

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

puls

kwiecień 2016 nr 4

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd
[str. 27]

Do trzech razy
sztuka
– rozmowa
z p.o. prezesem
Narodowego
Funduszu
Zdrowia
Andrzejem Jacyną
[str. 4]

Pomóc
geriatrii
[str. 8, 10, 12]

Dane pacjenta
nie muszą
być ujawniane
podczas kontroli
skarbowej
u lekarza
[str. 20]

II Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne
[str. 1]





*Szczęśliwych Świąt Wielkanocnych w gronie rodziny,
jedności w Ojczyźnie i życzliwości w pracy
życzy redakcja „Pulsu”*

II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Organizator: Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie
17–18 czerwca 2016 r.

Hotel Warszawianka w Jachrance k. Warszawy



Zapraszamy do wspólnego pogłębiania wiedzy

na temat najnowszych trendów w stomatologii oraz do udziału w integracji naszego środowiska!

ZA UDZIAŁ W SZKOLENIU PRZYSŁUGUJE 18 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH.

PROGRAM:

Piątek, 17 czerwca 2016 r.

9.00–10.30 Rejestracja uczestników

Sala pierwsza

10.30–10.45 Otwarcie II MSS

10.45–12.45 Nowości w zakresie wybielania zębów, przegląd metod a obowiązujące przepisy prawne

– lek. dent. Łukasz Zadrozny

12.45–13.00 Przerwa kawowa

13.00–15.00 Aktualne wytyczne dotyczące zasad udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłych

– dr n. med. Marcin Aluchna,
dr n. med. Jacek Smereka

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Elementy ortodoncji w praktyce lekarza stomatologa. Możliwości, ograniczenia i powikłania leczenia ortodontycznego

– dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska

17.00–17.15 Przerwa kawowa

17.15–18.00 Prawdy i mity o leczeniu ortodontycznym. Resorpcje jako powikłanie, profilaktyka, monitoring

– dr n. med. Barbara Pietrzak-Bilińska

18.00–19.00 Resorpcje jako możliwe powikłanie po leczeniu ortodontycznym. Problem interdyscyplinarny. Monitoring, kiedy ingerować?

– dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk

Sala druga

11.30–12.00 Implantologia i implantoprotetyka – kierunki rozwoju, możliwości, ograniczenia

– lek. dent. Remigiusz Budziłło

12.00–13.00 Innowacyjne metody regeneracji szczęki i żuchwy z wykorzystaniem tkanek autogennych

– lek. dent. Maciej Michalak

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Chirurg vs. protetyk w implantologii. Oczekiwania i rzeczywistość

– dr n. med. Jacek Woszczyk

14.00–15.00 Odbudowy porcelanowe w strefie estetycznej

– lek. dent. Remigiusz Budziłło

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Specyfika opieki stomatologicznej w poszczególnych etapach chemioterapii przeciwnowotworowej

– dr n. med. Agnieszka Kapała

17.00–17.45 Postępowanie z pacjentami z chorobą sercowo-naczyniową i nadciśnieniem w stomatologii

– lek. dent. Adam Jakimiak

17.45–18.00 Przerwa kawowa

18.00–18.30 Profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia

– dr hab. n. med. Michał Ciurzyński

Sala trzecia

11.30–12.00 Jak dbać o własny kręgosłup

– mgr Michał Prawda

12.00–13.00 Ochrona danych osobowych w praktyce lekarskiej

– dr Wojciech Krówczyński

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Zastosowanie włókien stomatologicznych – przykłady z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

– dr n. med. Grzegorz Michalczewski

14.00–15.00 1000 dni dla zdrowia dziecka. Profilaktyka i promocja zdrowia kobiety ciężarnej. Promocja żywienia niemowląt i małych dzieci.

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

Sesja samorządowa

16.00–16.20 Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów – priorytety w najbliższej przyszłości, problemy i kierunki zmian

– lek. dent. Marta Klimkowska-Misiak

16.20–16.40 Realizacja zadań samorządu przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie

– lek. Andrzej Sawoni, prezes ORL

16.40–18.00 Otwarta sesja samorządowa – dyskusja

20.00 Uroczysta kolacja dla uczestników konferencji nocujących w hotelu

Sobota, 18 czerwca 2016 r.

Sala pierwsza

10.00–11.00 Zaburzenia rozwojowe szkliwa – wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne

– prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

11.00–11.30 Współczesne metody uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów dzieci

– lek. dent. Emil Korporowicz

11.30–11.45 Przerwa kawowa

11.45–12.15 Prawda i mity na temat udziału fluoru w procesie remineralizacji

– dr n. med. Anna Turska-Szybka

12.15–13.45 Leczenie kanałowe zębów z niezakończonym rozwojem

– lek. dent. Emil Korporowicz,
lek. dent. Piotr Sobiech

13.45–14.00 Przerwa kawowa

14.00–15.00 Czy witamina D może wpływać na leczenie stomatologiczne

– prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–17.00 Wpływ chorób przyzębia na stan zdrowia ogólnego

– dr n. med. Maciej Czerniuk

17.00–17.15 Przerwa kawowa

17.15–18.15 Zapobieganie zakażeniom w praktyce stomatologicznej a nowe zagrożenia epidemiologiczne

– dr hab. n. med. Marta Wróblewska

Sala druga

9.00–11.00 Zakręcona endodoncja, czyli jak sprawić, aby kanały stały się bardziej proste. Flaring, glide path, patency, zasada IRI – zagadnienia ułatwiające walkę z kanałami

– lek. dent. Sławomir Gabryć

11.00–12.00 Wybrane aspekty srebrnej stomatologii

– dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek

12.00–13.00 Digital Smile Design w planowaniu leczenia stomatologicznego

– dr n. med. Michał Fidecki

13.00–13.15 Przerwa kawowa

13.15–14.00 Możliwości vs. ograniczenia bezpośredniej odbudowy warstwowej. Czy ograniczenia w ogóle jeszcze istnieją? Nowoczesne podejście do uzupełnień bezpośrednich w odcinku przednim

– lek. dent. Tomasz Sosnowski

14.00–15.00 Szkło-jonometry w praktyce. Niedoceniony potencjał terapeutyczny

– dr n. med. Marcin Aluchna

15.00–16.00 Przerwa obiadowa

16.00–16.45 Równowaga ortopedyczna narządu żucia

– lek. dent. Magdalena Magdziak

16.45–17.45 Znaczenie zasad okluzji w leczeniu protetycznym

– dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka

17.45–18.00 Przerwa kawowa

18.00–19.00 Bruksizm w codziennej praktyce

– lek. dent. Piotr Jurkowski

Sala trzecia

Wykład dr. n. med. Zbigniewa Hamerlaka o chirurgii onkologicznej

Sala warsztatowa (piątek/sobota)

Warsztaty z: rehabilitacji kręgosłupa, implantologii, ochrony danych osobowych, kompetencji miękkich, elektronicznej dokumentacji medycznej i endodoncji

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracji na stronie OIL w Warszawie:

www.oilwaw.org.pl

Organizator zastrzega sobie możliwość wprowadzenia zmian w programie.



Nr 4/2016 (252)
kwiecień 2016

Na okładce:
rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	1
▶ powiem wprost	3
▶ wywiad	4
▶ Kto powinien uczyć przyszłych lekarzy specjalistów	6
▶ Pomóc geriatryi	8
▶ Geriatria a interna	10
▶ Być geriatrą	12
▶ Medycyna personalizowana zyskuje na znaczeniu	15
▶ Bezpłatny lot	16
▶ Ochrona dóbr osobistych lekarza	19
▶ etyka	20
▶ Ból funkcjonalny...	22
▶ OC w składce...	27
▶ u nas w samorządzie	28
▶ listy	30
▶ Doniesienia naukowe	31
▶ Składki członkowskie	32
▶ z Delegatury Radomskiej	
Ambitne plany szpitala w Pionkach	33
▶ z Mazowsza	34
▶ muzy i my	35
▶ propozycje kulturalne	35
▶ literatura i życie	40
▶ ciekawe miejsca	41
▶ wspomnienia	42
▶ nowe przepisy prawne	43
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	10
▷ Walewski	14
▷ Kowal	36
▷ Jankowska	37
▷ Ciepły	39
▷ Müldner-Nieckowski	39



Déjà vu

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Wpełni doceniam rolę lekarzy i jestem przekonana, że powinni być wysoko i bardzo wysoko nagradzani – powiedziała premier Beata Szydło w czasie swojego exposé.

W podobnym duchu wypowiadał się w czasie kampanii wyborczych i kolejnych wystąpieniach Donald Tusk. Niestety, koalicja PO – PSL nie wywiązała się z obietnic, czyli można by powiedzieć – obietnanki cacanki. Zwłaszcza druga kadencja rządów koalicji to nie tylko brak realizacji zapewnień dotyczących reformy ochrony zdrowia i podniesienia wynagrodzeń w tym sektorze, ale wręcz ustawienie pracowników służby zdrowia w roli przysłowiowych chłopców do bicia. Minister Arłukowicz (notabene teraz szef Sejmowej Komisji Zdrowia i recenzent działań resortu) swoją nieudolność próbował ukryć, obwiniając lekarzy i pielęgniarki za wszystko, co było złe w kierowanym przez niego przez prawie cztery lata systemie. Myślę, że z tego m.in. powodu Polacy podziękowali koalicji przy urnach wyborczych.

Czy premier Beata Szydło i rządząca partia, w przeciwieństwie do poprzedników, dotrzyma słowa i wprowadzi w życie wcześniejsze deklaracje? Przykład z programem 500+ napawa umiarkowanym optymizmem. Dlaczego o tym piszę? Otóż 14 marca 2016 r. przedstawiciele związków zawodowych reprezentujących wszystkie zawody medyczne wystali list do premier Beaty Szydło, w którym m.in. wyrażają poparcie dla propozycji ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, aby w drodze ustawy określić minimalną stawkę wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Przypominają, że dotychczasowe podwyżki wynagrodzeń wiązały się ze strajkami pracowników ochrony zdrowia, a teraz liczą na „pokojoywe” negocjacje w tej sprawie.

Należy podkreślić, że Konstanty Radziwiłł, jeszcze jako działacz samorządu lekarskiego, opowiadał się za ustawowym określeniem minimalnej pensji lekarza specjalisty na poziomie trzech średnich pensji krajowych. W liście skierowanym w marcu do premier Beaty Szydło związkowcy wyrazili poparcie dla propozycji ministra, aby ustalić drogą ustawową minimalne wartości wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodów medycznych w publicznej służbie zdrowia, o czym mówił w czasie grudniowego spotkania ze związkowcami. Mając sojuszników – związkowców szef resortu łatwiej, miejmy nadzieję, przekona koleżanki i kolegów z Rady Ministrów, z panią premier na czele!

Rząd ma do zrealizowania wiele atrakcyjnych, ale kosztownych obietnic wyborczych. Można postulaty płacowe środowisk medycznych zrealizować, ale potrzebna jest głęboka reforma systemu ochrony zdrowia. Czy jest na to jednak zgoda polityczna? I czy obecna ekipa z Miodowej zdoła doprowadzić do skończenia z marnotrawstwem milionów złotych w obecnie panującym chaosie (bo trudno to, co się w tej chwili dzieje, nazwać systemem), które można by przeznaczyć na podwyżki wynagrodzeń? Bożena Janicka, przewodnicząca jednej z organizacji reprezentujących lekarzy rodzinnych i członkini ministerialnego Zespołu ds. POZ, ma wątpliwości, czy jest jeden spójny pomysł, skoro powołuje się osobno zespoły mające rozwiązać problemy w różnych działach systemu ochrony zdrowia. A gdzie „ten spinacz”. *Déjà vu.* ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Kwietniowe konferencje



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

W kwietniu zachęcam do udziału w dwóch konferencjach współorganizowanych przez naszą Izbę.

16 kwietnia na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego, pod patronatem ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła i Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ks. prof. dr. hab. Stanisława Dziekońskiego, odbędzie się V Konferencja Służby Zdrowia „Ból i Cierpienie. Ognisko światła i ciemności. Medycyna – teologia – kultura”. Porusza ona tematy bliskie lekarzom i pacjentom, skłania do refleksji nad problematyką bólu i cierpienia. W różnym stopniu, w wymiarze nie tylko fizycznym, ale i duchowym, są one udziałem każdego człowieka. Uczestnicy konferencji, prelegenci, podzielą się wiedzą i zawodowym doświadczeniem dotyczącym pracy z osobami chorymi, cierpiącymi, ukazując wiele aspektów postrzegania bólu i cierpienia, a także sposobów radzenia sobie z tym trudnym zagadnieniem. Ks. dr. Dariuszowi Paterowi dziękuję za ogromny wysiłek związany z organizacją konferencji.

Trochę wcześniej, 8 kwietnia, zajmiemy się odmienną problematyką. Kontynuując doświadczenia z roku ubiegłego, bierzemy udział w konferencji w Prokuraturze Krajowej, którą współorganizują Komisja ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Stowarzyszenie Prokuratorów RP oraz Warszawski Oddział Stowarzyszenia Sędziów „Iustitia”. Jej tematem jest „Pozycja dowodu z opinii biegłego w postępowaniu sądowym”. Będziemy dyskutowali o roli biegłych sądowych i problemach związanych z ich pracą. Obecnie strony postępowania zbyt długo oczekują na opinie lekarzy biegłych, gdyż jest ich zbyt mało w stosunku do liczby spraw do zbadania. Ponadto warunki finansowe proponowane biegłym są nieadekwatne do zakresu pracy i odpowiedzialności, jaka spoczywa na sporządzającym opinię. Szybkie rozwiązanie tego problemu leży w interesie zarówno pacjentów, jak i medyków.

W Polsce brakuje nie tylko lekarzy biegłych sądowych, ale lekarzy w ogóle. Mamy jednak nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia podejmie skuteczne działania, które w perspektywie zapewnią przyrost kadr lekarskich. Na razie cieszymy się i doceniamy, że minister Radziwiłł przywrócił staż podyplomowy. Ten istotny postulat samorządu lekarskiego, ważny dla osiągnięcia jak najwyższego poziomu wykształcenia przez medyków, a tym samym dla bezpieczeństwa pacjentów, został pomyślnie zrealizowany.

Przypominam też jeszcze jeden izbowy, już wcześniej zapowiadany termin – 9 kwietnia obraduje XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Na Wielkanoc życzę Państwu radosnego świątecznego czasu spędzonego z rodziną i bliskimi oraz pogodnych chwil odpoczynku. Dużo zdrowia i pomyślności. **Wesołych świąt. ■**

UWAGA! Koleżanki i Koledzy, Delegaci na Okręgowy Zjazd!
XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie odbędzie się
9 kwietnia 2016 r.

Projekty uchwał, apeli oraz stanowisk zjazdu,
wraz z podaniem celu i uzasadnieniem,
zgodnie z regulaminem obrad można zgłaszać
do 31 marca 2016 r. pod adresem: sekretarz@oilwaw.org.pl



Kto powinien uczyć
przyszłych lekarzy
specjalistów?
str. 6



Geriatrya a interna
str. 10



Bezpłatny lot
str. 16



Fot. egw

Do trzech razy sztuka

Z p.o. prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia **Andrzejem Jacyną** rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie doktorze, panie prezesie – do trzech razy sztuka?

Rzeczywiście, po raz trzeci wchodzę do systemu ochrony zdrowia jako osoba w pewnym stopniu odpowiedzialna za ten system. Zaczynałem w 1996 r., jako lekarz związkowiec, członek zespołu parlamentarno-związkowego. Wtedy posłowie z Akcji Wyborczej Solidarność wspólnie ze związkowcami próbowali nakreślić założenia projektu ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. W 1997 brałem udział w realizacji tego pomysłu. W 1998 r. powstawały kasy chorych, byłem założycielem Branżowej Kasy Chorych. To był pierwszy raz. Po raz kolejny wszedłem do systemu w 2005 r., jako dyrektor Mazo-

wieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. A teraz jestem tu po raz trzeci i mam nadzieję, że tym razem przyczynię się do znaczących zmian systemu.

Jak z perspektywy 20 lat ocenia pan funkcjonujący system?

System kas chorych to były ubezpieczenia w pełnym tego słowa znaczeniu, niezależne instytucje zrzeszające ubezpieczonych. Istniało 17 systemów – 16 wojewódzkich i jedna struktura branżowa. Dyrektor tych instytucji był wyrazicielem woli ubezpieczonych, a ubezpieczeni z kolei mieli na dyrektora wpływ za pośrednictwem rady.

Dzisiaj struktury są podobne, ale ich umocowanie jest zupełnie inne. Z systemu ubezpieczeniowego praktycznie został tylko sposób pobierania składki. Mamy do czynienia z systemem parabudżetowym i organami w pełni zależnymi od państwa. System kas chorych i funkcjonujący obecnie to zatem dwa różne systemy.

Po ostatnich zmianach ustawowych prezes NFZ jest chyba tak naprawdę jednym z urzędników ministra zdrowia.

Rzeczywiście prezes NFZ ma ograniczone kompetencje. Wiele zadań funduszu przejęło ministerstwo lub instytucje podległe MZ. Typowym przykładem jest AOTMiT – agencja, która przejęła działania związane z wyceną świadczeń, czyli to, co dzisiaj nazywamy taryfikacją. Wzrosła natomiast nieco rola dyrektorów oddziałów funduszu, ponieważ są powoływani przez ministra, czyli stali się częściowo niezależni od prezesa NFZ i mają dość dużą swobodę działania na poziomie oddziału.

Czym więc teraz zajmuje się centrala NFZ?

Przede wszystkim bierze udział w pracach zespołów w Ministerstwie Zdrowia, które zajmują się takimi zagadnieniami jak: koszyk świadczeń gwarantowanych, wycena świadczeń, zmiana sposobu ich finansowania. Prace są na różnym etapie zaawansowania. Za wcześniej, aby mówić o końcowych efektach, jeżeli jednak pracujemy nad tymi tematami, to oznacza, że kierownictwo MZ dostrzega wady dotychczasowych rozwiązań. Oczywiście współpracujemy z ministerstwem i z AOTMiT, nie mamy roli wiodącej, bo dzisiaj pełni ją minister zdrowia. NFZ ogranicza się do wspierania prac ministerstwa oraz delegowania do zespołów kompetentnych pracowników.

Co jeszcze robi fundusz wiosną 2016 r., organizuje konkursy?

Jeśli chodzi o kontraktowanie świadczeń, ogłaszane są wyłącznie konkursy uzupełniające. Będzie ich niewiele, bo – po pierwsze – nie mamy zbyt wiele wolnych środków finansowych. Po drugie, nadal pracujemy nad nowymi rozporządzeniami dotyczącymi koszyka świadczeń gwarantowanych i grup JGP, gdyż przez osiem lat, od chwili wprowadzenia, nie były zmieniane. Jest wysoce prawdopodobne, że skorzystamy z nowelizacji ustawy, która umożliwiła nam przedłużenie kontraktów do połowy 2017 r.

Zmiany w POZ?

Są na etapie prac zespołów w MZ. Jeszcze za wcześniej, żeby o tym mówić.

Polska się starzeje, to może pomówimy o geriatrici?

Dzisiaj nie ma pomysłu na geriatryczną opiekę koordynowaną. Z prozaicznego powodu – brakuje specjalistów! Obecnie pracuje w Polsce około 350 geriatrów. Szpitali jest około 1 tys., nie ma więc możliwości zapewnienia w każ-

dym konsultacji geriatry. Docelowo w każdym szpitalu na poziomie powiatu na oddziale internistycznym powinny znaleźć się łóżka geriatryczne i konsultant, który będzie pomagał lekarzom różnych specjalności, nie tylko internistom, ale również chirurgom, ortopedom, kardiologom. Problemy leczenia seniorów powinny być też uwzględniane w programach wszystkich specjalizacji.

Fundusz stał się faktycznie departamentem MZ, ale w dalszym ciągu jest jedną z najbogatszych instytucji w Polsce. Czy ma jeszcze rzeczywisty wpływ na rozdział pieniędzy?

Można tak powiedzieć. Podkreślę jednak, że tylko się wydaje, iż tych pieniędzy jest bardzo dużo. Gdy weźmiemy pod uwagę skalę wzrostu budżetu: 3–4 proc. rocznie, i takie elementy jak zwiększanie się liczby świadczeń, wchodzenie nowych technologii, starzenie się społeczeństwa, dostrzeżemy, że związane z tym koszty znacząco przekraczają te 3–4 proc. Cały czas liczba świadczeń jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Pewną nadzieję na wyrównanie dostępu daje tworzenie map potrzeb zdrowotnych na poziomie województw.

Kto tworzy te mapy?

