiązania, aby sponsorzy niekomercyjnych badań klinicznych byli zwolnieni z obowiązku zawarcia dodatkowego ubezpieczenia bądź koszty składek na to ubezpieczenie pokrywane były przez państwo. Podobny system wprowadzony został w Danii, powodując wzrost konkurencyjności tego państwa na rynku badań klinicznych. Wisienką na torcie pakietu rozwiązań wspierających prowadzenie niekomercyjnych badań klinicznych mogłoby być również zniesienie opłat związanych z rejestracją tych badań. Rozwiązanie takie z powodzeniem stosują już niektóre komisje bioetyczne w Polsce, w zakresie kosztów oceny etycznej wniosku o prowadzenie badania klinicznego. Dołożmy do pakietu bezpłatne usługi doradcze dla akademickich badaczy i recepta na sukces niekomercyjnych badań klinicznych jest gotowa! ■



Fot. archiwum

Neuralgia i neuropatia trójdzielną

Małgorzata Malec-Milewska

kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Bóle twarzy, ze względu na różnorodny patomechanizm i przyczyny, stanowią trudny problem diagnostyczny i leczniczy. Rzadkie występowanie, brak obiektywnych testów diagnostycznych, szeroki zakres przyczyn i objawów zespołów bólowych twarzy sprawiają, że postawienie właściwego rozpoznania i włączenie skutecznego leczenia jest niełatwe. Badania epidemiologiczne wskazują, że jedną z częstszych przyczyn (3–6 przypadków na 100 tys. osób) jednostronnego bólu twarzy, zlokalizowanego w obrębie unerwienia nerwu V, jest neuralgia trójdzielną NT. NT to jednostronny ból napadowy. Napady są krótkie, trwają od 30 sekund do 2 minut, pojawiają się najczęściej w drugiej i trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, rzadziej – we wszystkich trzech gałęziach. Cechą charakterystyczną NT jest istnienie stref lub punktów spustowych, czyli punktów lub okolic, których nawet lekkie dotknięcie wywołuje napad bólu. Najczęściej występuje kilka lub kilkanaście napadów bólu w ciągu doby (nie pojawiają się w nocy). Choroba ma zazwyczaj charakter nawrotowy i różną długość, od kilku tygodni do wielu miesięcy, a nawet lat. Okresy remisji mogą trwać miesiące, czasem lata. Stają się jednak coraz krótsze, wzrasta intensywność ataków bólu, czas ich trwania wydłuża się do kilku godzin dziennie. Zmianie ulec może także charakter bólu – z ostrego na tępy i głęboki. Ból z reguły występuje jednostronnie, chociaż po okresie remisji może pojawić się po stronie przeciwnej. W okresie międzynaapadowym w badaniu neurologicznym nie ma żadnych objawów ubytkowych w rejonie bólu.

W pewnym procencie przypadków (brak badań epidemiologicznych) obraz kliniczny neuralgii trójdzielną może się zmieniać i pojawia się neuropatia trójdzielną. Wtedy obok typowych napadów bólu neuralgicznego występuje ból stały, o charakterze neuropatycznym, z zaburzeniami czucia. Przyczynami neuropatii bywają: bardzo długi czas trwania choroby, zabiegi destrukcyjne wykonywane w obszarze obwodowych gałęzi nerwu trójdzielnego lub urazy obwodowych gałęzi nerwu V.

W wielu przypadkach wybór metody postępowania w leczeniu neuralgii/neuropatii trójdzielną podyktowany jest wiekiem i stanem ogólnym pacjenta. Niestety, nawet najbardziej radykalne, inwazyjne metody leczenia obciążone są pewnym ryzykiem niepowodzenia. W związku z tym zaleca się dobieranie metod terapii o stopniowo zwiększającej się inwazyjności. Zwykle rozpoczyna się od leczenia farmakologicznego, które przynosi efekt u 80 proc. pacjentów. W przypadku neuralgii trójdzielną są to leki przeciwdrgawkowe, zwłaszcza karbamazepina, podawana w stopniowo zwiększanych dawkach podzielonych, od 100 do 1200 mg na dobę. Z innych leków przeciwdrgawkowych stosowane są: okskabezepina, lamotrygina, gabapentyna, pregabalina i klonazepam oraz baklofen. W przypadku neuropatii lekami z wyboru są leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza amitryptylina. Do inwazyjnych metod leczenia sięgamy w przypadku niepowodzenia far-

makoterapii (brak skuteczności lub brak tolerancji skutecznych dawek leków). Zaliczamy do nich metody chirurgiczne, wśród których wyróżniamy zbiegi niszczące i odbarczające (mikronaczyniowa dekompresja) oraz techniki neurodestrukcyjne, z których w przypadku klasycznej neuralgii najczęściej wykonywana jest termolezja zwoju Gassera, w przypadku neuropatii – neurolyza zwoju skrzydłowo-podniebiennego.

Historia blokad zwoju skrzydłowo-podniebiennego sięga 1908 r. Na przestrzeni lat opisano wiele technik. Neurolyza ZSP jest szczególnie skuteczna u chorych z neuropatią trójdzielną. Wynika to z faktu, że ból neuropatyczny jest bólem zależnym od układu współczulnego, oraz z tego, iż w dole skrzydłowo-podniebiennej znajduje się zwój współczulny. Anatomia dołu skrzydłowo-podniebiennej, który zawiera również zwój przywspółczulny, sprawia, że zabieg bywa skuteczny również u chorych z migreną Hortona niepoddającą się leczeniu farmakologicznemu. Migrena Hortona należy do grupy trójdzielną-autonomicznych bólów głowy, zależnych od układu współczulnego. W okresie 25 lat w naszym ośrodku zabieg neurolyzy ZSP wykonaliśmy u ponad 100 osób. Byli to głównie chorzy z neuropatią trójdzielną, migreną Hortona, atypowym bólem twarzy, guzami twarzoczaszki oraz z klasyczną neuralgią trójdzielną. U pacjentów z klasyczną neuralgią niepoddającą się leczeniu farmakologicznemu od momentu, kiedy ośrodek nasz dysponuje aparatem do termolezji (czyli od kilkunastu lat), wykonujemy termolezję zwoju Gassera. ■

Autor nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

Piśmiennictwo:

1. Dobrogowski J. et al., *Diagnosis and management of neuropathic pain: Review of literature and recommendations of the Polish Association for the Study of Pain and the Polish Neurological Society – part two*, „Polish Journal of Neurology and Neurosurgery” 2014; 48: 323–435
2. Malec-Milewska M., *Skuteczność blokady neurolytycznej zwoju skrzydłowo-podniebiennej w leczeniu opornej na farmakoterapię neuralgii i neuropatii nerwu trójdzielnego*, „Ból” 2005; 6 (2): 23–31
3. Malec-Milewska M. et al., *The effectiveness of neurolytic block of sphenopalatine ganglion using zygomatic approach for the management of trigeminal neuropathy*, „Polish Journal of Neurology and Neurosurgery” 2015; 49.
4. Malec-Milewska M. et al., *Thermocoagulation of the Gasserian ganglion in patients with trigeminal neuropathy resistant to pharmacotherapy*, „Advances in Palliative Medicine” 2012; 11, 1: 6–9
5. Day M., *Sphenopalatine Ganglion Analgesia*, „Current Review of Pain” 1999; 3, 5: 343–347
6. Prasanna A., Murthy P., *Combined stellate ganglion and sphenopalatine ganglion block in acute herpes infection*, „Clin Journal of Pain” 1993; 9: 135–137
7. Walkman S., *Sphenopalatine ganglion block-80 years later*, „Regional Anesthesia and Pain Medicine” 1993; 18: 274–276

Orzeszki dla matki i malucha

Czy w celu uniknięcia alergii niemowlaki powinny jeść orzeszki, jajka i inne produkty już od czwartego miesiąca życia? Jeszcze niedawno takie sugestie były herezją, teraz jednak traktowane są bardzo poważnie. Pisze o tym Elissa Abrams z University of Manitoba w Kanadzie na łamach „Canadian Medical Association” (10.2015).

Dawniej rodzice podawali dzieciom produkty spożywcze już od czwartego miesiąca życia, tym bardziej że w tym wieku maluchy są już nimi zainteresowane. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przed ponad dziesięcioma laty zaczęła jednak mocno lansować karmienie piersią co najmniej przez pierwsze pół roku życia dziecka.

Od tego czasu doradzano rodzicom, żeby nie podawali orzechów ani jajek pociechom młodszym niż sześciomiesięczne, bo zbyt wczesne karmienie takimi produktami może zwiększać ryzyko alergii. Tymczasem niewykluczone, że jest odwrotnie: zbyt późne włączenie ich do diety maluchów może zwiększać podatność na uczulenia.

Wskazuje na to kilka badań, na które powołuje się Elissa Abrams. Jedno z nich, którego wyniki opublikowano w 2015 r., sugeruje, że ryzyko uczulenia na orzechy jest mniejsze, gdy niemowlęta otrzymują je w czwartym miesiącu życia. Inne badania wskazują, że podobnie należy postępować np. z jajkami i wyrobami zbożowymi.

Przypomnijmy, że kobietom karmiącym piersią nie doradza się już, by nie jadły orzechów. W 2013 r. opublikowano wyniki badań, które wykazały, że dzieci kobiet, które je spożywają w okresie karmienia piersią, rzadziej mają alergie. Czy będzie zmiana kolejnego zalecenia? Z ostatecznymi wnioskami trzeba poczekać do początku 2016 r., gdy mają się ukazać wyniki dużego badania na ten temat. European Food Safety Authority na razie jedynie nie sprzeciwia się, by czteromiesięcznym dzieciom podawać produkty spożywcze.

Nilotynib dla osób z chorobą Parkinsona

To może być pierwszy lek, który wpływa bezpośrednio na przyczynę choroby Parkinsona i odwraca jej postęp. Chodzi o nilotynib, lek na przewlekłą białaczkę szpikową. Już badania pierwszej fazy wykazały, że niektórzy pacjenci w końcowym stadium choroby wstali z łóżka, znowu zaczęli się poruszać i samodzielnie jeść (24.10.2015, „New Scientist”).

Prowadzący badania kliniczne dr Charbel Moussa z Georgetown University Medical Center w Waszyngtonie twierdzi, że nilotynib pobudza lizosomy w komórkach, które z większym impetem oczyszczają mózg z białek sprzyjających rozwojowi choroby Parkinsona. Pod wpływem tego leku trzech chorych ponownie zaczęło mówić już po trzech tygodniach. Jedna z kobiet po pięciu miesiącach mogła samodzielnie jeść. Inny pacjent, Alan Hoffman, który bez pomocy nie mógł wstać z łóżka, po pięciu tygodniach leczenia sam sobie radzi i ścieli łóżko, znowu może czytać. Na chorobę Parkinsona cierpi od 1997 r.

Dr Moussa twierdzi, że nilotynib u osób z chorobą Parkinsona stosowany jest w mniejszych dawkach niż w przypadku białaczki szpikowej, dzięki czemu wywołuje mniej działań niepożądanych. Lekarz uważa, że efekty terapii nie powinny być jedynie krótkotrwałe. Potrzebne są jednak badania kliniczne kolejnych faz, na większej grupie chorych, z użyciem placebo, bo u wielu pacjentów następuje poprawa pod wpływem sugestii.



Glista zwiększa płodność kobiet

Pasożyty kojarzone są raczej z niekorzystnym wpływem na organizm, okazuje się jednak, że nie wiemy jeszcze wszystkiego. Na przykład glista ludzka (*Ascaris lumbricoides*) może zwiększać płodność kobiet. Takie zaskakujące obserwacje zamieścił prestiżowy tygodnik „Science” (21.11.2015).

Prof. Aaron Blackwell z University of California w Santa Barbara twierdzi, że zależność taką zaobserwowano u kobiet z plemienia Tsimane w Boliwii. Te, które były zakażone glistą, łatwiej zachodziły w ciążę i miały średnio o dwoje dzieci więcej niż przeciętnie. Podobno przekonała się o tym jedna z badaczek, która miała kłopoty z płodnością. Gdy przebywała w Boliwii, odwiedził ją mąż i zaraz zaszła w ciążę. Zaczęto wtedy szukać przyczyny.

Nie wszystkie pasożyty mają tak korzystny wpływ na zdrowie. Z tych samych badań, które przeprowadzono na grupie 986 kobiet, wynika, że tęgoryjec działa odwrotnie – zmniejsza płodność. Zainfekowane nim kobiety miały zwykle o troje dzieci mniej niż przeciętne przedstawicielki tego plemienia. Nie stosują one żadnej antykoncepcji i rodzą średnio dziewięćdziesięciu dzieci.

Tęgoryjec wywołuje anemię, co może wyjaśniać, dlaczego zakażone nim kobiety są mniej płodne. Nie wiadomo jednak, jak wytłumaczyć większą dzietność kobiet zainfekowanych glistą.

Bruzda schizofrenii

Zbyt krótka bruzda czołowa okołoobręczy (*paracingulate sulcus* – PCS) może być związana z halucynacjami u chorych na schizofrenię. Do takiego wniosku doszli neurobiolodzy z University of Cambridge, którzy przeanalizowali badania obrazowe mózgu 153 osób. Pisze o tym „Nature Communications” (23.11.2015).

PCS pozwala odróżnić rzeczywistość od własnych wyobrażeń. Ten fragment mózgu rozwija się tuż przed narodzinami i jest różny u różnych osób. Prof. Jon Simons twierdzi, że gdy bruzda jest o 3 cm krótsza niż u ludzi zdrowych, może zwiększać predyspozycje danej osoby do schizofrenii.

Jeśli spostrzeżenie się potwierdzi, chorobę będzie można wykrywać zanim wystąpią pierwsze jej objawy. Obliczono, że każdy 1 cm, o który PCS jest krótszy niż przeciętnie, zwiększa ryzyko tej choroby o 20 proc. Nie ma pewności, czy zmiany dotyczą tylko jednego fragmentu mózgu. Wcześniejsza badania sugerowały, że halucynacje związane są z ośrodkiem odpowiedzialnym za postrzeganie i umiejętności językowe.

Główny autor badań prof. Jane Garrison przyznaje, że halucynacje nie są jedynym objawem schizofrenii i dość często zdarzają się u osób zdrowych. Zmiany w mózgu, które wykrywa jego obrazowanie, mogą być jednym z symptomów choroby. ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. egw

Homo homini res sacra

Tadeusz Tołłoczko

fragmenty

Homo homini – stosunek człowieka do człowieka

Myślę, że podstawowym kryterium i miarą człowieczeństwa jest stosunek do drugiego człowieka. Czy o stosunku człowieka do człowieka ma decydować moralność stojąca na straży godności i wartości człowieka i jego życia, czy umowa społeczna oparta na zmieniających się w zależności od utylitarnej potrzeby paragrafach? Wielkość człowieka docenił już Seneka, pisząc „Homo homini res sacra” („Człowiek człowiekowi świętością”). Później uzupełnił tę maksymę uniwersalną zasadą miłowania każdego człowieka, całego rodu ludzkiego – „Caritas generis humani”.

Za krańcowy przykład przedmiotowego, utylitarystycznego myślenia i traktowania drugiego człowieka uznać można klonowanie terapeutyczne, gdyż jest związane z niszczeniem istoty, którą się powołało do życia. Czy można wyrazić zgodę na powoływanie do życia istoty ludzkiej po to tylko, by ją tego życia pozbawić i wykorzystać dla celów utylitarnych? To filozofia przemocy i nihilizacja człowieczeństwa. Byt człowieka sprowadza się wówczas do jego hodowli i utylitarystycznego wykorzystania, a z założenia człowiek powinien mieć status równoprawnego bliźniego.

Jaką pozycję chcemy współcześnie przyznać człowiekowi wśród ludzi? Czy ma to być pozycja osoby obdarzonej wolnością i godnością, czy rzeczy? Człowiek jest jedyną istotą w przyrodzie zdolną do czynienia bezinteresownego zła. I rzecz oczywista, że im bardziej człowiek bezbronny, na tym większą krzywdę jest narażony. Trzeba tylko nauczyć się stwarzać pozory przestrzegającego moralne normy naukowca, lekarza, prawnika, ustawodawcy. Gdyby prawa wynikające z definicji człowieczeństwa były odbierane nie tylko embrionom, ale równocześnie wnioskodawcom takich przepisów, z pewnością problem by nie zaistniał.

Jeśli embrion jest osobą, a nie tylko konglomeratem różniących się komórek, musi mieć zapewnione wszystkie prawa należne osobie, a więc przede wszystkim prawo do życia. Ostatecznie problem polega na tym, by istota ludzka nie była bezbronna wobec ustawowego bezprawia. Stosowana w dyskusji przez zwolenników klonowania terapeutycznego pseudoargumentacja ma zakamuflować prawdziwe, a niewypowiedziane motywy. Prościej i uczciwiej byłoby wyznaczyć, że interes jest ważniejszy od moralności, mimo iż stanowisko takie jest również nie do przyjęcia.

Życie i nauka odrywają się od wymiaru etycznego i ocen wartościujących. Dlatego człowiek – embrion został sprowadzony do poziomu rzeczy. Zgoda na klonowanie oznaczałaby przyjęcie drastycznie odmiennego kryterium wzięcia człowieka – pozbawionego prawa do wolności, godności i życia. Toteż przeraża konkluzja, że postęp techniczny zdystansował w swym rozwoju myśl etyczną.

Moralność jako umowa społeczna

Umowa społeczna, nawet przyjęta przez głosowanie, może być całkowicie wypatroszona z zasad moralnych. Życzenie lidera partii lub układy koniunkturalne nieraz sterują „świadomością moralną” głosujących, nawet w krajach formalnie nazywających się wolnymi i demokratycznymi.

Jedną umowę społeczną „walki klas” z jej „moralnymi zasadami” jako żeśmy przeżyli. Drugą umowę społeczną, w której zdrowie jednostki i społeczeństwa w ramach wolnego rynku staje się wartością klasową, z jej wolnorynkowymi z kolei zasadami moralności, przeżywamy na bieżąco. Politycznie opracowane „umowy społeczne” bywają zwykle ozdabiane wzniosłymi hasłami, które jednak realizowane są tylko w obliczu przymusu spowodowanego społecznym buntem.

Godność

Pojęcie godności ma dwa znaczenia. Pierwsze wyraża godność osobową, przynależną każdemu człowiekowi z tytułu urodzenia i bycia człowiekiem, niezależnie od wyróżniających go cech, takich jak rasa, płeć, wiek, a nawet zasługi. W tym znaczeniu wszyscy ludzie są sobie równi i wszystkim należy się autentyczny szacunek. Powinni mieć elementarne prawa ludzkie, w tym prawo do „ludzkiego życia”. Z takiego zrozumienia pojęcia godności wynika zakaz poniżania i unicestwiania kogokolwiek. Jednocześnie godność człowieka stanowi podstawę uzasadniająca autonomię jednostki. Godność przysługuje każdemu tylko z tej racji, że jest człowiekiem, i to niezależnie jakim. Stanowi ona podstawę wielu norm prawnych, zarówno w zakresie prawa międzynarodowego, jak i przepisów poszczególnych krajów, zawartych w konstytucjach. Godność człowieka jest więc właściwością powszechną, ale i wewnętrzną, wrodzonym, naturalnym znamieniem człowieka. Godności nie można ani ograniczać, ani zabierać. Nie można się też jej zrzec czy pozbyć. „Godność ludzka to absolut, a nie pojęcie cząstkowe” (Josif Brodski).

Godność w drugim znaczeniu to cecha ściśle osobowościowa, zależna od wartości danej osoby i jej dokonań, również w sensie etycznym. Ściśle wiąże się z poczuciem wartości własnej. I w tym znaczeniu godność również wymaga szacunku. Odróżnić jednak należy godność danej osoby od jej poczucia godności własnej, które jest pojęciem subiektywnym.

Należy mieć świadomość, że poszanowanie wszelkich atrybutów godności człowieka jest podstawowym warunkiem ładu nie tylko społecznego, ale i gospodarczego. Nie istnieje sprawiedliwość społeczna ani sprawiedliwe państwo bez szacunku dla godności obywatela.

Wszelkie orientacje humanistyczne, zwłaszcza personalistyczne, uznają, że nie ma stopniowości ani człowieczeństwa, ani ludzkiej godności, bowiem przysługują każdemu człowiekowi w całości, na każdym etapie jego rozwoju, w równym stopniu – jako wartości przyrodzone. Godności osoby nie można redukować tylko do wolności, gdyż równocześnie istnieje wolność i godność drugiego człowieka. ■



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

To oczywiste, że lekarz ma wpływ na pacjenta. Obiektywnie istniejąca asymetria informacji, zapewniająca lekarzowi ogromną przewagę w zakresie oceny sytuacji oraz możliwych do podjęcia decyzji, otoczenie placówki medycznej onieśmielające pacjenta, cierpienie utrudniające mu samodzielne rozważanie, a tym bardziej dokonywanie wyborów, częsta samotność chorego wobec obeształnego lekcia itd., itp. sprzyjają rzecz jasna „oddaniu” decyzji lekarzowi.

Oczywiste jest także to, że dla dobra chorego, z całym poszanowaniem jego godności i autonomii, lekarz wykorzystuje tę sytuację w celu sugerowania mu najlepszych rozwiązań. Nierzadko wiara pacjenta w to, że „lekarz wie lepiej”, wywołująca lub nasilająca efekt placebo towarzyszący działaniom lekarza, sama w sobie staje się terapeutyczna.

Możliwość wpływania nie tylko na stan poinformowania pacjenta i zrozumienie przez niego sytuacji, ale także na podejmowanie przez niego decyzji (udzielanie lub nieudzielanie zgody na proponowane metody diagnostyczne i leczenie) jest w rękach lekarza potężną bronią. I jak to bywa z bronią, w pewnych sytuacjach staje się groźna. Lekarz bowiem często ma wpływ także na decyzje pacjenta dotyczące jego stylu życia, wyboru miejsca zamieszkania, sposobu spędzania wakacji i wiele, wiele innych. Rosnące z czasem zaufanie, szczególnie w przypadku długotrwałej opieki nad pacjentem lub jego rodziną (lekarze rodzinni) albo gdy choroba ma charakter przewlekły, nieuchronnie prowadzi do prośb ze strony pacjenta o pomoc w dokonywaniu wyborów politycznych, rozwiązywaniu problemów majątkowych, pracowniczych, rodzinnych, biznesowych oraz dotyczących innych sytuacji życiowych.

Lekarz z jednej strony powinien zachowywać się empatycznie, wysłuchiwać pacjenta, ale z drugiej strony musi zachować szczególną ostrożność, zwłaszcza w zakresie udzielania rad i wskazówek. W rozmowie z pacjentem powinien zawsze podkreślać, że jego wiedza lekarska nie sprawia, iż jest ekspertem od wszystkiego. Największą ostrożność jednak lekarz musi zachować wówczas, gdy relacja z pacjentem, a tym bardziej udzielana rada, mogłaby przynieść jemu samemu jakkolwiek korzyść. Musi zdawać sobie sprawę z tego, że korzyści rodzinne, relacyjne, a zwłaszcza biznesowe lub majątkowe, jakich mógłby być beneficjentem, zostaną zawsze potraktowane jak wykorzystanie osoby znajdującej się w relacji zależności. Pojawiające się ryzyko takiego konfliktu interesów najlepiej rozwiązać przez zerwanie relacji z pacjentem. ■



Rezydenci łączą siły

Nasza sytuacja nie jest tragiczna, ale mamy wiele problemów prawnych, edukacyjnych, a także materialnych – skarżą się młodzi lekarze robiący specjalizację w trybie rezydenckim. Czują się osamotnieni, działają w pojedynkę, brak im reprezentacji.

Młodzi lekarze z wielu ośrodków w kraju stwierdzili, że ich pojedyncze głosy, listy do dyrekcji poszczególnych szpitali, do ministra zdrowia, do Sejmu, pozostają bez odpowiedzi i reakcji władz. Postanowili więc spotkać się w Warszawie i nakreślić plan wspólnych działań. Przybyło ponad 40 osób z różnych miast. Obecna była także Dorota Mazurek z OZZL oraz Ewa Gojan z ORL w Warszawie, która obiecała pomoc izby lekarskiej w ramach tego, co jest ustawowym obowiązkiem samorządu.

Podczas dyskusji okazało się jednak, że nie wszystkie interesy są wspólne, a nawet bywają rozbieżne. Przykładem jest kwestia dyżurów. W niektórych szpitalach rezydenci, którzy uważają, że dyżury są niezbędne w trakcie kształcenia, nie mogą się o nie doprosić. W innych natomiast otrzymują ich zbyt dużo.

Jedni sądzą, że samorząd lekarski jest dostateczną reprezentacją, a ich izba dba o młodych. Ale był też dyskutant radykalny, twierdzący, że trzeba budować reprezentację rezydentów od podstaw, a samorząd jest zbędny. Ukraiński lekarz, od kilku lat pracujący w Polsce, odpowiedział na ten głos krótko: – *Gdybyście żyli na Ukrainie, docenilibyście istnienie izb lekarskich.*

Okazało się także, że młodzi lekarze nie znają swoich praw i praw pracodawcy, nie wiedzą, gdzie informacji o tych prawach szukać i jak je interpretować.

Mimo sprzecznych opinii, ustalono jednak, że pewne cele są wspólne i należy do nich dążyć, zarówno działając w związkach zawodowych, jak i w komisjach młodych w samorządzie. Do tych celów należą: ubieganie się o wzrost wynagrodzeń, o nadanie ściślejszych ram szkoleniom specjalizacyjnym w poszczególnych dziedzinach, w tym o określenie liczby dyżurów oraz uregulowanie odpowiedzialności kierownika specjalizacji, domaganie się ustawy o rezydenturach.

Pojawiła się również konstatacja, że każdy lekarz musi być świadomy swoich praw i obowiązków, trzeba je poznać, bo wtedy można je egzekwować. Dorota Mazurek powiedziała: – *Wolny zawód lekarza zaczyna się właśnie od tej świadomości.* ■

Małgorzata Skarbek



Nie antagonizujemy się wzajemnie

Łukasz Jankowski

Głęboko poruszony artykułem pana doktora Andrzeja Kuźawczyka, zamieszczonym we wrześniowym numerze „Pulsu”, postanowiłem również zabrać głos na temat relacji lekarz – lekarz oraz międzypokoleniowych.

Od niedawna pracuję jako lekarz. Chciałbym napisać, że jestem lekarzem, ale nie pozwala mi na to wciąż niedostateczna wiedza medyczna, pokora wobec wiedzy i doświadczenia starszych kolegów lekarzy, nie pozwala mi też system, w którym przyszło mi pracować. Na wstępie więc przedstawię się: jestem wykwalifikowaną sekretarką medyczną, telefonistką, technikiem medycznym, darmowym pracownikiem ZUS, zdarza mi się być sanitariuszem, wymienić żarówkę, regularnie „zrzucam się” też z kolegami na toner do drukarki. Czasem jestem negocjatorem, czasem wyrobnikiem. Czasem lecę chorych. Mam dyplom lekarza.

Kim nie jestem? Nie jestem ordynatorem, ministrem zdrowia, dyrektorem szpitala. Nie jestem decydem. Jak wszyscy młodzi lekarze, jestem tu nowy. Pan doktor Kuźawczyk w pewnym sensie też jest w systemie ochrony zdrowia nowy. Miał szczęście nie pracować w tak chorych czasach, w tak chorych uwarunkowaniach systemowych, jakie mamy teraz.

Pamiętam, jak w okresie mojego dzieciństwa odwiedzali nasz dom znajomi rodziców – lekarze. Nierzadko zdarzało się im narzekać na warunki pracy. – *Śłużba zdrowia schodzi na psy – mówili – i leczy już chyba wyłącznie samą siebie*. Starsi koledzy pamiętają zapewne te czasy lepiej niż ja. Kilka lat minęło i w wyniku kolejnych reform nasza służba zdrowia, jak widać, nie leczy już niestety nikogo. Zatraciła zdolność leczenia nawet samej siebie.

Pan doktor Kuźawczyk skarży się na warunki, w jakich przyszło mu oczekiwać na SOR, na przyjęcie do szpitala. O panujący tam bałagan i znieczulicę oskarża młodych lekarzy.

Panie Doktorze! Mieliśmy – ja i moi rówieśnicy – po dwa lata, kiedy upadł w Polsce komunizm, 17 lat, gdy weszliśmy do Unii Europejskiej. Byliśmy zbyt młodzi, nawet na to, by świadomie obserwować jak Wy – teraz starsi koledzy, doświadczeni lekarze, środowisko izb lekarskich, decydenci, rzecznicy, ministrowie, tworzyliście system ochrony zdrowia w demokratycznej Polsce. Podobnie jak moi rówieśnicy, nie miałem wpływu na to, w jakich warunkach będę pracował, gdy skończę studia. Byliśmy wychowywani w przekonaniu, że – cytując Pański artykuł – „*medycyna to sztuka, postługa*”. Przeszliśmy przez studia z nadzieją, że właśnie sztukę medyczną i posługę chorym będziemy praktykować. To nie ja uczyniłem z medycyny „*bezduszny biznes*”, to nie ja wymyśliłem liczenie punktów, grupowanie pacjentów w jednorodne grupy. Gdzie byliście Wy – nasi starsi koledzy, kiedy na Waszych oczach z lekarza uczyniono świadczyciela? Co mówili i robiły organizacje lekarskie? Co zrobiliście, żeby powstrzymać komercjalizację służby zdrowia, gdzie byliście, kiedy ze szpitala, dotychczas leczącego chorych ludzi, uczyniono *de facto* przedsiębiorstwo, które musi na siebie zarobić? I Pan pyta „*co nie działa, gdzie jest błąd?*”

Skandalem jest to, co spotkało pana doktora na SOR, skandalem jest to, co spotyka tam tysiące pacjentów każdego dnia. Tam nieustannie trwa wojna. Brak personelu, brak miejsc dla chorych, urągające warunki lokalowe – to wszyscy znamy. Znamy tzw. ping-pong chorymi, których odsyła się od Annasza do Kajfasza, byle tylko pozbyć się problemu. Znamy balansowanie między wskazaniami medycznymi a możliwościami logistycznymi oddziałów. Czy to wina personelu? A może warunków, w jakich musimy pracować? Z jakiegoś powodu na SOR nikt pracować nie chce, a ci, którzy pracują, doświadczają niejednokrotnie frustracji ze względu na organizacyjny bałagan.

Czy to wina młodego lekarza, który przyszedł skonsultować pana doktora Kuźawczyka, że nie posiada jeszcze specjalizacji? A może to dyrektor szpitala, oszczędzając pieniądze, doprowadził do rażących niedoborów kadrowych, zagrażających bezpieczeństwu chorych ludzi, a luki kadrowe zapełnia, zmuszając młodych lekarzy do dyżurności na SOR? Pozostawiam to ocenie czytelnika.

Pan doktor pisze w swoim artykule o aroganckim zwracaniu się do pacjentów przez personel szpitala. To oburzające i jest mi z powodu tego incydentu niezmiernie przykro. Chamstwo obecnie trawi naszą służbę zdrowia. Wielu lekarzy chamstwa się uczy, przystosowując się do wymagań systemu, bo tylko bycie bezczelnym pozwala przetrwać na toczącej się na SOR i przepełnionych oddziałach wojnie. Bezczelność stała się synonimem skuteczności i przebojowości. Bez beczelności nie załatwi się pacjentowi podstawowych badań, nie przekaże się go do innego ośrodka. Niejednokrotnie młodzi lekarze chamstwa uczą się od starszych. Muszą nauczyć się, jak przetrwać na tej wojnie, a wyuczona w boju beczelność wchodzi w krew. Jak to zmienić? Zwiększyć obsadę oddziałów, zwiększyć finansowanie i liczbę łóżek, zmodyfikować system. Wprowadzić monitoring czasu pracy lekarzy, walczyć z ich przemęczeniem i lepiej wynagradzać. To nie wiek jest winien, nie szkolenie. Diagnoza pana doktora Kuźawczyka, który winą za złe działanie systemu obarcza młodszych kolegów, jest niestety zupełnie chybiona.

Boimy się. Pan doktor Kuźawczyk – że będzie musiał trafić ponownie na SOR i skorzystać z „pomocy” szpitala, ja – że czeka mnie to za parę lat. Też boję się trafić na linię frontu jako pacjent. Boję się, tym bardziej że wiem, jak wygląda praca lekarza na SOR i oddziale dużego szpitala. Wiem, w jakich warunkach czekają polscy pacjenci. Tam trwa wojna. A na wojnie każdy, niezależnie od wieku, nie chce stać się jedną z ofiar. Dlatego, mimo nietrafionej diagnozy sytuacji, rozumiem emocje i przeżycia, które towarzyszyły panu doktorowi Kuźawczykowi podczas pisania tekstu. Panie Doktorze! Ja wierzę, że nam – obecnym młodym lekarzom – uda się coś w systemie zmienić. Proszę dać nam tylko wsparcie i odrobinę czasu. Na razie starajmy się wszyscy – i starzy, i młodzi – być dla siebie i dla pacjentów po prostu ludzcy. I proszę, nie antagonizujemy się wzajemnie. ■



Fot. archiwum

Postępowanie karne w sprawie o błąd w sztuce lekarskiej

Filip Niemczyk, adwokat

Postępowanie karne składa się z dwóch zasadniczych etapów: postępowania przygotowawczego, zwanego też śledztwem, a także postępowania sądowego. Pierwsze prowadzi prokuratura, drugie toczy się przed sądem powszechnym. Warto zwrócić uwagę na kilka momentów kluczowych dla przebiegu postępowania przygotowawczego w sprawie o błąd w sztuce lekarskiej.

O fakcie podejrzenia lekarzy o błąd, który może stanowić przestępstwo, prokuratura dowiadyuje się najczęściej z zawiadomienia wystosowanego przez pacjenta, którego dotyczyło zdarzenie, lub jego rodziny. Zazwyczaj mamy do czynienia ze zgonem pacjenta w szpitalu oraz informacją od jego bliskich, przekonanych, że za śmierć odpowiedzialni są lekarze. Osoby składające zawiadomienie do prokuratury często formułują obszerną listę zarzutów, na którą składają się różnej wagi zastrzeżenia do personelu medycznego. Część zarzutów nie może skutkować odpowiedzialnością karną, ponieważ nie mają związku ze zgonem pacjenta ani nie świadczą o narażeniu chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Mam tu na myśli często pojawiające się zarzuty dotyczące sposobu kontaktowania się lekarza z pacjentem i rodziną, takie jak brak odpowiedniego informowania, mała uwaga, arogancja itp. Wystarczy jednak, że w zawiadomieniu znajdują się zarzuty dotyczące bierności lekarza, niepodjęcia określonych działań diagnostycznych lub terapeutycznych albo zwłoki w ich podjęciu, żeby prokurator wszczął śledztwo w sprawie o błąd w sztuce lekarskiej.

W toku śledztwa przeprowadza on dowody, co w pierwszej kolejności oznacza zazwyczaj przesłuchanie pacjenta lub jego rodziny. W kolejnym kroku prokurator występuje do szpitala o pełną dokumentację medyczną dotyczącą choroby pacjenta. Następnie przesłuchiwani są lekarze, ewentualnie personel pielęgniarski, a niekiedy również administracja placówki medycznej. W przypadku złożonego procesu leczenia, kiedy pacjent przebywał na kilku oddziałach lub w kilku szpitalach, może to oznaczać przesłuchanie każdego lekarza, który dokonał wpisu w historię choroby. Takich lekarzy bywa kilkunastu lub nawet kilkudziesięciu, co wystarcza, żeby prokurator prowadził postępowanie przez wiele miesięcy. Lekarze, w charakterze świadków, mogą w związku z tym składać zeznania na długo po zakończeniu leczenia danego chorego, co w oczywisty sposób wpływa na możliwość odtworzenia z pamięci szczegółów konkretnego przypadku.

Zeznania lekarza w charakterze świadka mają sens wtedy, kiedy ma on dostęp do historii choroby pacjenta i może wyjaśnić wpisy, jakich tam dokonał. Dokumentacja medyczna pacjenta oraz wiedza lekarza o nim objęte są jednak tajemnicą lekarską, której nie uchyla się tylko z powodu wezwania na przesłuchanie. Warto o tym prawie chorego i obowiązku lekarza prowadzącemu śledztwo przypomnieć.

Materiał dowodowy w postaci dokumentacji medycznej oraz zeznań świadków nie wystarcza do postawienia przez prokuratora komukolwiek zarzutu błędu w sztuce lekarskiej. Ocena, czy zaistniał ów błąd, wymaga specjalistycznej wiedzy i znajomości praktyki wykonywania zawodu. Na tym etapie postępowania przygotowawczego powołuje się zatem biegłych. Prawdłowo prowadzone postępowanie dowodowe wymaga powołania biegłych odpowiedniej specjalizacji i stopnia naukowego. Lekarza o uznanym dorobku nie powinien oceniać mniej doświadczony kolega. W praktyce postępowania karnego nie ma niestety wypracowanych reguł. Zdarzały się przypadki, kiedy dla oceny kilku lekarzy różnych specjalności powoływany był jeden lekarz, np. ekspert z zakresu anestezjologii lub medycyny sądowej, który dokonywał całościowej i, co warto dodać – negatywnej, oceny procesu leczenia. Dobrą praktyką prokuratora jest powoływanie zespołu biegłych różnych specjalności, wybranych ze względu na charakter przypadku, którego dotyczy sprawa. Warto dodać, że miarodajna dla postępowania karnego jest taka opinia, która nie tylko zawiera jasne i spójne wnioski, ale jest odpowiednio uargumentowana, zrozumiała także dla osób nieposiadających wykształcenia medycznego.

Opinia biegłych ma charakter kluczowy. Od wniosków w niej zawartych zależy dalszy bieg sprawy. Jeśli ocena procesu leczenia jest jednoznaczna, prokurator w zasadzie nie ma pola manewru. Opinia pozytywna skutkuje umorzeniem postępowania, negatywna prowadzi do postawienia zarzutu osobom, które w ocenie biegłych dopuściły się błędu w sztuce lekarskiej. Złożenie opinii przez biegłych nie kończy jednak sprawy. Dopiero w tym momencie najczęściej uaktywniają się strony postępowania, tzn. pokrzywdzony i podejrzany. Pokrzywdzony, w przypadku opinii dla lekarzy pozytywnej, może domagać się jej uzupełnienia przez przesłuchanie biegłych i umożliwienie zadawania pytań. Lekarz, w przypadku opinii dlań negatywnej, po postawieniu zarzutów przez prokuratora staje się podejrzanym. Ma prawo nie przyznać się do winy, składać wyjaśnienia lub ich odmówić, korzystać z pomocy obrońcy, a także składać własne wnioski dowodowe. Podobnie jak pokrzywdzony, ma prawo domagać się przesłuchania biegłych lub, w określonych przypadkach, powołania innych biegłych.

Po zgromadzeniu materiału dowodowego prokurator podejmuje decyzję odnośnie do dalszego biegu sprawy. Jeśli postępowanie nie dostarczyło dowodów winy, w szczególności jeśli opinia biegłych jest dla lekarzy pozytywna, prokurator umarza sprawę. Jeśli natomiast dysponuje dowodami winy, kieruje do sądu akt oskarżenia przeciwko osobom, które uprzednio występowały w charakterze podejrzanych. Ta czynność rozpoczyna etap sądowy postępowania, którego przebieg omówię w kolejnym numerze „Pulsu”. ■

Wprowadź swoje plany w życie

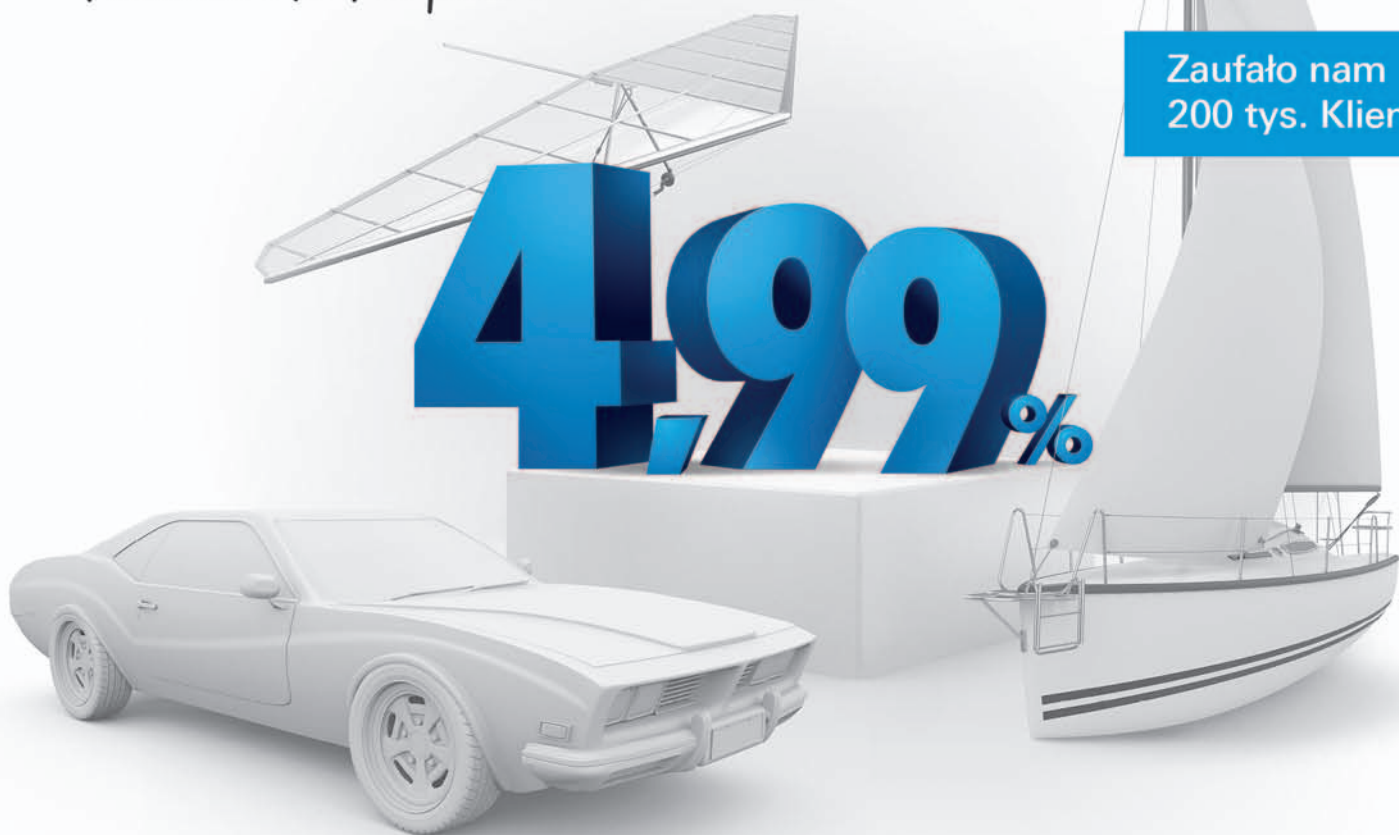
Realizujesz siebie poprzez plany. Spełniasz się przez marzenia. Wiesz, że w życiu nie liczy się sam cel, ale też prowadząca do niego droga. W Deutsche Bank znajdziesz teraz drogę do celu z db Kredytem Gotówkowym.

To proste:

- wstępna decyzja nawet w 10 min
- atrakcyjne oprocentowanie 4,99%
- kwota kredytu do 200 000 zł
- okres kredytowania nawet do 84 miesięcy

Wprowadź swoje plany w życie już dziś!

Passion to Perform



Zapraszamy do kontaktu!

Anna Wdowiak, Dyrektor Oddziału, tel. 510 001 105

Paweł Gołąb, Doradca Klienta, tel. 510 001 216

Deutsche Bank Polska S.A., ul. Targowa 47, 03-728 Warszawa



Rzeczywista Roczna Stopa Oprocentowania wynosi 12,90%, całkowita kwota kredytu 32 000,00 zł, całkowita kwota do zapłaty 40 730,57 zł, oprocentowanie zmienne 4,99%, całkowity koszt kredytu 8730,57 zł (w tym: prowizja 3286,80 zł, opłata przygotowawcza 1200,00 zł, odsetki 4243,77 zł), 53 miesięczne raty odsetkowe w wysokości 768,50 zł – reprezentatywny przykład. Powyższa kalkulacja została dokonana na dzień 28.04.2015 r. Zaciągnięcie kredytu oprocentowanego stopą zmienną wiąże się z ryzykiem wzrostu stopy procentowej, a tym samym możliwością ponoszenia w czasie zwiększonych kosztów miesięcznych rat kredytu. Niniejsza treść nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Ma ona charakter wyłącznie informacyjny. Bank uzależnia przyznanie kredytu od zdolności kredytowej Klienta. Deutsche Bank Polska S.A., al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa



Fot. archiwum

Zalecenia lekarskie

Z prof. dr. hab. n. med. Przemysławem Kardasem, kierownikiem I Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Jak powszechne jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych?