Obecnie głównie Ministerstwo Zdrowia, natomiast docelowo będą to robiły urzędy wojewodów, a MZ będzie zatwierdzać ich pracę. Do czego te mapy mają służyć? Powinny pomagać w kontraktowaniu świadczeń, planowaniu konkursów w przyszłości, ocenie zasadności nowych inwestycji. Wojewoda ma duże kompetencje w tej ostatniej sprawie, więc to on będzie decydował, czy dana inwestycja może liczyć na finansowanie ze środków publicznych. Przez wiele lat ta sprawa była nierozwiązana.

Jeden z największych problemów stanowi brak dostępności lekarza POZ dla pacjentów. Szpitale przejęły zadania lekarza POZ i przychodni specjalistycznych.

Przede wszystkim przejęły diagnostykę, która dzisiaj na poziomie POZ czy AOS jest dość ograniczona. Zmiany powinny pójść w kierunku sfinansowania diagnostyki na poziomie bliższym pacjenta. Chyba za mało uprawnień przyznaliśmy lekarzom POZ, źle rozliczamy świadczenia kosztochłonne, takie jak tomografia i rezonans magnetyczny. Dostępność powinna być większa, ale oczywiście ograniczona wskazaniami. Ludzie idą do szpitala, bo wiedzą, że tu dostaną szybko kompleksowe świadczenia. To jest zhora izb przyjęć, a szczególnie SOR, gdzie trafiają setki takich pacjentów. Dezorganizują pracę SOR, bo przecież nikogo nie można odesłać bez zdiagnozowania. To rodzi ogromne koszty, frustrację zarówno personelu medycznego, jak i czekających godzinami w kolejkach, w przepelnionej izbie przyjęć, pacjentów.

Biorąc pod uwagę zapowiedzi wyborcze Prawa i Sprawiedliwości, ministra Konstantego Radziwiłła oraz moment pana powrotu do NFZ, czy będzie pan jego likwidatorem?

Likwidacja funduszu jest hasłem, którego realizacja na pewno zostanie rozłożona w czasie, chociażby z przyczyn organizacyjnych, i będzie następstwem zmiany filozofii finansowania świadczeń medycznych – to *clou* reformy. Założeniem jest przejście do budżetowego sposobu finansowania.

Tak naprawdę nie ma większego znaczenia, kto będzie płacił za świadczenia i jak będzie zorganizowana instytucja

Do trzech razy sztuka

▶ pełniąc funkcję płatnika. Ważne, żeby płatnik był oddzielony od organizatora świadczeń. I dzisiaj ma to miejsce, ponieważ organów założycielskich istnieje wiele, od ministrów poczynając, przez samorządy terytorialne trzech szczebli. Natomiast, jaką nazwę będzie w przyszłości nosiła ta instytucja, to sprawa wtórna. To nadal będzie instytucja państwowa.

Organizacja to jedno, a pieniądze i ich rozdział to drugie. Truizmem jest powtarzanie, że w systemie ich brakuje.

Rzeczywiście pieniędzy jest za mało, szczególnie ze względu na rosnące potrzeby, zwiększające się możliwości medycyny i rozwój nowych technologii. Jednak obecny sposób finansowania generuje wiele patologii, a jednym ze sposobów likwidacji tych patologii jest zmiana instytucji. Na przykład w szpitalnictwie preferuje się płaconie za usługę „*fee for servis*”. To rozwiązanie kosztowne, napędzające liczbę hospitalizacji i wywołujące patologiczne zjawiska, m.in. wielokrotne hospitalizacje tego samego pacjenta w celu wykonania konkretnej procedury rozłożonej na etapy. Sprzyja temu dzisiejsza wycena procedur i związany z nią „interes” świadczeniodawcy, który w istniejących warunkach zachowuje się racjonalnie, czyli próbuje zarobić jak najwięcej.

Jestem zwolennikiem mieszanego systemu – opartego zarówno na składce ubezpieczeniowej, jak i na środkach z budżetu państwa. Składka nie powinna już rosnać, bo jej podniesienie pogorszyłoby parametry kosztów pracy w Polsce, co nie byłoby korzystne dla gospodarki. Natomiast mogą sobie wyobrazić, że zwiększa się budżet ministra zdrowia i resort przejmuje ponownie te zadania, które kiedyś należały do jego kompetencji, potem zostały przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, w dodatku bez środków na ich realizację. I tak już powoli zaczyna się dziać, np. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało przejście finansowania leczenia chorób rzadkich i szczepień profilaktycznych. Myślę, że następne w kolejce powinny być wysokospecjalistyczne procedury, m.in. transplantologia.

Czy myśli pan o chwili, w której będzie pan „wyprowadzał sztandar” NFZ?

Jestem zwolennikiem rozwiązania, w którym minister zdrowia odzyskuje pełną kontrolę nad systemem razem z pełną odpowiedzialnością za podejmowane decyzje. Większą rolę w takim rozwiązaniu widzę również dla wojewodów. Jaką decyzję podejmą politycy, tego nie wiemy. Według mnie NFZ jest strukturą, której już się nie da naprawić. Najprostszym wyjściem jest jego likwidacja. ■

Andrzej Jacyna jest lekarzem, absolwentem Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku z 1977 r., specjalistą II st. w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii. Ukończył studia podyplomowe w Wyższej Szkole Ubezpieczeń i Bankowości w Warszawie. Był m.in. dyrektorem Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, dyrektorem Szpitala Grochowskiego w Warszawie, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zastępcą dyrektora ds. leczenia SP Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie. 1 lutego 2016 r. został wybrany na stanowisko zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. medycznych. Od 14 marca 2016 r. – p.o. dyrektor NFZ.

Kto powinien uczyć przyszłych lekarzy specjalistów?

Na pytanie „Pulsu” odpowiada prof. dr hab. n. med.

Walerian Staszewicz,
kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, były dyrektor CMKP.

Słabe wyniki egzaminów specjalizacyjnych, odpływ lekarzy specjalistów z Polski i wydłużanie się kolejek pacjentów do takich lekarzy – to coraz bardziej palący problem. Remedium na ten stan zdaniem wielu lekarzy parlamentarzystów, publikujących swoje przemyślenia (bo trudno to nazwać doświadczeniem i opartą na konkretnych faktach analizą), i organizatorów ochrony zdrowia powinno być zwiększenie liczby studentów medycyny i otwieranie nowych uczelni. Obok tego czytamy apele o tworzenie miejsc akredytacyjnych służących kształceniu lekarzy specjalistów. W tej trudnej i złożonej sytuacji brak odpowiedzi na podstawowe pytanie: kto powinien prowadzić szkolenie zarówno studentów, jak i przyszłych specjalistów? W systemie szkolnictwa, z wyjątkiem wyższych uczelni, do prowadzenia zajęć wymagane jest przygotowanie pedagogiczne. Nauczyciel powinien nie tylko mieć wiedzę, ale potrafić tę wiedzę przekazać. W konkursach na stanowiska pracowników naukowo-dydaktycznych nie sprawdza się umiejętności dydaktycznych. A przecież z własnego doświadczenia wiemy, że istnieją całe rzesze znakomitych lekarzy i naukowców, którzy nie potrafią przystępnie przekazywać wiedzy. Dotyczy to szczególnie nauczycieli, a medycyna nie jest tu wyjątkiem.



Fot. archiwum

Prof. Jan Nielubowicz, który był wybitnym lekarzem naukowcem, ale i znakomitym nauczycielem, mawiał, że 30 proc. lekarzy ma wrodzone zdolności dydaktyczne, 30 proc. można tego nauczyć, a 40 proc. nie nadaje się do prowadzenia kształcenia. A przecież jest program europejski „Teaching of teachers” dotyczący nauczycieli akademickich, z którego nie korzystamy. Przygotowane przez CMKP kursy z prowadzenia zajęć dydaktycznych dla lekarzy będących kierownikami specjalizacji lekarskich lub pracownikami naukowo-dydaktycznymi nie spotkały się z zainteresowaniem.

Dla wielu kierowników specjalizacji szkolący się lekarze to zło konieczne. W efekcie uczący się muszą sami podpatrywać kierownika specjalizacji i prosić dyrektora szpitala o łaskawą zgodę na wyjazd na obowiązkowe szkolenia. Bo dyżury, bo przychodnia, bo kto będzie pracował? Kierownicy specjalizacji mieli otrzymywać wynagrodzenie po zakończeniu z wynikiem pozytywnym kształcenia specjalisty. Projekt ten nie jest realizowany. Kiedyś był dobry obyczaj, że na część ustną egzaminu specjalizacyjnego zdający zgłaszał się z opieku-

nem – kierownikiem specjalizacji, teraz coraz częściej przychodzi sam. Kierownik specjalizacji nie jest tym zainteresowany. A lekarze, którzy uzyskali specjalizację, zgłaszają się do dyrektora szpitala, w którym pracują, i słyszą: musi kolega poszukać sobie pracy, bo dla mnie jest pan za drogi. Zatrudnię rezydentów, za których płaci minister zdrowia, bo dla szpitala jest to tańsze rozwiązanie.

Można tworzyć nowe wydziały i uczelnie kształcące lekarzy, zwiększać liczbę miejsc odbywania specjalizacji, ale kto będzie nauczał?

Kolejna kwestia: specjalizacje lekarskie. Brałem udział, jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i przedstawiciel ministra zdrowia, w negocjacjach podczas procesu akcesyjnego do Unii Europejskiej. Miało być 35 (!) specjalizacji le-

karskich. O ich liczbie decydować miała Krajowa Rada Specjalizacji Lekarskich. Ponieważ gremium to negatywnie opiniowało wiele pomysłów lobby lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia, zostało decyzją kolejnego ministra rozwiązane i mamy sytuację, jaką mamy. Można tworzyć nowe wydziały i uczelnie kształcące lekarzy, zwiększać liczbę miejsc odbywania specjalizacji, ale kto będzie nauczał? Jaki będzie poziom tej nauki i wiedzy lekarskiej? Będziemy mieli wielu specjalistów, ale gdzie znajdziemy doktora? ■



Fot. archiwum

Małgorzata Solecka

Pomóc geriatrii

Otwarcie 36-lóżkowego Oddziału Geriatrycznego w Szpitalu Wolskim w październiku 2015 r. odbyło się z nadzwyczajną pompą. Nic dziwnego. Nie tylko w stolicy, ale na całym Mazowszu był to pierwszy i pełnowymiarowy oddział geriatryczny.

Dziesięć sal trzyosobowych, jedna jednoosobowa oraz jedna pięcioosobowa sala wzmożonego nadzoru z systemem monitoringu medycznego, oprócz tego pokoje zabiegowe i lekarskie, sale do terapii zajęciowej i fizykoterapii, gabinet psychologa. – *Są wszystkie miejsca niezbędne do kompleksowego leczenia osób starszych* – zapewniał podczas uroczystości dyrektor szpitala Robert Mazur. Koszt inwestycji – 4,5 mln zł, niemal całość sfinansowano z budżetu miasta.

Z raportu konsultanta wojewódzkiego ds. geriatrii, dr n. med. Elżbiety Kozak-Szkopek, wynika, że rozwój bazy do leczenia geriatrycznego następuje, ale bardzo powoli, biorąc pod uwagę potrzeby medyczne seniorów. Osoby powyżej 65. roku życia, które mogą potrzebować pomocy geriatrycznej, stanowią 16 proc. mieszkańców regionu, rośnie też liczba osób w wieku podeszłym (80+), ostatnie dane mówią o ponad 245 tys.

Gdzie i u kogo mogą się leczyć?

Oprócz oddziału w Szpitalu Wolskim według najnowszego raportu, zamieszczonego na stronach wojewody mazowieckiego, w regionie funkcjonowało:

- ✦ dziesięć poradni geriatrycznych (osiem w Warszawie, po jednej w Siedlcach i Żyrardowie),
- ✦ dwa dziesięciołóżkowe pododdziały geriatryczne (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus),
- ✦ cztery stacjonarne oddziały psychogeriatryczne,
- ✦ trzy dzienne oddziały psychogeriatryczne.

Na terenie Warszawy opiekę długoterminową nad seniorami zapewniało siedem zakładów opiekuńczo-leczniczych. Poza Warszawą tych placówek jest już 50.

W stosunku do roku 2013 przybyło jednostek świadczących długoterminową domową opiekę pielęgniarczą (227 wobec 172), ale dr Elżbieta Kozak-Szkopek w raporcie podkreśla, że *de facto* dostępność tej formy opieki utrzymuje się na niskim poziomie (rośnie liczba jednostek świadczących opiekę, ale rośnie też liczba seniorów, którzy jej potrzebują).

Konsultant ds. geriatrii twierdzi, że niepokojąca jest zarówno mała liczba geriatrów (32 lekarzy z tą specjalizacją na całe województwo), jak i fakt, że nie ma dla nich miejsc pracy. Fundamentalnym problemem jest niedobór pielęgniarek, opiekunów medycznych, opiekunów osób starszych, profesjonalnie przygotowanych, którzy sprawowałyby bezpośrednią opiekę nad osobami starszymi w miejscu ich zamieszkania oraz w zakładach opieki długoterminowej i na oddziałach szpitalnych.



Jednym z powodów szwankowania rozwoju geriatrii (nie tylko na Mazowszu) jest wycena świadczeń. Przykład? NFZ wycenia świadczenie „Całościowa Ocena Geriatryczna”, w ramach którego lekarz ocenia stan funkcjonalny, fizyczny, psychiczny, umysłowy pacjenta w wieku 65 lat i więcej z wielochorobowością (świadczenie z badaniami laboratoryjnymi) na trzy punkty. Według dr Elżbiety Kozak-Szkopek powinno to być minimum dziesięć punktów. W efekcie już niemal rok temu Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę, że na istniejących oddziałach geriatrycznych całościową ocenę geriatryczną przeprowadza się jedynie u niewielkiej liczby pacjentów (mniej niż 15 proc.). W przypadku pozostałych chorych lekarze wykorzystują tylko elementy COG.

Dr Kozak-Szkopek zwraca też uwagę, że ze względu na wielochorobowość pacjentów w wieku 65 lat i więcej, konieczność leczenia wszystkich chorób, a nie tylko tej, z powodu której pacjent został przyjęty, poszerzonej diagnostyki, a także łączenia hospitalizacji z działaniami rehabilitacyjnymi, *„wartość punktowa poszczególnych produktów określonych dla zakresu świadczeń szpitalnych w zakresie geriatrii z zasady powinna być wartościowana podwójnie, tj. z zastosowaniem podwojenia wag”*.

COG jest stosowana zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w AOS. Powinna, zdaniem specjalistów, zostać ujęta w Katalogu Ambulatoryjnych Badań Świadczeń Diagnostycznych Kosztochłonnych. Dr Kozak-Szkopek twierdzi, że COG musi stać się elementem geriatrycznej profilaktyki. *„Konieczne jest wdrożenie okresowych przesiewowych badań*



Fot. licencja Artmedia Partners

Szkolenia specjalistów

Więcej miejsc niż chętnych do specjalizacji – to kolejny problem w geriatric. Dla lekarzy z województwa mazowieckiego w sesji jesiennej 2013 uruchomiono 17 miejsc specjalizacyjnych. Do sesji przystąpiło 11 lekarzy, wszyscy zostali zakwalifikowani do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenturkim. Pozostało sześć wolnych miejsc szkoleniowych.

W 2014 r. Ministerstwo Zdrowia przydzieliło sześć rezydentur dla lekarzy bez specjalizacji. Do postępowania kwalifikacyjnego zgłosiło się pięciu lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Pozostało jedno miejsce.

Lekarze niechętnie wybierają specjalizację z geriatric z powodu braku miejsc pracy. To zamknięte koło: bez stanowisk pracy lekarze nie decydują się na specjalizację, brak specjalistów hamuje tworzenie oddziałów lub pododdziałów szpitalnych, blokuje też możliwość otwierania poradni. Dr Elżbieta Kozak-Szkopek rekomenduje, by z uwagi na fakt, że na większości oddziałów szpitalnych ponad 50 proc. pacjentów stanowią osoby w wieku podeszłym, w każdym szpitalu stworzono stanowisko lekarza konsultanta ds. geriatric. – *Istotne jest także zwiększenie liczby geriatricznych poradni konsultacyjnych, ale wiąże się to z koniecznością zmodyfikowania kontraktowania takich usług – przypomina.*

Zdrowia, czyli klinika geriatriczna zaczęła funkcjonować – informował posłów wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas. Dlaczego tak późno? – Problemy ze zdobyciem kadry. Jest stosunkowo mała liczba samodzielnych pracowników nauki, którzy mogliby spełnić kryteria zarządzania tak istotną kliniką – przekonywał wiceminister Pinkas, zapowiadając doposażenie i remonty placówki.

Przygotowując tekst, zwróciłam się do Instytutu Geriatric i Reumatologii z prośbą o odpowiedź, kto kieruje Kliniką Geriatric, o której mówił podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej wiceminister Jarosław Pinkas, ilu geriatriców jest w niej zatrudnionych, ile liczy łóżek. Odpowiedzi udzielił Kacper Krzysztofik z firmy PR: *„W klinice geriatric znajduje się 25 łóżek. Na chwilę obecną pracuje trzech geriatriców, kardiolog, lekarz chorób wewnętrznych i 13 lekarzy innych specjalizacji. Te proporcje mogą się w przyszłości zmieniać – klinika dopiero rozpoczyna swoją działalność”.*

W Polsce w tej chwili jest około 350 geriatriców. Za mało, ale Jarosław Pinkas przypomina, że główny ciężar opieki nad pacjentami seniorami, również tymi w podeszłym wieku, spoczywa i będzie spoczywał na podstawowej opiece zdrowotnej. – *Rolą geriatriców przede wszystkim powinno być dzielenie się swoją wiedzą, prowadzenie ośrodków dydaktycznych oraz konsultacja z innymi lekarzami – mówił podczas posiedzenia komisji. – Mamy zapewnić dostęp do geriatric, która wygląda w taki sposób, że mamy na oddziałach ludzi z odpowiednim wykształceniem i umiejętnościami geriatricznymi.*

Jako najważniejsze wyzwania w obszarze opieki nad osobami starszymi, z którymi musi się zmierzyć system ochrony zdrowia w najbliższych latach, Pinkas wymienił: koordynację leczenia seniorów, problem polipragmazji osób starszych, potrzebę zwiększenia liczby specjalistów z zakresu geriatric oraz wzrost kompetencji lekarzy rodzinnych (POZ), zajmujących się osobami starszymi. ■

z uwzględnieniem całościowej oceny geriatricznej. Pozwoliłoby to na wczesne rozpoznanie i prawidłowe postępowanie w takich problemach jak demencja, depresja, upadki, niesprawność funkcjonalna. Wobec wielochorobowości zastosowanie zasad całościowej oceny geriatricznej ograniczałoby również ryzyko politerapii i polipragmazji” – podkreśla w raporcie.

Osobnym problemem – ponadregionalnym – jest Narodowy Instytut Geriatric, Reumatologii i Rehabilitacji. W lutym nad jego przyszłością debatowali posłowie Komisji Polityki Senioralnej. – *W tej chwili podjęto już istotne działania, żeby instytut stał się ośrodkiem referencyjnym, z którego będzie wpływała wiedza dla lekarzy rodzinnych, lekarzy innych specjalności, a także miejscem kształcenia specjalistów w zakresie geriatric. Powstała już pierwsza, niestety jeszcze mała, klinika. Z tego, co wiem, w tym miesiącu pierwszy rachunek za świadczenia zdrowotne udzielone w tej placówce będzie wystawiony Narodowemu Funduszowi*

Struktura wiekowa lekarzy geriatriców (OIL w Warszawie)

Dane z 4.03.2016 r.

Lekarze wg kategorii wiekowych	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1. W wieku poniżej 35 lat	0	0	0
2. W wieku od 36 do 45 lat	0	4	4
3. W wieku od 46 do 55 lat	3	6	9
4. W wieku od 56 do 65 lat	4	6	10
5. W wieku powyżej 66 lat	3	4	7
Razem:	10	20	30



Marek Balicki

Rozpoczął już swoje prace ministerialny zespół do spraw opracowania zmian systemowych w ochronie zdrowia. W połowie kwietnia powinniśmy poznać końcowy raport z propozycjami. Będą się skupiać głównie na organizacji

i finansowaniu opieki zdrowotnej. Jedną z kluczowych kwestii do rozstrzygnięcia to bez wątpienia zapowiedziany przez premier Beatę Szydło powrót do finansowania z budżetu państwa. Sprawa nie jest jednak taka oczywista i rodzi wiele pytań. Czy, kiedy i w jaki sposób to zrobić? Czy należy odejść całkowicie od składki zdrowotnej, czy też stopniowo rozszerzać obszary finansowane z budżetu?

W tym kontekście minister Radziwiłł kilkakrotnie wskazał na psychiatrię, której specyfika chyba najbardziej odpowiada budżetowej filozofii. Ponadto kwota rzędu 2,5–3 mld zł rocznie mogłaby być jeszcze do udźwignięcia przez budżet. Ubiegłoroczne koszty psychiatrii (bez leków) to niecałe 2,4 mld zł. Warto przy okazji wspomnieć, że z budżetu państwa jest już finansowane ratownictwo medyczne, a roczna dotacja wynosi około 1,8 mld zł.

Kolejne pytanie brzmi: czy ewentualne odejście od składki zdrowotnej nie powinno być połączone z generalną reformą obejmującą składki i podatki? Rodzą się również poważne wątpliwości. Szybka i radykalna zmiana źródła finansowania opieki zdrowotnej może spowodować duże perturbacje i napięcia w systemie (pamiętamy jeszcze początki kas chorych), a w dalszej perspektywie przyczynić się do zahamowania wzrostu wydatków na leczenie. Trzeba przecież wziąć pod uwagę przewidywane w najbliższych latach napięcia budżetowe związane m.in. z programem „Rodzina 500+”, koniecznym podwyższeniem kwoty wolnej od podatku (wyrok Trybunału Konstytucyjnego) oraz zapowiadany obniżeniem wieku emerytalnego. W tych warunkach trudno będzie zagwarantować jakiś stały wskaźnik wzrostu wydatków państwa na zdrowie. Będziemy raczej skazani na coroczne przepychanki przy okazji uchwalania ustawy budżetowej, a warto pamiętać, że pozycja polityczna ochrony zdrowia nie była dotychczas zbyt mocna.

Zatem wydaje się, że na razie utrzymanie składki zdrowotnej będzie dla systemu korzystniejsze. Wzrost wydatków, a od tego przede wszystkim zależą wpływy do NFZ, powinien w najbliższych latach znacznie przyspieszyć. Wiele na to wskazuje. Ostatnie zmiany w oskładkowaniu zleceń też przyniosą dodatkowe środki. Autorem reformy sprzed kilkunastu lat chodziło właśnie o to, aby kształtowanie środków na zdrowie oddzielić od sytuacji budżetu. I to założenie w dużym stopniu się sprawdziło. Czy warto więc od niego odchodzić? Tym bardziej że dzisiaj zasadniczym problemem nie jest źródło zasilania systemu, ale chociażby sposób finansowania świadczeń, zasady korzystania z usług, koordynacja opieki i brak instrumentów planowania zasobów. Problemów mamy więc dosyć, a przejście na budżetowy garnuszek z pewnością wywoła nowe. Trawestując słynne zdanie Johanna Clauberga, uznajmy, że „nie należy mnożyć kłopotów ponad potrzebę”. Najpierw trzeba rozwiązać te, które mamy. ■

Geriatrya a interna

Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela,
krajowy konsultant w dziedzinie chorób
wewnętrznych:

Liczba ludzi w wieku podeszłym rośnie, z wielu powodów, także w wyniku postępu w medycynie. Dlatego geriatrya musi szybko się rozwijać. W Polsce na razie rozwija się wolno. Mamy kilkuset geriatrów, ale część nie pracuje w tej dziedzinie. Powstają również oddziały geriatryczne, które przyjmują pacjentów planowo, a niekiedy, podczas dyżurów, także w ostrych stanach.

● Jeżeli do szpitala przywożony jest chory np. z zapaleniem płuc, a w placówce istnieje oddział geriatryczny, to tam trafia, a nie na internę. W większości przypadków pacjenci w wieku podeszłym kierowani są jednak na inne oddziały, najczęściej wewnętrzne. Trzeba dodać, że również inne oddziały specjalistyczne leczą głównie pacjentów w wieku podeszłym. Kardiologia m.in. zakłada stenty, leczy zawały, nadciśnienie, chirurdzy operują starszych chorych. Ten ciężar opieki nad ludźmi w wieku podeszłym spada na wiele oddziałów specjalistycznych.

● Seniorów ambulatoryjnie leczą lekarze rodzinni albo interniści pracujący w POZ. To budzi niepokój, bo taka opieka nie zawsze jest profesjonalna, wiedza lekarzy rodzinnych i internistów w zakresie geriatryi nie jest chyba wystarczająca.

● Trzeba się zastanowić, gdzie powinien spoczywać ciężar opieki geriatrycznej – na opiece ambulatoryjnej czy na szpitalach. Oczywiście na podstawowej opiece zdrowotnej, ale przy zachowaniu niezbędnego warunku – że będzie wystarczająco przygotowana. Chorzy w wieku podeszłym nie mogą długo czekać na wizyty i wykonanie badań dodatkowych. Gdyby opieka ambulatoryjna działała sprawnie, liczba pacjentów w szpitalach byłaby dużo mniejsza. A nawet można by zmniejszyć liczbę oddziałów. Ale to jest program na następne lata.

● Obecnie tylko na oddziałach wewnętrznych co najmniej połowę hospitalizowanych stanowią ludzie w wieku podeszłym. Trafiają tam często zupełnie niezdiagnozowani, nie mają podstawowych badań, są w ciężkim stanie, z zapaleniem płuc, odwodnieni, z ciężką niewydolnością serca lub nerek. Interniści zajmują się nimi solidnie, uwzględniając wszystkie standardy postępowania internistycznego. Pod względem medycznym starsi pacjenci są na ogół nieźle diagnozowani i leczeni. Ale do tego potrzeba jeszcze pewnego postępowania geriatrycznego. A geriatrów w szpitalach w dalszym ciągu mamy mało. Aby ten stan poprawić, umożliwiono przyspieszoną specjalizację z geriatryi osobom posiadającym specjalizację z chorób wewnętrznych.

● Prowadzimy też kursy szkoleniowe z geriatryi dla internistów, aby głębiej poznali te zagadnienia. Być może dobre jest rozwiązanie, aby geriatry (gdy już ich liczba wzrosnie) pełnili rolę konsultantów w poszczególnych szpitalach.

lach. Aby konsultowali chorych na wszystkich oddziałach (szczególnie wewnętrznych) i nieco weryfikowali postępowanie specjalistów pod kątem geriatrycznym. Ten pomysł popiera także Naczelna Izba Lekarska. Warto również tworzyć pododdziały geriatryczne przy oddziałach wewnętrznych. Współdziałanie między internistami a geriatrami jest niezbędne.

Jak wspominałem, chorzy w wieku podeszłym na oddziałach wewnętrznych stwarzają bardzo wiele problemów. Wymagają dodatkowej opieki, często specjalnego odżywiania, mają problemy emocjonalne, neurologiczne, socjalne, czasami nie mają dokąd wracać. Jeżeli do szpitala trafia człowiek samotny, którym nikt się nie opiekuje, trudno go odesłać z powrotem do domu. Chorzy ci mają obniżoną odporność, na pierwszym planie jest kwestia infekcji, której mogą nabawić się w szpitalu. To dla nich bardzo groźne. Często dochodzi do zakażeń wynikających z długotrwałego leczenia, np. długie podawanie antybiotyków sprzyja infekcji *clostridium difficile* z następującą biegunką, która gwałtownie pogarsza stan chorego. Szczególnie u człowieka starego to wielki problem, znacząca przyczyna zgonów. Starsi pacjenci na ogół mają wiele chorób, m.in.: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zapalenie błony śluzowej żołądka, niewielkiego stopnia przewlekłą niewydolność nerek. W związku z tym obserwujemy u nich polipragmatyzację lekową. Często zaczynamy postępowanie od odstawienia połowy leków. To wymaga wnikliwego sprawdzenia, a ponadto modyfikacji leków i zmiany stylu postępowania. Zdarza się, że nie można wykonać wszystkich badań.

Te rozliczne obciążenia rodzą duże problemy. Jeżeli pacjenci w podeszłym wieku stanowią gros chorych na oddziale, mamy prawdziwy dylemat. Opieka pielęgniarska musi być zwiększona, podobnie liczba salowych, co przy braku personelu lekarskiego i średniego często jest trudne do zrealizowania. Wszyscy mają tyle pracy, że nie są w stanie jej wykonać. Na oddziałach nie ma zwykle możliwości prowadzenia rehabilitacji. Brak też oddziałów opieki paliatywnej.

- Zmniejsza się liczba lekarzy na oddziałach wewnętrznych, wiele jest zamykanych z powodu braku kadry, co wynika m.in. ze słabych wynagrodzeń, oraz zbyt niskiej wyceny procedur internistycznych. Część oddziałów wewnętrznych zmienia profil na oddziały specjalistyczne. Prowadzenie oddziałów wewnętrznych nie opłaca się szpitalom. W prywatnych placówkach w ogóle się ich nie tworzy.

- Należy szybko podjąć kroki, aby zahamować odpływ lekarzy i zainteresować młodych kształceniem się w dziedzinie interny. Ale oni wybierają specjalizacje szczegółowe. Interniści są nisko wynagradzani, więc młodzi szukają kierunku, po którym więcej zarobią albo szybciej uzyskają specjalizację. Albo wyjeżdżają zagranicę.



Fot. M. Skarbek

- Pamiętam czasy, gdy egzamin specjalizacyjny zdawało blisko 800 osób, obecnie około 300. Wiosną przystąpi do egzaminu około 250 lekarzy. Specjalizacja trwa pięć lat, a liczba rezydentek miejsc specjalizacyjnych jest zbyt mała. Interny nadal się nie docenia i nie zalicza do dziedzin priorytetowych. Wielokrotnie się starałem o wprowadzenie zmian w tym zakresie. Dlaczego tego nie zrobiono? Decydenci kierowali się liczbą specjalistów chorób wewnętrznych w Polsce, nie zwracając uwagi na to, że w większości są to ludzie mający już inną specjalizację i niepracujący na internie.

- Młodzi wyjeżdżają zagranicę, bo albo trudno im uzyskać rezydenturę, albo sposób jej realizacji jest niewłaściwy. Opiekunowie nie zajmują się nimi dostatecznie, program nie zawsze jest profesjonalnie realizowany. Kierownicy nie otrzymują za prowadzenie specjalizacji żadnego wynagrodzenia. Pensje lekarzy na rezydenturach nie zmieniły się od dziesięciu lat. Są za niskie. Jeżeli ten stan się nie zmieni, będziemy mieć dramaty. W roku bieżącym uniknęliśmy kryzysu tylko dlatego, że epidemia grypy nie rozwinęła się tak bardzo, jak się spodziewano. Sądzę też, że należy dążyć do ścisłej współpracy internistów z geriatrami. ■

Notowała *mkr*

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych:
prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela
 Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
 04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2, j.imiela@gmail.com

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych:
dr n. med. Marek Stopiński
 SPSSZ im. Jana Pawła II w Grodzisku Maz., Oddz. Chorób Wewnętrznych, tel. 22-755-90-10, interna@szpitalzachodni.pl

Być geriatrą

Z Anną Szczygieł-Naziębło, geriatrą z Oddziału Geriatrii w Szpitalu Wolskim, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Dlaczego pani została geriatrą? To rzadko praktykowana specjalizacja.

Geriatria jest dziedziną medycyny, która traktuje pacjentów holistycznie, dostrzega problemy ich środowiska, uwzględnia wiele aspektów życia wpływających na stan zdrowia. Pacjent geriatryczny jest pacjentem skomplikowanym i stanowi prawdziwe wyzwanie dla lekarza. Po studiach zaczęłam pracować na oddziale wewnętrznym. Z biegiem lat coraz większy odsetek chorych stanowili tam ludzie starsi. Obecnie blisko 90 proc. pacjentów oddziałów wewnętrznych, według cezur metrykalnej, spełnia kryteria geriatryczne. Zaczęłam interesować się tą dziedziną, pogłębiałam wiedzę z fizjologii starzenia, psychiatrii, neurologii. Całościowe podejście do chorego stało się dla mnie czymś ważnym.

Potrzebne jest zatem inne podejście do chorych w zaawansowanym wieku?

Większość dziedzin medycznych skupia się na dolegliwościach somatycznych, oczywiście z wyjątkiem psychiatrii, która zajmuje się także emocjami. Współcześnie więcej czasu poświęca się analizie wyników badań niż pogłębionemu kontaktowi z pacjentem. W geriatrii szczególnie ważny jest kontakt, rozmowa (choć niekiedy są utrudnione z powodu ubytku słuchu lub demencji), poznanie środowiska i warunków, w jakich żyje chory. Często za pozorną niechęcią, nieprzyjmowaniem leków, brakiem współpracy kryją się prozaiczne powody. Rolą geriatry jest dotarcie do przyczyn takiego zachowania.

Jak długo już pani praktykuje?

Po ukończeniu Akademii Medycznej w Warszawie uzyskałam I i II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, a specjalizację geriatryczną robiłam w nieistniejącej już Klinice Geriatrycznej przy ul. Mehoffera. Ponad 20 lat pracowałam w Żyrardowie, na oddziale internistycznym tamtejszego szpitala i w poradni geriatrycznej. Przez kilkanaście lat kierowałam także Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Propozycję pracy na nowo powstałym Oddziale Geriatrycznym Szpitala Wolskiego potraktowałam jako interesujące wyzwanie. Prawie 20 lat czekałam na geriatrę w szpitalu.

Na czym polega specyfika tej specjalizacji?

Rola geriatry w praktyce to często przeanalizowanie, jakie leki bierze pacjent, i odstawienie części. Jak wspomniałam, próbujemy ocenić chorego całościowo. A tymczasem pacjenci leczą się u różnych specjalistów: kardiologa, neurologa, urologa... Każdy z nich zleca leki. Nie zawsze ma możliwość sprawdzenia, jakie inne leki pacjent zażywa, a zdarza się, że przyjmując ponad 20 preparatów. Stwarza to zagrożenie, bo leki wchodzi w różne interakcje, i metabolizm starszej osoby może sobie z taką ilością substancji chemicznych nie poradzić. Leki same mogą indukować wiele schorzeń. Żaden nie jest obojętny dla organizmu. Geriatra musi zastanowić się, której choroby nie leczyć. Wiem, że to brzmi dziwnie, ale przy ograniczonej wiekiem perspek-

Oddział Geriatryczny na Woli

W Szpitalu Wolskim od grudnia 2015 r. działa 36-lóżkowy Oddział Geriatryczny.

Fot. archiwum szpitala



tywie życia mniej istotne są odległe powikłania. Trzeba postępować tak, aby pacjent miał jak największy komfort, aby zachował jak najdłuższą sprawność, zwłaszcza intelektualną, nawet kosztem niespełnienia standardów leczenia niektórych schorzeń. Polipragmazja jest niebezpieczna dla starszych osób. Należy razem z pacjentem ocenić, co jest dla niego najcięższe, i skupić się na schorzeniach, które w największym stopniu utrudniają mu funkcjonowanie.

Mamy bardzo mało geriatrów. Dlaczego lekarze tak rzadko wybierają tę specjalizację?

To trudna dziedzina. Raczej nie dla osób na początku drogi zawodowej. Do tej specjalizacji trzeba dojrzeć. I trzeba mieć dużo pokory, bo w tej dziedzinie nic nie jest pewne. Różnice biologiczne równolatków w tej grupie wiekowej mogą przekraczać nawet 20 lat. Objawy kliniczne schorzeń zwykle są skąpe i mniej typowe niż w młodszych grupach pacjentów. Trzeba mieć duże doświadczenie, a czasem i intuicję. Rzadko odnosimy spektakularne sukcesy, większość chorych jest w schyłkowym okresie życia, można im pomóc, ale nie zawsze wyleczyć. Ta specjalizacja, podobnie jak interna, jest niedoceniana, a także źle opłacana. Geriatrii lekarze nie wybierają dla pieniędzy, ale przecież godziwe wynagrodzenie należy się każdemu. Starsze osoby są wdzięcznymi pacjentami i doceniają nasze wysiłki, budzą chęć pomocy. Nie żałuję, że zostałam geriatrą. ■



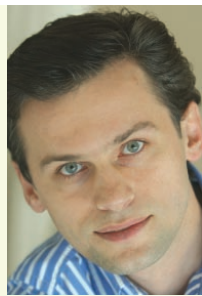
Fot. archiwum

Zapotrzebowanie na leczenie geriatryczne narasta. To coraz większy problem – mówi Arkadiusz Ciupak, zastępca dyrektora ds. lecznictwa. – Niestety, nadzieje na dobrą wycenę świadczeń geriatrycznych nie spełniły się, a szpitale, obawiając się wzrostu kosztów, nie tworzą oddziałów o takim profilu. Ale przecież nie uciekniemy od tego problemu, dlatego zdecydowaliśmy się na utworzenie geriatrii. Uruchomienie tego oddziału pozwala na oddzielenie chorych w podeszłym wieku, wymagających profesjonalnej specjalistycznej opieki geriatrycznej, od chorych internistycznych wymagających szybkiej diagnostyki. Ponadto, dzięki wydatnemu zwiększeniu w szpitalu liczby łóżek, nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania pacjentów SOR na miejsce na właściwym oddziale i można było zmniejszyć liczbę dostawek na oddziałach wewnętrznych. To jedyna pełnowymiarowa geriatryczna w województwie mazowieckim. Jest tu 12 sal chorych, głównie trzyosobowych, z łazienkami. Jest też sala wzmożonego nadzoru z systemem monitoringu, łazienka do mycia chorych leżących, a także niezbędne do kompleksowego leczenia osób w podeszłym wieku sale fizjoterapii i terapii zajęciowej oraz gabinet psychologa. Oddział dysponuje

nowoczesnym wyposażeniem, które w dużej części przekazała nam WOŚP. Starsi ludzie najbardziej obawiają się samotności, niesprawności i cierpienia. Sprawy związane z ich codziennym funkcjonowaniem są bardzo ważne. Przeważnie każdy nasz pacjent ma przeprowadzane testy funkcjonalne i jest rehabilitowany.

– Tworzenie oddziału geriatrycznego jest procesem – mówi Mariusz Saganowski, p.o. ordynator Oddziału Geriatrycznego. – Stopniowo wdrażamy właściwą metodologię pracy. Wprowadzamy całościową ocenę geriatryczną, obejmującą sprawność funkcjonalną pacjenta, ryzyko depresji i zaburzeń poznawczych oraz uwarunkowania społeczno-środowiskowe, z uwzględnieniem najbardziej istotnych problemów zdrowotnych, w tym tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Bo celem geriatrii jest poprawa jakości życia, a nie uleczenie tego, co nieuleczalne. Na razie hospitalizujemy pacjentów od 65. roku życia kierowanych z SOR. W skład zespołu geriatrycznego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog i pracownik socjalny. Poza mną pracuje drugi geriatra – dr Anna Szczygieł-Naziębło. Przy ogromnym deficycie lekarzy tej specjalności to prawdziwe bogactwo. ■

mkr



Laurka na kredyt

Paweł Walewski

Z okazji rządowej studniówki i 100 dni pracy kierownictwa resortu w odnowionym składzie grupująca pacjentów Fundacja 1 Czerwca przygotowała podsumowanie, w którym zarzuca Konstantemu Radziwiłłowi brak programu i skupienie się na powołaniu 19 doradczych zespołów roboczych. Największą wymienioną w raporcie przewiną ministra jest bycie „*reprezentantem korporacji medycznej*”. Cóż, to nie od dziś słyszana śpiewka, że lepszym urzędnikiem na tym stanowisku byłby nielekarz. Ale jedyny dobry przykład na poparcie tej tezy, jaki przychodzi mi do głowy, to sprawująca urząd w latach 1999–2000 Franciszka Cegielska. Sporo się uczyła od swoich zastępców (lekarzy), jednak na ochronę zdrowia miała z pewnością szersze spojrzenie. Przed nią i po niej funkcję szefów resortu pełnili już tylko lekarze (nie licząc kilkutygodniowych epizodów prawnika Wojciecha Rudnickiego, bankowca Mariana Czeakańskiego czy wicepremiera Jerzego Hausnera), jakby ugruntowując przekonanie, że nikt inny na czele MZ stanąć nie może.

Ale co tak dobrego, co wynikałoby z medycznego wykształcenia, uczynił Bartosz Arłukowicz? Pakiet onkologiczny – sztandarowy pomysł, wdrożony na przekór głosom, że nie jest idealny – nie wypalił. Mapy potrzeb zdrowotnych – dopiero teraz tworzone. Wcześniejsze ustawy, przyjęte za czasów Ewy Kopacz, mogłyby z powodzeniem nadzorować ekonomiści, menedżerowie, a nawet eksperci od kultury. Fakt, że w obecnym rządzie właśnie dziedziną kultury rządzi socjolog, a sprawami nauki konfesyjny polityk, który na najwyższym miejscu stawia wyłącznie własny światopogląd, jest na tyle żałosny, że wypada się cieszyć, iż zdrowie nie wpadło w równie niepowołane ręce. Choć dr Konstanty Radziwiłł wyznaje, podobnie jak jego kolega z ław rządowych, dalekie od moich poglądy w wielu kwestiach, trzeba mu oddać jedno: nie przynosi wstydu środowisku, z którego się wywodzi. Ma przynajmniej ogładę i takt, więc zgodnie z humanistycznymi wartościami medycyny można ironicznie stwierdzić, że się nadaje – dobrze odgrywa rolę kulturalnego lekarza na stanowisku ministra.