Częstsze niż się lekarzom wydaje. Konkretnie statystyki z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dowodzą, że połowa pacjentów chorujących przewlekłe nie radzi sobie z systematycznym przyjmowaniem leków, na różne sposoby i z różnych powodów nie przestrzegając zaleceń terapeutycznych. Badania prowadzone w Polsce wskazują, że zakres tego zjawiska u nas jest jeszcze szerszy. Według danych z projektu ABC w przypadku nadciśnienia tętniczego 58 proc. polskich pacjentów nie leczy się właściwie. Aby czytelnicy nie odnieśli wrażenia, że jest to charakterystyczne tylko dla chorób przewlekłych, w szczególności takich jak nadciśnienie, czyli bezobjawowych, powiem, że w chorobach ostrych, objawowych, które powinny motywować do leczenia, dane są bardzo podobne. 40 proc. pacjentów przyjmujących antybiotyki też robi odstępstwa od zaleceń. To groźne zjawisko.

Czy lekarz może stwierdzić, że jego stały pacjent nie przyjmuje leków?

Jeśli będzie chciał zadać sobie odrobinę trudu, to ma szansę, ale musi wykonać stosowne działania. Powinien ocenić pacjenta w sposób nieco inny niż standardowy. Lekarzom wydaje się, że podczas badania znajdą konkretne dowody na to, że chory leczy się bądź nie leczy systematycznie. Tymczasem zdarza się to raczej rzadko.

Najprostszą metodą pozwalającą zorientować się w tej kwestii jest krótka analiza wystawianych poprzednio recept. Jeżeli pacjent ostatnią receptę odebrał w czerwcu, a kolejny raz przychodzi w listopadzie, jest bardzo duże prawdopodobieństwo, że nie leczy się systematycznie. Istnieją również możliwości zweryfikowania słów chorego dzięki badaniom laboratoryjnym, ale i ta metoda daje wyniki dość zwodnicze.

Tak naprawdę lekarze często nie rozpoznają przypadków nieprzestrzegania zaleceń. Co więcej, dzieje się tak nie bez powodu. Przypuszczamy, że pacjent, który zadał sobie trud dotarcia do lekarza, a często nawet zapłacenia za wizytę, jest dostatecznie zmotywowany do leczenia się. A to niestety jest myślenie nie do końca uprawnione.

Jakie są przyczyny takiego postępowania pacjentów?

Powodów jest wiele, w literaturze przedmiotu wymienia się ich około 200. Postępujemy się kwalifikacją, którą zaproponowała WHO, wskazując pięć najważniejszych obszarów. Ze strony pacjenta przeszkodą są jego poglądy, np. uważa, że leczenie nie przyniesie mu korzyści, że stosowana terapia będzie się wiązała z ryzykiem działań niepożądanych. Na nic się zdadzą wówczas apele lekarza, aby chory brał leki systematycznie. Nie jest tak, że u pacjenta, który dowiedział się o rozpoznaniu choroby, automatycznie pojawia się chęć leczenia. Najbardziej adekwatny przykład to depresja. Ta choroba polega m.in. na braku motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań. Sięganie po środki, które mogą poprawić ten stan rzeczy, jest dla pacjenta niemożliwe.

Nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia czy cukrzyca nie sprawiają pacjentowi żadnych problemów na co dzień, pacjent o chorobie dowiaduje się dopiero od lekarza. W takich przypadkach motywacja do leczenia jest proporcjonalnie mała. Jeżeli pacjent czuje się dobrze, a leczenie może na dodatek

przynieść mu straty, choćby finansowe, często również psychiczne, nie chce się leczyć.

Następnym czynnikiem demotywującym jest sposób leczenia. Już przyjmowanie tabletki cztery razy dziennie może być trudne do wykonania, a przecież są także mniej przyjemne czy nawet bolesne formy terapii, np. zastrzyki insuliny. O tym przeciętny człowiek nie chce nawet myśleć.

Dalej mamy czynniki ekonomiczne i społeczne. Części pacjentów w Polsce nie stać na wykupienie leków. W związku z zaostrzeniem przepisów dotyczących wystawiania recept i refundacji leków chorzy dostają recepty bez zniżek.

Czynniki społeczne również mają duże znaczenie. Zalecenia lekarskie mogą obejmować np. modyfikację diety. Jednak na spotkaniu towarzyskim, gdy goście zasiadają wspólnie do smażonej karkówki popijanej piwem, abstynencja pacjenta może wzbudzić we współbiesiadnikach niechęć. Nie każdy sprosta takiej sytuacji.

Piąty rodzaj czynników utrudniających systematyczne leczenie wiąże się z systemem ochrony zdrowia. Aby chory mógł się leczyć bez przerw, musi mieć recepty na kolejne dawki leków, czyli odwiedzać lekarza. A przecież bardzo trudno dostać się do niektórych specjalistów w ramach publicznej służby zdrowia. Kolejka oczekujących jest na tyle długa, że realne możliwości zapewnienia ciągłości leczenia stają się wątpliwe.

Zatem powodów niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich jest mnóstwo. Niestety, znaczna część problemów w tym zakresie nie wynika z woli chorego. Oczywiście, systematyczne leczenie nie leży w ludzkiej naturze, większość z nas chciałaby być zdrowa. Ale nawet wówczas, gdy pacjent – świadomy korzyści – chce się poddać leczeniu, nie zawsze jest mu łatwo, a czasami staje się to niemożliwe.

Jakie są skutki niesystematycznego leczenia?

Lek nieprzyjęty nie działa. Tylko gdy pacjent zażyje lekarstwo, może pojawić się korzyść. Niesystematyczne przyjmowanie leków ma bardzo poważne konsekwencje. Od mniej istotnych, pod postacią pogorszenia stanu zdrowia czy braku poprawy, po tak poważne jak zgony. Są choroby, w których ta zależność jest bardzo silna. Wielu pacjentów opuszcza ten świat dlatego, że nie leczy się systematycznie.

Ma to także skutki dla systemu ochrony zdrowia. Chorzy nieosiągający poprawy wielokrotnie wracają do lekarza, kieruje się ich na kolejne badania laboratoryjne, obrazowe, trafiają także do szpitala. To pociąga za sobą wielkie koszty, bo inwestujemy w pacjentów, którzy się nie leczą, a potem musimy jeszcze dopłacać do dodatkowych świadczeń medycznych, które są im potrzebne.

Kiedyś podjąłem się oceny tych strat w obrębie wydatków publicznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Ustaliłem, że sięgają one około 10 proc. budżetu NFZ, czyli 6 mld zł rocznie. To jednak tylko część kosztów. Dochodzą przecież do tego te ponoszone przez ZUS w związku z długimi zwolnieniami oraz strata szeroko rozumianej produktywności.

Czy znamy metody zapobiegania niestosowaniu się do zaleceń lekarskich?

Nie jest to proste, gdyż nie ma jednego klucza do ludzkiego postępowania. Ponieważ czynników powodujących nierepektowanie zaleceń jest wiele, możemy zająć się tylko takimi, które w danej populacji czy dla danego pacjenta są szczególnie istotne, i interweniować w tym kierunku.

Regułą jest działanie wielokierunkowe. W przypadkach indywidualnych możemy znaleźć konkretne powody, trudniej jest, gdy chodzi o całą populację. Np. jedno działanie dotyczące pacjentów kardiologicznych nie wystarczy. Trzeba prześledzić ciąg wydarzeń towarzyszący leczeniu i w miejscach, gdzie pojawiają się bariery, stwarzać ułatwienia, kierować na właściwą ścieżkę.

Gdy problemy z dostępem do lekarza i uzyskaniem recepty utrudniają systematyczne leczenie, trzeba próbować sytuację poprawić. Ostatnio zmieniono na korzyść chorego przepisy dotyczące ilości zapisywanych leków – można je jednorazowo przepisać na 12 miesięcy leczenia. Warto, żeby lekarze korzystali z tej opcji.

Zachęcałbym również lekarzy do przejścia aktywnej roli w kontaktach z pacjentem. Ja na koniec każdej wizyty pytam: czy ma pan wszystkie leki, które powinien pan stosować? Jeżeli nie, próbujemy przeanalizować ich zestaw.

Jeżeli lekarz tego nie robi, pacjent gotów uznać, że oto nadszedł dzień, w którym wreszcie można przestać stosować jakieś tabletki brane przez np. dziesięć lat.

Nic nie stoi też na przeszkodzie, aby wypisując leki kardiologiczne, zaordynować także te stosowane w przypadku cukrzycy, jeśli pacjent na nią się leczy. Aptekarz ma prawo skorzystać z substytucji generycznej – przepisu, który pozwala wydać lek tańszy lub pod inną postacią, wygodniejszą w użyciu. Preferencje chorego mogą być bardzo indywidualne. Lekarz często nie zdaje sobie z tego sprawy, bo... nie widział nigdy tego leku na oczy. Zatem aptekarzowi łatwiej wybrać postać leku wygodniejszą dla pacjenta.

Sam pacjent powinien przejąć świadomą kontrolę nad leczeniem. Zanim wyjdzie z gabinetu lekarskiego, powinien zadać pytanie: po co mam te leki brać? Czego mam się po nich spodziewać? Profesjonaliście rozpoznanie choroby automatycznie uświadamia, czym ją najlepiej leczyć. Pacjent tego nie wie. Pierwszy raz słyszy dość enigmatyczną dla siebie nazwę choroby, zalecenia nie wyjaśniają celu przyjmowania leków, zastanawia się więc, czy warto choćby narażać się na koszty. Lekarz powinien mu to wyjaśnić, podać informację o skutkach leczenia, korzyściach, ewentualnych działaniach ubocznych.

Chory może sam zorganizować sobie system ułatwiający systematyczne zażywanie leków. Dobrze, gdy pomaga w tym osoba bliska lub urządzenia techniczne: budzik, komórka, przypominające alarmem o porze przyjęcia kolejnej dawki, bardziej skomplikowane organizery z szufladkami na tabletki na kolejne dni lub godziny, notatki w kalendarzu czy plany na kartce, na której odnotowuje się informacje o przyjęciu leku. Najnowocześniejsze rozwiązania – aplikacje – można znaleźć w Internecie. Włączenie pacjenta w proces leczenia, np. przez samodzielne monitorowanie ciśnienia, poziomu cukru, wagi i prowadzenie dzienniczka samokontroli, daje dobre efekty.

Jak zatem powinni postępować lekarze?

Zachęcam lekarzy, aby proponowali pacjentom pomoc. Im forma leczenia bardziej przyjazna dla chorego, tym łatwiej ją zorganizować. Lekarz, sięgając po pióro, aby wypisać receptę, musi pamiętać, że im rzadziej przyjmowane są dawki, tym lek łatwiejszy w użyciu. Ograniczenie liczby tabletek i podań w ciągu dnia, leków o nieprzyjemnym smaku lub niepożądanym działaniu, sprzyja systematyczności leczenia.

Namawiam kolegów lekarzy, aby pytali o tok leczenia, zwłaszcza gdy nie przynosi ono oczekiwanych efektów. Ważny jest sposób zadania pytania. Na pytanie wprost: czy na pewno brał pan przepisane leki, zawsze uzyskamy odpowiedź twierdzącą. Odpowiedź prawdziwą, może nawet bardziej wyczerpującą, otrzymamy, pytając chorego: czy realizując uzgodnione wspólnie leczenie, nie napotkał pan jakichś trudności? Pacjent może wtedy szczerze odpowiedzieć, co mu w terapii nie odpowiadało.

W wielu chorobach mamy szansę modyfikowania leczenia. W pierwszym rzucie proponujemy pacjentowi terapię, która według naszej wiedzy jest najskuteczniejsza, najnowocześniejsza. Jeżeli jednak okaże się, że nie była realizowana, np. z powodu zbyt wysokiej ceny leków, zaproponujemy terapię nieco mniej skuteczną, ale tańszą. Bo leczenie mniej skuteczne, ale systematyczne przyniesie większy pożytek. Jako motywację dodam, że wielu pacjentów nieleczących się systematycznie przynosi ogromne straty, także nam. ■



Śródkostne implanty dentystyczne

CZ. 3

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

kierownik Zakładu Chirurgii Stomatologicznej WUM, wojewódzki konsultant w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

Lek. dent. Igor Kresa

Zakład Chirurgii Stomatologicznej WUM

Edukacja implantologiczna

Implantologia jest dziedziną interdyscyplinarną, należąca do tzw. wąskich dziedzin w medycynie. Jej podstaw nauczają się na wydziałach lekarsko-dentystycznych, natomiast w ramach edukacji podyplomowej prowadzone jest modułowe nauczanie implantologii, zgodnie ze standardami światowymi: teoria, praktyka, obserwacja, samodzielne przeprowadzanie procedur implantoprotetycznych pod kierunkiem opiekuna, zwykle specjaliści z chirurgii stomatologicznej, protetyki, peridontologii. W Polsce edukację w tym zakresie prowadzi kilkanaście certyfikowanych ośrodków. Trwa dwa lata, kończy się pisemną pracą (na wzór pracy magisterskiej), złożeniem dokumentów (certyfikatów krajowych szkoleń akredytowanych i zagranicznych kursów, świadectw uczestniczenia w konferencjach), a także egzaminem praktycznym (polegającym na wykonaniu zabiegu wszczepienia implantu u pacjenta) oraz egzaminem testowym przed komisją złożoną z profesorów i docentów uniwersytetów medycznych oraz wydziałów lekarsko-dentystycznych.

gy na Florydzie, gdzie powstają jedne z najbardziej zaawansowanych technologicznie implantów, komponentów do odbudowy protetycznej, indywidualnych dla każdego pacjenta koron, mostów wykonanych w systemie CAD-CAM w oparciu o wirtualny (symulowany komputerowo) plan leczenia. Prezentują swoje efekty leczenia implantoprotetycznego, mają możliwość dyskusji z największymi autorytetami w tej dziedzinie, składają egzaminy przed komisją międzynarodową, uzyskując certyfikaty NYU.

Pacjent, który planuje leczenie implantologiczne, powinien sprawdzić, czy lekarz dentysta posiada certyfikaty w zakresie implantologii OSIS-EDI, CEIA, PSI-ICOI, NYU lub innych towarzystw o podobnym profilu edukacyjnym. Są one gwarantem bezpiecznego leczenia.

Bezzębnie

Trwanie zębów w kości szczęk u człowieka jest genetycznie obliczone na całe życie. Przedwczesną utratę zębów powoduje wiele czynników, głównie jednak zakażenia bakteryjne: próchnica zębów oraz choroby przyzębia. Jeżeli uznalibyśmy, że bezzębnie jest chorobą zakaźną, bo spowodowaną konkretnymi bakteriami, musielibyśmy uznać je za pandemię, a klinicznie – za kalectwo.

Zgodnie z danymi World Health Organization bezzębnie dotyka 6–10 proc. populacji. Trudno przecenić z jednej strony problem, którym dla pacjenta jest przedwczesna utrata zębów, z drugiej – korzyść, jaka płynie z faktu rehabilitacji i odtworzenia uzębienia. Od czasu zastosowania implantów jako zakotwiczenia protez odtworzenie uzębienia protezami całkowitymi nie stanowi jedynej możliwości rozwiązania problemu bezzębienia. Protezy wsparte na implantach są mniejsze, nie mają w konstrukcji akrylowego podniebienia, dzięki czemu pozwalają na odbieranie smaków, są stabilne, co daje poczucie trwałości i bezpieczeństwa. Wykonanie tego typu protez znacznie poprawia jakość życia pacjenta. Pierwsi pacjenci prof. Per-Ingvara Brånemarka byli bezzębni, jednak obecnie najczęściej uzupełniają się braki pojedynczych zębów. Utrata pojedynczego zęba pociąga za sobą wiele procesów patologicznych: brak podparcia dla sąsiednich zębów, zanik kości, dziąsła, przemieszczanie się zębów przeciwstawnych, utratę kolejnych zębów, zaburzenie funkcji, oraz negatywną samoocenę. Pacjenci używający klasycznych protez całkowitych odczuwają syndrom przedwczesnego starzenia, ze względu na zmiany w wyglądzie twarzy z powodu napięcia mięśni warg i policzków, trudności w odżywianiu, picciu, mimice, śmiechu. Dlatego uzupełnianie utraconych, nawet pojedynczych, zębów jest takie ważne. Analizując opinie pacjentów, dotyczące porównania protez całkowitych klasycznych, osiada-



Stan po wszczepieniu implantów w żuchwie i założeniu śrub gojących

Fotografie: archiwum autora

OSIS-EDI, najstarsze i najliczniejsze w Polsce towarzystwo naukowe zajmujące się implantologią stomatologiczną, podpisało umowy o współpracę w dziedzinie Continuing Education in Implantology z amerykańskimi uniwersytetami: New York University, Harvard University Dental School, California UCLA – GUIDE, w których rozwój w omawianej dziedzinie jest chyba najbardziej efektywny w świecie.

Polscy lekarze są szkoleni m.in. w NYU (czterotygodniowe kursy), który współpracuje z Lazzara Institut of Implantolo-

jących oraz wspartych na implantach, można stwierdzić, że te pierwsze odtwarzają tylko 10 proc. funkcji zębów, podczas gdy wsparte na implantach około 70 proc. Określenie „wsparte na implantach” oznacza, że proteza jest stabilizowana na co najmniej czterech implantach w szczęce oraz dwóch – czterech w żuchwie. Pacjenci podkreślają, że leczenie implantoprotezy sprawiło, iż nie czują się kalekami.

Demografia

Wraz z przyrostem populacji świata i wydłużaniem się życia zwiększa się liczba ludzi potrzebujących pomocy medycznej. Populacja osób powyżej 65. roku życia w USA wzrosła niebawem z 43 do 80 mln, w Europie – z 77 do 120 mln. Populacja ludzi bezzębnych wynosi przykładowo: w USA – 44 proc., w Niemczech – 6 proc., w Anglii – 7 proc., we Włoszech – 4 proc., w Kanadzie – 5 proc., w Brazylii – 20 proc., w innych krajach zachodnich – do 14 proc. Dla porównania w Azji bezzębie dotyczy: w Chinach – 42 proc. mieszkańców, w Japonii – 10 proc., w Indiach – 25 proc., w Indonezji – 8 proc., w pozostałych krajach Azji – 15 proc. na 250 mln ludzi (źródło: WHO, Piper Jaffray Investment Res).

Wiele badań wskazuje, że protezy zębowe stabilizowane na implantach w porównaniu z klasycznymi ruchomymi protezami zapewniają znacznie wyższą jakość życia pacjentów, pozwalają na właściwe przeżuwanie, czytelne mówienie. Dzięki nim wzrasta również komfort i samoocena. Ponadto sprawiają, że proteza nie opiera się na dziąśle, a przez nie na kości, i nie dochodzi do resorpcji tkanki kostnej szczęk.

Komórki macierzyste

Niedostateczna ilość tkanki kostnej powstaje wskutek zmian zanikowych, urazów, zmian patologicznych oraz schorzeń ogólnoustrojowych. Jej niedobór ogranicza możliwości przeprowadzenia rehabilitacji implantoprotezy. W wielu przypadkach jedynym rozwiązaniem jest wykonanie zabiegu sterowanej regeneracji kości (*Guided Bone Regeneration*) lub wykorzystanie rekombinowanych czynników wzrostowych (w Europie obecnie niedostępnych). Techniki regeneracyjne są jednak stale modyfikowane i zbliżają się do tzw. złotego standardu – przeszczepień kości autogennej, pobieranej np. z talerza kości biodrowej. Kompleksowa rehabilitacja narządu żucia, bazy kostnej ma na celu przywrócenie funkcji żucia, funkcji artykulacyjnych, a także estetycznych, nieodłącznie związanych ze sferą psychologiczną pacjenta.

Mimo że obecnie obserwuje się dynamiczny postęp w zakresie metod i materiałów używanych w zabiegach augmentacji kości, do prawidłowego i wydajnego przebiegu procesu regeneracji tkanki kostnej potrzebne są trzy składowe, tzw. triada Lyncha. Pierwszy element stanowi nośnik (rusztowanie), którym jest materiał kościostateczny, naturalny lub syntetyczny. Drugi element to tzw. cząsteczki sygnałowe procesu gojenia – białka morfogenetyczne kości (BMPs), adhezyny, hormony, witaminy oraz czynniki wzrostu, miejscowe lub syntetyczne. Trzecią składową są komórki, na które wpływają czynniki wzrostu. To komórki niezróżnicowane: macierzyste (*stem cells*), komórki częściowo zdeterminowane, np. kościotwórcze – preosteoblasty. Źródłem tych komórek może być szpik (2 proc. wszystkich komórek), kość, tkanka kostna, rzadziej krew (2 promile wszystkich komórek). Są izolowane lub po izolacji namnażane w specjalnych pojemnikach przed wszczepieniem w miejsce defektu kostnego. Wcześniejsze badania kliniczne wykazały brak korzystniejszego niż w przypadku innych metod efek-

tu terapeutycznego zastosowania izolowanych ze szpiku komórek macierzystych w liczbie 1–2 mln na przeszczep na nośniku syntetycznym w postaci granulatu w celu wypełnienia defektów kostnych szczęk.

W Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej WUM zaproponowano wykonywanie, w zaawansowanych przypadkach defektów kostnych szczęk różnego pochodzenia, nowatorskich zabiegów augmentacji tkanki kostnej z wykorzystaniem autogennych, czyli własnych, komórek kościotwórczych. Podczas przeprowadzanej w specjalnych warunkach (hodowla linii komórkowej w bioreaktorze IMPOMED) indukcji wzrostu komórek macierzystych dochodzi do zwiększenia ich liczby do 30–40 mln. Docelowo hodowla ukierunkowana jest na linię komórek osteogennych – preosteoblastów.

Innymi słowy zaproponowano swoiste żywienie allogenicznej tkanki kostnej w postaci bloków (pochodzącej ze zwłok, otrzymywanej w Centralnym Banku Tkanek WUM) przez zasiedlenie martwej tkanki, a raczej matrycy kostnej, autogennymi komórkami namnożonymi poza ustrojem, aby uzyskać strukturę najbardziej zbliżoną do kości własnej pacjenta i uniknąć jej pobierania z talerza kości biodrowej.