Pytanie, czy to wystarczy, by cokolwiek zmienić w systemie, który mimo wszystko bardziej potrzebuje pieniędzy niż elegancji. Oczywiście lepiej wypada w mediach obyty na salonach urzędnik resortu, który wie, jak powinien się zachować, i potrafi formułować klarowne poglądy. Ale jeśli nie idą za tym konkrety, to nawet największy kredyt zaufania szybko się wyczerpie. Jeśli więc ma się skończyć na likwidacji programu *in vitro*, przywróceniu stażu oraz darmowych lekach dla pacjentów w wieku 75+ (na zasadach bliżej jeszcze niesprecyzowanych), których nie będą mogli sobie wypisać nawet lekarze emeryci, to szkoda kultury i wyobraźni na tym stanowisku. Czekamy na więcej! ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Resort zdrowia podsumowuje

Bezpłatne leki dla seniorów, którzy ukończyli 75. rok życia, to najważniejszy z projektów, które przedstawił minister Konstanty Radziwiłł, podsumowując pierwsze 100 dni pracy nowego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

Zapowiedział, że do 1 września 2016 r. zostanie ogłoszony pierwszy wykaz bezpłatnych leków.

Podstawą do ich wydania będzie ukończony przez pacjenta 75. rok życia i recepta z literą S wpisaną w polu uprawnień dodatkowych.

Do wystawiania takich recept upoważnieni będą lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i część pielęgniarek POZ.

Według danych MZ projektem 75+ zostanie objętych ponad 3 mln osób, a kwota przewidziana na refundację w roku 2017, czyli 564 mln zł, będzie pochodziła z budżetu państwa i nie obciążą NFZ. Początkowo w wykazie znajdą się wyłącznie leki o odpłatności 30 i 50 proc. oraz ryczałtowej (R), mające zastosowanie przede wszystkim w chorobach wieku podeszłego (m.in. o podłożu kardiologicznym, reumatologicznym i urologicznym).

Ponadto minister Radziwiłł mówił m.in. o planach dekomercjalizacji szpitali i zachowaniu publicznych jednostek ochrony zdrowia oraz nowelizacji ustawy antytytoniowej, której głównym celem jest ograniczenie zapadalności na choroby odytoniowe i zmniejszenie negatywnych skutków używania e-papierosów. Wskazał również na trwające prace nad systemem teleinformatycznym e-krew, który zapewni śledzenie drogi krwi i jej składników od dawcy do biorcy.

Szef resortu zapowiedział zmiany w kształceniu lekarzy i lekarzy dentyków – przywrócenie stażu podyplomowego oraz likwidację egzaminu z języka polskiego dla Polaków studiujących medycynę w języku obcym.

Podkreślił, że w MZ trwa przygotowywanie projektów 21 ustaw. Zespoły eksperckie pracują m.in. nad: ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej, zmianami systemowymi w ochronie zdrowia, uproszczeniem regulacji dotyczących działalności leczniczej i zmniejszeniem biurokracji, dokumentem „Polityka lekowa Rzeczypospolitej Polskiej”, a także nad propozycjami innowacji w służbie zdrowia.

Minister Radziwiłł zaznaczył, że potrzebne są działania, które doprowadzą do poprawy postrzegania i oceny polskiej ochrony zdrowia (w rankingu European Health Consumer Index w 2015 r. Polska zajęła przedostatnie miejsce, przed Czarnogórą), i zapowiedział starania o znaczącą zmianę dotychczasowej pozycji. ■

ach



Fot. archiwum

Medycyna personalizowana zyskuje na znaczeniu

Piotr Dąbrowski

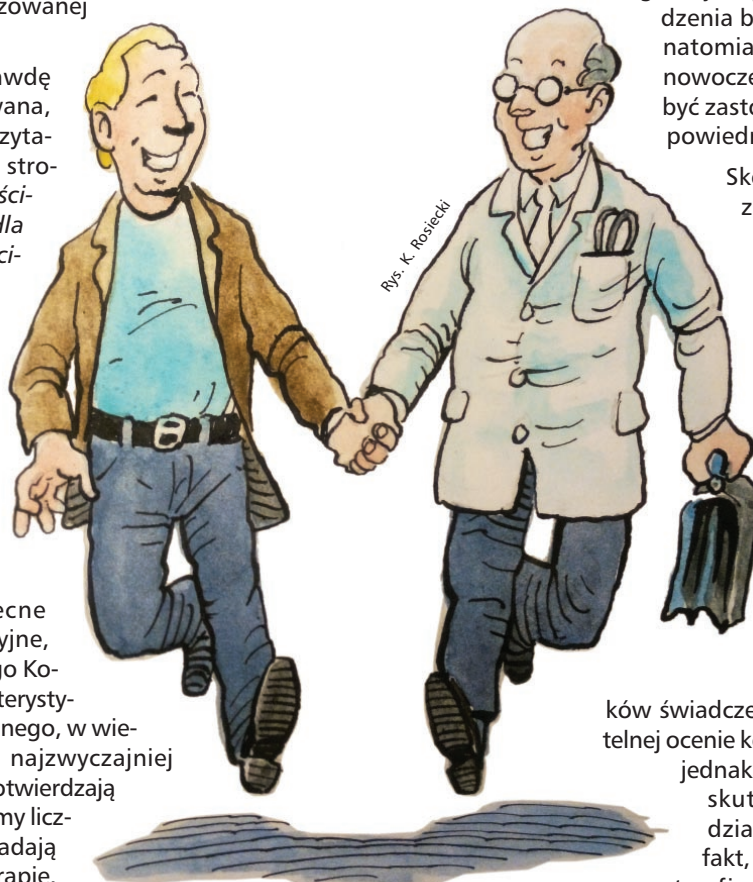
Medycyna personalizowana, jeszcze niedawno traktowana przez niektórych lekarzy w kategoriach fantastyki naukowej, zdobywa dziś coraz większe grono zwolenników. Dowodem słuszności tej tezy jest niedawne powstanie Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej. Jednym z podstawowych statutowych celów towarzystwa jest rozwój i pozycjonowanie medycyny personalizowanej w systemie ochrony zdrowia na świecie i w Polsce. Na szczęście europejskim zinstytucjonalizowanie zagadnienia nastąpiło znacznie wcześniej, bo już w 2009 r., kiedy powołano Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Medycyny Personalizowanej. Kilka lat później powstała Europejska Koalicja ds. Medycyny Personalizowanej (EAPM).

Na pytanie, czym tak naprawdę jest medycyna personalizowana, można by odpowiedzieć, przytaczając motto umieszczone na stronie internetowej EAPM: „*Właściwa profilaktyka i leczenie dla właściwego pacjenta we właściwym czasie*”. Medycyna personalizowana otwiera zupełnie nowe możliwości dla profilaktyki i terapii. Zgodnie z jej założeniem interwencja skierowana do konkretnej osoby powinna być jak sztycy na miarę garnitur – uwzględniać indywidualne cechy poszczególnych pacjentów. Wychodzi ponadto z założenia, że obecne terapie i działania prewencyjne, projektowane dla przeciętnego Kowalskiego z przeciętną charakterystyką danego problemu zdrowotnego, w wielu przypadkach okazują się najzwyczajniej nieskuteczne. Wyniki badań potwierdzają tę tezę, wskazując, że organizmy licznych pacjentów nie odpowiadają na pierwszą standardową terapię. W największym stopniu problem dotyczy takich dziedzin medycyny jak: onkologia, diabetologia, choroby psychiczne i neurodegeneratywne, choroby zapalne stawów, choroby układu oddechowego. Dowiedziono również, że powodem takiego stanu rzeczy są różnice genetyczne występujące u poszczególnych pacjentów.

Kluczem do rozwoju medycyny personalizowanej jest więc dostęp do diagnostyki molekularnej. W ciągu ostatnich lat możemy zaobserwować znaczące obniżenie kosztów badań

genetycznych. Diagnostyka ta pozwala nie tylko uwzględnić różnice genetyczne poszczególnych chorych, ale również określać np. profil genetyczny nowotworu. Niepodważalnym atutem podejścia profilowanego do konkretnej wąskiej grupy pacjentów jest wysoka skuteczność leczenia. Jeżeli terapie są skuteczne i powodują mniej działań niepożądanych, chorzy częściej stosują się do zaleceń lekarza.

Medycyna personalizowana przynosi również korzyści w przypadku badań klinicznych. Trwają one krócej, ze względu na mniejszą grupę uczestników, którzy przed włączeniem do badania klinicznego poddawani są dodatkowo badaniom genetycznym. Krótszy okres prowadzenia badań klinicznych wpływa natomiast na lepszą dostępność nowoczesnych terapii, gdyż mogą być zastosowane u pacjentów odpowiednio wcześniej.



Skoro medycyna personalizowana niesie ze sobą tyle korzyści terapeutycznych, dlaczego nie jest jeszcze powszechnie wykorzystywana w systemach ochrony zdrowia? Jak każda innowacja, napotyka wiele barier w rozwoju. Jedną z podstawowych jest brak dostępu chorych do bezpłatnej diagnostyki molekularnej. Innowacyjne, profilowane terapie stanowią też pewne wyzwanie dla płatników świadczeń zdrowotnych. Przy rzetelnej ocenie kosztów terapii trzeba mieć jednak na względzie ich wysoką skuteczność, mniejszą ilość działań niepożądanych oraz fakt, że płatnik ogranicza koszty finansowania świadczeń

w związku z tym, że terapia jest refundowana wąskiej grupie pacjentów. Potrzeba zatem debaty, w ramach której rozważymy korzyści wynikające z wdrożenia założeń medycyny personalizowanej w systemie ochrony zdrowia.

O tych oraz innych aspektach medycyny personalizowanej dyskutowano w marcu 2016 r. na I Międzynarodowym Forum Medycyny Personalizowanej w Warszawie. ■

Piotr Dąbrowski



Fot. T. Późniak

Bezpłatny lot, czyli *safety is our priority*

Konrad Pszczołowski

Ostatnio głośno było o lekarzu, który udzielił pomocy choremu w polskim samolocie rejsowym, a potem wystawił za to rachunek linii lotniczym. Pisał o tym redaktor Paweł Walewski (*Daleko od noszy*, „Polityka”, 26.01.2016 r.), zamieszczając wypowiedzi profesorów – etyków, kardiologów i innych – raczej krytyczne. „*Jakież to małośćkowe! I deprecjonujące zawód, w którym wykonujący troszczy się o dobra najwyższej rangi, czyjeś zdrowie i życie, co w sytuacjach nietypowych powinno być dla niego źródłem wystarczającej satysfakcji*” (prof. Paweł Łuków – UW, WUM).

Informacja ta pojawiła się potem w „Gazecie Wyborczej” i na portalach internetowych. Zaroilo się od komentarzy. Większość dyskutantów nie przebiegała w słowach – przelewała się fala nienawiści, czyli hejtu. Z najgorszymi wyzwiskami. Jak taki doktorek, pazerny konował, taki... (tu liczne słowa uznane powszechnie za obelżywe) śmiało wystawił rachunek za coś, co jest jego psim obowiązkiem?!

Portal Konsylium24 przeprowadził sondaż, w którym wypowiedziało się ponad 1 tys. lekarzy. 70 proc. ankietowanych nie wystawiłoby rachunku, ale z ich wypowiedzi na ogół wynika, że mają na myśli nagłe zdarzenie, typu zatrzymanie krążenia. 13 proc. oczekiwłoby zapłaty od linii lotniczych, sądzą bowiem, że lekarz winien być wynagradzany za swoją pracę, zwłaszcza jeśli oszczędzi kosztów przewoźnikowi (tylko 3 proc. uważałoby za właściwe otrzymanie gratyfikacji od pacjenta). Prawie 10 proc. w podobnej sytuacji nie przyznałoby się do bycia lekarzem. Były nawet propozycje przespiania całego lotu lub upijania się na samym początku, żeby nie musieć deklorować samarytańskiej gotowości.

Niestety, sprawa została opisana dość powierzchownie. Niektórzy dyskutanci sugerowali, że być może lekarz miał rację. Osoby wypowiadające się na ten temat bardzo kategorycznie nie zadały sobie trudu zapoznania się ze szczegółowym przebiegiem zdarzenia. Widoczna też była (zwłaszcza na portalu lotniczym) nieznanostwo przepisów obowiązujących lekarzy.

Rozmawiałem telefonicznie z kolegą, który wywołał te turbulencje. Na co dzień pracuje w jednej z warszawskich klinik kardiologicznych. W najkrótszym zarysie epizod wyglądał tak:

W polskim samolocie, lecącym ze Sztokholmu do Warszawy (lot trwa około 1,5 godziny), 20 minut po starcie jeden z pasażerów poczuł się źle (podobno leki na swoje przewlekłe choroby zostawił w walizce oddanej na bagaż). Stewardesa zapytała, czy na pokładzie jest lekarz. Kolega zgłosił się i poszedł obejrzyć pacjenta, który był przytomny i ogólnie

nie w dobrym stanie. Lekarz wykonał nawet badanie EKG, bo miał ze sobą mały aparat. Potem uspokoił pasażera oraz personel. Do końca lotu kontrolował samopoczucie pacjenta, sporządził dokumentację dla siebie i dla załogi, opisując zdarzenie i podając swoje dane.

Po kilku dniach zastanawiania się, co ma uczynić, lekarz wystawił przewoźnikowi fakturę na 500 zł (ma zarejestrowaną indywidualną praktykę w miejscu wezwania). Nie doczekał się żadnej reakcji ze strony linii lotniczych, choć dołączył sporządzoną dokumentację medyczną. Pamiętał o obowiązku sfiskalizowania usługi w ciągu 7 dni, aby w przypadku kontroli urzędnik skarbowy nie mógł mu niczego zarzucić. Uznał, że udzielił pomocy człowiekowi nie w przypadku nagłego zagrożenia życia, zagrożona była tylko ciągłość lotu. Przymusowe lądowanie samolotu kosztowałoby przewoźnika wielokrotnie więcej niż realizacja wystawionej faktury. Jego działanie oszczędziło linii lotniczym sporych kosztów. Wykonał klasyczną wizytę w miejscu wezwania (do tego w czasie urlopu).

” Do końca marca br. paragony fiskalne od lekarza i lekarza dentysty są premiowane w Narodowej Loterii Paragonej, zaś jeszcze w październiku 2015 roku opieka zdrowotna znalazła się wśród „priorytetowych podobszarów ryzyka” w Krajowym Planie Działań Administracji Podatkowej na 2016 rok.

Nie spodziewał się, że fakt wystawienia rachunku za usługę medyczną zostanie ujawniony i spowoduje taki rozgłos. Poza tajemnicą lekarską jest przecież jeszcze tajemnica służbowa i tajemnica handlowa. Fala krytyki i hejtu bardzo go zabolowała. W sytuacjach nagłego zagrożenia życia zawsze udzielał pomocy, uważał to wszak za swój obowiązek. Do głowy by mu nie przyszło wystawienie rachunku za reanimację.

Wszyscy pasażerowie samolotów LOT-u słyszą przy starcie slogan

„*Safety is our priority*”. Jeśli bezpieczeństwo jest priorytetem, to dlaczego nie było na pokładzie samolotu defibrylatora? Dlaczego nie ma żadnych procedur sprawdzania zdrowia pasażerów, skoro są bardzo dokładne procedury sprawdzania przez pilota wszystkich urządzeń przed startem? Przecież lot na wysokości kilku tysięcy metrów, zwłaszcza dłuższy, w pozycji siedzącej, w zamkniętym obiegu klimatyzacyjnym jest dużym obciążeniem dla organizmu, znacznie zwiększającym ryzyko zaostrzenia wielu chorób. Dużo częściej, niż w innych środkach transportu, występują groźne dla życia stany nagłe, takie jak zawał, udar mózgowy, zatorowość płucna, atak astmy. W przypadku dłuższych lotów (np. transatlantycznych) nie ma możliwości szybkiego lądowania.

Niektóre linie lotnicze mają tę kwestię jako rozwiązana. Stosują niższe lub dodatkowe mile dla lekarzy, którzy zaoferują gotowość do pomocy w czasie lotu. Istnieje też firma medyczna (MedAire, USA), która w razie potrzeby wspomaga personel przez telekontrolę, a na pokładzie samolotów współpracujących z nią przewoźników znajduje się odpowiedni sprzęt i leki. W Kanadzie (w 2006 r.) sąd przyznał

1 tys. dol. rekompensaty lekarzowi, który zajmował się pacjentką w czasie lotu przez Atlantyk.

Teoretycznie, zgodnie z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza „*lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała*”. Według luminary medycyny i etyki powinien to czynić niezależnie od wynagrodzenia. Jeżeli lekarz uzna, że chory nie wymaga natychmiastowej pomocy, może udzielić konsultacji na jego życzenie, gdy obie strony zawczasu ustaliły warunki, także finansowe.

Takie zasady można jednak stosować w warunkach „ziemskich”, które pozwalają na rychłe przybycie zespołu ratowniczego. Czy za etyczne uznane będzie negocjowanie wynagrodzenia w sytuacji, gdy pacjent nie ma możliwości wyboru innego lekarza? Przy okazji zwracam się do wszystkich etyków, polityków i legislatorów, aby wskazali przepisy, które każą lekarzom pracować za darmo. Przyjmowanie bezpłatnie lekarzy i ich rodzin było możliwe dawno temu (w Warszawie w połowie XIX w. było kilkunastu lekarzy, obecnie jest kilkanaście tysięcy). Dziś lekarz dentysta, który nie będzie pobierał opłaty za leczenie lekarzy i ich rodzin, a ma głównie takich pacjentów, zbankrutuje. Nawet jeśli będzie przyjmował zwrot kosztów materiałów, długo nie pociągnie.

Sęk w tym, że w lecącym kilka kilometrów nad ziemią samolocie także lekarz jest w sytuacji przymusowej, a załodze i liniom lotniczym chodzi przede wszystkim o zapewnienie bezpieczeństwa pasażerów do czasu lądowania, a w przypadku niemożności spełnienia tego warunku są zobligowani do lądowania przymusowego. Obie sytuacje nie są właściwie opisane pod kątem obowiązków, lekarz jest zatem postawiony w obliczu ogromnej presji. Możliwe są przecież następujące warianty sekwencji wydarzeń: lecimy dalej, a pacjent umiera, albo lądujemy, a wtedy (po dokładnym zbadaniu) okazuje się, że nie było to potrzebne.

Prof. Łuków w wywiadzie dla „Polityki” mówi: „*Jeśli w medycynie jedyną lub nadrzędną kwestią są zarobki, coś jest nie tak. To nie powinna być właściwa motywacja w tej profesji*”. Święta prawda. Coś jest nie tak. Co mają zrobić ci lekarze, którzy wciąż zarabiają nie najlepiej? Społeczeństwo kształtuje swoje opinie o zarobkach lekarzy (a także adwokatów) na podstawie jednostek o rzadkich specjalnościach. Pensje pozostałych nadal są niezadowalające. Tych, którzy nie zgadzają się z przedstawioną tezą, proszę o wyjaśnienie, dlaczego tak wielu lekarzy polskich wyjeżdża pracować zagranicą?

Od trzech lat zaciska się pętla kontroli skarbowej. Po przeczytaniu pierwszego artykułu w „Polityce” zadzwoniłem do red. Pawła Walewskiego i powiedziałem mu, że w opisanej

sytuacji lekarz nie miał innego wyjścia – musiał wystawić fakturę, gdyż ma zarejestrowaną działalność gospodarczą (praktykę), a od 2016 r. wszystkie usługi lekarskie, także darmowe (!), muszą być fiskalizowane.

Po wywiadzie, którego udzieliłem „Polityce”, wpisy złagodniały, pojawiły się inne artykuły (m.in. red. Małgorzaty Soleckiej w „Medycynie Praktycznej”), ale do wyjaśnienia zostało sporo problemów. Najwyższy czas, żeby nasze środowisko zajęło się na poważnie tymi sprawami. Inaczej



coraz większa liczba lekarzy będzie dochodzić do wniosku, że lepiej się nie wrywać z samarytańskimi odruchami, a dyskusje o upadku etosu zawodu będą się mnożyć.

W naszym, coraz bardziej skomplikowanym świecie należy uporządkować sprawy bezpieczeństwa. Satysfakcją nikt się nie naje, przy obecnie obowiązujących przepisach lekarz musi pilnować głównie interesów swojej rodziny. Trzeba uświadomić decydentom ogrom biurokratycznych bezsensów ograniczających lekarza do roli bezwolnego urzędnika. Trzeba określić zasady współpracy personelu medycznego w różnych warunkach i odpowiedniego wynagradzania za wykonaną pracę. ■

Autor jest specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, wykładowcą w Zakładzie Zdrowia Publicznego WUM (organizacja ochrony zdrowia, etyka, orzecznictwo), ekspertem z zakresie ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego, wieloletnim działaczem ORL i NRL.

Posłowie, uważajcie, bo... rezydent przyjdzie i Was „adoptuje”!

Porozumienie Rezydentów swoją akcję nazwało „Adoptuj posła”. Młodzi medycy od połowy lutego spotykają się z politykami we wszystkich częściach kraju. Mówią o wynagrodzeniach i relacji pensji do płacy minimalnej i średniej krajowej, a także o wysokim poziomie frustracji młodych lekarzy i ryzyku masowych wyjazdów do pracy poza Polskę. Stwierdzają też, że chcieliby, żeby kwestia ich wynagrodzeń uregulowana została przez Radę Ministrów przy okazji nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Damian Patecki, przewodniczący Porozumienia Rezydentów, wyjaśnia: – *Lekarz, najczęściej w wieku 26–36 lat, za swoją ciężką pracę otrzymuje netto 2200 zł z funduszu pracy. Jest to tak zwana rezydentura świadczona przez Ministerstwo Zdrowia. Biorąc pod uwagę fakt, że rezydent jest praktycznie darmowym pracownikiem dla szpitala, często wykorzystuje się go do dodatkowych zadań, co wykracza poza zakres jego obowiązków i uniemożliwia realizowanie programu specjalizacyjnego.* Do marca 2016 r. przedstawiciele Porozumienia Rezydentów spotkali się już prawie z 60 posłami. Przewodniczący zapowiada jednocześnie, że następnych 120 spotkań jest już zaplanowanych. (...) Rezydenci liczą, że postulaty z 2006 r. – obecnego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, który wtedy był prezesem NRL – zostaną wprowadzone w życie. Dziesięć lat temu Konstanty Radziwiłł postulował płace w wysokości dwóch średnich krajowych dla rezydentów i trzech średnich krajowych dla specjalistów na etacie brutto. Młodzi podkreślają, że tak czy inaczej większa

płaca to większy podatek dochodowy, a także większy zwrot do budżetu, gdy pieniądze te wydadzą na szkolenia, podreżniki, utrzymanie siebie i swoich rodzin.

Ryszard Bartosik (PiS): – *Jestem pozytywnie zaskoczony spotkaniem z rezydentami. Są dobrze przygotowani i mają niezaprzeczalne argumenty. Trudno odmówić im racji. Mnie, jako osobę niezwiązaną blisko z systemem ochrony zdrowia, zainteresowali sprawą, m.in. zmianami w ustawie, wynagrodzeniu i problemem braku pracy dla rezydentów. (...)*

Gabriela Masłowska (PiS), członek Sejmowej Komisji Zdrowia: – (...) *Problem środowiska znam, ale nie zdawałam sobie sprawy, że mówimy o tak niskim wynagrodzeniu rezydentów. Nie stać nas na to, żeby wykształceni przez nas specjaliści leczyli zagranicą. Nie może być również tak, że młodzi lekarze za spędzanie dniennie w pracy ośmiu godzin miesięcznie zarabiają 2 tys. zł. (...) Postaram się zmobilizować partyjnych kolegów do jeszcze głębszej dyskusji.*

Bernadeta Krynicka (PiS), członek Sejmowej Komisji Zdrowia: – *Wiem jak sytuacja wygląda, bo pracując w szpitalu, miałam kontakt z rezydentami. Za mało zarabiają. Dzisiejsze stawki to stawki głodowe. Potrzebna jest reforma. I w grę oczywiście wchodzi pieniądze. W tym budżecie już ich nie znajdziemy, ale będziemy planować i tam widzę szansę.* ■

Krystian Lurka

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia” – 8.03.2016.

OGŁOSZENIE



I ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA PNEUMONOLOGII DZIECIĘCEJ 2016

POZNAŃ, 22–23 kwietnia 2016 r.

MIEJSCE
POZNAŃ
IBB Andersia Hotel
plac Andersa 3

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. Zbigniew DONIEC,
prof. nadzw.

NADZÓR MERYTORYCZNY
I KONSULTACJA NAUKOWA
Polskie Towarzystwo
Pneumonologii Dziecięcej

ORGANIZATOR
Wydawnictwo Termedia



UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL





Ochrona dóbr osobistych lekarza

Filip Niemczyk, adwokat

Dobra osobiste każdego człowieka, w szczególności zdrowie, wolność, cześć, nazwisko, wizerunek, nietykalność cielesna, twórczość naukowa i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego. Czy w związku z wykonywaniem zawodu dobra osobiste lekarza mogą być naruszone? Jaka ochrona prawna wtedy przysługuje?

Zdarza się, że pacjent lub jego rodzina nie są zadowoleni z efektów leczenia lub sposobu, w jaki odnosił się do nich lekarz. Domagają się wyjaśnień, krytykują, stawiają zarzuty. W zawód lekarza wpisane jest mierzenie się z takimi sytuacjami. Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować chorych, a relacje między nim a pacjentami powinny opierać się na wzajemnym szacunku (art. 12 KEL). Co więcej, lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu, wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie pacjenta (art. 19 KEL). Prawo musi jednak postawić barierę dla zachowań nieuzasadnionych i krzywdzących dla lekarza. W szczególności wtedy, gdy krytyka sprowadza się do obrażania. Cześć i dobre imię podlegają ochronie, a zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego naruszenie czci może nastąpić zarówno przez pomówienie, które ma ujemne skutki dla życia osobistego i rodzinnego, jak i przez zarzucenie niewłaściwego postępowania w życiu zawodowym, naruszające dobre imię danej osoby i mogące narazić ją na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu lub innej działalności.

Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego. Sąd Najwyższy wielokrotnie wypowiedział się, że osoby wykonujące takie zawody muszą godzić się na poddanie swojej aktywności krytyce, a poszanowanie wolności słowa oznacza w tym przypadku udzielenie prawa do wyrażania publicznej oceny lekarza, pielęgniarzki, prawnika, architekta. Ocena taka może mieć charakter subiektywny. Nie może jednak zawierać fałszywych informacji ani określać obelżywych.

Można zatem powiedzieć, że lekarz powinien mieć grubą skórę i musi być gotowy na to, że z ust pacjenta usłyszy nie tylko podziękowania i komplementy. Problem w tym, że współczesne media, a przede wszystkim Internet, pozwalają na rozpowszechnianie ocen i opinii na niespotykaną wcześniej skalę. Dużą popularnością cieszą się portale internetowe, służące rozpowszechnianiu opinii o fachowcach z różnych branż. O ile sama idea platformy do wymiany opinii jest wartościowa, o tyle w praktyce działanie tego rodzaju serwisów polega na tym, że każdy, w zasadzie bez konieczności weryfikacji danych osobowych, może napisać o lekarzu dowolny komentarz. W ten sposób nawet jedna osoba jest w stanie narazić na szwank reputację cenionego specjalisty.

W ubiegłym roku przed Sądem Apelacyjnym w Białymstoku zakończyła się sprawa lekarki weterynarii, która wytoczyła powództwo o ochronę dóbr osobistych przeciwko portalowi internetowemu oraz osobom zamieszczającym na nim wpisy. Lekarka domagała się przeprosin, zadośćuczynienia oraz usunięcia wpisu o treści: „*postawa i wiedza tego »chirurga« to postawa rzeźnika, a nie lekarza*”. Sądy pierwszej i drugiej instancji oddaliły powództwo. W uzasadnieniu stwierdzono m.in., że powódka, podejmując działalność publiczną – wykonywanie zawodu lekarza weterynarii – poddała się ocenie publicznej, która może mieć charakter bardziej emocjonalny, wkracza bowiem w sferę praw innych osób. Sądy wzięły pod uwagę, że wpisy były dokonywane w okolicznościach dotyczących leczenia i śmierci zwierzęcia, a język internautów jest dosadny, skrótowy oraz często odbiega od standardów komunikacji, jakie obowiązują w społeczeństwie. Użyte wobec lekarza słowo „rzeźnik” nie przekroczyło granic dozwolonej krytyki i nie skutkowało naruszeniem dóbr osobistych powódki. Wyrokiem oddalającym w pierwszej instancji, z podobnych względów, zakończyła się również sprawa lekarki, która pozwała portal znanylekarz.pl za wpis dotyczący jej osoby o treści: „*Unikać, unikać, jak najdalej*”.

Opisane rozstrzygnięcia pokazują, że walka z krytyką w Internecie jest trudna, a sądy skłaniają się raczej ku ochronie

wolności słowa aniżeli obronie dobrego imienia i czci. Nie oznacza to jednak, że na krzywdzące, a tym bardziej obraźliwe, oceny nie można skutecznie reagować.

Serwisy internetowe służące wymianie opinii prowadzą przede wszystkim działalność komercyjną. Społeczna rola

umożliwienia krytyki przedstawicieli zawodów zaufania publicznego jest wykonywana niejako przy okazji. Przepisy nakładają wiele obowiązków na administratorów serwisów internetowych. Do tych obowiązków należy niezwłoczne blokowanie obraźliwych wpisów na forach i portalach, w przypadku otrzymania wiarygodnej informacji o ich bezprawnych charakterze. Brak odpowiedniej reakcji wiąże się z odpowiedzialnością cywilną.

O ile nie ma wątpliwości, że naruszeniem dóbr osobistych jest chociażby naruszenie nietykalności cielesnej czy wizerunku, o tyle w przypadku czci i dobrego imienia granicą bezprawności jest prawo dozwolonej krytyki osoby wykonującej zawód zaufania publicznego. Masowy charakter publikacji w Internecie, a także specyfika wymiany informacji, sprawiają, że wolność słowa jest tam szersza aniżeli w prasie czy telewizji. Coraz trudniej reagować na wszechobecny „hejt”. Są jednak sytuacje, kiedy jest to konieczne, a jasna granica między tym, co dozwolone, a tym, co zabronione, dopiero się wykształca. Należy jednak podkreślić, że nawet subiektywna i emocjonalna ocena z całą pewnością nie może być kłamliwa lub obelżywa. ■

”

O ile nie ma wątpliwości, że naruszeniem dóbr osobistych jest chociażby naruszenie nietykalności cielesnej czy wizerunku, o tyle w przypadku czci i dobrego imienia granicą bezprawności jest prawo dozwolonej krytyki osoby wykonującej zawód zaufania publicznego.



Fot. egw

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 17.

W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Niepomyślne dla chorego rokowania stwarzają nieod dziś dylemat, jak postępować w takich okolicznościach. Według niektórych lekarzy podstawy ogólnej zasady przekazywania pacjentowi pełnej informacji na temat jego stanu zdrowia w takiej sytuacji chwieją się. Mocno ugruntowana jest tradycja przekazywania złych wiadomości raczej osobom najbliższym niż choremu. Warto tu jednak przypomnieć: po pierwsze – najważniejszą zasadę, w myśl której to pacjent jest właścicielem i dysponentem informacji, która go dotyczy, a po drugie – liczne dowody naukowe podważające przekonanie, że niepomyślne wieści generalnie należy uznać za niebezpieczne dla chorego. Nie tylko doświadczenia wielu innych państw, ale także aktualna wiedza z zakresu psychologii wskazują jednoznacznie, że bardzo trudno budować głębokie zaufanie między pacjentem i lekarzem na nieprawdzie i zakłamaniu (choćby w dobrej wierze). A przecież to zaufanie jest podstawą wspólnego planowania dalszego postępowania medycznego i jego skuteczności (także postępowania paliatywnego). Pacjent w takich okolicznościach zasługuje na poznanie prawdy również z praktycznych powodów (skracający się czas na załatwienie spraw życiowych). Wydaje się, że wielu lekarzy unika rozmowy na temat niepomyślnego rokowania i śmierci, ponieważ po prostu nie potrafi na ten temat mówić, a często nawet myśleć.

Reasumując, decyzja o nieinformowaniu chorego o złych rokowaniach musi być rzadkim wyjątkiem, a nie regułą. Nawet jeśli lekarz podjął taką decyzję, powinien być gotowy do jej zmiany wraz ze zmieniającą się sytuacją pacjenta, a na jego żądanie musi udzielić pełnej informacji. ■



Dane pacjenta **nie muszą** być ujawniane podczas kontroli skarbowej u lekarza – NSA podzielił stanowisko RPO

Kontrola skarbową zażądała od lekarza proktologa danych pacjentów (imion, nazwisk, adresów), którzy korzystali z jego usług. Lekarz odmówił, powołując się na tajemnicę lekarską. Dostał karę porządkową w wysokości 2 tys. zł. Sprawa trafiła do sądu.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gorzowie Wielkopolskim uznał nałożoną karę za zasadną, argumentując, że imię, nazwisko i adres nie są objęte tajemnicą lekarską, bo nie są to dane medyczne. Skargę kasacyjną od wyroku sądu pierwszej instancji wywiódł rzecznik praw obywatelskich, wskazując, że dane identyfikacyjne pacjenta stanowią część dokumentacji medycznej i podlegają ochronie. Wyrok został również zaskarżony przez podatnika. Do postępowania kasacyjnego przyłączyła się Naczelna Izba Lekarska.

Wyrokiem z 4 marca 2016 r. (sygn. akt II FSK 1452/14) Naczelny Sąd Administracyjny uchylił wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim, a także postanowienie dyrektora Izby Skarbowej w Zielonej Górze dotyczące nałożenia kary porządkowej. Sąd uznał, że organy skarbowe nie miały podstaw do żądania od lekarza w trybie wezwaniowym danych identyfikacyjnych jego pacjentów, a zatem nie było podstaw do nałożenia kary porządkowej.

Tym razem sprawę tajemnicy lekarskiej obroniono. Ale czy do końca i na zawsze? Komentują Maciej Hamankiewicz i Marek Balicki.

Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej: – Zakusy na odebranie lekarzom prawa do tajemnicy lekarskiej są tak stare jak sama instytucja tej tajemnicy. Mam duży szacunek do gorzowskiego lekarza, bo twardo stanął do walki w jej obronie, podjął wysiłek wielomiesięcznych zmagañ sądowych. Zaufanie pacjenta do lekarza to często podstawa sukcesu leczenia. Nie wyobrażam sobie, co by się mogło stać bez tego zaufania: pacjent zacząłby kręcić, nie mówić całej prawdy. Boję się jednak, że to nieostatnia próba wydarcia lekarzom prawa do tajemnicy. Apeluję więc do kolegów lekarzy, by w takich sytuacjach nie odpuszczali dla świętego spokoju.

Marek Balicki, były minister zdrowia: – Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego przyjąłem z ulgą. Ale cała sprawa powinna też wywołać inne refleksje, związane z obowiązkiem dotrzymywania tajemnicy lekarskiej. Czy dane medyczne są w Polsce należycie chronione? Oczywiście w omawianej sprawie były. Ale zbyt często zdarza się, że informacje, które powinny pozostać do wyłącznej wiadomości lekarza i pacjenta (ewentualnie także osób upoważnionych przez pacjenta), nie są odpowiednio chronione. Na przykład przed wścibskimi mediami. I nie wynika to wcale z nacisku instytucji państwa, lecz po prostu z niefrasobliwości medyków. Skoro mamy prawo do tajemnicy lekarskiej – co potwierdził Naczelny Sąd Administracyjny – pamiętajmy, że mamy także obowiązek strzeżenia tej tajemnicy. ■

www.rpo.gov.pl/menedzer_zdrowia/egw



Fot. egw

Etos służby wartościom a rzeczywistość **fragmenty**

Wykład inauguracyjny w ASP w Warszawie z 8 października 2014 r.

Tadeusz Tołłoczko

Media chronią społeczeństwo przed „nagą prawdą”, choć powinny przedstawiać realną rzeczywistość, a nie ją kreować. Dlatego wędnie etos prawdy w informacji, a my przyzwyczajamy się traktować to zjawisko jak normalność. Życie społeczne obfituje w problemy i kłamstwem jest sprowadzanie go tylko do personalnych rozgrywek politycznych i wypadków komunikacyjnych, dla odwrócenia uwagi od istotnych, czasem trudnych spraw naszego kraju i społeczeństwa.

Media zapominają, że nie ma wolności bez prawdy. Wolność polega także na tym, że obywatel nie może być ani zmuszany do kłamstwa, ani okłamywany. Wyrażone przez urząd kłamstwo, jeśli nie zostanie publicznie odwołane, napiętnowane i ukarane, dowodzi, że społeczność, do której zostało skierowane, została zniewolona.

Etos demokracji

Demokracja, świetna grecka idea, budzi wiele zastrzeżeń. Od początku tolerowała choćby niewolnictwo, a przecież nie wyobrażamy sobie demokracji bez wolności. Pojęcie „równi i równiejsi” w systemie demokratycznym nie jest naszym rodzimym, czy Orwella, wymysłem. Pamiętajmy, że demokratyczne prawa obejmowały tylko 10 proc. mieszkańców starożytnych Aten.

Wiemy, że tzw. demokratyczne wybory mogą być metodą zdobywania dyktatorskiej władzy. Wybory bez kajdanek dla wyborców wcale nie oznaczają, że są wolne i uczciwe. Znane jest powiedzenie sprzed lat „to nie wybory, tylko głosowanie”. Dyktatury partyjne zawsze mają skłonność do zmuszania obywateli, aby wierzyli, że żyją w ustroju demokratycznym.

Gajusz Juliusz Cezar, a potem Oktawian, choć mieli pełnię władzy, wojskowej, cywilnej i religijnej, jawnie podporządkowali sobie nie tylko struktury państwa, ale i naród. Utrzymywali jednak pozory republikańskiego ustroju. Kaligula wprost zadrwił sobie z senatu, mianując swego konia senatorem. Pozory są od dawna cechą metod sprawowania władzy.

My, współcześni, zapatrzeni w prawa rynkowe demokracji, powinniśmy sobie zdawać sprawę, że w rządzącym nami systemie rynkowym demokracja do niczego nie jest potrzebna, raczej tylko przeszkadza, bo większość trzeba w specyficzny sposób „przekonać” do podjęcia „właściwych” decyzji. Rynek nie potrzebuje obywateli z przysługującymi im prawami, tylko klientów.

Etos ginący

Na proces działania demokratyzacji życia znamienne duży wpływ wywierają prawo i natura ludzka. Oba te czynniki potrafią zniweczyć wszelkie idee, także demokracji, gdy prawa pisane są w konflikcie ze zwyczajowymi. Tak samo jest z bezprawiem, zwłaszcza legalnym.

Społeczeństwu nie chodzi o prawa, ale o sprawiedliwość. Ona jest ostoją Rzeczypospolitej. To sprawiedliwość determinuje jakość demokracji.

Natura ludzka jest jednak ułomna. Wyraża to łacińskie powiedzenie *Video meliora proboque, deteriora sequor* (Widzę i pochwalam lepsze, idę za gorszym). Tę sentencję przetłumaczyłbym na współczesny język: *Jestem przeciwnikiem korupcji, ale za zwiększonym w niej moim udziałem*. Co jest tego przyczyną? Bezideowa pustka i liberalna nadtolerancja.

Z ułomności natury człowieka zdawali sobie sprawę już starożytni. Diogenes w biały dzień chodził po ulicach Aten z zapaloną świecą, wołając: „Szukam człowieka!”.

Następny kłopot związany z demokracją wynika z faktu, że decyduje w niej większość, a nie prawda czy dobro. A większość głosującą wbrew własnemu sumieniu lub bez moralnych rozterek nie jest trudno zorganizować. To jedynie problem techniczny.

Nie należy mylić prawdy z opinią większości. Wniosek z całego wywodu – demokracja bez moralności to potencjalnie wielkie zagrożenie.

Etos inteligencki

Podstawowym etosem dawnej inteligencji była służba społeczna, poczucie narodowej i kulturowej tożsamości, intelektualnego, duchowego i patriotycznego zwierzcnicstwa, także przewodnictwa. Nadrzędną wartością było zachowanie polskości i uzyskanie, a później utrzymanie niepodległości.