Wykonano 30 analogicznych zabiegów przeszczepienia tak żywionej matrycy kości pochodzącej ze zwłok w miejsca defektów tkanki kostnej szczęk. W zregenerowane miejsca wszczepiono implanty dentystyczne. Uzyskano trwały efekt terapeutyczny i stabilność implantów. Zaproponowana i zastosowana metoda jest nowatorska, pod względem efektywności sytuuje się między przeszczepieniem substancji kościostatecznych a przeszczepieniem kości własnej z innych miejsc. Poza aspektem naukowym i nowatorskim ma również aspekt społeczny. Pozwala bowiem na wykorzystanie własnych komórek pacjenta nie tylko w stomatologii i implantologii, ale



Widok wszczepionego implantu po okresie integracji

zapewne w ortopedii i być może w neurochirurgii, w przypadku urazów kostnej części kręgosłupa, i w innych zabiegach ortopedycznych wymagających kości allogenicznej, docelowo żywianej. Oferuje więc kapitalne możliwości biologicznej i mechanicznej regeneracji. Metoda jest skuteczna i bezpieczna dla pacjenta. Efekt hodowli komórek macierzystych, a z nich komórek kościotwórczych preosteoblastów, stanowi dowód znaczącego rozwoju medycyny regeneracyjnej. ■

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

Endoskopia w Siedlcach

Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach dzięki dotacji w wysokości 1,8 mln zł mógł otworzyć Zakład Endoskopii.

Zakup sprzętu sprawił, że w lecznicy będą wykonywane badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz układu moczowego. Nowoczesna pracownia endoskopowa jest wsparciem dla oddziałów funkcjonujących w strukturach szpitala, m.in.: Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (wymóg 24-godzinnej dostępności badań endoskopowych), Chirurgii Ogólnej, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Pediatrii. Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach ma 485 łóżek (bez SOR i neonatologii). W strukturze placówki znajduje się 17 oddziałów oraz 26 poradni specjalistycznych, 7 pracowni diagnostycznych i 10 gabinetów diagnostyczno-zabiegowych.

Centrum leczenia mukowiscydozy

Dzięki współpracy Instytutu Matki i Dziecka, samorządu województwa, Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą oraz szpitala w Dziekanowie Leśnym zostanie uruchomione nowe Centrum Leczenia Mukowiscydozy – podało Biuro Prasowe Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Już rozpoczęto prace związane z jego utworzeniem w szpitalu w Dziekanowie. Będzie to największy w Polsce, a zarazem jedyny na Mazowszu, dziecięcy ośrodek leczący tę ciężką genetyczną chorobę. Koszt inwestycji szacowany jest na 9 mln zł, a środki na ten cel przekaże Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Jedno na 4 tys. dzieci w Polsce rodzi się z mukowiscydozą. Tylko w ubiegłym roku na terenie Mazowsza hospitalizowanych było ponad 480 maluchów cierpiących na tę chorobę. Obecnie największą placówką zajmującą się leczeniem dzieci z mukowiscydozą jest Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Z jego pomocy korzysta około 400 małych pacjentów. Niestety, warunki ambulatoryjne są bardzo trudne, a hospitalizacja odbywa się w ramach oddziału pediatrycznego. Dlatego konieczne jest utworzenie nowej placówki. Pierwsi pacjenci powinni skorzystać z oferty centrum już w drugiej połowie 2016 r. Opiekę medyczną sprawować będzie zespół, który dotychczas zajmował się tą chorobą w Zakładzie Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Ośrodek powstanie w istniejącym skrzydle szpitala. Zostanie ono gruntownie wyremontowane, dostosowane do obowiązujących standardów i w pełni wyposażone. W sumie zmodernizowanych zostanie ponad 1800 mkw.

Nowi konsultanci

Czterech lekarzy otrzymało akty powołania do pełnienia funkcji konsultantów wojewódzkich.

Powołanie na pięcioletnią kadencję odebrali:

- dr hab. n. med. **Piotr Albrecht** – w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej,
- dr hab. n. med. **Beata Jurkiewicz** – w dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- dr n. med. **Jacek Lewandowski** – w dziedzinie hipertensjologii,
- dr n. med. **Zygmunt Stopa** – w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej.

W Mazowieckiem powołanych jest 95 konsultantów w różnych dziedzinach medycyny, farmacji i ochrony zdrowia.

Szpital Dziecięcy w Dziekanowie Leśnym

Uregulowanie stanu prawnego terenu Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie Leśnym jest celem listu intencyjnego podpisanego przez wojewodę mazowieckiego Jacka Kozłowskiego. Pozwoli to rozpocząć procedurę przekazania terenu lecznicy w drodze darowizny marszałkowi województwa, dzięki czemu placówka będzie mogła m.in. pozyskiwać środki unijne.

Kampinoski Park Narodowy, jako obecny użytkownik wieczysty nieruchomości w Dziekanowie Leśnym, zadeklarował zrzeczenie się zbędnej części tej nieruchomości, działek nie nadających się do wykorzystania na cele statutowe parku, na rzecz Skarbu Państwa.

Nagroda Prix Galien 2015

Jednym z laureatów trzeciej polskiej edycji międzynarodowego konkursu Prix Galien został prof. Marek Woynarowski z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Prof. Woynarowski został nagrodzony w kategorii „Innowacyjne odkrycie naukowe” za metodę leczenia przy użyciu sondy (protezy przełykowej) uporczywie nawracających poparzeniowych zwężeń przełyku. Konkurs Prix Galien odbywa się w 17 krajach. Co dwa lata zdobywcy Prix Galien z poszczególnych krajów biorą udział w konkursie International Prix Galien, który wyróżnia najważniejsze innowacje w skali globalnej. ■ **pk**

Sąd Okręgowy w Siedlcach oraz Sąd Okręgowy w Radomiu poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego. Poszukiwani są specjaliści w dziedzinie chirurgii ogólnej, kardiologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, neurologii oraz ortopedii – praktykujący na terenie powiatów i gmin podległych właściwości sądów okręgowych. Prosimy chętnych o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

Prezes Sądu Okręgowego w Siedlcach zwraca się do lekarzy specjalistów, zainteresowanych pełnieniem funkcji lekarza sądowego na obszarze działania sądu, o zgłaszanie swoich kandydatur. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwraca się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o zgłaszanie swoich kandydatur. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

SPZZLO Warszawa- -Żoliborz laureatem nagrody jakości w kraju

Polska Nagroda Jakości to prestiżowy konkurs, organizowany przez Krajową Izbę Gospodarczą, Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A. oraz Klub Polskie Forum ISO 9000. Uroczyste wręczenie insygniów nastąpiło 11 listopada 2015 r. na Zamku Królewskim w Warszawie.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz został laureatem XXI konkursu w kategorii „Organizacje publiczne – ochrona zdrowia”. Nagroda została przyznana za skuteczne zarządzanie podmiotem leczniczym, zgodnie z takimi zasadami Total Quality Management jak: orientacja na klienta, przywództwo, zaangażowanie pracowników, podejście procesowe, systemowe podejście do zarządzania, ciągłe doskonalenie, podejmowanie decyzji w oparciu o fakty oraz obustronne korzystne relacje z dostawcami.

Dyrektor Małgorzata Zaława-Dąbrowska, odbierając nagrodę, podziękowała ponad 770 pracownikom za pełny profesjonalizm w działaniach na rzecz pacjentów. Podkreśliła, że zgodnie z zasadami zarządzania przez jakość ważne jest zaangażowanie każdego pracownika w doskonalenie najdrobniejszych aspektów działalności przedsiębiorstwa. Dziesięć lat swojej pracy na rzecz pacjentów i pracowników SPZZLO Warszawa-Żoliborz podsumowała: – *Inwestowanie nie tylko w remonty i nowoczesny sprzęt, ale i w ludzi przyniosło znakomite efekty, zgodnie z powiedzeniem: jeśli chcesz mieć szybki efekt, sadź ryż, a jeśli chcesz mieć efekt na pokolenia, inwestuj w ludzi. I ta inwestycja nam się powiodła.* ■

ak

Nowa aparatura w szpitalu przy ul. Banacha

Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie wzbogacił się o nowe urządzenia do diagnostyki obrazowej, wartości ponad 12,5 mln zł. Aparatura trafiła do II Zakładu Radiologii Klinicznej, w tym do Pracowni Badań Naczyniowych i Radiologii Interwencyjnej.

– *Bardzo nowoczesny sprzęt otrzymał m.in. gabinet do badań konwencjonalnych – zdjęć RTG klatki piersiowej, zdjęć przeglądowych jamy brzusznej itd. – mówi prof. dr hab. n. med. Olgierd Rowiński, kierownik zakładu. – To ważne, ponieważ sprawna aparatura zapewnia płynność i bezpieczeństwo funkcjonowania szpitala. Dziennie robimy nawet 200 takich zdjęć. Szczególną chlubą jest dwupłaszczyznowa pracownia naczyniowa, która służy do zabiegów interwencyjnych, głównie neuroradiologicznych, ale również do wszystkich skomplikowanych operacji radiologicznych: udrażniania naczyń, zaopatrywania tętniaków, leczenia krwawień. Wykonujemy około 1600 zabiegów rocznie, teraz będzie można je przeprowadzać wolniej, w bardziej komfortowych warunkach. Obrazowanie dwupłaszczyznowe pozwala dokonywać neurointerwencji w naczynkach, które mają mniej niż 1 mm średnicy.*

Z nowego sprzętu będą korzystać wszyscy pacjenci, ale szczególnie hospitalizowani w klinikach zabiegowych. ■

mkr

Zjazd Sprawozdawczo- -Wyborczy Regionu Mazowieckiego OZZL



W październiku 2015 r. w Leonowie k. Płocka odbył się kolejny Zjazd Delegatów Regionu Mazowieckiego OZZL.

Podczas obrad udzielono absolutorium ustępującemu zarządowi oraz powołano nowy. W jego skład weszli: przewodnicząca – dr Maria Balcerzak, wiceprzewodniczący – dr Ryszard Mońdział ze Szpitala Specjalistycznego w Płocku, który jednocześnie pełni funkcję wiceprezesa Płockiej Izby Lekarskiej, dr Julian Wróbel – wiceprezes Warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, oraz dr Piotr Roczniak ze Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Na salę obrad został uroczystie wprowadzony sztandar, który po wielu latach działalności Regionu Mazowieckiego OZZL został ufundowany ze składek członkowskich lekarzy.

Gośćmi zjazdu byli: przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL dr Krzysztof Bukiel, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dr Andrzej Sawoni, prezes Płockiej Rady Lekarskiej dr Jarosław Wanecki, a także członkowie Prezydium Krajowego. Dużą część obrad stanowiły dyskusje dotyczące aktualnej sytuacji lekarzy w Polsce. Na razie duch bojowy nieco osłabł, akcje protestacyjne nie ekscytują związkowców, może z wyjątkiem Radomia, gdzie dr Wróbel z determinacją demaskuje objawy skrajnej niegospodarności tzw. szpitali marszałkowskich.

Uczestnicy zjazdu podkreślili, że należy skupić się na większej integracji środowiska lekarzy w obronie przed realnymi zagrożeniami, płynącymi z kilku stron: 1) wiążącymi ręce i wolę lekarzy przepisami, 2) chciwością adwokatów oskarżających lekarzy o prawdziwe bądź urojone przewinienia, 3) agresją słowną i czynną ze strony pacjentów. Wobec tych niebezpieczeństw samotny lekarz jest bez szans.

Równie istotną sprawą jest wpłynięcie na ograniczenie nieograniczonego (wbrew przepisom) wymiaru czasu pracy lekarza, bo cierpi na tym i lekarz, i jego rodzina, i jego pacjenci.

Można mieć nadzieję, że zmiana opcji rządzącej oraz współpraca z samorządem lekarskim będzie sprzyjać realizacji naszych dążeń. ■

Maria Balcerzak



NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII

**XVI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
19–21 lutego 2016 r., Kołobrzeg**

Organizator: Komisja Stomatologiczna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

Szczegółowe informacje: tel. 91-487-49-36, wew. 116,
ksidor@oil.szczecin.pl

www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze_dentyści
www.trendy2016.pl

Przeszczep szansą na życie

„Oddaję, bo kocham” to krótkometrażowy film promujący ideę przeszczepiania narządów. Jego pierwszy pokaz odbył się podczas spotkania z okazji Światowego Dnia Donacji i Transplantacji (26 października), zorganizowanego w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. To wiodący ośrodek transplantacyjny w Polsce, w którym w 2014 r. wykonano 236 przeszczepień, a w 2015 – po raz pierwszy w Polsce – przeprowadzono krzyżowe i łańcuchowe przeszczepienia nerek.

Kierujący kliniką prof. Andrzej Chmura podkreśla, że wszyscy pacjenci kwalifikowani do operacji są pod opieką psychologiczną, a koordynatorzy przeszczepień organizują spotkania, podczas których wyjaśniają procedury transplantacyjne, przybliżają zagadnienia związane z pobraniem narządów i szczegóły przygotowania do przeszczepienia. To właśnie członkowie interdyscyplinarnego zespołu transplantacyjnego kliniki oraz pacjenci, zarówno dawcy, jak i biorcy narządów, są bohaterami filmu. Ich wspólny przekaz jest świadectwem poparcia dla donacji i transplantacji narządów, a także dowodem, że przeszczep jest szansą na zdrowe życie. Prof. Zbigniew Gaciong, prezes Fundacji „Centrum Rozwoju Medycyny”, która przygotowała film, powiedział podczas spotkania, w którym uczestniczyli lekarze, pacjenci i ich rodziny, że to wiedza pomaga podjąć świadomą decyzję o oddaniu narządów, które mogą komuś uratować życie. Film jest jednym ze sposobów zmiany społecznej świadomości w tym zakresie.

W Polsce w 2014 r. przeszczep otrzymało 1619 osób – wynika z danych Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”. Przeszczepiono 1121 nerek od dawców zmarłych i 55 od dawców żywych, 37 trzustek, w tym 28 jednocześnie z nerką, 366 wątrób, w tym 30 fragmentów wątroby od dawców żywych dla dzieci, oraz 76 serc, 19 płuc i jedną kończynę górną. To jednak wciąż za mało w stosunku do potrzeb. Rocznie na przeszczepienie nerki oczekuje w Polsce około 1000 pacjentów, na przeszczep serca – ponad 350, a wątroby – 200, ale około 50 osób z listy oczekujących umiera, gdyż narządów brakuje. To właśnie od poziomu wiedzy w społeczeństwie na temat donacji narządów zależy powodzenie leczenia metodą transplantacji. **ach**

Nowy koronarograf w szpitalu w Ostrołęce

Przede wszystkim nowoczesny koronarograf dla pracowni hemodynamiki, ale też aparat do echokardiografii dla Oddziału Kardiologicznego i biochemiczny analizator parametrów krytycznych dla noworodków na Oddziale Neonatologii – to nowe urządzenia zakupione przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce. Ich koszt przekroczył 4 mln zł, a inwestycję dofinansowano środkami z dotacji unijnej w wysokości ponad 3,4 mln zł.

Uroczyste przekazanie do użytkowania nowego koronarografu odbyło się 29 października br. – *Aparat jest bardzo bezpieczny jeśli chodzi o promieniowanie rentgenowskie, zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu medycznego* – podkreślał Wojciech Miazga, dyrektor ostrołęckiego szpitala. Nowe urządzenie rozszerzy dotychczasowe możliwości diagnostyczne Oddziału Kardiologii Interwencyjnej. Poprzedni koronarograf pracował od czasu uruchomienia w 2002 r. Pracowni Hemodynamiki, pierwszego ośrodka tego typu utworzonego poza Warszawą, w województwie mazowieckim. – *W 2014 r. w ostrołęckim szpitalu wykonano 1839 koronarografii oraz ponad 700 zabiegów angioplastyki wieńcowej* – powiedział Dariusz Karwowski, kierownik Zakładu Kardiologii Inwazyjnej. – *Liczba zabiegów sukcesywnie wzrasta, a większość stanowią interwencje u pacjentów w stanach nagłych*.

Podczas uroczystości prof. Hanna Szwed, wojewódzki konsultant ds. kardiologii na Mazowszu, wygłosiła okolicznościowy wykład na temat opieki kardiologicznej w województwie mazowieckim, którą oceniła bardzo dobrze.



Fot. A. Chęcińska

Był też moment na odznaczenia. Medale „Zasłużonemu dla Szpitala w Ostrołęce” otrzymali lekarze związani z tą placówką: **Janusz Janikiewicz**, ordynator Oddziału Kardiologicznego, i **Stanisław Aptacy** – ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. **ach**

I nagroda „Kardiologii Polskiej” dla dr Anny Galas

Dr n. med. Anna Galas z Kliniki Wad Nabytych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie i współautorzy otrzymali I nagrodę pisma „Kardiologia Polska” w kategorii „Najczęściej cytowana w pismach z listy filadelfijskiej w 2014 r. praca opublikowana w »Kardiologii Polskiej« w latach 2012–2013”, za publikację: „May dual-source computed tomography angiography replace invasive coronary angiography in the evaluation of patients referred for valvular disease surgery?”, Anna Galas, Tomasz Hryniewiecki, Cezary Kępką, Ilona Michałowska i wsp., „Kardiologia Polska” 2012; 70(9): 877–882.

Praca była także cytowana w najnowszych standardach postępowania z chorymi z wadami zastawkowymi serca amerykańskich towarzystw kardiologicznych (AHA/ACC) z 2014 r. **pk**

Prestiżowa nagroda dla kardiolog z Radomia

Zbadaliśmy zjawisko, które było dotychczas nieopisane w medycznej literaturze światowej – tłumaczy dr Magdalena Poterała, kardiolog z Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu i współautorka opracowania, uznanego za najlepszą pracę sesji plakatowej podczas XIX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, za które przyznano prestiżową nagrodę.

Kongres odbył się na początku października we Wrocławiu. Komitet Naukowy ocenił ponad 200 prac zgłoszonych przez wszystkie czołowe ośrodki kardiologiczne w naszym kraju. Nagrodzona praca powstała pod kierunkiem profesorów z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: Andrzeja Tomaszewskiego i Andrzeja Kutarskiego. Autorzy dokonali echokardiograficznej oceny pozostałości łącznotkankowych po przeżyłym usuwaniu elektrod. – *Dotychczas kardiologia nie dysponowała zbyt dużą wiedzą o takich pozostałościach, zwanych obrostkami. Jeden przypadek został opisany we Włoszech, zajęli się tym tematem również Amerykanie, ale analizowali znacznie mniejszą grupę pacjentów* – wyjaśnia dr Poterała.

Lubelski ośrodek jest prekursorem w stosowaniu przeżytej metody usuwania elektrod, co dało niepowtarzalną szansę na obserwację bardzo dużej liczby chorych przed zabiegiem i po nim. – *Nasza praca powstała w oparciu o analizę 580 przypadków. Co się okazało? U mniej więcej co piątego pacjenta po usunięciu elektrody zaobserwowaliśmy pozostałości łącznotkankowe. Często uznawane są mylnie za rośliny bakteryjne albo skrzepiny, których istnienie ma poważne konsekwencje kliniczne dla pacjenta* – mówi dr Poterała. – *Z naszych wieloletnich obserwacji wynika, że obrostki nie stanowią zagrożenia dla pacjenta, nie wymagają interwencji kardiochirurgicznej, jak dotychczas sądzono, ale zjawisko to wymaga jeszcze obserwacji i badań.*



Fot. archiwum

Nasza rozmówczyni zamierza kontynuować pracę naukową, realizuje się jednak przede wszystkim w codziennych kontaktach z pacjentami na oddziale kardiologii i w poradni. – *Dają mi najwięcej satysfakcji i radości. Kardiologia jest chyba najszybciej rozwijającą się dziedziną medycyny. W ostatnich latach nastąpił ogromny postęp, pojawiają się nowe metody leczenia chorób serca, coraz mniej inwazyjne i nowoczesne preparaty. Ale w kardiologii istnieją także obszary wymagające jeszcze szeroko zakrojonych badań. Jednak postęp i punkt, w którym obecnie znajduje się kardiologia, napawają optymizmem* – przekonuje dr Poterała. ■

raf

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

zapraszamy lekarzy i lekarzy dentyistów związanych z Radomiem do podzielenia się wspomnieniami z praktyki, do opisanie ważnych i ciekawych zdarzeń z historii radomskiej medycyny. Czekamy na Państwa biogramy, listy, pamiętniki i fotografie. Udostępnione z domowych archiwów, pomogą utrwalić historię i osiągnięcia lekarzy pracujących w Radomiu oraz dzieje placówek ochrony zdrowia w mieście. Chcemy, aby zebrany materiał został opracowany i opublikowany – być może w „Radomskim Roczniku Lekarskim”, być może w książce. Państwa wspomnienia zasługują na upamiętnienie, a bez nich obraz dziejów radomskiej medycyny będzie niepełny.

Prace prosimy przesyłać do Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie w terminie do 31.01.2016 r.
26-600 Radom, ul. Rwańska 16, tel.: 48-331-36-62

Julian Wróbel
przewodniczący Delegatury Radomskiej
(dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00, e-mail: julian@wp.eu)





100 lat radomskiej pulmonologii

To nie były łatwe lata, ale dobro pacjenta zawsze stawialiśmy na pierwszym miejscu – mówił dr Wojciech Szafrąński, długoletni ordynator oddziału płucnego w szpitalu na Józefowie, podczas uroczystej konferencji upamiętniającej 20-lecie istnienia placówki w obecnej siedzibie oraz 100-lecie radomskiej pulmonologii.



Fot. R. Natorski

Spotkanie odbyło się w miejscu znaczącym – hotelu Aviator, na potrzeby którego zaadaptowano budynek byłego Szpitala św. Kazimierza. – *To właśnie tutaj rodziła się radomska pulmonologia* – opowiadał dr Wojciech Szafrąński. W 1913 r. dr Józef Kossak uruchomił w baraku sąsiadującym z placówką jedną z pierwszych w Polsce poradni przeciwgruźliczych. – *Gruźlica była wówczas gigantycznym problemem, takim jakim są dziś choroby układu krążenia i nowotwory razem wzięte* – przypominał dr Szafrąński.

Po kilku latach przychodnię zamknięto. Dopiero w 1925 r. reaktywowano gabinet dla „piersiowo chorych”, w budynku przy ul. Świeżej (dziś Kelles-Krauza). W 1937 r. w Szpitalu św. Kazimierza uruchomiono oddział płucny wyposażony w 37 łóżek. Jego ordynatorem był dr Feliks Nowakowski.

Po wojnie placówkę przeniesiono do dawnej siedziby Szpitala Żydowskiego przy ul. Dzierżyńskiego (dziś Limanowskiego). Działała w tym obiekcie blisko pół wieku, choć personel medyczny i pacjenci musieli zmagać się z fatalnymi warunkami. – *Salę były 14-osobowe, a obok chorych na gruźlicę leżeli pacjenci po chemioterapii* – wspominał dr Wojciech Papiewski, obecny kierownik Oddziału Pulmonologicznego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym.