W wyniku uwiądnięcia tych ideałów po wojnie pozostało samo wykształcenie. Pojawili się „wykształciuchy” i „inteligenci budżetowi”, a inteligencki etos pozbawiony społecznej misji przemienił się w etos profesjonalisty, specja, technokraty, eksperta. Tak ukształtowani ludzie nie borykają się z intelektualnym czy moralnym niepokojem. Są bogaci w wiedzę praktyczną i to im wystarcza oraz ich w pełni satysfakcjonuje.

Kto ma więc dzisiaj przekazywać społeczeństwu idee prawdy i dobra, obywatelskiego współżycia i odpowiedzialności? Kto ma ukierunkowywać myślenie i działanie społeczeństwa?

Funkcję tę przejął wolny rynek, skomercjalizowane media i politycy. Ustalają zgodnie z własnym interesem kryteria moralności, przyzwoitości, uczciwości, sprawiedliwości. Dlatego współcześnie za człowieka uczciwego uznaje się również takiego, którego dowody przestępstwa zostały jawnie utajnione lub po prostu nieujawnione.

Zapytano mnie kiedyś, nad czym teraz pracuję. – *Na Świątowy Zjazd Polonii Medycznej przygotowuję referat o klauzuli sumienia* – wyjaśniłem. – *Co? Nie szkoda panu czasu? Przecież i tak zgodnie z zasadami demokracji przegłosowane zostają takie zasady moralne, jakie przyniosą polityczną korzyść, a nie etyczną prawdę.* ■



Fot. archiwum

Ból funkcjonalny – śródmiąższowe zapalenie pęcherza

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich konkretnej patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromialgię, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, vulwodynię, przewlekły ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego i zespół niespokojnych nóg. W poprzednich artykułach opisano dwie pierwsze przyczyny, w poniższym – śródmiąższowe zapalenie pęcherza.

Zespół bolesnego pęcherza/śródmiąższowe zapalenie pęcherza

Definicja

Termin śródmiąższowe zapalenie pęcherza (*interstitial cystitis* – IC) jest powszechnie uznawany, ale to określenie mylące, ponieważ sugeruje obecność stanu zapalnego w ścianie pęcherza. IC jest w rzeczywistości stanem przewlekłego bólu pęcherza, czyli zespołem bolesnego pęcherza (*painful bladder syndrome* – PBS). W literaturze medycznej te jednostki występują razem – jako PBS/IC.

Objawy

PBS/IC to silny, nadłonowy ból (dyskomfort, ucisk), któremu towarzyszą takie objawy jak zwiększona częstość oddawania moczu i obecność naglącego parcia. Ból nadłonowy narasta wraz z wypełnianiem się pęcherza i ustępuje przynajmniej częściowo po mikcji. Nie stwierdza się w badaniach dodatkowych objawów infekcji ani innych patologii pęcherza moczowego.

Różnicowanie

PBS/IC należy różnicować z: zapaleniem pęcherza moczowego infekcyjnym (zakażeniem nieswoistym, swoistym lub wirusowym), chemicznym (np. po cytostatykach), fizycznym (np. po radioterapii) oraz alergicznym. Objawy przypominające PBS/IC występują również w przebiegu zapalenia pęcherza, w raku śródnabłonkowym, uchyłkach cewki moczowej, kamicy pęcherza moczowego, endometriozie, torbielach jajników oraz chorobach zapalnych jelit.

Choroby współistniejące

Często PBS/IC współistnieje z: fibromialgią, zespołem jelita drażliwego, napięciowymi bólami głowy, alergiami, chorobami autoimmunologicznymi, schorzeniami reumatologicznymi, vulwodynią, depresją i zaburzeniami lękowymi.

Epidemiologia

Średni wiek pacjenta z PBS/IC to 30–40 lat. Znacznie częściej chorują kobiety, które stanowią 90 proc. pacjentów.

Kryteria rozpoznania

PBS/IC towarzyszy następująca triada objawów: częstomocz (oddawanie moczu częściej niż 8 razy na dobę), ból miednicy mniejszej, krwotok śluzówkowy stwierdzany podczas cystoskopii.

W praktyce klinicznej dokonuje się rozpoznania, wykluczając: wiek poniżej 18. roku życia, dzienne oddawanie moczu poniżej 8 razy, objawy trwające mniej niż 9 miesięcy, nieoddawanie moczu w nocy, ustąpienie choroby po zastosowaniu leków antyseptycznych i przeciwbakteryjnych, zapalenie pochwy, rozpoznanie zapalenia bakteryjnego układu moczowego w ostatnich 3 miesiącach, kamicy pęcherza moczowego lub moczowodu, uchyłek cewki moczowej, nowotwór cewki moczowej, szyjki macicy i pochwy, popromienne zapalenie pęcherza moczowego, opryszczkę urogenitalną, gruźlicze i chemiczne zapalenie pęcherza moczowego, nadreaktywność wypieracza, objętość cystometryczną pęcherza moczowego powyżej 350 ml, parcia naglące przy wypełnieniu pęcherza moczowego powyżej 150 ml.

Charakterystyczny dla PBS/IC jest nagły początek. Choroba przybiera postać przewlekłą lub okresowo zaostrza się bądź ma charakter postępującego procesu prowadzącego do trwałego uszkodzenia ściany pęcherza (mały marski pęcherz). Najistotniejszymi elementami rozpoznania są: dokładny wywiad (dotyczący m.in. charakteru, czasu trwania, nasilenia dolegliwości), badanie fizykalne (pochwowa palpacja pęcherza, ocena mięśni dna miednicy) oraz badania dodatkowe.

Patogeneza

Etiologia PBS/IC pozostaje niewyjaśniona. W ścianie pęcherza moczowego występują różne zmiany i nie wiadomo, które są pierwotne. Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić etiologię choroby, a dane zawarte w literaturze przedmiotu niejednokrotnie bywają sprzeczne. PBS/IC jest często wspólnym, końcowym etapem różnych patologii pęcherza moczowego lub istnieje pierwotny, dotychczas nieznaną czynnik wyzwalający. Do licznych teorii należy przedstawiona przez Talcotta Parsonsa koncepcja zwiększonej przepuszczalności nabłonka dla szkodliwych substancji zawartych w moczu. Według niej składniki moczu, naciekając w głąb ściany pęcherza, powodują zmiany (m.in. nacieki zapalne). Koncepcja Parsonsa wiąże zmiany histologiczne ściany pęcherza z zaburzeniami ilościowymi i jakościowymi warstwy glikoaminoglikanów pokrywających *urotelium* i chroniących komórki nabłonka przed kontaktem z toksynami. Infiltracja błony śluzowej przez składniki moczu tłumaczy obecność komórek zapalnych w ścianie pęcherza, a estrogeny są jednym z czynników pobudzających ich degranulację. Ten mechanizm przyczynia się do znacznie częstszego występowania PBS/IC u kobiet. Badania eksperymentalne wskazują również na udział czynnika antyproliferacyjnego (*antiproliferative factor* – APF) w patofizjologii PBS/IC. APF jest wy-

tworzony przez komórki nabłonka pęcherza, znajduje się go w moczu około 95 proc. pacjentów z PBS/IC wobec zaledwie 5 proc. osób z grupy kontrolnej. Może mieć udział w patogenezie tej choroby na drodze zmian różnicowania, tworzenia ścisłych połączeń międzykomórkowych i proliferacji komórek nabłonkowych pęcherza. Ostatecznym efektem jest zaburzenie integralności bariery nabłonkowej, jednak dotąd zawiodły próby pomiaru poziomu APF, w celu użycia go jako klinicznego markera dla PBS/IC. W patofizjologii PBS/IC odgrywają także rolę: czynniki immunologiczne, nadwrażliwość układu nerwowego, czynniki genetyczne i dysfunkcja mięśni dna miednicy.

W rozpoznaniu PBS/IC zalecane są następujące badania: ogólne i posiew moczu, dobowy zbiórka moczu, USG jamy brzusznej, uretrocystoskopia, biopsja i badanie cytologiczne osadu, test wrażliwości na potas, tj. test Parsonsa, który polega na podaniu dopęcherzowym roztworu chlorku potasu i obserwacji bólowej pacjenta (dodatni wynik tego testu, czyli ból, uznaje się za diagnostyczny dla PBS/IC), prowokacja środkiem znieczulającym, polegająca na podaniu do pęcherza roztworu lidokainy, co pozwala ocenić odczyn objawowy (jeśli ból zmniejsza się lub ustępuje, świadczy to, iż jego źródłem jest pęcherz, natomiast nieustępowanie bólu dowodzi, że przyczyna jest inna), badanie urodynamiczne z pomiarem objętości moczu zalegającego po mikcji.

Leczenie

W przypadku śródmiąższowego zapalenia pęcherza leczenie jest trudne. Ze względu na brak jednoznacznego stwierdzenia przyczyny choroby nie ma specyficznego leku, którego zastosowanie gwarantowałoby oczekiwany efekt. Obecnie stosuje się wiele metod terapii, które w różnym stopniu łagodzą objawy. Skuteczność niektórych wiązać można z naturalnie występującymi remisjami choroby. U 35 proc. pacjentów poprawa jest obserwowana po zastosowaniu placebo.

W leczeniu PBS/IC można wyróżnić dwa kierunki: **leczenie farmakologiczne (doustne i dopęcherzowe)** oraz **leczenie zabiegowe**. Każda metoda ma zwolenników dowodzących jej dużej skuteczności i przeciwników przedstawiających brak efektów terapeutycznych.

Zgodnie z koncepcją, że główną przyczyną IC jest uszkodzenie warstwy glikoaminoglikanów na powierzchni nabłonka pęcherza, stosowane są leki mające po podaniu doustnym lub dopęcherzowym odbudowywać strukturę GAG. Najpopularniejszym lekiem doustnym jest syntetyczny polisacharyd – siarczan sodowy pentozanu (nazwa handlowa: Elmiron). Stosuje się go w dawce 100 mg trzy razy dziennie. Wydalany jest z moczem częściowo i odkłada się na ścianie pęcherza, odbudowując ochronną warstwę glikokaliksę.

Oprócz pochodnych pentozanu, wśród leków przyjmowanych doustnie są także steroidy, leki przeciwhistaminowe, blokery kanału wapniowego oraz TCA.

Do leczenia PBS/IC wykorzystywano dopęcherzowe wlewy wielu środków. Skuteczny okazał się sulfotlenek dimetylowy (DMSO), produkt uboczny procesu wytwarzania pulpy drzewnej i rozpuszczalnik o aktywności przeciwzapalnej, bakteriostatycznej, analgetycznej oraz zwiotczającej mięśnie. Stosuje się serię sześciu wlewów dopęcherzowych w odstępach tygodniowych. Dopęcherzowe podanie DMSO jest całkowicie bezpieczne, nie ma niepożądanych działań. Odsetek zmniejszenia dolegliwości sięga 70 proc.

W leczeniu dopęcherzowym wykorzystuje się również heparynę, która należy do grupy glikoaminoglikanów. Odkładając się na powierzchni ściany pęcherza, odtwarza war-

stwę ochronną oraz wykazuje działanie przeciwzapalne. Spośród innych leków stosowanych dopęcherzowo wymienić należy: kromoglikan sodu (intal), lignokainę, kwas hialuronowy, kapsaicynę, doksorubicynę oraz BCG.

Nową formą leczenia dopęcherzowego jest wykorzystanie toksyny botulinowej we wstrzyknięciach pod błonę śluzową trójkąta oraz dna pęcherza moczowego. Toksyna botulinowa, ze względu na działanie antycholinergiczne, znalazła zastosowanie w urologii, do leczenia neurogennych zaburzeń pęcherza moczowego.

W leczeniu PBS/IC ważną rolę odgrywają metody zachowawcze. Należą do nich: *biofeedback*, akupunktura, przezskórna stymulacja nerwów, podawanie tlenu hiperbarycznego, a także proste zalecenia dietetyczne, np. unikanie kofeiny, alkoholu, napojów zawierających aspartam, produktów zakwaszających mocz, serów, czekolady, ostrych przypraw.

Około 5 proc. pacjentów nie reaguje na leczenie farmakologiczne oraz zachowawcze. W ich przypadku należy rozważyć zastosowanie technik operacyjnych.

Inwazyjne metody leczenia są przedmiotem dyskusji i wątpliwości. Pierwszą, stosowaną do dziś, jest hydrodystencja pęcherza moczowego płynem podawanym podczas cystoskopii, pod ciśnieniem 80 cm H₂O, przez 8 minut. Badania obserwacyjne sugerują, że około 50 proc. pacjentów reaguje pozytywnie na rozdęcie wodne. Remisja trwa zazwyczaj 8–10 miesięcy, u prawie wszystkich chorych stopniowo objawy powracają. Ponowne leczenie rozdęciem wodnym zazwyczaj przynosi już gorsze skutki. Ponadto proponuje się wiele innych metod, takich jak: sympatektomia, neurotomia krzyżowa, rozcięcie i ponowne zszycie ściany pęcherza, plastyka pęcherza do wycięcia pęcherza i cewki moczowej oraz neuromodulacja odcinka krzyżowego.

Podsumowanie

– Rozpoznanie PBS/IC można postawić w oparciu o triadę objawów, ale w praktyce klinicznej wykorzystuje się rozpoznanie z wykluczenia.

– Etiologia PBS/IC pozostaje niewyjaśniona.

– W leczeniu PBS/IC można wyróżnić: metody zachowawcze, leczenie farmakologiczne (doustne i dopęcherzowe) oraz leczenie zabiegowe. ■

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

Wybrane piśmiennictwo:

1. Dybowski B., *Przegląd metod leczenia śródmiąższowego zapalenia pęcherza*, „Urologia Polska” 2007; 8,1(41): 75–77.
2. Parsons C.L., Bullen M., Kahn B.S., *Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity*, „Obstet Gynecol” 2001; 98: 127–132.
3. Przeklasa-Muszyńska A., *Metody alternatywne i uzupełniające w leczeniu bólu funkcjonalnego*, „Ból” 2013; 14(3): 40.
4. Radziszewski P., *Śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego (IC), zespół bolesnego pęcherza (ZBP)*, „Kwartalnik NTM” 2009; 1(28): 6–7.
5. Sękowska A., Malec-Milewska M., *Bóle miednicy mniejszej i bóle krocza u kobiet. Kompendium leczenia bólu*, red. Malec-Milewska M., Woroń J., Medical Education, Warszawa 2012; 211–229.
6. Sud R., Spengler R.N., Nader N.D., Ignatowski T.A., *Antinociception occurs with a reversal in alpha 2-adrenoceptor regulation of TNF production by peripheral monocytes/macrophages from proto anti-inflammatory*, „Eur J Pharmacol” 2008; 588: 217–31.
7. Wroński S., *Zespół bolesnego pęcherza i śródmiąższowe zapalenie pęcherza. Przyczyny i możliwości leczenia z uwzględnieniem roli dopęcherzowego stosowania kwasu hialuronowego*, „Przegląd Urologiczny” 2008; 9(2): 48.
8. Vercellini P., *Przewlekły ból miednicy*, red. polskiego wydania Dębski R., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013: 94–107.

„Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się” – przekonuje prof. Jerzy Stuhr, aktor i reżyser, ambasador kampanii społeczno-edukacyjnej „Bądź wolny od bólu. Medycyna w służbie pacjenta”. Jej celem jest zniesienie barier w zakresie leczenia bólu i wsparcie chorych w podjęciu terapii przeciwbólowej.

Oprawie pacjenta do leczenia bólu i opioidofobii, która jest największym wrogiem skutecznego łagodzenia i uśmierzenia bólu, rozmawiali uczestnicy konferencji zorganizowanej przez Koalicję na rzecz Walki z Bólem. Ostry ból dotyka 5 proc. populacji, ale ponad 27 proc. (a odsetek ten wzrasta wraz z wiekiem, w populacji osób powyżej 65 lat dotyczy 50 proc.) cierpi na ból przewlekły. Najczęstszymi zespołami bólu przewlekłego nienowotworowego są: choroba zwyrodnieniowa stawów i bóle krzyża, bóle głowy, urazy i ból neuropatyczny.

Jan Dobrogowski, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, podkreśla, że pacjent ma prawo domagać się od personelu medycznego ulgi w dolegliwościach bólowych. Zwraca też uwagę, że potrzebna jest gruntowna wiedza w zakresie skutecznego uśmierzenia bólu. Terapia musi być indywidualnie dobrana, prowadzona w zgodzie z medycyną opartą na faktach i w uzgodnieniu z pacjentem. Najczęściej popełnianym błędem w terapii bólu jest samoleczenie, ale też obawy dotyczące stosowania silnych analgetyków opioidowych. Tymczasem, jak zapewnia dr Jarosław Woron z Collegium Medicum UJ w Krakowie, leki opioidowe należą do najbezpieczniejszych, pod warunkiem, że są stosowane świadomie i w odpowiednich dawkach. – *Trzeba sprostować teorię o ryzyku uzależnienia* – podkreśla dr Woron. – *Dzisiaj dla każdego pacjenta można przygotować odpowiednią terapię.*

– *Z opioidofobią musimy walczyć* – uważa Jadwiga Pyszkowska, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny pa-

liatywnej województw śląskiego i opolskiego. Zwraca uwagę, że lęk przed analgetykami opioidowymi jest ciężką chorobą społeczną, która dotyka nie tylko pacjentów i lekarzy, ale też decydentów. Sytuacji nie poprawia ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. – *W medycynie nie ma pojęcia narkotyku. Leczymy osoby cierpiące, które potrzebują leków przeciwbólowych* – mówi dr Pyszkowska, podając przykłady złych praktyk będących wynikiem lęku przed opioidami. Uważa, że lekarze nieraz nie zapisują leków opioidowych w obawie przed uzależnieniem chorego od „narkotyków” lub nie dysponują receptami „Rpw”. Uzależnienia i skutków ubocznych boją się też pacjenci, a ich bliscy – reakcji otoczenia.

– *Jeżeli pacjent chce leczyć ból, to jest to pacjent świadomy* – zauważa Jarosław Drobnik, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. – *Ale jakże często dominuje przekonanie, że ból jest ceną walki z chorobą. Takie podejście trzeba zmienić. Niestety, w poradni podstawowej opieki zdrowotnej, w czasie wizyty pacjenta trwającej 10–15 minut, trudno odpowiednio zająć się problemem bólu. Dlatego powinny powstać mapy dostępności poradni leczenia bólu, a także ulec zmianie zasady kształcenia kadr medycznych uwzględniające ten obszar zagadnień.*

Przełamywanie barier w dostępie pacjentów do leczenia bólu wciąż wymaga podnoszenia świadomości społecznej – pacjentów, lekarzy, oraz rozwiązań prawnych i legislacyjnych. ■
ach

Leczyć ból

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel.: 663-47-54-09.



PATRONAT „PULSU”

PATRONAT HONOROWY NAD KONFERENCJĄ:
minister zdrowia dr med. Konstanty Radziwiłł,
rektor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie ks. prof. dr hab. Stanisław Dziekoński

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
Wydział Teologiczny Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Koło Naukowe Teologów UKSW
prezes Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego
Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Ziemi Radomskiej
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Franciszka Czubalskiego w Przysusze
Szkoła Główna Służby Pożarniczej w Warszawie
Okręgowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Radomiu
zapraszają na

V Konferencję Służby Zdrowia
Ból i Cierpienie. Ognisko światła i ciemności.
Medycyna – teologia – kultura

16 kwietnia 2016 r.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie,
ul. Dewajtis 5, Aula Jana Pawła II, godz. 10.00



IX Kongres Polonii Medycznej

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

WSPÓLNIE WYZNACZAMY I UPOWSZECHNIAMY ŚWIATOWE
STANDARDY 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

BADANIA SPECJALISTYCZNE

NAJNOWSZYM 3 TESLOWYM
REZONANSEM:

Ortopedyczne, Neurologiczne,
Onkologiczne, Naczyniowe

ZAPEWNIAMY:

- ▶ Wyższą jakość i dokładność obrazowania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Krótszy czas trwania badania w porównaniu do aparatów 1,5 Tesli
- ▶ Badania opisywane przez najlepszych radiologów
- ▶ Krótki czas oczekiwania na badanie i wynik badania
- ▶ Atrakcyjne ceny



GRUPA
enel-sport
ortopedia rehabilitacja

ENEL-SPORT Centrum Ortopedii i Rehabilitacji
ul. Łazienkowska 3, Warszawa
Umawianie badań: 22 23 07 007*

*koszt według taryfy operatora

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 przelać:
e-mailem (skan): ubezpieczenia@oilwaw.org.pl,
faksem: (+48) 22-542-83-04 lub pocztą pod adresem
Izby: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18.

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 – skorzystało już ponad 10 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów

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. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie jako pierwsza zaproponowała swoim członkom takie rozwiązanie.

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. Lekarze i lekarze dentyści, którzy są zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płaćący składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie.

OIL jest organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek.

W związku z pytaniami dotyczącymi tego programu przypomina, że:

- 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);
- 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 zlecenia czy umowie o pracę).

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

Zgodnie z warunkami izbowego programu ubezpieczenia miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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 finansowanej 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 w spodziewanej przez siebie wysokości i na umówionych warunkach.

Nowości w ofercie

Lekarze i lekarze dentyści ubezpieczeni w ramach programu grupowego ubezpieczenia OC prowadzonego przez OIL w Warszawie otrzymują (listownie pod adresem domowym) 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 Medbro-

Szczegółowe informacje o ubezpieczeniu są dostępne na stronie: www.oilwaw.org.pl, a także u operatora programu w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker, tel. (+48) 508-504-318, 508-504-332, e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie



Wypełnij formularz (na stronie obok) i przystąp do ubezpieczenia. Nie czekaj!



Becikowe w OIL w Warszawie

Od stycznia 2015 r. rodzicom – członkom OIL w Warszawie przysługuje świadczenie z tytułu urodzenia dziecka (tzw. becikowe) w wysokości 1 tys. zł. W 2015 r. wypłacone zostało z tego tytułu 360 tys. zł. **W najbliższym czasie wnioski o przyznanie tego świadczenia będzie można składać on-line.**

Regulamin oraz inne informacje na ten temat zamieszczone są na stronie internetowej Izby, w zakładce Rady Funduszu Samopomocy:

www.oilwaw.org.pl/strona-glowna/rada-funduszu-samopomocy/ ■

Roman Olszewski, przewodniczący Rady Funduszu Samopomocy

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

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

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

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Komisja ds. Emerytów i Rencistów spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików.

KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać.

W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

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

22.04.2016 r. odbędzie się spotkanie z prof. **Tadeuszem Tołłoczką**.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



*To tylko sprawozdanie
choć forma wierszowana
KLK się spotkało
by gościć B. Chazana.
Tłumów tutaj nie było
– a szkoda moi mili
Czarujące spotkanie
powstało w jednej chwili...*

*O sumieniu lekarza
dyskusja się toczyła..
Jakie jest to sumienie?
I w czym jest jego siła.
No ale najważniejsza
jest informacja ta,
że pan profesor Chazan
jest członkiem KLK...*

adk

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL

poniedziałek – piątek
od 8.00 do 16.00

Kasa

poniedziałek, wtorek
od 9.00 do 15.30,

środa

od 9.00 do 17.00,

czwartek, piątek

od 9.00 do 15.30

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek
od 8.45 do 15.45,

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

SZKOLENIA

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, zaprasza na szkolenia:



„Prawo medyczne w praktyce lekarza”

19 kwietnia, wtorek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)

17 maja, wtorek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)

„Jak komunikować się z pacjentem

– trening skutecznego porozumiewania się”

10 maja, wtorek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

„Asertywność w zawodzie lekarza”

23 lutego, wtorek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

12 marca, sobota, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

21 marca, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

4 czerwca, sobota, godz. 9.00–15.45

(Delegatura Radomska, Radom, ul. Rwańska 16)

„Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy.

Jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”

23 kwietnia, sobota, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

„Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w zawodzie lekarza”

4 kwietnia, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

13 czerwca, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

Nowy cykl kursów „Spotkanie z konsultantem” dla lekarzy w trakcie specjalizacji.

„Praktyka lekarska – między wiedzą, prawem a etyką”

21 kwietnia, czwartek, godz. 16.00–19.05 (OIL Warszawa)

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dr. n. med. Marek Stopiński.

28 kwietnia, czwartek, godz. 16.00–19.05 (OIL Warszawa)

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska.

Udział jest bezpłatny, liczba miejsc ograniczona.

O wzięciu udziału w kursie decyduje kolejność zgłoszeń.

Uczestnicy uzyskują 3 punkty edukacyjne.

Zapisać się można wyłącznie przez wypełnienie formularza elektronicznego znajdującego się na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (www.oilwaw.org.pl), w zakładce szkolenia i konferencje. Informacje: tel. 22-54-28-376 w godzinach pracy biura ODZLiLD: 8.00–16.00.

Warsztaty w Brukseli

Przedstawicielki OIL w Warszawie, lek. Anna Oleksiak oraz lek. Anna Maria Śladowska, uczestniczyły w warsztatach na temat korzyści zdrowotnych i społecznych z bioróżnorodności oraz ochrony środowiska (Workshop on the Health and Social Benefits of Biodiversity and Nature Protection), które odbyły się w Brukseli 26–27 stycznia 2016 r.

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele Komisji Europejskiej, WHO, WWF, IEEP, EMA, CPME, EUROPARC oraz innych organizacji zajmujących się ochroną zdrowia i środowiska w Unii Europejskiej. Należy podkreślić, że zaledwie 13,5 proc. uczestników stanowili reprezentanci sektora zdrowia, zatem udział dwóch lekarzy z Polski w międzynarodowej dyskusji spotkał się z dużą aprobatą i zainteresowaniem.

Podczas warsztatów dyskutowano m.in. nad wyzwaniem zdrowotnymi, społecznymi oraz środowiskowymi stojącymi aktualnie przed UE (takimi jak: choroby cywilizacyjne, otyłość, niska aktywność fizyczna, choroby psychiczne, rehabilitacja i rekonwalescencja, starzenie się społeczeństwa, wpływ zanieczyszczenia powietrza i hałasu na zdrowie, ochrona bioróżnorodności, korzyści z programu Natura 2000, zielona infrastruktura), a także nad opracowaniem wspólnej strategii postępowania wobec wymienionych wyzwań. Zaprezentowano konkretne rozwiązania, przyczyniające się do poprawy stanu zdrowia lub osiągnięcia korzyści społecznych przez realizację projektów zarówno na poziomie lokalnym, jak i narodowym. ■

Anna Oleksiak

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

Krajowe oferty pracy na 8.03.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 17	diabetologia 2	medycyna nuklearna 1	pediatria 24	stomatologia 6
alergologia 5	endokrynologia 5	medycyna paliatywna 1	psychiatria 6	stomatologia ortodon. 2
alergologia dziecięca 2	endokrynologia dziec. 1	medycyna pracy 5	psychiatria (biegły sąd.) 1	stomatologia period. 1
andrologia 1	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 3	psychiatria dziecięca 3	stomatologia protetyka 2
anestezjologia 2	gastroenterologia 4	medycyna rodzinna 28	radiologia 3	urologia 3
audiologia 1	geriatria 3	medycyna sportowa 1	rehabilitacja medyczna 2	USG 6
balneologia i med. fiz. 1	ginekologia i poł. 8	nefrologia 3	reumatologia 4	USG ginekologiczne 1
chirurgia dziecięca 2	ginekologia/endokryn. 1	neonatologia 3	seksuologia 1	USG pediatryczne 1
chirurgia klatki piers. 1	hematologia 1	neurochirurgia 3		
chirurgia naczyniowa 3	hipertensjologia 1	neurologia 11		
chirurgia ogólna 5	kardiologia 11	neurologia dziecięca 1		
choroby płuc 7	kardiologia/hipertens. 1	okulistyka 5		
choroby wewnętrzne 37	kardiologia dziecięca 1	onkologia 3		
dermatologia 3	laryngologia 5	ortopedia 7		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Fot. archiwum

List z Domu Lekarza Seniora

Do naszej redakcji dotarł list lekarzy pensjonariuszy Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza. Zawiera wiele pytań, uwag i postulatów. Z powodu ograniczonego miejsca na łamach zamieszczamy jedynie zredagowane fragmenty.

Uprzejmie prosimy o jak najszybsze i skuteczne zajęcie się statusem i losem mieszkających w Domu Lekarza Seniora pensjonariuszy, wśród których obecnie tylko część to lekarze.

W przeprowadzonym konkursie na stanowisko dyrektora DLS została powołana osoba, która nie uzyskała największego poparcia. Czy odbyło się to za wiedzą izby lekarskiej i Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia? Od 17 września 2013 r. DLS kieruje pielęgniarka z tytułem magistra, która działa, nie licząc się z naszym zdaniem. Nie reaguje też na nasze prośby wyrażone na piśmie. Pensjonariusze lekarze odczuwają ewidentny ostracyzm wobec siebie. Przy obsadzie stanowiska dyrektora Domu Lekarza Seniora jego specyfikę należy zdecydowanie uwzględnić.

Nie wiemy, na jakiej podstawie prawnej zostały połączone dwa domy: Dom Związków Zawodowych Ministerstwa Zdrowia i niezależny dotychczas Dom Lekarza Seniora? W ciągu 2,5 roku zostało przyjętych 30 osób, niebędących lekarzami, przeniesionych z Domu Pracownika Służby Zdrowia. Natomiast lekarze, którzy starają się o przyjęcie, są traktowani odmownie.

Wyraźnie pogorszyły się warunki życia w Domu Lekarza Seniora. Według nas przyczyną jest zwiększenie liczby mieszkańców, przy jednoczesnym zmniejszeniu poniżej potrzeb zatrudnienia personelu. Czujemy zagrożenie bezpieczeństwa mieszkańców. Zdarza się, że na dyżurze zostaje tylko jedna pielęgniarka (na ponad 100 osób) bez pomocy salowej.

Niewłaściwe traktowanie dotyczy również części pracowników DLS, którzy często w obawie przed utratą pracy godzą się wykonywać różne polecenia niezgodnie z ich zakresem obowiązków.

Prosimy o odwołanie ze stanowiska pani dyrektor oraz potwierdzenie, że nasz Dom jest w pełni Domem Lekarza, w którym będziemy mieć też swój głos i będziemy bezpieczni.

Dom Lekarza Seniora to majątek lekarzy, wielka sprawa, o którą należy dbać. Każdy z Was, Koledzy Lekarze, może się tu znaleźć. Wielkim darem jest to, że będziecie mieć gdzie zamieszkać.

oprac. kb

Oryginał listu z nazwiskami pensjonariuszy, którzy go podpisali, znajduje się w posiadaniu redakcji.



pomagajmy sobie!

Szanowna Pani Redaktor. Wyrazy szacunku i pełnej akceptacji dla inicjatywy zwrócenia uwagi na problem uzależnień w środowisku lekarskim. Temat bolesny i mam wrażenie ukrywany w imię fałszywie pojętej solidarności zawodowej lub po prostu lekceważony. Jak rozpoznać problem, jak interweniować, jak skutecznie pomóc? Publikacja opracowana przez dr. Woronowicza, dołączona do „Pulsu” 3/2016, daje podstawowe wskazówki. To, że problem istnieje, wiemy wszyscy. O tym, że jest niedoceniany, świadczy brak badań na temat uzależnień w środowisku służby zdrowia. Dobrze się stało, że Redakcja wykonała ten pierwszy krok.

Z wyrazami szacunku dla Pani i Redakcji.

Małgorzata Gadomska, lekarz okulista

PRO SENIORE



Przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie od 1996 r. istnieje Fundacja *Pro Seniore* im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej. Ma status organizacji pożytku publicznego. Celem jej działalności jest wspomaganie lekarzy seniorów m.in. przez: otoczenie osób samotnych opieką i pomocą, zapewnienie zorganizowanej opieki zdrowotnej dla lekarzy emerytów i rencistów znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, współpraca z Polonią i Polakami za granicą, prowadzenie działalności charytatywnej, działania na rzecz promocji zdrowia. Fundacja ma także upoważnienie do organizacji przedsięwzięć gospodarczych, w tym imprez okolicznościowych i innych uroczystości związanych z funkcjonowaniem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Co roku m.in.

organizuje we współpracy z Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego rodzinne pikniki integracyjne oraz Charytatywną Galę Karnawałową Przyjaciół Fundacji *Pro Seniore*.

W 2015 r. fundacja wygenerowała zysk w wysokości 45 820,24 zł. Przychód z tytułu wpłat obywateli 1 proc. od podatku dochodowego w 2015 r. wyniósł 22 375,18 zł. Fundacja przeznaczyła ponad 14 tys. zł na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego dla 21 lekarzy seniorów, wsparła emerytowanych lekarzy z Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza, zorganizowała spotkanie wigilijne, zakupiła paczki świąteczne, na które przeznaczyła kwotę ponad 13 tys. zł, a dla najbardziej potrzebujących przekazała specjalistyczne opatrunki przeciwoleżynowe oraz inne produkty medyczne do pielęgnacji ciała. ■

Andrzej Surowiecki, prezes Fundacji *Pro Seniore*

doniesienia naukowe



Lek na samobójstwa?

Czy farmakologicznie będzie można zredukować myśli samobójcze, szczególnie u osób wymagających natychmiastowej pomocy, żeby uchronić je przed odebraniem sobie życia? Okazuje się, że może w tym pomóc buprenorfina, opioid o silnym i długotrwałym działaniu przeciwbólowym, 40 razy silniejszym niż morfina, jednak o niższej aktywności wewnętrznej, dzięki temu bezpieczniejszy.

W ostrych stanach niezbyt pomocne są antydepresanty, bo zaczynają działać zbyt późno, nawet po sześciu tygodniach. Przydatna jest ketamina, ale ma tę wadę, że wywołuje halucynacje i szybko przestaje dawać efekty. A opioid, taki jak buprenorfina?

Naturalne opioidy wytwarzane są w organizmie do zwalczania zarówno bólu fizycznego, jak i psychicznego, na przykład wywołanego odrzuceniem społecznym. U osób w depresji ten mechanizm jednak nie działa. Podanie opioidów w małych dawkach sprawia, że nabierają one dystansu do społecznego odrzucenia.

Jaak Panksepp z Washington State University w Pullman ma nadzieję, że podobny efekt można uzyskać u ludzi z myślami samobójczymi. Razem ze specjalistami z uniwersytetu w Hajfie przetestował buprenorfinę u 40 osób, które uzyskały w teście zagrożenia samobójstwem 20 pkt., czyli poziom wymagający hospitalizacji dla bezpieczeństwa pacjenta. Po tygodniu leczenia zagrożenie spadło w teście o 3 pkt., a po miesiącu – o 10. W grupie kontrolnej, w której podawano jedynie placebo, zanotowano po miesiącu obserwacji spadek zaledwie o 2 pkt.

Buprenorfina ma tę zaletę, że wyższe dawki nie zwiększają działania przeciwbólowego. W USA w 2013 r. 9 mln dorosłych miało myśli samobójcze. Ponad 1 mln targnęło się na własne życie, spośród nich 400 tys. wymagało pomocy medycznej („New Scientist”, 6.02.2016).

O połowę mniej zakażeń HPV w USA

Potwierdza się skuteczność szczepionki przeciwko wirusowi HPV, który zwiększa ryzyko rozwoju raka szyjki macicy u kobiet, a także raka jamy ustnej i odbytu oraz wywołuje brodawki płciowe (kłykciny kończyste). Z najnowszych obserwacji wynika, że w Stanach Zjednoczonych, gdzie podawano ten preparat, o ponad połowę zmniejszyła się liczba zakażeń tym patogenem.

Johannes Bogaards z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz Środowiska w Holandii, który nie uczestniczył w badaniach, twierdzi, że mogą one przekonać sceptyków do szczepień przeciwko wirusowi HPV. W USA uzyskano taki efekt, choć zaszczepiono jedynie co trzecią osobę w wieku 14–19 lat (trzema dawkami preparatu).

Simon Barton z Imperial College London uważa, że najnowsze badania rozwiewają obawy, iż szczepionka zachęca do ryzykownych zachowań seksualnych. Nie zauważono, by w okresie dziesięciu lat jej oficjalnego stosowania nastolatki

miały większą liczbę partnerów seksualnych. Dwie trzecie poddanych szczepieniom kobiet miało dwóch lub trzech partnerów, czyli tyle, ile te, które się nie zaszczepiły.

Za wcześnie jeszcze, by ocenić, w jakim stopniu szczepienia przyczyniły się do zmniejszenia liczby zachorowań na raka szyjki macicy, jamy ustnej lub odbytu. W Australii zaobserwowano 61-proc. spadek liczby przypadków zakażenia brodawkami płciowymi. Badania w latach 2003–2006, przeprowadzone jeszcze przed wprowadzeniem preparatu do obrotu, wykazały, że w grupie dziewcząt od 14 do 19 lat wykrywalność HPV w śluzówce pochwy spadła z 11,5 do 4,3 proc. W USA i Australii szczepionka przeciwko HPV podawana jest również chłopcom („Pediatrics”, marzec 2016).

Przybliżyć cesarkę do porodu naturalnego

Wcieranie w usta, odbytu i ciało noworodka wymazu z pochwy kobiety, która rodzi za pomocą cesarskiego cięcia, może zmniejszyć u dziecka ryzyko astmy, alergii pokarmowej i otyłości. Taką przynajmniej nadzieję mają specjaliści z Mount Sinai School of Medicine w Nowym Jorku.

Z badań wynika, że dzieci urodzone dzięki cesarskiemu cięciu częściej chorują z powodu wspomnianych schorzeń i mają kłopoty z tuszą. Według jednej z hipotez powodem jest inna niż w przypadku porodu naturalnego flora bakteryjna, która kolonizuje jelita przychodzącego na świat dziecka. Po cesarce brakuje mu korzystnych drobnoustrojów matki, a mogą dojść te, które przenikną z sali operacyjnej.

Jose Clemente z Nowego Jorku zakładał kobietom przed cesarskim cięciem sterylny opatrunek, który używany był jak tampon. Usuwano go tuż przed operacją, a potem wycierano nim ciało dziecka, szczególnie usta i odbytu. Nie wiadomo jeszcze, jakie to przynosi efekty, jednak metoda jest dość prosta i tania, łatwo ją zastosować, więc warto wypróbować. W myśl zasady – lepiej robić cokolwiek niż nic („Nature Medicine”, 1.02.2016).

Kontrola cukrzycy

Intensywna kontrola cukrzycy na początku terapii daje efekty po wielu latach, nawet jeśli zalecenia nie były później w pełni przestrzegane. U chorych z cukrzycą typu 1 o 30 proc. zmniejsza ryzyko zawału serca i udaru mózgu po upływie około 30 lat także wtedy, gdy była prowadzona jedynie przez 6,5 roku.

Takie są wnioski z badań Diabetes Control and Complications Trial, które rozpoczęto w latach 1983–1996 i którymi objęto 1441 osób w wieku od 13. do 39. roku życia, z cukrzycą typu 1.

Przez kolejnych 20 lat kontynuowano obserwację diabetyków, ale aż ponad 1300 z nich nie przestrzegało w pełni zaleceń intensywnego leczenia. Mimo to korzystne efekty wczesnej kontroli obserwowano nawet po upływie kilkudziesięciu lat. Ryzyko zawału, udaru i zgonu sercowo-naczyniowego było o 32 proc. mniejsze po upływie średnio 26 lat.

Dr John B. Buse z University of North Carolina School of Medicine w Chapel Hill w wypowiedzi dla Agencji Reuters zwraca uwagę, że korzystne rezultaty w kontrolowaniu cukrzycy uzyskano, choć dawniej zalecenia terapii nie były aż tak rygorystyczne jak obecnie. Jego zdaniem świadczy to, że warto przestrzegać zaleceń tak długo, jak tylko jest to możliwe. Najnowsze wskazania mówią, by utrzymywać hemoglobinę glikowaną (HbA1c) na poziomie 7 proc. lub zbliżonym, który jest dobrym wskaźnikiem wyrównania cukrzycy („Diabetes Care”, 9.02.2016). ■

Zbigniew Wojtasiński

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 nieosiągnięcia przychodów.

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

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

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

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

UWAGA!!!

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).

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 Kuźawczyk
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.



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

DYŻURY

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

Ambitne plany szpitala w Pionkach

Fot. archiwum



Nasza placówka nie jest duża, ale mimo problemów staramy się ją unowocześniać i czynić coraz przyjaźniejszą dla pacjentów i personelu – zapewnia Aleksander Gawlik, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach, z którego usług skorzystało w 2015 r. ponad 60 tys. osób. Nie tylko mieszkańców regionu radomskiego.

Dumą pionkowskiego SPZZOZ jest otwarty w ubiegłym roku Zakład Opiekuńczo-Leczniczy. Starania o jego budowę trwały blisko pięć lat, choć celowości inwestycji nikt nie podważał. Duże bezrobocie, skutkujące odpływem młodych ludzi, spowodowało, że najliczniejszą grupę mieszkańców regionu stanowią dziś osoby powyżej 70. roku życia, czyli potencjalni pacjenci ZOL.

W bardzo nowoczesnym obiekcie, który kosztował prawie 8 mln zł (pieniądze pochodziły przede wszystkim z funduszy unijnych), jest 86 łóżek przeznaczonych dla pensjonariuszy w podeszłym wieku, wymagających opieki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności, a także dla osób po przebytych chorobach, wskutek których potrzebują całodobowej opieki.