Przeprowadzka na Józefów była m.in. zasługą dr. Szafrąńskiego, długoletniego ordynatora (pełnił to stanowisko w latach 1976–2010), który jesienią 1993 r. zaprosił ówczesnego ministra zdrowia, prof. Jacka Żochowskiego, na wizytę w placówce przy ul. Limanowskiego. Gdy obok gościa spadł kawałek sufitu, minister zaordynował: – *Poszukajcie stosowniejszego budynku.*

Już kilka tygodni później rada nadzorcza szpitala Radom-Józefów podjęła decyzję o zmianie przeznaczenia budynku dla szkoły pielęgniarstwa na 72-łóżkowy oddział płucny, który zaczął działalność w nowej siedzibie 1 października 1995 r. Zespół tworzyło m.in. ośmiu lekarzy i 31 pielęgniarek.

Placówka była – jak na tamte czasy – nieźle wyposażona, ale pracownicy borykali się z licznymi problemami. Brakowało zaplecza diagnostycznego i oddziału intensywnej terapii. – *Byliśmy pierwszym oddziałem uruchomionym na Józefowie, dlatego cały czas musieliśmy o coś walczyć. Nawet o wykonanie USG, które było możliwe tylko w szpitalu przy Tochtermana* – wspomina dr Wojciech Papiewski, który zaczął pracę na oddziale miesiąc po przeprowadzce do nowej siedziby. W 2010 r. zastąpił na stanowisku ordynatora dr. Szafrąńskiego, który przeszedł na emeryturę. – *Ale na swoich warunkach, dlatego wciąż się go boję* – żartował podczas konferencji dr Papiewski.

Dr Wojciech Szafrąński jest nie tylko jednym ze współtwórców radomskiej pulmonologii, ale także wielkim społecznikiem. W 1989 r. założył Fundację „Oddychanie”, pogłębiającą wśród lekarzy i propagującą wśród pacjentów wiedzę o chorobach układu oddechowego (m.in. zapoczątkowała akcję przesiewowych badań ludności „Poznaj wiek swoich płuc”, prowadziła szkołę chorych na astmę i liczne kampanie antynikotynowe). Fundacja wydała też wiele prac naukowych i przyczyniła się do zakupów nowoczesnego sprzętu dla oddziału pulmonologii, np. jednej z pierwszych w Polsce przystawek do badań płuc.

W uznaniu zasług dr. Szafrąński został podczas rocznicowej konferencji nagrodzony pamiątkowym grawertonem, który wręczyli przedstawiciele radomskiej delegatury Okręgowej Izby Lekarskiej: Julian Wróbel i Ewa Miękus-Pączek. Medale im. prof. Jana Nielubowicza przyznano innym znakomitym pulmonologom: Grażynie Halicz-Morawskiej i Krystynie Molendzie. ■

Rafał Natorski

Delegacja ORL w Kijowie



Krzysztof Królikowski

W październiku 2015 r. na zaproszenie Raisy Pawlenko, dyrektor Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy, z wizytą do Kijowa pojechali przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie: prezes Andrzej Sawoni, sekretarz Ewa Miękus-Pączek oraz Krzysztof Królikowski, pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie.

Delegacja rozpoczęła się od spotkania z członkami Ambasady i Konsulatu RP w Kijowie, podczas którego omówiono sprawy Polonii medycznej na Ukrainie. Podjęto decyzję odnośnie do konieczności pomocy dla Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy. Rafał Wolski, *chargé d'affaires* Ambasady RP, otrzymał grawiurę z podziękowaniami za wieloletnią i owocną współpracę dotyczącą Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie.

Następnie, podczas uroczystego jubileuszu biblioteki, w obecności zaproszonych gości, m.in. deputowanych Rady Najwyższej Ukrainy, *chargé d'affaires* Ambasady RP, dziesięciu byłych ministrów zdrowia Ukrainy, profesorów, wykładowców i przedstawicieli Ministerstwa Kultury Ukrainy oraz wydawnictw, w tym Anny Łuczyńskiej z polskiego wydawnictwa Aluna, przewodniczący delegacji Andrzej Sawoni wystąpił z wykładem poświęconym samorządowi lekarskiemu w Polsce i historii Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie.

Uroczystości towarzyszyło wręczenie pamiątkowych grawiur dyrektor NNBMU Raisie Pawlenko oraz prof. Anatolowi Świącickiemu, prezesowi Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na Ukrainie. Biblioteka otrzymała od Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dwa komputery na potrzeby Działu Polskiej Książki Medycznej, a także kolejne pozycje do zbiorów, w tym „Dzieje medycyny polskiej” pod redakcją prof. Wojciecha Noszczyka oraz najnowsze wydanie „Interny Szczeklika”.

Ostatni dzień upłynął pod znakiem spotkań z przedstawicielami towarzystw medycznych.



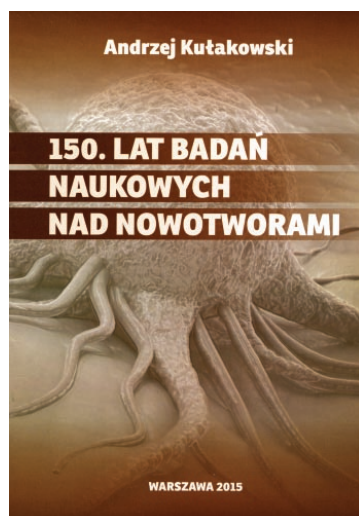
Fot. archiwum NNBMU

Dział Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

Dział powstał przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie w 2011 r. Od prawie pięciu lat dostarcza aktualną literaturę medyczną do Narodowej Naukowej Biblioteki Medycznej Ukrainy, której podlega ponad 700 bibliotek w całym kraju. Placówka zapewnia dostęp do najświeższej, fachowej literatury medycznej w języku polskim lekarzom polskiego pochodzenia.

Do DPKM przekazano już ponad 3000 woluminów, wśród których znajduje się m.in. księgozbiór prof. Zbigniewa Religi, książki przekazane i podpisane przez prof. Andrzeja Szczeklika, a także kolekcje Krzysztofa Dziubińskiego, Małgorzaty Rozbrat-Fiedor oraz dr Jolanty Modrakowskiej. Ofiarodawcami są zarówno osoby prywatne, jak i wydawnictwa medyczne.

Osoby chętne do wsparcia projektu i ofiarowania książek bądź czasopism medycznych do Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie prosimy o kontakt z Krzysztofem Królikowskim, pełnomocnikiem prezesa ORL ds. DPKM w Kijowie: k.krolikowski@oilwaw.org.pl, tel. 22-542-83-30. ■



Chronologia badań nad nowotworami

Przedstawiona historia badań nad nowotworami obrazuje rozwój nauki i medycyny ostatnich dwóch wieków. Dzięki okresowi pokoju w Europie i Stanach Zjednoczonych, rozwojowi informatyki i globalnej współpracy naukowej nastąpiło ogromne przyspieszenie badań nad chorobami nowotworowymi. [...]

W historii badań widoczny jest stały postęp w metodach diagnostycznych i leczenia nowotworów. Od wielkich operacji, coraz bardziej skutecznej i precyzyjnej radioterapii, do leczenia systemowego – chemioterapii i stymulowania czynników odpornościowych, dochodzimy do rozpoznania komórki nowotworowej i leczenia – nanoonkologii. [...] Można sądzić, że istnieją realne przesłanki, że za następne pół wieku choroby nowotworowe będą w dużym stopniu opanowane, a życie człowieka w rozwiniętych i światłych społeczeństwach ulegnie dalszemu wydłużeniu. ■

kb

Fragmety wstępu do książki

„Nasza” Gruzja

Fot. A. Sawoni



To było czwarte polsko-gruzińskie spotkanie. Na pierwszym, zimowym, w Lagodechi, tuż po wojnie gruzińsko-rosyjskiej, reprezentowałem samorząd lekarski sam. W drugim uczestniczyła duża grupa lekarzy polskich i polonijnych.

Trzecie, w Tbilisi, było wielką konferencją z udziałem Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych i programem naukowym współorganizowanym przez prof. Marka Rudnickiego. Oczywiście inicjatorem i duchem sprawczym była Tatiana Kurczewska, prezes Związku Polonii Medycznej w Gruzji.

O wszystkich konferencjach pisałem w „Pulsie” (nr 3/2009 – „Przerabiamy Gruziniów na Polaków”, nr 11/2010 – „Lagodechi II – początek tradycji?”, nr 11/2012 – „Gruzisko-Polska Konferencja Medyczna”).

Tegoroczna konferencja, na którą pojechała skromna, trzyosobowa delegacja, w której skład wchodził: prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni, sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek i piszący te słowa, nie zapowiadała się dobrze, nie było pewne, czy w ogóle dojdzie do skutku. Związek Polonii Medycznej w Gruzji jest od pewnego czasu w trudnej, można rzec beznadziejnej sytuacji finansowej. Tworzą go ludzie połączeni więzami przyjaźni, ale bez swojego lokalu (czynsz!), bez funduszy, bez możliwości przeprowadzania tradycyjnych, ważnych dla środowiska akcji społecznych, jak organizowanie kolonii dla „polsko-gruzińskich” dzieci. Tym razem nie było także finansowego wsparcia polskiej ambasady. Trzeba uczciwie powiedzieć, że na przeniesieniu obowiązku troszczenia się o Polonię z zadań Kancelarii Senatu RP do kompetencji Ministerstwa Spraw Zagranicznych ucierpiała nie tylko gruzińska, ale i wiele innych polonijnych organizacji.

Nasza delegacja niemal do ostatniej chwili jechała w niepewne, chociaż moje wieloletnie doświadczenie podpowiadało, że Tatiana Kurczewska wyczaruje coś z niczego. Miałem rację, a to „nic”, na które mogła liczyć, to byli – jak zwykle w Gruzji – ludzie.

Konferencja w Lagodechi, która miała miejsce w pięknym muzeum tego regionu, była pod względem liczby uczestników skromna, ale stała na wysokim poziomie merytorycznym. Grono gruzińskich lekarzy, na czele z dr. George Chakhava, prezesem Gruzjińskiej Unii Lekarzy Specjalistów (warto wspomnieć, że NIL podpisała z tą organizacją porozumienie o współpracy), dyskutowało rzeczowo i wnikliwie na temat istoty samorządu lekarskiego. Zagadnienie to wzbudza w Gruzji duże zainteresowanie, ale na powstanie samorządu lekarskiego trzeba jeszcze poczekać. Na razie należy cierpliwie zaszczebiać i tłumaczyć jego ideę oraz zasady działania. Chociaż, kto wie?

Duże zainteresowanie wzbudziła także druga część konferencji dotycząca parku narodowego, w istocie rezerwatu rejonu Lagodechi, i postaci inicjatora jego powstania, polskiego zesańca, niezwyklej postaci Kaukazu, Ludwika Młokosiewicza.

Nie chcę przemilczać tego, co wie każdy, kto odwiedzał Gruzję, czyli wielkiej gościnności z toastami, które stanowią długą, przyjazną, kierowaną przez „tamadę” rozmowę przy wspólnym stole. Niewykluczone, że dzięki takim obyczajom Gruzja, której historia jest o wiele trudniejsza od polskiej, przetrwała wszelkie burze, okupacje i najazdy.

Wyjeżdżaliśmy z silnym przekonaniem, że medykom polskiego pochodzenia w Gruzji, kierowanym przez Tatianę Kurczewską, cieszącą się wielkim autorytetem wśród Gruziniów, trzeba pomagać. Tym bardziej że, co widać jak na dłoni, niewielka pomoc daje tu nieproporcjonalnie wielkie praktyczne rezultaty. ■

Krzysztof Schreyer

przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą



OGŁOSZENIE

www.ultrasonografy.pl



ECHOSON
od 1993

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

🖱 www.echoson.pl

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

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

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.

W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

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



Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentyista: **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).

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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

Dotychczasowe rachunki bankowe będą funkcjonować do **31 maja 2016 r.**

Prosimy o dokonywanie opłat składek na **nowe** indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>

lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



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



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



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

DYŻURY

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

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL – poniedziałek – piątek od 8.00 do 16.00

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

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek od 8.45 do 15.45; środy od 8.45 do 17.45

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Terminy posiedzeń ORL w Warszawie w 2016 r.:

22 stycznia, 26 lutego, 15 kwietnia, 20 maja,

24 czerwca, 23 września, 21 października,

18 listopada, 16 grudnia.



MENTOR Znasz lekarza, który słynie z sympatycznego podejścia do młodych medyków? Który angażuje się w szkolenie kolejnych pokoleń? Starszego kolegę, na którego pomoc zawsze można liczyć, a który jednocześnie jest medycznym mentorem?

Chcielibyśmy uhonorować lekarzy szczególnie zasłużonych w procesie kształcenia podyplomowego. Za ich życzliwość, czas poświęcony młodym lekarzom – często bez wynagrodzenia – za ich ciepłe podejście do tzw. lekarskiej młodzieży. Dlatego Okręgowa Rada Lekarska na wniosek Komisji Młodego Lekarza ustanowiła nagrodę „Mentor”. Znasz lekarza, który zasługuje na miano „Mentora”? Zgłoszenia przyjmujemy do końca stycznia 2016 r. Pisz pod adresem e-mailowym: nagrodamentora@gmail.com

Filip Dąbrowski

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!

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

Koło Lekarzy Katolików

Informujemy, że 19.11.2015 r. ukonstytuowało się

Koło Lekarzy Katolików przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików.

KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać. W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

Najbliższe spotkanie odbędzie się **17.12.2015 r., o godz. 15.30**, w siedzibie OIL.

UWAGA! Planowana jest pielgrzymka do Ziemi Świętej w terminie: **1-8.04.2016 r.**

Cena 3290 zł + 90 \$ (koszty mogą być niższe). Zgłoszenia PILNIE pod adresem: a.dziarczykowska.kopec@gmail.com

Z serdecznymi życzeniami świątecznymi

By wszystkim rodzinom lekarskim
zesłało Boże Dziecię
łaski niezbędne każdemu
i pokój na całym świecie.

A słodki uśmiech Maryi
niech w sercu Was prowadzi
by była Wam pomocą
Jej uśmiech wszystko zgładzi.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych i Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie,
przy współdziałaniu Naczelnej Izby Lekarskiej organizują

IX Kongres Polonii Medycznej
II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich
2-4 czerwca 2016 r., Warszawa

Aktualne informacje i komunikaty zamieszczone są na stronie internetowej Kongresu:

www.kongrespoloniimedycznej.org



IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

WSPÓLNIE WYZNACZAMY I UPOWSZECHNIAMY ŚWIATOWE
STANDARZY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA W OCHRONIE ZDROWIA

- Debaty naukowe, wykłady i prezentacje najnowszych osiągnięć w dziedzinach medycznych
- Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Marek Rudnicki (USA)
- Bezpośrednie spotkania z liderami medycyny z całego świata

Zapraszamy do rejestracji uczestnictwa i zgłaszania abstraktów na stronie
www.kongrespoloniimedycznej.org

ORGANIZATORZY:



FEDERACJA POLONIJNYCH
ORGANIZACJI MEDYCZNYCH



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

Biurowo Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie
www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/

Krajowe oferty pracy
na 24.11.2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 21	dermatologia 1	laryngologia 4	onkologia 1	stomatol. ortodoncja 2
alergologia 3	endokrynologia 3	medycyna nuklearna 1	ortopedia 4	stomatol. pedodoncja 1
alergologia dziecięca 2	epidemiologia 1	medycyna paliatywna 1	pediatria 20	stomatol. periodont. 1
andrologia 1	gastroenterologia 4	medycyna pracy 2	psychiatria 3	stomatol. protetyka 2
anestezjologia 8	geriatria 4	medycyna ratunkowa 5	psychiatria dziecięca 2	urologia 1
audiologia 1	ginekologia i poł. 6	medycyna rodzinna 22	radiologia 2	urologia dziecięca 1
chirurgia dziecięca 6	ginekologia USG 1	medycyna sportowa 1	radiologia USG 1	USG 5
chirurgia naczyniowa 1	hematologia 1	neonatologia 2	stomatologia 15	USG pediatryczne 1
chirurgia ogólna 7	kardiologia 2	neurologia 8	stomatologia chirurg. 1	
choroby płuc 3	kardiologia/hipertens. 1	neurologia dziecięca 3	stomatologia dziecięca 1	
choroby wewnętrzne 27	kardiologia dziecięca 2	okulistyka 6	stomatol. endodoncja 2	

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Muzeum Katyńskie – zapis zbrodni



Małgorzata Skarbek

Prawda o Katyniu i innych miejscach kaźni polskich oficerów, zamordowanych w sowieckich obozach w 1940 r., późno, bo po wielu latach, acz w całości została ujawniona. Dopiero teraz powstało nowoczesne, prawdziwe muzeum poświęcone upamiętnieniu tej zbrodni. Wcześniej, od 1993 r., eksponaty związane ze stalinowskim mordem zgromadzone były w kazamatach XIX-wiecznego Fortu Czerniaków przy ul. Powsińskiej 13, następnie zaprezentowane na ekspozycji czasowej „Pamięć nie dała się zgładzić” w Sali Hetmańskiej Muzeum Wojska Polskiego. Obecnie znalazły stałe miejsce w części Cytadeli Warszawskiej, będącej filią Muzeum Wojska Polskiego. Oficjalnie otwarto Muzeum Katyńskie 17 września 2015 r., w 76. rocznicę sowieckiej napaści na Polskę. Można je zwiedzać od 3 października.

Projekt muzeum od strony artystycznej stworzył i nadzorował jego realizację Jerzy Kalina, od strony historycznej współtworzyli go prof. Andrzej K. Kunert oraz dr Izabella Sariusz-Skapska, prezes Fundacji Rodzin Katyńskich.

– Cytadela, serce warszawskiej twierdzy, jest dobrym miejscem na to właśnie muzeum, bo już od XIX w. była symbolem prób ujarznienia Polski. Taką próbą było również wymordowanie znacznej części polskiej inteligencji, znajdującej się w szeregach wojska i wielu innych służb. Zabito ludzi wychowanych w 20-leciu międzywojennym w duchu patriotycznym, należących do odbudowujących się klas średniej i wyższej, częściowo unicestwionych w czasach zaborów – mówi Paweł Warczyński, pracownik muzeum. – To strata nie do odtworzenia. Katyń jest najbardziej znany, ale były też Charków, Miednoje, Bykownia i białoruskie Kuropaty, które ciągle oczekują na ekshumację pogrzebanych tam szczątków polskich oficerów.

Fotografie: K. Jemioł





Na dziedzińcu muzeum znajduje się plac apelowy z wysokim krzyżem odcinającym się na tle nieba i grabowego lasu. Plac wybrukowany jest 22 tys. płaskich kamieni symbolizujących ofiary, których się doliczono. Miejsce nazwano „Wartą”. Przez środek przechodzi „Blizna” – szeroka, łamana aleja, upamiętniająca zadaną narodowi polskiemu ranę, która się nigdy nie zagoi.

Na końcu „Blizny”, obok wejścia do głównej części muzeum, będzie wkrótce umieszczona instalacja pod nazwą „Sarkofagi” – przyspawane do szyn rosyjskie wagony kolejowe z tamtej epoki, jako niechlubny symbol wywozek.

Główne zbiory mieszczą się w zabytkowej, gruntownie odrestaurowanej i przystosowanej do nowych zadań kapońskie (obronnej budowli wojskowej służącej do ostrzału atakujących). Wchodzi się do niej tunelem, na którego ścianach wyświetlany jest film ukazujący marsz jeńców.

Na dwóch kondygnacjach znalazły się eksponaty zgrupowane na wystawach: „Odkrywanie” (poziom 0) i „Świadectwo” – przetrzeń z grobami (poziom -1). Multimedialne pokazy przekazują wiedzę historyczną obejmującą odzyskanie przez Polskę niepodległości, wybuch wojny, wkroczenie wojsk sowieckich, deportacje, uwięzienie polskich oficerów, poszukiwania miejsc pochówku, wydarzenia związane z ujawnieniem prawdy o zbrodni, działania propagandowe, a także wydawnictwa poświęcone historii Katyń. W gablotach znajdują się listy od jeńców, ich zdjęcia, broń, z której strzelano do ofiar, odzyskane dokumenty sowieckie dotyczące rozkazów wymordowania (m.in. przekazane Polsce przez Borysa Jelcyna, pierwszego prezydenta Federacji Rosyjskiej w latach 1991–1992). Tę ekspozycję w pomieszczeniach jest powiększona połówka żołnierskiego nieśmiertelnika, wykonana z materiałów o różnej fakturze, imitującej ziemię, lód, szkło itp. Na kamiennych tablicach umieszczono podobizny kilkunastu jeńców, którzy ocalili, m.in. Józefa Czapskiego.





W kolejnych salach znajdują się pamiątki po ofiarach, zarówno wykopane ze zbiorowych mogił, jak i otrzymane od rodzin pomordowanych. Są to szczątki mundurów, sutanny, butów, czapek, rzeczy osobiste: zdjęcia rodzin, pamiątki, krzyżyki, medaliki.

Wśród przedmiotów uzyskanych po wojnie od rodzin pomordowanych są pamiątki po Janie Boroniu, znanym przedwojennym lekarzu z Przemyśla. Zgromadzono jego prywatne instrumentarium lekarskie, fotografie, księgozbiór. Jego losy przypomina umieszczona obok eksponatów książka „Młyny czasu. Jan Boroń, od Orzechówki do Starobielska” autorstwa dr Ewy Kowalskiej.

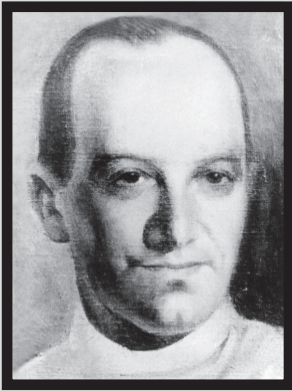
– *Zamysłem Muzeum Katyńskiego jest publikowanie serii „Sylwetki katyńskie”, aby zostały nie tylko nazwiska, ale aby utrwalić twarze i historię pomordowanych* – mówi dr Ewa Kowalska, pracownik muzeum. Wśród ofiar było bardzo wielu lekarzy, studentów medycyny oraz farmaceutów.

W sali „Twarze” znajdują się portrety i biogramy ofiar, w następnej, nazwanej „Wspomnienia” – świadectwa mówione, a w sali „Oprawcy” – informacje o ludziach decydujących o zbrodni i jej wykonawcach. W sali „Epitafium” umieszczono szereg metalowych tablic z długimi kolumnami nazwisk ofiar. Jedna tablica jest pusta, czeka na uzupełnienie z tzw. listy białoruskiej.

Z kaponiery wychodzi się na Aleję Nieobecnych, gdzie stoi 30 kamiennych cokołów z nazwami zawodów zamordowanych. Ostatnia część muzeum, stanowiąca wyjście, imituje doły zbiorowych mogił, w których prowadzono ekshumacje.

Muzeum jest stworzone z ogromnym pietyzmem i wiernością historii pokazywanej z wykorzystaniem nowoczesnych form przekazu. ■





**Prof. dr med.
Franciszek
Raszeja
(1896–1942)**

Bohaterski lekarz w getcie warszawskim

Franciszek Raszeja urodził się 2 kwietnia 1896 r. w Chetmnie na Pomorzu. W 1914 r., po ukończeniu miejscowego gimnazjum, uzyskał świadectwo dojrzałości. Podczas I wojny światowej służył w armii niemieckiej. Po zakończeniu działań wojennych powrócił do kraju. Po rocznych studiach przyrodniczo-filozoficznych w Berlinie studiował na wydziałach lekarskich w Múnster, Krakowie i Poznaniu. W 1923 r. w Poznaniu uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Został asystentem w Klinice Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego, kierowanej przez prof. dr. med. Ireneusza Wierzejewskiego, pierwszej placówce o tej specjalności w kraju. W krótkim czasie dał się poznać jako znawca fizjologii i patologii stawów. Był jednym z założycieli Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (10 listopada 1928 r.) oraz współorganizatorem (z prof. dr. med. Ireneuszem Wierzejewskim) I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego, który obradował 17 listopada 1928 r. w Poznaniu.

Po przedwczesnej śmierci prof. Wierzejewskiego (1887–1930) Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego podjęła uchwałę o zlikwidowaniu Kliniki Ortopedycznej. W 1931 r. dr Franciszek Raszeja przeniósł swą działalność leczniczą, naukową i dydaktyczną do Szpitala Ortopedycznego w Swarzędzu pod Poznaniem oraz do Polikliniki Ortopedycznej w Poznaniu. Klinika Ortopedyczna została reaktywowana w 1935 r., jej kierownikiem został docent Raszeja, mianowany profesorem nadzwyczajnym. Klinika miała początkowo 60, a następnie 100 łóżek, była wyposażona w sprzęt zabiegowy wysokiej klasy, zatrudniano w niej odpowiednio przygotowany personel lekarski i pielęgniarski. Przy klinice otwarto poradnię ortopedyczną i przeciwreumatyczną. Dorobek naukowy prof. Raszei stawiał go wśród czołowych ortopedów kraju. Potwierdzała tę opinię liczba opublikowanych prac naukowych i prestiż w środowisku ortopedów. Wśród około 60 prac naukowych, opublikowanych w czasopiśmie polskich, niemieckich i francuskich, na uwagę zasługują tytuły: „Polska bibliografia ortopedyczna 1930–1935” i „Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznawanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechanomedycznego” (1939).

W 1939 r., w pierwszym okresie wojny, prof. Franciszka Raszeję powołano do wojska. Objął kierownictwo Wojennego Szpitala Armii „Poznań” i w jego składzie kadrowym został ewakuowany do Łucka na Wołyniu. Po zakończeniu walk i przedostaniu się do Warszawy rozpoczął pracę na stanowisku ordynatora Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem

Ortopedycznym Szpitala PCK. Prowadził także zajęcia dydaktyczne i ćwiczenia ze studentami Tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich. Od 1941 r. kierował również Poradnią Gruźlicy Kostno-Stawowej oraz tajną stacją krwiodawstwa dla Żydów izolowanych w getcie, której kierownikiem naukowym, według niektórych źródeł, był prof. Ludwik Hirszfild, powołany przez Judenrat na przewodniczącego Rady Zdrowia.

Prof. Franciszek Raszeja przekraczał granice getta, aby udzielać konsultacji i wykonywać zabiegi operacyjne, na podstawie przepustki wystawionej przez warszawski Zarząd Zdrowia. Często wykorzystywał te uprawnienia do przekazywania poufnych dokumentów i informacji, a także ułatwiania ucieczek poza granice getta.

Kontakty prof. Raszei z rodziną Hanny i Ludwika Hirszfildów stały się częstsze w okresie narastającej w getcie epidemii duru plamistego oraz duru brzuszego i prowadzonych szczepień ochronnych. W 1941 r. uzyskał upoważnienie Tajnego Komitetu Porozumiewawczego Lekarzy Demokratów i Socjalistów do utrzymywania kontaktu z władzami i organizacjami żydowskimi w getcie.

Śmierć prof. Franciszka Raszei okryła żałobą całe żydowskie środowisko lekarskie. Wydarzenie to odnotował w „Historii jednego życia” prof. Ludwik Hirszfild: „Od 20 lipca 1942 r. morderstwa zaczęły się mnożyć, 21 lipca dokonano ich na przykład przy ul. Chłodnej 26. Według ich mieszkańców powietrze pachniało rzeźnią. Klatka schodowa była zalana krwią ludzką. Wówczas zginął świętej pamięci profesor Raszeja. Był wezwany do chorego, posiadał legalną przepustkę. Obecni byli jego były asystent doktor Kazimierz Polak, pielęgniarka i krewni. Do mieszkania wdarli się esesmani i zamordowali wszystkich”.

Ofiarna służba wybitnego lekarza i naukowca była przykładem, który budził podziw i szacunek potężnych współnym losem mieszkańców Warszawy po obydwu stronach wytyczonej granicy śmierci. Bohaterski lekarz został zastrze-

lony przez funkcjonariuszy gestapo wraz z chorym, któremu udzielał pomocy, lekarzem i pielęgniarką, którzy mu towarzyszyli, oraz członkami rodziny chorego Abe Gutnajera. Śmierć ta godna jest trwałej pamięci.

Zasługi prof. Franciszka Raszei, wybitnego lekarza i naukowca oraz społecznika i prawego człowieka, zostały docenione. W 1936 r. odznaczono go Złotym Krzyżem Zasługi, a w 1957 – pośmiertnie – Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski. Jego imię nosi Szpital Miejski w Poznaniu i Szpital Powiatowy w Prudniku oraz jedna z ulic Warszawy. W 2000 r. prof. Franciszek Raszeja wyróżniony został również przez społeczność Izraela tytułem „Sprawiedliwego Wśród Narodów Świata”. ■

Gerwazy Świdorski, Stefan Malcewicz

Wydrukowano w biuletynie DIL „Medium” nr 8–9/2015

Piśmiennictwo:

Gliński J.B., *Raszeja Franciszek (1896–1942). Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, t. 1, Wydawnictwo Medyczne. Urban & Partner, Wrocław 1997, s. 346–348

Hirszfild L., *Historia jednego życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2011, s. 410

Markowski J., *Album Chirurgów Polskich w: Franciszek Raszeja (1896–1942)* pod red. Witolda Rudowskiego i Andrzeja Śródki, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław – Warszawa – Kraków 1990, s. 240–241



Fot. archiwum

Zamienili się miejscami i co z tego?

Janina Jankowska

O tym, że trudno Polakami rządzić, przekonał się już Józef Piłsudski. A *propos Piłsudskiego*, pewien nauczyciel gimnazjum powiedział mi, że ten najstynniejszy polski polityk bywa przez jego uczniów mylony z Wojciechem Jaruzelskim. Czy to dziwi, skoro jeden ze znanych niegdyś parlamentarzystów usytuował Powstanie Warszawskie w 1989 r.?

Czasy są ciekawe.

Mój mąż, od lat zaciekle przeciwnik partii PiS (jak to w rodzinie), przypadkowo wysłuchał wystąpienia marszałka seniora Kornela Morawieckiego oraz fragmentu exposé premier Beaty Szydło i... nieoczekiwanie wzruszył się. Szok. Pewnie nie rozpoznał głosu premier rządu, pomyślałam, bo w ramach kontestacji prawie nie słucha polityków prawicy. Jednak nie, coś w nim się poruszyło. – *Nagle poczułem powagę Sejmu, wagę tych słów. Sam jestem zaskoczony* – stwierdził z autentycznym, rzadkim u niego wzruszeniem.

To fakt, że 75-letni Kornel Morawiecki zaskoczył. Można powiedzieć – stał się wielkim odkryciem nowego Sejmu. Jego słowa: „*w Polsce potrzebna jest nowa solidarność młodych ze starymi, zdrowych z chorymi, przedsiębiorców z pracownikami (...) razem jesteśmy ważniejsi niż każdy z osobna*”, zabrzmiały niezwykle świeżo na tle zużytych sloganów o demokracji, odważnych reformach i wybieraniu przyszłości. Kornel Morawiecki, założyciel „Solidarności Walczącej”, najsilniejszej grupy oporu przeciwko stanowi wojennemu, przeciwnik Okrągłego Stołu, nawiązuje w swojej postawie do wartości pierwszej „Solidarności”. Jest w tym autonomiczny, nie schlebia PiS, nie puszcza oka do PO. Mówi jedno – te dwie strony muszą nauczyć się ze sobą komunikować, a w pewnych sprawach współpracować, dla dobra Polski. Odważnie mówi o zagubionej solidarności i „*przemocy ekonomicznej tych, co mają pieniądze, nad tymi, którzy ich nie mają*”, rozważnie, ale idealnie, domaga się solidarności wobec uchodźców. Chyba

wyrasta nam polityk autorytet, nauczyciel języka i pojęć, które w ciągu naszego 25-lecia wypadły z polskiego słownika politycznego i parlamentarnego.

Ten fakt mnie cieszy, podobnie jak odświeżony o nowe ugrupowania skład Sejmu, a co za tym idzie – zestaw gości w opiniotwórczych debatach radiowych i telewizyjnych. Przedstawiciele Nowoczesnej i Kukiz 15, a także lewicowej partii Razem, która nie weszła do Sejmu, wpuszczają trochę świeżego powietrza w przestrzeń medialną. Jednak reszta po staremu. Dwa dominujące obozy – PO i PiS – zamieniły się miejscami, ale walka trwa.

Każdego dnia piszę w myślach (zapewne pełen naiwności) list do rządzących. Jest mniej więcej następującej treści: Podoba mi się kierunek programowy PiS i Zjednoczonej Prawicy – troska o ludzi najsłabszych, wspólnotowość, kulturę i godne miejsce Polski w Europie. Rozumiem, że chcielibyście tej dobrej zmiany dokonać szybko, ale...

Zapominacie o rozmowie ze społeczeństwem. Bardzo dobrze, że PiS przygotowało program, projekty ustaw itd., ale dlaczego ogłasza je w trybie dokonanym, do szybkiego wprowadzenia w życie? Gotowy produkt do proceduralnego przyklepania przez późniejsze formalne tzw. konsultacje? Powielanie fikcji. Dlaczego projektu reformy mediów publicznych nie przedstawiono już teraz, jako propozycji? Dlaczego wdrażanie w świadomość ludzką **dobrej zmiany** nie rozpoczyna się od społecznej debaty, nie tylko z udziałem organizacji pozarządowych, ale i środowisk zawodowych, mediów i zwykłych Kowalskich? A reforma edukacji, likwidacja gimnazjów? Najpierw powinno być publiczne przedstawienie projektu, argumenty, a potem społeczna debata. Na różnych szczeblach: medialnych, szkolnych, rodziców itd. Posłuchajcie naszego głosu. **Dobra zmiana** powinna zacząć się od nowego stylu konsultacji społecznych. Szczególnie, że nie mamy wypracowanych nowych standardów rządzenia przez jedną partię. Łatwo ulec starym wzorom, a przynajmniej szybko można być o to oskarżonym.

Tymczasem na początek zaskakuje opinię publiczną akt ułaskawienia Mariusza Kamińskiego. Krok po cienkiej linii. Czy rozsądne jest ograniczenie liczby członków Sejmowej Komisji ds. Służb Specjalnych i rezygnacja z rotacji jej przewodnictwa, wyrugowanie PSL z Prezydium Sejmu? Po co otwierać nowe pole konfliktów, dawać żer przeciwnikom? A przecież w tych trudnych czasach gramy o wysoką stawkę. Uchodźcy. Ważą się losy UE i naszego miejsca w Europie. Musimy być razem, nawet jeśli jesteśmy podzieleni. To, że jedna partia uzyskała parlamentarną większość, nie znaczy, że ma monopol na wszystko. Musi dogadywać się z opozycją. W sprawach polityki zagranicznej wszystkie partie powinny mówić jednym głosem. Tak rządzący, jak opozycja, jeśli przedkładają dobro Polski nad interesy partyjne, powinni to zrozumieć. Jeszcze nie jest za późno. ■



Kochanej Koleżance
Danucie Ciechanowicz-Jasztal
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej,
zastępcy Rzecznika
i pracownicy biura

Fot. archiwum



Pięćset i kropka

Paweł Kowal

Narodowy Bank Polski szykuje nowy banknot – o nominale 500 zł (inny niż pamiętny z Kościuszką). Tymczasem szybciej niż grafik dopracuje projekt dla Marka Belki, nowa premier ma wypłacić dzieciakom po 500 zł w gotówce. Ani złotówki mniej.

Idea powstała w 2011 r., z udziałem polskiego uczonego Juliana Auleytnera. Zgłoszona przez partię Polska Jest Najważniejsza, wydawała się wówczas nieco egzotyczna. Jednak jej sens był prosty: trzeba zreformować cały system zasiłków społecznych, pozbierać środki na kupkę, gdy będzie mało, sprzedać nieruchomości, w których ciągle mieszczą się ogromne domy dziecka, jakich w większości cywilizowanych krajów już i tak nie ma, i rozdzielić pieniądze między wszystkie dzieci. Ile to będzie? Okazało się, że około 100 euro. Taka kwota, niepoobgryzana przez urzędników, szczególnie dla rodzin z dwojgiem, trojgiem dzieci to pokaźny zastrzyk gotówki, którą można przeznaczyć na naukę języka lub wakacje. Nic tak nie wkurzało, jak pytania, czy rodzice „nie przepiją” tych pieniędzy. Skoro nie przepili własnej pensji i kalesonów, dlaczego akurat te środki mieliby przepić? Problem raczej w tym, czy wypłata gotówki będzie połączona z reformą i cięciami

niepotrzebnych wydatków socjalnych, a szczególnie z uszczelnieniem systemu wszelakich zasiłków, których kilkadziesiąt procent jest w Polsce wypłacanych na podstawie fałszywych danych. Ludzie powinni poczuć, że nowa polityka rodzinna to nie kwestia dodrukowania gotówki, ale porządków w budżecie państwa i zaufania do rodziny, która sama lepiej wie, jak wydać przeznaczone dla niej pieniądze.

Mądrze pisał Szewach Weiss, że małe partie są po to, by wymyślały nietypowe rozwiązania, które potem ktoś przejmie i zrealizuje. W programie PiS jest owo „pięćset złotych”. Państwa, które używają gotówkowego instrumentu na rzecz rodziny, wiedzą już, że po pierwsze: sam w sobie nie poprawi demografii. Zadziała tylko wtedy, kiedy ludzie będą mieli pewność, że zostanie wzmocniony, np. gwarancjami dla kobiet wracających do pracy po urodzeniu dziecka, i że nie zmieni się po następnych wyborach. Po drugie: zadziała, gdy nie będzie kwitkologii. W tej sprawie nie chodzi przecież o dotarcie do najbiedniejszych. Celem jest zachęcenie klasy średniej do posiadania kolejnego dziecka. Powiedzmy szczerze, wtedy jest szansa, że „pięćset złotych”, które „piechotą nie chodzi”, zostanie uzupełnione kolejnymi pieniędzmi z budżetu rodzinnego na dobre studia itd. Po trzecie: pomoc społeczna to co innego niż polityka rodzinna. Każdą z tych spraw powinien się zajmować inny urząd. W polityce rodzinnej nie chodzi przecież o to, by zachęcić biednych, by mieli „dzieci dla pieniędzy”, ale by pokazać także nieco lepiej zarabiającym, że ktoś o nich pomyśli, jeśli zdecydują się na trud wychowania liczniejszego potomstwa. Jeśli Beata Szydło robi, jak obiecała, i nawet jeśli nie Trzej Królowie, lecz Zajączek przyniesie gotówkę, to w polskim podejściu do polityki rodzinnej nastąpi kopernikański zwrot. W każdym razie Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku. ■

18 grudnia 2015 r., o godz. 16.00, w Klubie Lekarza odbędzie się spotkanie wigilijne Koła Medycyny Komunikacyjnej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Wykład „Cukrzyca a nowotwory w Polsce” wygłosi prof. Waldemar Karnafel.
Zaprasza przewodnicząca koła dr Krystyna Podgórska-Baraniecka.



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



Fot. M. Żywicka-Luckner

Lekarze OIL w Warszawie na 44. Warszawskiej Jesieni Poetyckiej

44. Warszawska Jesień Poetycka należy już do przeszłości. Od dwóch lat Związek Literatów Polskich, gospodarz imprezy, nie tylko gości laureatów Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którego pomysłodawczynią była i nad którym czuwa „Majka”, Maria Żywicka-Luckner, ale ściśle współpracuje z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Naczelną Izbą Lekarską, która konkurs „Puls Słowa” ma na stałe wpisany w kalendarium imprez.

Wydanej z okazji 44. WJP antologii „I to jest nasze życie”, gdzie znalazły się wiersze członków ZLP, nie mogło zbraknąć utworów lekarzy należących do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz OIL w Warszawie: Aldony Kraus, Marii Maślińskiej, Bohdana Wasilewskiego, Marii Żywickiej-Luckner.

Lekarze naszej Izby brali udział w licznych spotkaniach, które odbyły się w ramach Jesieni Poetyckiej, ale też organizowali bądź współorganizowali niektóre z nich.

Aldona Kraus była gospodynią jednego z wieczorów. Przywitała uczestników w swoim siedlisku, miejscu, gdzie przez wiele lat, co roku w miesiącach letnich, gościła księdza Jana Twardowskiego. Aldona Kraus potrafi nie tylko barwnie wspominać, ale i cudownie integrować przy ognisku młodzież, starych wyjadaczy, poetów, mieszkańców Anina oraz swoją i lekarską rodzinę.

Tym razem lekarze OIL w Warszawie nie powtórzyli sukcesu z lat poprzednich w konkursie „Puls Słowa”, jednak aktywnie uczestniczyli w warsztatach literackich. ■

„Majka”, Maria Żywicka-Luckner

DLA SMAKOSZY

Pasztet domowy, że palce lizać

Pasztety przyrządzano już w starożytnym Rzymie. Współczesne przepisy pochodzą z reguły z Francji. Francuscy pasztetnicy cieszyli się sławą już w XVI w., pracowali na dworach królewskich i szlacheckich, również w Polsce. Pasztet podaje się na ciepło lub zimno, jako przystawkę lub danie obiadowe, z sosami i marynatami. Na nadchodzące święta proponuję tak pyszny, że niech się schowają najlepsze francuskie pasztety, o tych sklepowych nawet nie wspominając.

Składniki:

- ◆ ćwiartka kurczaka (duże udko) ◆ pół piersi indyka
- ◆ podgardle lub średnio tłusty boczek, ok. 0,5 kg ◆ wieprzowina (karkówka, łopatka), ok. 0,5 kg ◆ wątróbka drobiowa, ok. 0,5 kg ◆ garść grzybów suszonych (wcześniej moczonych w gorącej wodzie przez mniej więcej godzinę) ◆ 2 duże cebule (opieczzone) ◆ 2 czerstwe bułki namoczone w mleku i odcisnięte ◆ 2 średnie marchewki
- ◆ 1 średnia pietruszka ◆ pół średniego selera ◆ gałka muszkatołowa ◆ bułka tarta, 4–5 łyżek ◆ 3 jajka średnie, całe ◆ łyżeczka natki pietruszki (suszonej lub świeżej)
- ◆ sól, pieprz ◆ 2 łyżki stołowe sosu sojowego (ciemnego)

Wykonanie:

Mięso i wątróbkę gotujemy około godziny na małym ogniu. Po 30 minutach dodajemy warzywa i gotujemy je do miękkości. Jeśli będą gotowe wcześniej niż mięso, wyjmujemy je. Mięso studzimy i usuwamy kości. Mielimy z bułkami, pietruszką oraz grzybami. Dodajemy jajka, sól i pieprz, nie więcej niż 1/3 świeżo startej gałki muszkatołowej oraz sos sojowy. Gdyby masa była za luźna, dodajemy bułkę tartą, nie więcej niż 3–4 łyżki. Wkładamy do formy wysmarowanej cienutko smalcem lub wyłożonej papierem do pieczenia. Na dnie układamy 2–3 plastry tłustego boczku lub cienutkie paseczki słoniny. Pieczemy 2–2,5 godziny w temp. 180 st. C (aż na wierzchu zbrązowieje).

A potem delektujemy się najlepszym domowym pasztetem, jaki udało się nam zrobić.

Smacznego i Wesołych Świąt! ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Posłuchać, zobaczyć...

Czas świętowania

Nowa ekspozycja w Państwowym Muzeum Etnograficznym w Warszawie to jedna z najważniejszych wystaw poświęconych polskiemu i europejskiemu dziedzictwu kultur ludowych. Zgromadzono na niej tysiące eksponatów: strojów, obrazów, rzeźb, świątecznych dekoracji i rekwizytów. Wśród nich są fragmenty najcenniejszych kolekcji muzeum – 100 odświętnych ubiorów z terenów Polski i Europy. „Czas świętowania” pokazuje m.in. wpływ folkloru na modę i sztukę użytkową, od lat 30. ubiegłego wieku po dzień dzisiejszy.

www.ethnomuseum.pl

Królewski Ogród Świątła

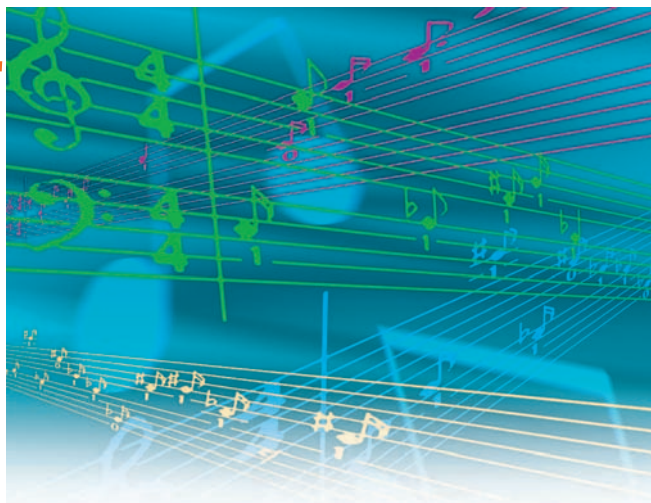
Jesienno-zimowa wystawa rozświetla ogród króla Jana III w Wilanowie. Tysiące kolorowych diod oddają barokowe wzory i kształty roślin. Goście mogą odwiedzić Magiczny Ogród Króla, Ogród Wyobraźni i Złoty Dziedziniec. W sobotnie wieczory wystawie towarzyszą pokazy mappingu, trójwymiarowego widowiska łączącego światło, obraz i dźwięk. Iluminacja ogrodu – do 13 marca.

www.wilanow-palac.pl

Fangor w Orońsku

„3 wymiary” to retrospektywna wystawa rzeźb, instalacji i obiektów przestrzennych Wojciecha Fangora (1922–2015), jednego z najwybitniejszych polskich artystów, prekursora sztuki w przestrzeni publicznej. Zwiedzający obejrzą prace rzeźbiarskie i przestrzenne, m.in. z cyklu Sygnatury, oraz projekty graficzne wykonane dla warszawskiego metra. Wystawa otwarta do 6 stycznia.

www.rzezba-oronsko.pl



W Galerii Jednego Obrazu

Na Zamku Królewskim w Warszawie można obejrzeć obraz „U lichwiarza” Georges’a de La Tour. To jeden z najwybitniejszych i zarazem najbardziej intrygujących malarzy francuskich, który przez ponad dwa i pół wieku po śmierci pozostawał zapomniany. Dzieło jest przedmiotem dyskusji badaczy. Czy przedstawia poborców podatków, czy lichwiarza, trudno rozstrzygnąć, nie jest znana również data jego powstania. Ekspozycja do 10 stycznia.

www.zamek-krolewski.pl

ach

„Dobry adres”

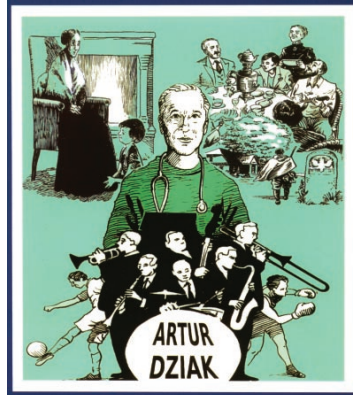
Stowarzyszenie Szpital Ujazdowski udostępniło fotografie Szpitala Ujazdowskiego do wirtualnej wystawy „Dobry adres. Historie ukrywania Żydów w okupowanej Warszawie”.

www.sprawiedliwi.org.pl/wystawa/dobry-adres/

kk

Literatura i życie

Zagrajcież mi,
niechaj cofnie się świat



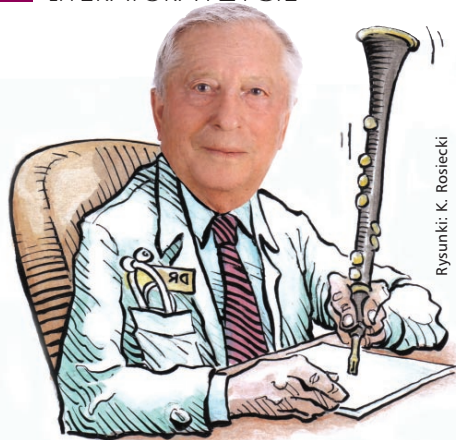
Książka zaskakująca. Napisana została przez Artura Dziaka, znanego ortopedę, ucznia prof. A. Grucy, autora i tłumacza oraz redaktora kilkuset prac naukowych i książek medycznych, z racji czego nadano mu przydomek „Kraszewskiego medycyny”.

Artur Dziak, emerytowany profesor zwyczajny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, założyciel i wieloletni kierownik słynnej Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji, zanim skupił się na karierze lekarskiej, starał się przez wiele lat swego życia dzielić równo czas między sport, muzykę i literaturę. Dlatego „Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat” – to fascynująca opowieść o kolorowym i ciekawym życiu człowieka na tle całej epoki. W książce mało jest dat, a opowieści z życia wzięte skaczą po linii czasu, nie zachowując chronologii. Ale pokazują autentyczne zdarzenia, prawdziwych ludzi, z ich wielkością i wadami. Czasem autor pisze o faktach zwykle ze względu na obyczajowych przemilczanych. Nie ma żadnej fikcyjności. Wszystko to naprawdę się wydarzyło, dlatego prof. Dziak przestrzega – „książka tylko dla dorosłych!” Nieugłaskany poprawnością opis jego życiowej drogi budzi szacunek dla autora za szczerość wypowiedzi i niebanalny styl, w którym znajduje odbicie i środowisko, i epoka.

Książka ta jest wspaniałym i zabawnym antidotum na dzisiejszy zakłamanym świat i pozwala z uśmiechem zapomnieć o troskach dnia codziennego. Potwierdzenie tego stanowią liczne wypowiedzi czytelników „Pulsu”; niektóre fragmenty książki publikowane są na jego łamach. ■

Jerzy Borowicz

Przychodnia Stomatologiczna „Dąbrowski” nawiąże współpracę z **ortodontą** po specjalizacji. Wszystkie warunki do uzgodnienia (tylko pacjenci prywatni). Kontakt: tel. 606-93-71-73, annakglowacz@gmail.com



Wigry

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak

Wygodnie rozciągnięty na leżaku ustawionym na werandzie, leniwie obserwuję nocny nieboskłon, po którym wędruje księżyc, który przed chwilą wynurzył się z jeziora. W nogi grzeje mnie Zośka – moja wierna suczka, dookoła cisza i spokój, gdyż domek położony jest po przeciwległej stronie klasztoru, dokąd nie dochodzi żaden dźwięk ani z lasu, ani ze śpiącej już wsi. Jest rok 2007 i przypominam sobie mój pierwszy pobyt nad Wigrami, równo przed 60 laty, kiedy przywieziono mnie eszelonem do Gawrych Rudy, na zgrupowanie Hufca Warszawa.

Do nadzorowania obozów harcerskich, rozrzuconych w promieniu wielu kilometrów, chciano przydzielić mi starego gazika z żołnierzem, ale wybrałem konia. Dostałem go od sołtysa z wioski, w której organizowana była Komenda Hufca. Kiedy sołtysowa dowiedziała się o doktorze z Warszawy, zorganizowała małe przyjętko, gdyż sołtys był chory na wrzód żołądka. Pod jajecznicę z 20 jaj (*sic!*), wypiliśmy dwie butelki „Uśmiechu Sołtysa”, czyli miejscowego bimberku, i uzgodniliśmy warunki leczenia pacjenta. Honorarium miał być właśnie koń z siodłem do mej dyspozycji przez cały miesiąc. Mimo że już pierwszego wieczoru w czasie ustalania planu kuracji sołtys i ja świadomość utraciliśmy, sołtysowa o umowie pamiętała. Kiedy nazajutrz doszedłem do siebie – dzięki uzdrawiającemu działaniu powietrza i wody w jeziorze – zobaczyłem uwiązaną do jabłonki, okulbaczoną kobyłkę Pelagię. Nigdy więcej nie miałem takiego ordynowania w siodle i przeżytych chwil już nie zapomnę.

Do prawdziwego renesansu mej miłości do Wigier doszło dopiero po upływie ćwierćwiecza, bo obowiązki zawodowe, sport i podróże po świecie nie pozwalały nad jezioro jeździć.

W roku 1981 młody adept ortopedii, sportowiec i zawołany żeglarz

dr Krzysztof Górnicki organizuje w wigierskim klasztorze Sympozjum Medycyny Sportowej. Jego gościnność oraz zbliżone do moich zainteresowania sprawiają, że od tego roku jedynie nadzwyczajne okoliczności mogą spowodować, że na Wigrach nie żegluję. Z czasem udaje się doktorowi postawić na działce w Cimochowiźnie wóz Drzymały, czyli barakowóz, i obudować wygodnym tarasem, z którego widać jezioro jak na dłoni. Wchodzę wówczas w lata i przysięgam, że mych ukochanych Wigier nigdy już nie opuszczę! Od czasu do czasu zjeżdżamy do Mikołajek, gdzie czarterujemy duży jacht i przemierzamy Wielkie Jeziora. To nam nie pozwala zapomnieć o „dużym” żeglowaniu, gdyż Wigry, to trochę mało! Pewnego razu umawiamy się z zaprzyjaźnionymi wodniakami w porcie w Sztynorcie, gdzie spotyka się cała żeglarska brać. O świetności Sztynortu świadczą jedynie bogate budynki gospodarskie, gdyż pałac został stracony na skutek przerażającej głupoty prostaków, którzy za komuny rządząli Polską. Ma však słynny żeglarski pub. Chociaż można się w nim tylko upić i zatruć dymem z papierosów, jest chętnie odwiedzany przez żeglarzy spędzających większość czasu na jachcie i przy ognisku.

Harcerskie czy żeglarskie ogniska na Mazurach były w czasach studenckich chlebem powszednim. Te ostatnie niejednokrotnie robiliśmy z ekonomicznego musu i wówczas żelaznym punktem biesiady była zgaduj-zgadula. Do wykreowania odpowiednio bogatego programu przykładaliśmy się szczególnie wtedy, gdy najmowaliśmy się do uświetnienia wieczorków towarzyskich dla wczasowiczów. A zdarzało się to, gdy głód zaglądał nam w oczy na skutek zbyt intensywnego balowania. Wysyłałiśmy wówczas któregoś z żeglarzy do kaowca (tzw. pracownika kulturalno-oświatowego) najbliższego ośrodka wczasowego. Organizacja zgaduj-zgaduli była niezwykle prosta. Dwóch żeglarzy zabawiało publiczność, od czasu do czasu zadając pytania, trzeci, ukryty w tłumie, dawał stosowne komentarze. Prowadzący zabawę cytował

początek znanego powiedzenia, widzowie zaś mieli dopowiedzieć zakończenie. Rzecz w tym, że zakończenie dawaliśmy inne, niż wszystkim się wydawało, i na tym polegał urok zabawy. Dla przykładu, prowadzący mówi: – *Obiecanki cacanki...* i sala ochoczo dopowiada: – *...a głupiemu radość*. Tymczasem schowany w tłumie komentator wykrzykuje: – *Nieprawda! Obiecanki cacanki, a głupiemu stoi!*

Kombinacji było wiele, do najczęściej używanych, które zapamiętałem, należały następujące:

„Kto dotki pod kimś kopie, ten sam w nie wpada. Nieprawda! Ten awansuje!”;

„Na złodzieju czapka gore. Nieprawda! Czapka z norek!”.

Pewnego razu trafia się nam w Rucianem wspaniała meta – stacja wędkarska. Mamy wygodne domki kempingowe oraz wysmienitą kuchnię, wszystko za darmo, bo tylko za urozmaicenie występami artystycznymi wieczornych ognisk. Wszystko idzie dobrze dopóty, dopóki przygrywamy do tańca i inicjujemy wspólne śpiewanie. Niestety, jednego wieczoru jakieś licho nakłania nas do przeprowadzenia zgaduj-zgaduli. Wszyscy są już podchmieleni, ale nie w takim stopniu, by mieć całkowicie przytępione zmysły. Okoliczność jest szczególna, bo na weekendowy pobyt zjechało naczalstwo wędkarstwa ze stolicy, które zadaje szyku, chępiąc się swoją miastowością. Nas też biorą za miejscowych! Podrażniony wielkopańskim zachowaniem prezesów kolega postanawia się nieco po oficjalach przejechać. W tym celu rzuca w tłum pytanie:

– *A co to jest, proszę PT zebranych: ch... przyczepiony do żyłki z haczykiem? I, nie czekając na reakcję publiczności, sam sobie dopowiada: – Wędkarz, proszę szanownych zebranych.*

Na drugi dzień wymówiono nam wikt i opierunek! – *Lekko przyszło, lekko poszło* – mówi przy pakowaniu gratów Boguś i filozoficznie dodaje: – *I poszedł z grabkami i kosą w d...ę kopany i boso.* ■



Chciałem być Euro- pejczykiem

Sądząc po setkach publicznych wypowiedzi w ciągu ostatnich lat, także nowego ministra zdrowia, rodacy chcą być Europejczykami. Tymczasem wiele wskazuje, choćby losy flagi unijnej, że ruszamy akurat w odwrotnym kierunku. Ale podobnie jak likwidacja kas chorych i zastąpienie ich Narodowym Funduszem Zdrowia, tak i likwidacja NFZ nic nie wniesie, poza spotęgowanym chaosem. Bo wciąż przypuszczamy, że od mieszania herbata będzie słodsza. Tymczasem 4,6 proc. PKB przeznaczone na zdrowie nie wystarczyło i nie wystarczy. Reszta jest pochodną. A NFZ wymaga decentralizacji, nie likwidacji.

W Krakowie na pierwszym miejscu wśród problemów medycznych uplasował się smog (nie mylić ze smokiem). Według organizacji HEAL Polska, która zweryfikowała szacunki WHO, prowadząc badania na przełomie października i listopada, normy szkodliwych pyłów (50 µg/m sześć.) były wielokrotnie przekraczane. Kraków wkroczył dzięki temu do grupy siedmiu najbardziej zanieczyszczonych miast Europy.

Natomiast z wydarzeń optymistycznych, a spektakularnych, wymienić trzeba sukces dr Anny Chrapusty (od dwóch lat pracującej w Szpitalu im. Rydygiera), która podczas jednej operacji przyszyła 24-letniemu pacjentowi dwie obcięte podczas pracy dłonie.

26–31 lipca 2016 r. w Krakowie odbędą się Światowe Dni Młodości. Opodal Wieliczki powstaje właśnie Campus Misericordiae, który powinien pomieścić 2,5 mln młodych pielgrzymów. Dla służby zdrowia będzie to logistycznie ogromne przedsięwzięcie. Jeśli komuś się jeszcze marzy olimpiada w Krakowie, to wspomniana impreza będzie znakomitym sprawdzianem możliwości miasta. A biorąc po uwagę nowy, wspaniały terminal lotniska w Balicach, można sądzić, że są szanse na wygranie niepisanej rywalizacji z Pragą, Budapesztem i Wiedniem o miano najatrakcyjniejszego miasta Europy Środkowo-Wschodniej.

Pisanie o Krakowie z przemilczeniem jubileuszy byłoby oczywiście nietaktem. Właśnie wszczęto przygotowania do 150-lecia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, które wyjątkowo jest młodsze od założonego w 1820 r. Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Natomiast jubileusz 50-lecia obchodzi Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii (dziś pod nazwą Uniwersytecki Szpital Dziecięcy), kolebka wielu świetnych przedsięwzięć polskiej pediatrii.

Na koniec napomknę jedynie, że w listopadzie minęła 10. rocznica śmierci Zbyszka Żaka. Z tej okazji Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna nosząca Jego imię zorganizowała wieczór wspomnień. Jak ten czas szybko biegnie. ■

Stefan Ciepły



Najczęstszy błąd logiczny

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Kilka lat temu o tym gatunku błędów już pisałem, ale warto do niego wrócić, bo jest najczęstszy i spotyka się go głównie w tekstach użytkowych, w tym naukowych. Chodzi o taką konstrukcję zdania, która powoduje niejasność wypowiedzi, niekiedy nawet humorystyczną. No, bo co można powiedzieć o takiej reklamie: **Guma do żucia dla dzieci bez cukru? Jest niezdarza i śmieszna. A przecież wystarczyło zmienić szyk wyrazów: Guma do żucia bez cukru dla dzieci – i już nie dzieci są bez cukru, ale reklamowany produkt.*

Mniej powodów do śmiechu daje tytuł pewnej pracy z zakresu oświaty zdrowotnej: **Cukrzyca. Sposób leczenia chorego.* Przytaczałem już przykłady z podobną treścią, ale ponieważ redagując teksty medyczne, błąd ten spotykam często, cytuję go ponownie jako klasykę errologii językowej (dziedziny zajmującej się błędami wypowiedzi). Skutek tego typu zaburzenia jest dość nieprzyjemny, bo tekst sugeruje treści naprawdę niepożądane, a mianowicie to, że oprócz medycznych (lecarskich) metod leczenia cukrzycy są jeszcze jakieś inne, opracowane i stosowane przez pacjentów.

Konstrukcję logiczną takiej wypowiedzi nazywamy amfibologią lub amfibolią, a bardziej po polsku dwuznacznością. Nie jest to jednak wyłącznie dwuznaczność, to często coś więcej. Błąd taki korzysta bowiem nie tylko z braku precyzji w przedstawianiu jakiegoś znaczenia, ale także z właściwości czytelnika, który najchętniej odczyta tekst zgodnie ze swoimi przyzwyczajeniami. Wystarczy, że treść zamierzona, lecz nietypowa, jest w zdaniu zamaskowana przez treść bardziej standardową, a już ta pożądana zostanie nakryta przez niechcianą. To dzieje się w umyśle odbiorcy, ale autor powinien umieć taki efekt przewidzieć.

Oto kilka przykładów, wszystkie z prasy ostatnich dni.

**W Korei Północnej szaleją represje patriotów.* Treść zamierzona: *patrioci są represjonowani*, treść możliwa do odczytania: *patrioci represjonują*. **Zabójstwo indyjskiej karmelitanki.* Artykuł o takim tytule zamieszczono w gazecie obok tekstu o kradzieży w parafii, co wzmocniło dwuznaczność. Podejrzewam, że mógł się znaleźć nawet taki czytelnik, który (zabitej) karmelitanke przypisał skłonności nie tylko mordercze, ale i złodziejskie. Podobnie brzmi **Pochwała polskiego hydraulika we Francji.* Wynika z tego, że w Polsce mniej liczymy się z opiniami hydraulików niż Francuzi. I jeszcze jeden: **Te marki podrabiają najczęściej* (tu wylczenie nazw marek odzieżowych). Dla większości czytelników *marka* jest tym samym co *firma*, więc niemal wszyscy bez trudności odczytali, którzy to producenci są najbardziej niebezpieczni, bo sprzedają podróbki, czyli tandetę, i to za ciężkie pieniądze.

I jeszcze jeden przykład, co prawda starszy i wzięty z Internetu, ale za to bardzo typowy i łatwy do zapamiętania. Kto sobie go „zaczepi” w pamięci, ten będzie uważał na niechciane dwuznaczności własnych wypowiedzi: **Prawa ręka Busha przyjedzie do Polski* (Onet.pl, 18.08.2008). ■

<http://www.lpj.pl>



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Elektroniczne zwolnienia lekarskie



1 stycznia 2016 r. wchodzi w życie ustawa z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1066.

Zasady wystawiania



Od 1 stycznia 2016 r. zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą, w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny będzie mogło być wystawiane przez lekarza lub lekarza dentystrę w formie dokumentu elektronicznego, uwierzytelnionego z wykorzystaniem płatnego kwalifikowanego certyfikatu lub bezpłatnego profilu zaufanego ePUAP.

Zaświadczenie lekarskie będzie wydawane zgodnie z wzorem ustalonym przez ZUS, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS.

Lekarz przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS.

Zaświadczenie lekarskie musi zawierać:

- identyfikator i datę wystawienia,
- dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy,
- dane płatnika składek: NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek,
- imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu,
- informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość, podane z zastosowaniem kodów literowych,
- wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo: chory może chodzić,
- okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym,
- numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

W celu wystawiania zaświadczeń lekarskich lekarz lub lekarz dentystra będzie tworzył profil informacyjny za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS.

ZUS w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego udostępni lekarzowi bezpłatnie na jego profilu informacyjnym:

– dane zgromadzone w prowadzonych na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych:

- a) Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego,
- b) Centralnym Rejestrze Płatników Składek – nazwę skróconą oraz NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL,

c) Centralnym Rejestrze Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego – datę urodzenia chorego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym,

– informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu, zgromadzone w rejestrze zaświadczeń lekarskich, oraz o zaświadczeniach wydanych przez lekarza orzecznika ZUS,

– informację, czy płatnik składek posiada profil informacyjny.

Wymienione dane i informacje ZUS udostępni po podaniu przez lekarza numeru PESEL ubezpieczonego albo serii i numeru paszportu lub po podaniu numeru PESEL członka rodziny albo serii i numeru paszportu, jeżeli członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL.

Lekarz wystawiający zaświadczenie lekarskie będzie potwierdzał u ubezpieczonego prawidłowość i aktualność danych i informacji udostępnionych na profilu informacyjnym.

Jeśli na profilu informacyjnym lekarza dane lub informacje nie zostaną udostępnione albo zostaną udostępnione niekompletne lub nieaktualne, brakujące lub aktualne dane lub informacje lekarz będzie uzyskiwał od ubezpieczonego.

Wydruk elektronicznego dokumentu



Na żądanie ubezpieczonego oraz w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, lekarz będzie przekazywał ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, zawierający stosowne dane i informacje, z wyjątkiem numeru statystycznego choroby, opatrzone jego podpisem i pieczęcią.

W przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku dostępu do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, lekarz w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, zawierające stosowne dane i informacje, z wyjątkiem numeru statystycznego choroby, opatrzone jego podpisem i pieczęcią.

W wymienionych przypadkach ubezpieczony będzie obowiązany przekazać lekarzowi dane i informacje w zakresie niezbędnym do wystawienia zaświadczenia lekarskiego.

Lekarz w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim oraz numer statystyczny choroby. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku dostępu do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego, lekarz przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

ZUS będzie udostępniał bezpłatnie zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek na profilu informacyjnym płatnika składek, bez informacji o numerze statystycznym choroby, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania zaświadczenia lekarskiego.

Profil informacyjny płatnika składek będzie tworzony przez płatnika składek za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS.

Profil informacyjny płatnika składek będą tworzyć płatnicy składek obowiązani, na podstawie przepisów ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, do przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego.

Korekta błędów



W przypadku gdy w zaświadczeniu lekarskim został popełniony błąd, lekarz, który wystawił zaświadczenie lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia stwierdzenia błędu lub otrzymania informacji o stwierdzeniu błędu, w szczególności od płatnika składek, ubezpieczonego lub ZUS, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS, odpowiednio:

- informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo
 - informację, o której mowa wyżej, oraz nowe zaświadczenie lekarskie, zawierające identyfikator i datę jego wystawienia oraz dane i informacje zawarte w zaświadczeniu lekarskim, w którym został popełniony błąd, po sprostowaniu tego błędu
- uwierzytelnione z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP.

Jeżeli przekazanie informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lub nowego zaświadczenia lekarskiego w terminie 3 dni roboczych nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku dostępu

do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia informacji lub zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, lekarz przekazuje informację lub zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie informacji lub zaświadczenia lekarskiego.

Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lekarz przekazuje także, w formie pisemnej, ubezpieczoneму, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia tej informacji płatnikowi składek, w przypadku gdy z danych udostępnionych na profilu informacyjnym lekarza wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego.

W przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym lekarza wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, wydruk nowego zaświadczenia lekarskiego lekarz przekazuje także ubezpieczoneму, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia nowego zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek.

Jeżeli w zaświadczeniu lekarskim na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego błąd został stwierdzony w dniu badania w obecności ubezpieczonego, lekarz poinformuje ubezpieczonego o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, oraz przekazuje mu nowe zaświadczenie lekarskie.

Lekarz przesyła informację o stwierdzeniu nieważności formularza zaświadczenia lekarskiego w systemie teleinformatycznym ZUS.

Dotychczasowa forma



Lekarze i lekarze dentyści, upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą, w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie na dotychczasowych zasadach nie dłużej niż do 31 grudnia 2017 r.

W takim przypadku lekarz i lekarz dentysta wystawiający zaświadczenia lekarskie będą informować ubezpieczonego o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego odpowiednio płatnikowi zasiłku lub płatnikowi składek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

Zaświadczenia lekarskie wystawione na dotychczasowych zasadach będą równoważne z zaświadczeniami wydanyymi w formie dokumentu elektronicznego. ■

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



OKRĘGOWA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nieśbiewicza

**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

Nowe przepisy prawne

30 września 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 września 2015 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1481.

1 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 15 września 2015 r. w sprawie określenia wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do pełnienia służby przez funkcjonariuszy celnych na niektórych stanowiskach służbowych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1491.

1 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 września 2015 r. w sprawie chorób zakaźnych, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1501.

Rozporządzenie określa następujący wykaz chorób zakaźnych mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium RP:

- błonica,
- cholera,
- dur brzuszny,
- dury rzekome A, B, C,
- dur wysypkowy (w tym choroba Brilla-Zinssera),
- dżuma,
- grypa wywołana nowym szczepem wirusa powodującym wysoką śmiertelność wśród ludzi, w szczególności szczepem pandemicznym lub wysoce zjadliwymi szczepami odzwierzęcymi,
- gruźlica płuc w okresie prątkowania,
- gruźlica wywołana szczepami prątka gruźlicy o lekooporności typu MDR lub XDR,
- zakażenie szczepem dzikim wirusa polio (ostre nagminne porażenie dziecięce),
- ospa prawdziwa,
- zakażenia wirusami powodującymi zespół ostrej niewydolności oddechowej,
- wirusowe gorączki krwotoczne powodujące wysoką śmiertelność wśród ludzi, w szczególności wywołane wirusami Ebola i Marburg,
- choroby zakaźne określone w przepisach wykonawczych do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku których określone w tych przepisach postępowanie osób chorych lub osób narażonych na zakażenie obejmuje poddanie się przez nie obowiązkowi izolacji, hospitalizacji lub kwarantanny.

6 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1424.

7 października 2015 r. został opublikowany w DzU z 2015 r., poz. 1553, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 29 września 2015 r. sygn. akt K 14/14.

Trybunał orzekł, że art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2015 r., poz. 618 ze zm.) w zakresie, w jakim dotyczą techników medycznych elektroradiologii, którzy w celach diagnostycznych lub leczniczych stosują źródła promieniowania jonizującego, są zgodne z Konstytucją RP.

14 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1495.

Rozporządzenie wprowadza zmiany w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji, w pozycji dotyczącej leczenia dzieci ze śpiączką.

Świadczeniodawcy niespełniający wymagań określonych w rozporządzeniu są obowiązani do dostosowania się do tych wymagań w terminie do 31 grudnia 2015 r.

16 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1628.

Rozporządzenie wprowadza zmiany dotyczące zwiększenia środków finansowych przeznaczonych na wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

16 października 2015 r. został opublikowany w DzU z 2015 r., poz. 1633, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14.

Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 39 zdanie pierwsze z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „*innych przypadkach niecierpiących zwłoki*”, jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji, wywodzoną z Konstytucji RP, oraz, że art. 39 zdanie pierwsze ustawy w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, jest niezgodny z konstytucją.

Ponadto TK orzekł, że art. 39 zdanie drugie ustawy w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego, jest zgodny z konstytucją oraz że art. 39 zdanie pierwsze ustawy w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, jest zgodny z konstytucją.

16 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 września 2015 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1514.

Osoba sprawująca opiekę potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt objęcia jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu oraz wpisuje do planu opieki przedporodowej, planu porodu i karty przebiegu ciąży dane wybranej przez ciężarną położnej POZ lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej.

Podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej POZ lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie POZ.

W przypadku braku możliwości ich ustalenia podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz o zasadach wyboru położnej POZ lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie POZ.

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej POZ.

21 października 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1658, obwieszczenie ministra zdrowia z 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

23 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 16 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie monitorowania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej weteranów poszkodowanych – żołnierzy, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1563.

Dyrektor departamentu Ministerstwa Obrony Narodowej właściwego do spraw zdrowia prowadzi w imieniu ministra monitoring i analizę informacji o realizacji indywidualnego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych weteranom poszkodowanym – żołnierzom.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1627.

Załącznik do rozporządzenia określa się wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wydane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1612.

Rozporządzenie określa warunki, jakie powinien spełniać świadczeniodawca pełniący rolę ośrodka wiodącego, udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne pacjenta, u którego lekarz POZ stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego.

27 października 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób, z tytułu których funkcjonariuszowi Służby Więziennej przysługuje jednorazowe odszkodowanie, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1708.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 października 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. 1660.

Rozporządzenie dotyczy zmian w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego.

Załączniki do rozporządzenia określają kody sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy na podstawie karty onkologicznej oraz wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Rejestr świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego obejmuje m.in.:

- datę decyzji o założeniu karty onkologicznej,
- datę wpisu na listę oczekujących w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz datę wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, a potwierdzenie nowotworu złośliwego zostało dokonane na podstawie zabiegu diagnostyczno-leczniczego,
- wynik badania potwierdzającego rozpoznanie nowotworu złośliwego, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- informację o ocenie wyniku diagnostyki wstępnej,
- datę wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

Za pośrednictwem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach są przekazywane:

- dane, o których mowa wyżej, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o jej założeniu,
- data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych albo lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów jest przekazywany, jeżeli został nadany do dnia przekazywania danych przez aplikację,
- data porady zakończonej rozpoznaniem – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych albo lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych.

1 listopada 2015 r. weszła w życie ustawa z 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1087.

Wejście w życie ustawy oznacza wdrożenie dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 102 z 7.04.2004, str. 48).

Ustawa określa:

- zasady ochrony zarodka i komórek rozrodczych w odniesieniu do ich zastosowania w biologii i medycynie w związku z leczeniem niepłodności,
- sposoby leczenia niepłodności, w tym stosowania procedury medycznie wspomaganej prokreacji,
- zadania władz publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia rozrodczego,
- warunki dawstwa, pobierania, przetwarzania, testowania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych oraz zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji,
- zasady funkcjonowania ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji oraz banków komórek rozrodczych i zarodków.

Leczenie niepłodności, w tym w drodze medycznie wspomaganej prokreacji, jest prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w sposób i na warunkach określonych w ustawie, i finansowane na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

Niedopuszczalne jest ograniczanie możliwości rozrodu ze względu na nosicielstwo chorób warunkowanych genetycznie.

Leczenie niepłodności jest prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka.

Leczenie niepłodności obejmuje:

- poradnictwo medyczne,
- diagnozowanie przyczyn niepłodności,
- zachowawcze leczenie farmakologiczne,
- leczenie chirurgiczne,
- procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji,
- zabezpieczenie płodności na przyszłość.

Leczenie niepłodności w drodze procedury zapłodnienia pozaustrojowego może być podejmowane po wyczerpaniu innych metod leczenia, prowadzonych przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Procedurę zapłodnienia pozaustrojowego można podejmować bez wyczerpania innych metod leczenia i w terminie krótszym niż 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia niepłodności, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe uzyskanie ciąży w wyniku zastosowania tych metod.

Procedury medycznie wspomaganej prokreacji obejmują procedury medyczne, w których są wykorzystywane wcześniej pobrane komórki rozrodcze.

W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego **dopuszcza się zapłodnienie nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych**, chyba że ukończenie przez biorczynię 35. roku życia lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby.

Zabezpieczenie płodności na przyszłość obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności pło-

dzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia.

Dawstwo partnerskie polega na przekazaniu komórek rozrodczych przez dawcę – mężczyznę, w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji u biorczynie pozostającej z dawcą w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu, potwierdzonym zgodnym oświadczeniem dawcy i biorczynie. W dawstwie partnerskim stosowane są komórki rozrodcze biorczynie.

Dawstwo zarodka polega na przekazaniu zarodka w celu zastosowania go w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji u biorczynie, która nie jest dawcą żeńskich komórek rozrodczych i nie pozostaje w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu z dawcą męskich komórek rozrodczych, z których zarodek ten powstał.

Bank komórek rozrodczych i zarodków oznacza jednostkę organizacyjną prowadzącą, na podstawie pozwolenia ministra zdrowia, działalność w zakresie gromadzenia, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków.

Ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji to podmiot leczniczy wykonujący, na podstawie pozwolenia ministra zdrowia, działalność leczniczą w zakresie stosowania procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym pobierania komórek rozrodczych, przetwarzania, testowania, konserwowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków.

Status centrum leczenia niepłodności może uzyskać podmiot leczniczy prowadzący łącznie:

- bank komórek rozrodczych i zarodków,
- działalność z zakresu leczenia niepłodności wszystkimi metodami, o których mowa w ustawie, w tym ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji,
- działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod diagnozowania i leczenia niepłodności.

Zastosowanie komórek rozrodczych i zarodków w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji polega na:

- przeniesieniu męskich komórek rozrodczych do organizmu biorczynie,
- pozaustrojowym utworzeniu zarodków (zapłodnienie pozaustrojowe),
- testowaniu komórek rozrodczych i zarodków,
- przeniesieniu utworzonych zarodków do organizmu biorczynie.

Dawca komórek rozrodczych, które nie zostały zastosowane w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji, może w każdym czasie żądać ich zniszczenia lub przekazać je na cele badawcze.

Niedopuszczalne jest odpłatne zbycie, nabycie lub pośredniczenie w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki rozrodczej lub zarodka.

Zarodki powstałe w wyniku dawstwa partnerskiego mogą być przeniesione do organizmu biorczynie po śmierci dawcy komórek rozrodczych, z których utworzono zarodek.

W celu identyfikacji dawców i biorczyń komórek rozrodczych przekazanych w celu dawstwa innego niż partnerskie oraz dawców i biorczyń zarodków przekazanych w celu monitorowania procesu medycznie wspomaganej prokreacji tworzy się **rejestr dawców komórek rozrodczych i zarodków**.

Dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy.

Osoba urodzona w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w wyniku dawstwa innego niż part-

nerskie komórki rozrodcze lub dawstwa zarodka, ma prawo po osiągnięciu pełnoletniości zapoznać się z informacjami dotyczącymi roku i miejsca urodzenia dawcy oraz jego stanu zdrowia.

Przedstawiciel ustawowy dziecka urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomaganego prokreacji ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi stanu zdrowia dawcy, jeżeli informacje te mogą przyczynić się do uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia tego dziecka. Wskazania do zapoznania się z informacjami dotyczącymi dawcy określa lekarz prowadzący leczenie dziecka i odnotowuje je w dokumentacji medycznej.

Ośrodek medycznie wspomaganego prokreacji oraz bank komórek rozrodczych i zarodków są obowiązane przechowywać dokumentację dotyczącą wykonywanych czynności, w tym rodzajów i ilości komórek rozrodczych i zarodków pobranych, przetestowanych, zakonserwowanych, przetworzonych, przechowywanych i dystrybuowanych lub w inny sposób wykorzystanych, a także dotyczącą ich pochodzenia oraz miejsca docelowego, niezbędną do monitorowania komórek rozrodczych i zarodków na wszystkich etapach przez 90 lat od dnia jej utworzenia w celu zastosowania u ludzi w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorczyni komórek rozrodczych i zarodków.

Zarodki utworzone i przechowywane przed dniem wejścia w życie ustawy są przekazywane do dawstwa zarodka:

- po upływie 20 lat od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że wcześniej zostaną przekazane przez dawców zarodka do dawstwa zarodka,
- w przypadku śmierci obojga dawców zarodka albo jeżeli zarodek został utworzony w wyniku dawstwa innego niż partnerskie, śmierci biorczyni i jej męża lub osoby pozostającej z nią we wspólnym pożyciu.

Wywozu komórek rozrodczych lub zarodków z terytorium RP na terytorium państw innych niż państwa członkowskie Unii Europejskiej i przywozu komórek rozrodczych lub zarodków na terytorium RP z terytorium państw innych niż państwa członkowskie UE dokonuje bank komórek rozrodczych i zarodków, posiadający pozwolenie na wykonywanie tych czynności.

Szkolenia w zakresie pobierania, przetwarzania, przechowywania, testowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek rozrodczych i zarodków, a także bezpieczeństwo dawców i biorczyń, organizowane są przez jednostki akredytowane przez ministra zdrowia.

Za nieprzestrzeganie przepisów ustawy grożą surowe sankcje karne, w tym kara grzywny, kara ograniczenia wolności, kara pozbawienia wolności maksymalnie do 10 lat oraz administracyjne kary pieniężne do 100 tys. zł.

Podmioty wykonujące w dniu wejścia w życie ustawy czynności polegające na gromadzeniu, przetwarzaniu, przechowywaniu, dystrybucji komórek rozrodczych lub zarodków przeznaczonych do zastosowania u ludzi w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji, wywozie komórek rozrodczych lub zarodków z terytorium RP lub ich przywozie na terytorium RP oraz podmioty wykonujące czynności medycznie wspomaganego prokreacji polegające na pobieraniu komórek rozrodczych od dawców lub stosowaniu komórek rozrodczych i zarodków u ludzi w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji mogą wykonywać te czynności po tym dniu, do czasu uzyskania pozwolenia ministra zdrowia, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

7 listopada 2015 r. weszła w życie ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1697.

Do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej oraz do podmiotów leczniczych utworzonych przez ministra sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności nie stosuje się przepisów ustawy dotyczących obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia:

- odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych,
- na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

7 listopada 2015 r. weszła w życie ustawa z 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1692.

Bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium RP, przysługuje:

- inwalidom wojennym,
- osobom represjonowanym,
- małżonkom osób, o których mowa wyżej, pozostającymi na ich wyłącznym utrzymaniu,
- uprawnionym do renty rodzinnej wdowom albo wdowcom po:
 - a) poległych żołnierzach,
 - b) zmarłych inwalidach wojennych,
 - c) osobach represjonowanych,
- żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych w latach 1949–1959, którzy otrzymali jednorazowe odszkodowanie w związku z przymusowym zatrudnieniem w zakładach pozyskiwania i wzbogacania rud uranowych lub w stosunku do których orzeczone zostało inwalidztwo będące następstwem przymusowego zatrudnienia w tych miejscach,
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych.

Dokumentem potwierdzającym posiadanie uprawnień przez żołnierzy zastępczej służby wojskowej jest zaświadczenie wydawane na wniosek osoby uprawnionej przez szefa Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1718.

Rozporządzenie określa:

- sposób orzekania o stanie zdrowia kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz o stanie zdrowia biorczyni komórek rozrodczych i zarodków,
- wykaz badań lekarskich i laboratoryjnych, jakim powinni podlegać kandydat na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie, z uwzględnieniem również dawstwa do bezpośredniego użycia, oraz w celu zabezpieczenia płodności na przyszłość, oraz biorczyni komórek rozrodczych i zarodków,
- szczegółowe warunki pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji.

Orzeczenie o stanie zdrowia kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz orzeczenie o stanie zdrowia biorczyni wydaje lekarz kwalifikujący kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie albo biorczynię na podstawie:

- wywiadu medycznego,
- historii choroby lub historii zdrowia i choroby, jeżeli jest dostępna,
- badania przedmiotowego,
- wyników badań lekarskich i laboratoryjnych,
- innych niezbędnych badań lekarskich i laboratoryjnych, w zależności od danych pozyskanych w wywiadzie medycznym lub historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2015 r. w sprawie szkoleń w zakresie pobierania, przetwarzania, przechowywania, testowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1740.

Rozporządzenie określa:

- ramowe programy szkoleń w zakresie pobierania, przetwarzania, przechowywania, testowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek rozrodczych i zarodków oraz bezpieczeństwo dawców i biorczyń,
- sposób dokumentowania przebiegu szkoleń,
- wzór zaświadczenia o odbytych szkoleniach,
- szczegółowe wymagania wobec jednostek, w których odbywają się szkolenia.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 października 2015 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia banku komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1752.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 października 2015 r. w sprawie wywozu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu na to terytorium komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1748.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 października 2015 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1747.

1 listopada 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2015 r. w sprawie rejestru dawców komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1745.

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

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

REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-58, k.biezanska@oilwaw.org.pl

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

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

SEKRETARIAT REDAKCJI: Iwona Stawicka, tel. 22-850-18-10

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

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

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

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.



Słupy Heraklesa

Jacek Walczak

Herakles (przez Rzymian nazywany Herkulesem) według mitologii greckiej był synem Zeusa i królowej Alkmeny, kobiety śmiertelnej. Ojciec, chcąc zapewnić synowi nieśmiertelność, położył go w niebiańskim łóżu obok śpiącej bogini Hery. Dziecię, ssąc z jej piersi mleko, źródło wiecznego życia, miało stać się równe bogom. Hera szybko odtrąciła małego Heraklesa, ale zdążył wypić kilka kropli. Inne, rozlane rozproszyły się po nieboskłoniu i tak powstała Droga Mleczna. Półbóg Herakles stał się symbolem siły i wszystkiego, co nadludzkie. Nie było zadania, któremu by nie sprostał. Jedną z 12 prac, których wykonanie jako karę za zabójstwo nakazała mu wyrocznia delficka, polegała na uprowadzeniu stada wołów należących do potwora Geriona. Herakles odszukał go w Afryce i zabił, a następnie z wołami dotarł do Tartessosu, miejsca gdzie Europa najbardziej zbliżyła się do Afryki. Na pamiątkę ustawił po obu stronach cieśniny dwie potężne skały, odtąd zwane Słupami Heraklesa. Dzisiaj to Gibraltar i Ceuta.

Leżąca na półwyspie Cueta jest jedną z dwóch (obok Melilli) hiszpańskich enklaw w północnej Afryce, na terenie Maroka. Miasto ma burzliwą historię, interesowali się nim wszyscy, którzy dominowali w basenie Morza Śródziemnego. Stamtąd w 710 r. rozpoczęła się inwazja arabska na Europę, zakończona rekonkwistą dopiero w XIV w. O miasto walczyli później ze sobą Portugalczycy i Hiszpanie. Przez kolejne wieki przechodziło z rąk do rąk. Na dobre o przy-



www.jacekwalczak.com

należności Ceuty do Hiszpanii zdecydował dopiero traktat podpisany przez oba rywalizujące państwa w 1688 r. Po burzliwych czasach pozostały nieliczne ślady, najwięcej pozostawili Portugalczycy. Afrykańskim odpowiednikiem Skały Gibraltarskiej jest w Ceucie Monte Hacho (198 m n.p.m.) z ruinami twierdzy na szczycie, budowanej przez Bizantyjczyków, Marokańczyków, Portugalczyków i Hiszpanów. W znacznie lepszym stanie są mury miejskie ze słynną fosą San Felipe, odrestaurowane w XIX w. W nowoczesnym centrum przetrwał kościół Nuestra Señora de Africa, patronki Ceuty i Wiecznej Burmistrzyny Miasta. Natomiast od południowej strony barokowa katedra, zbudowana na ruinach meczetu.

Hiszpańscy mieszkańcy Ceuty uważają swoje miasto za część Andaluzji, chociaż liczna grupa muzułmanów nadaje mu bardziej egzotyczny charakter. Cztery kultury: chrześcijańska, muzułmańska, hebrajska i hindu, współżyją w znakomitej harmonii. Granica z Marokiem jest bardzo skrupulatnie pilnowana przez hiszpańskich strażników, znajduje się na niej solidne umocnienie z drutem kolczastym. Dla emigrantów z Afryki przedostanie się za nie oznacza pobyt w krajach Unii Europejskiej. Liczba nielegalnych uciekinierów stale rośnie, choć wciąż zwiększana jest liczba patroli straży granicznej zarówno na lądzie, jak i na morzu. Od strony Tangeru tysiące emigrantów z całej Afryki czeka na dogodną okazję, by tą drogą przedostać się do Europy. ■



Fotografie: J. Walczak

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

Romułd Krajewski; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Bogusława Różycka

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

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, 22-542-83-58

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka

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

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

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

Krystyna Kofacz; tel. 22-542-83-79

Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-54

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

Składki – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38

Miłosz Kłosowski, tel. 22-42-83-78,

Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska

tel. 22-542-83-39

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

Kancelaria prawna

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.: 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 Paluszkiwicz

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

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Małgorzata Olszewska, Marta Bodek

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

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Urszula Piórecka

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

Komisja ds. Lekarzy Dentystów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

przewodnicząca: Marta Starczewska

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

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

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

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja Legislacyjna

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

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

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

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

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

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

przewodniczący Adam Górski

prac. biura: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30, 22-542-83-08

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

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

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. 22-542-83-52,

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

KONFERENCJA WYTYCZNE w otorynolaryngologii audiologii i foniatrii

pod patronatem
KONSULTANTA KRAJOWEGO
w dziedzinie otorynolaryngologii

3-5 MARCA 2016 roku

Krynica Zdrój
Hotel Czarny Potok Resort & SPA

INSTYTUT FIZJOLOGII
I PATOLOGII SŁUCHU



www.otolaryngologia2016.pl



Dbamy o Twój spokój



**Karta Klienta PZU dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie, objętych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej.**

Cenimy Twój spokój, dlatego razem z Kartą Klienta PZU oferujemy
20% zniżki na ubezpieczenia domu, samochodu, turystyczne i inne.

O szczegóły zapytaj w punkcie obsługi lekarzy w OIL,
ul. Puławska 18, tel. 508 504 318 i 508 504 332.