– *Zatrudnienie w zakładzie znalazło 12 osób. Pacjenci mają dostęp do świetnych specjalistów, m.in. fizjoterapeuty, psychologa i logopedy. Zapewniamy nawet opiekę duszpasterską* – mówi Sławomir Idzikowski, zastępca dyrektora SPZZOZ.

Łóżka bez kontraktu

Na miejsce w ZOL czeka obecnie blisko 60 pacjentów, mimo że zajęte są tylko 54 łóżka. – *Na pełne wykorzystanie naszego potencjału nie pozwala obecny kontrakt z NFZ. Od przedstawicieli funduszu słyszymy, że może coś się zmienić w tej kwestii, ale na razie kończy się na obietnicach* – mówi Aleksander Gawlik.

Jak już wspomnieliśmy, budowę ZOL sfinansowano ze środków unijnych, co oznacza, że placówka nie może przeznaczyć „pozakontraktowych” łóżek do komercyjnej obsługi pacjentów. Pozostają więc niewykorzystane.

Szefostwo pionkowskiego SPZZOZ ma już kolejne ambitne plany. Najpilniejszą inwestycją jest bez wątpienia gruntowna modernizacja dwóch oddziałów: chirurgicznego i ginekologiczno-położniczego. – *Dokumentację już mamy, teraz szukamy pieniędzy* – wyjaśnia Aleksander Gawlik.

Projekt, którego koszt realizacji oszacowano na blisko 8 mln zł, zakłada m.in. zainstalowanie windy (obecnie pacjenci muszą być często wnoszeni na wyższe piętra) oraz utworzenie dwóch bloków operacyjnych i centralnej sterylizatorni.

– *Wierzę, że prace uda się rozpocząć jeszcze w 2016 r.* – mówi Aleksander Gawlik.

Placówka przygotowuje się także do informatyzacji. W niedalekiej przyszłości obieg wszystkich dokumentów ma odbywać się drogą elektroniczną, a pacjenci będą zapisywać się na wizyty przez Internet.

Lekarze pilnie poszukiwani

Nie wiadomo natomiast, kiedy uda się zrealizować inny śmiały projekt, czyli wybudowanie nowej siedziby oddziału wewnętrznego, który obecnie dzieli budynek z oddziałem rehabilitacji. – *Pawilon zostałby zlokalizowany w sąsiedztwie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, dzięki czemu nasze najważniejsze ogniwka znalazłyby się w jednym kompleksie. Teraz są rozczłonkowane po całym mieście* – tłumaczy Aleksander Gawlik.

Ze statystyk wynika, że SPZZOZ w Pionkach jest bardzo potrzebną placówką. W ubiegłym roku z jej usług skorzystało 61 tys. osób z całego regionu radomskiego (nie brakowało także pacjentów z innych województw), hospitalizowanych było ponad 4 tys.

Oprócz czterech oddziałów szpitalnych działa tutaj 21 poradni specjalistycznych oraz obsługująca cały powiat nocna pomoc medyczna (dojazdowa i stacjonarna).

Opiekę pacjentom zapewnia 67 lekarzy, w przeważającej większości z II stopniem specjalizacji. Jednak podobnie jak w całej Polsce, także w Pionkach brakuje specjalistów. Szczególnie poszukiwani są anestezjologzy, ginekologzy i geriatrzy. ■

Rafał Natorski



DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom, ul. Rwańska 16
tel.: 48-331-36-62, e-mail: julian@wp.eu
Przewodniczący Julian Wróbel
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

Krzysztof Jakubowski Lekarzem Roku 2015

Już po raz dziesiąty radomska redakcja „Echa Dnia” zorganizowała plebiscyt na najpopularniejszych lekarzy w regionie. Trzeci raz z rzędu wygrał Krzysztof Jakubowski, chirurg i specjalista medycyny estetycznej.



Fot. archiwum

Do udziału w konkursie zgłoszono 200 lekarzy z Radomia i okolicznych powiatów. Przez blisko miesiąc można było na nich głosować przez Internet lub wysyłając SMS, a laureatów poznaliśmy podczas uroczystości, która tradycyjnie odbyła się w Zespole Szkół Muzycznych.

Zwycięzcą plebiscytu po raz trzeci z rzędu okazał się Krzysztof Jakubowski, specjalista chirurg onkolog, od 1996 r. ordynator Oddziału

Chirurgii w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach.

Na drugim miejscu uplasowała się Monika Bator-Gregorczyk, ginekolog z Radomia. Najniższy stopień plebiscytowego podium zajęła Danuta Trela, lekarz pediatra i ordynator Oddziału Pediatrii w szpitalu w Koźnienicach. **raf**

Remonty w Konstancinie

Oddziały Rehabilitacji, Pooperacyjny i Rekonstrukcji Ortopedycznej w Mazowieckim Centrum Rehabilitacji „STOCER” przeszły gruntowną modernizację.

Placówka kupiła też specjalistyczny sprzęt medyczny. Inwestycja pochłonęła blisko 6,5 mln zł, z czego ponad 1,2 mln zł to wsparcie z budżetu województwa mazowieckiego. Prace modernizacyjne objęły pomieszczenia zlokalizowane w skrzydle Oddziału Rehabilitacji. Przebudowano także Oddział Pooperacyjny i Rekonstrukcji Ortopedycznej. Wykonano prace budowlane, wymieniono m.in. instalacje sanitarne i sieci elektroenergetyczne. Kupiono sprzęt i aparaturę medyczną: jezdny aparat RTG z ramieniem C zintegrowany z systemem PACS/RIS, jezdny cyfrowy aparat RTG do radiografii, cyfrowy aparat USG oraz wieżę do endoskopii kręgosłupa. Kupiono także stacjonarny cyfrowy aparat RTG do radiografii i zaadaptowano do niego pomieszczenia. **pk**

Płońsk czeka na lekarzy z Ukrainy

W lutym szpital w Płońsku odwiedzili goście z Ukrainy – dyrektor Miejskiego Szpitala w Równem Ewgenij Kuczeruk i jego zastępczyni Lilia Koroljuk.

Ich przyjazd był pokłosiem styczniowej wizyty starosty płońskiego na Ukrainie. Dyrektor płońskiego szpitala Józef Świer-

czek przedstawił delegacji historię lecznicy i ogólne informacje o jej działalności. Teraz zaproszenie do płońskiego szpitala dostali lekarze ze szpitala w Równem. **pk**

Nowy oddział w Piasecznie

W lutym w Szpitalu św. Anny w Piasecznie odbyła się uroczystość z okazji otwarcia Oddziału Chorób Wewnętrznych i Chorób Płuc, którego ordynatorem jest prof. dr hab. n. med. Tadeusz Płusa.

Nowy oddział liczy 50 łóżek i znajduje się na jednym poziomie, a nie tak jak dotychczas na dwóch piętrach. 23 sale dla pacjentów są dwu-, trzyosobowe, z łazienkami. Stany zagrożenia życia leczy się w sali intensywnego nadzoru internistycznego na trzech łóżkach z pełnym monitoringiem i nadzorem specjalistycznym. Pracownia badań endoskopowych układu oddechowego wyposażona została w dwa bronchofibroskopy, które umożliwiają kontrolowanie zmian w drogach oddechowych, pobieranie materiału do badań histopatologicznych z mięszu płucnego i węzłów chłonnych oraz wykonywanie dokumentacji foto i wideo. Nowa pracownia badań czynnościowych oddychania otrzymała profesjonalny sprzęt spirometryczny, który zapewnia wykonywanie badań statycznych i dynamicznych układu oddechowego oraz prowadzenie badań prowokacyjnych. Dzięki wyposażeniu w dodatkowe elementy zestaw jest przygotowany do pomiaru wskaźników dyfuzji gazów określających zdolność do przenoszenia gazu z pęcherzyków płucnych do krwi. W 2015 r. w piaseczyńskim szpitalu hospitalizowanych było 25 tys. pacjentów, przeprowadzono 2500 operacji, na świat przyszło blisko 1200 dzieci. **pk**

Pionierskie badania w ostrołęckim szpitalu

Firma Aegate prowadzi w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce badania w zakresie uwierzytelniania leków. To pierwszy polski szpital, spośród 50 nominowanych szpitali i aptek szpitalnych w całej Europie, gotowy na przyjęcie Dyrektywy o lekach sfałszowanych (FMD) – podaje Ambasada Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii w Warszawie na swojej stronie na Facebooku.

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, jako pierwszy w Polsce, postanowił wziąć udział w międzynarodowym projekcie pt.: „Badanie autentyczności produktów leczniczych w polskich aptekach – pilotaż”, we współpracy z Zakładem Technologii Postaci Leku w Bydgoszczy i Uniwersytetem w Oksfordzie, zorganizowanym przez firmę Aegate specjalizującą się w autentyfikacji. Celem projektu, jak podaje ambasada, jest przygotowanie szpitala i apteki szpitalnej w Ostrołęce do wdrożenia wymagań dyrektywy „fałszywkowej”. Pierwsze na świecie badanie pilotażowe w aptece szpitalnej, przeprowadzone w należącej do brytyjskiego National Health Service szpitala klinicznego w Oksfordzie, zidentyfikowało oszczędności ograniczające marnotrawstwo leków i podnoszące bezpieczeństwo w placówce. Szpital w Ostrołęce będzie kolejnym wzorcowym ośrodkiem w Europie. **pk**



Fot. archiwum

Recepta dr. Schreyera na poetycki laur

*Farmacjo, wiedzo stara, ileż to nauki
trzeba, aby cię pojąć. Wszak już nasze wnuki
ślęczały nad skryptami wielkich profesorów,
ucząc się trudnych recept i złożonych wzorów.
Teraz, gdy w genetyczną weszła inżynierię
i do pracy zaprzęgasz grzyby i bakterie,
jeszcze trudniej jest pojąć twoją boską siłę,
twe warsztaty tajemne, procesy zawile.
Zdumiewam się bez przerwy i pojąć nie mogę
jak mogłaś w oka mgnieniu pokonać tę drogę
– bo mgnieniem dla ludzkości tych stuleci parę –
by w naukę zamienić obyczaje stare.*

Krzysztof Schreyer,
„Oda do farmacji” (fragment)

Muzeum Farmacji w Krakowie ogłosiło wyniki Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego „Recepta na wiersz”. Jury, w którym zasiadali uznani przedstawiciele krytyki literackiej i poeci, z uwagi na poziom nadesłanych prac zwiększyło regulaminową liczbę utworów dopuszczonych do drugiego etapu z 25 do 30. Z tym większą przyjemnością odnotowujemy, że II miejsce i nagrodę ufundowaną przez prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum prof. Piotra Laidlera zdobył lekarz z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, przewodniczący Komisji Zagranicznej ORL Krzysztof Schreyer, za wiersz „Oda do farmacji”.

Dodatkowym wyróżnieniem dla autora było zaproszenie do odczytania wiersza na zjeździe farmaceutów.

Krzysztof Schreyer medycynę łączy z pasją literacką. Zajmuje się tłumaczeniem z języka angielskiego i ma w swoim dorobku m.in. przekłady książek Normana Mailera i Arthura Millera. Poezją interesuje się od lat, ale dotąd wiersze pisał dla wąskiego kręgu odbiorców. Zwycięska „Oda do farmacji” to pierwszy utwór poetycki, który zgłosił do konkursu. I od razu znalazł się na podium. Gratulujemy. ■

ach

PROPOZYCJE KULTURALNE



W Domu Spotkań z Historią w Warszawie obejrzeć można zdjęcia odradzającej się z gruzów stolicy. Ich autorami są najwybitniejsi polscy fotograficy. Prace prezentowane na wystawie „Na nowo. Warszawiacy 1945–55” pochodzą ze zbiorów PAP. Ekspozycja czynna do 13 czerwca 2016 r.

www.dsh.waw.pl

Arcydzieła na fortepian

To cykl koncertów prezentujących arcydzieła muzyki fortepianowej (od końca XVIII do połowy XX w.), połączonych z wykładami o sztuce, literaturze, nauce i filozofii. Spotkania odbywają się w Mazowieckim Instytucie Kultury w Warszawie, przy ul. Elektorальной 12, raz w miesiącu, w czwartek.

www.mik.waw.pl

Ilustracja dziecięca

Zachęta – Narodowa Galeria Sztuki prezentuje prace 14 ilustratorów i projektantów graficznych zajmujących się książką dla młodego czytelnika. Wystawie „Tu czy tam” towarzyszą warsztaty i wykłady dla dorosłych i dla dzieci. Ekspozycja czynna do 8 maja 2016 r.

www.zacheta.art.pl

Synagogi Stelli

Reliefy z cyklu „Polskie miasteczka” („Polish Village series”) Franka Stelli, uznawanego za jednego z najwybitniejszych amerykańskich artystów XX w., zostały zestawione z przedwojennymi zdjęciami i rysunkami pomiarowymi synagog, będącymi źródłem artystycznej inspiracji. Wystawa w Muzeum Historii Żydów Polskich czynna do 20 czerwca 2016 r.

www.polin.pl

Światłne litery

Muzeum Neonów mieści się w twórczym zakątku warszawskiej Pragi – Soho Factory. W zbiorach ma ponad 200 neonów, czyli blisko 1000 liter, bogatą dokumentację fotograficzną współcześnie zachowanych neonów oraz zbiór archiwalnych rysunków i pocztówek. ■ ach

www.neonmuzeum.org



Fot. archiwum

Faceci z kotami

Paweł Kowal

Witalij to chłop jak dąb, uśmiech mu z ust nie schodzi, oczytany, zorientowany w świecie, mógłby zagrać przedwojennego oficera. Dumny jest z tego, że gdy wkłada mundur, to mu za darmo chcą serwować hamburgery w McDonalddie w Kijowie. Spędził w okopach wiele tygodni, pewnie nie opowiada chętnie o tym, że się bał nadlatujących pocisków (kto by się nie bał?), że zostało mu w głowie, jak kolegów odwozili w trumnach, że myślał o tym, co będzie, jak go wezmą do niewoli. Pamięta, jak powiedzieli mu pewnego dnia, że Debalcewo to będzie piekło i może, jeśli ma wątpliwości, złożyć raport o powrót do domu. Nawet się nie zastanawiał, jak większość chłopaków zdecydował, że jedzie na front.

Na zdjęciach Witalik jest z kotem. W czasie pobytu na froncie, także na posterunku czy w okopach kot PM (tak jak pistolet Makarowa) towarzyszył Witii. Zdjęcia na Facebooku nie pozostawiają wątpliwości – kot był nie tylko od łapania myszy. Chociaż to prawda, iż nawet nie zdawał sobie sprawy, że takie młode kocię na sam początek złapie trzy polne gryzonie, które w pierwszych dniach frontowych potrafiły wodzić prym na śpiworze, a próbowały wygryźć dziurę i przedostać się do środka. Po Dzikich Polach zostały w Donbasie przede wszystkim stepowe myszy. Sasza Koba, inny wojownik ATO, wspomina, że koty już na kilka minut przed niebezpieczeństwem, na przykład ostrzałem, dawały znak, że coś niedobrego się szykuje i szukały bezpiecznego miejsca w okopie. Jurij Tomenko



Fot. M. Kowalska

pisze, że koty na froncie w Donbasie są jak psy, łażą za wojskiem krok w krok, a przy okazji łagodzą obyczaje chłopaków, a nieraz giną z żołnierzami. W mediach społecznościowych można znaleźć dziesiątki zdjęć rosnących młodych facetów z kotami, aż dziw, że lobby miłośników kotów na całym świecie nie zauważyło jeszcze kolejnego powodu do chwaleń kociego stanu. – *Rosyjscy żołnierze nie lubią kota siebie kotów, każdy z nich chce być samcem alfa, a to się z kocimi sprawami pogodzić nie da* – przekazuje mnie Ukrainka, która zbiera zdjęcia chłopaków z frontu z kotami. Katarzyna II, gdy kupiła pierwsze kilkadziesiąt obrazów do petersburskiego Ermitażu, zaprosiła do muzeum koty, by strzegły dzieł przed myszami. Kotów jest teraz w Ermitażu za dużo, myszy i szczurów za mało, trzeba koty dokarmiać, a ludzie przynoszą wciąż nowe. Najprościej, żeby i na drugą stronę frontu w Donbasie zaprosili koty, chociaż na jakiś czas.

Po paru miesiącach, po roku koty, jak ludzie, idą do cywila. Na koniec służby żołnierze przekazują kocich kombatanów nowym właścicielom, bo trudno, żeby np. Witia miał aż trzy koty w domu. Ukraińcy przygarniają podrosłe już frontowe zwierzęta do siebie na resztę ich kociego życia. ■

Koło Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej 1950–1955

12.06.2015 r. w Domu Lekarza, przy ul. Raszyńskiej 54, odbyło się spotkanie koleżeńskie absolwentów, którzy studiowali w Warszawskiej Akademii Medycznej w latach 1950–1955.

Chociaż od ukończenia studiów minęło 60 (!) lat, nie zatarła się pamięć o nich, wspomnienia tamtych lat.

Obecnie spotkania naszego rocznika odbywają się w gościnnych progach Domu Lekarza WTL, przy ul. Raszyńskiej 54, w każdy drugi poniedziałek miesiąca, o godz. 12.00, pod hasłem „Jeszcze w zielone gramy”. Wszystkich kolegów serdecznie zapraszamy.

Barbara Ostaszewska-Chrzanowska
Eugeniusz Sokołowski



Fot. archiwum



Podziękowanie

Serdecznie dziękuję zespołowi lekarzy i całemu personelowi medycznemu z Oddziału Klinicznego Okulistyki Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie za wieloletnią opiekę i zaangażowanie podczas całego procesu mojego leczenia.

Krystyna Bieżańska



Fot. archiwum

Głos wołającego na puszczy

Janina Jankowska

Po tym jak pani generałowa Kiszczakowa zapukała do drzwi IPN, Polska jeszcze głębiej podzieliła się na dwa wielkie obozy: „pisowski” i „antypisowski”. Przynależność do jednego lub drugiego stała się obowiązkiem. Egzekwują ją znajomi, rodzina, przepytują na tę okoliczność znani dziennikarze, dodając do swojego repertuaru nowe identyfikujące przynależność pytanie: Lech Wałęsa – bohater czy zdrajca? I zaczyna się...

Otóż, żeby było jasne, do żadnego z tych obozów nie należę. W debacie, która się wokół tematu „Bolka” toczy, też nie mam ochoty brać udziału. Po pierwsze, ze względu na nieprzemyślane ruchy prezesa IPN, który nazbyt się pospieszył z publikacją przekazanych przez panią Kiszczakową dokumentów. Po drugie, ze względu na szybkie wykorzystanie ich do walki politycznej przez dwa wymienione na początku obozy. Po trzecie, bo irytuje mnie pytanie „bohater czy zdrajca?”.

Tak się złożyło, że jako dziennikarz towarzyszyłam Lechowi Wałęsie w jego najlepszych chwilach, gdy siłą swojej osobowości w sierpniu 1980 r. scalał w stoczni strajkujących, przewodził zgranemu zespołowi prowadzącemu rozmowy z rządem, nie uległ namowom władz w stanie wojennym, aby uczynić z „Solidarności” związek zawodowy im podporządkowany. Za tak wypełnioną rolę przywódcy ruchu Wałęsa przechodzi do historii. Jest ikoną wielkich europejskich przemian, które rozpoczęły się w Polsce. I nic tego nie zmieni. Ale co się dzieje z nami?

Jeszcze głębiej dzielimy się na dwa antagonistyczne obozy. Jedni nie dopuszczają skazy na życiorysie Lecha Wałęsy, inni chcieliby faktami z przeszłości zatruć cały okres naszej niepodległości po 1989 r. Tym samym jedni i drudzy upolityczniają, a więc utrudniają naukowcom swobodę badań tego okresu historii Polski. Każde sięgnięcie do faktów będzie podważane. Przecież różnica zdań, poglądów jest czymś naturalnym w demokracji. Podziały światopoglądowe także nie są więc czymś nadzwyczajnym. Problem polega na tym, że te różnice zaczęliśmy w debacie publicznej (i w życiu) traktować jak pole walki. Inaczej myślący to wróg. Praktycznie dotyczy to wszystkich spraw publicznych.

Niewątpliwie po wyborach we wrześniu 2015 r. i przejęciu władzy przez prawicę wzrosła temperatura sporu politycznego. Dlaczego, skoro były to wybory demokratyczne? Czy przyczynę stanowi metoda, którą nowe władze realizują swoją wizję pomyślności Polski, czy odrzucana jest sama treść „dobrej zmiany”? Wygląda na to, że jedno i drugie. Nie rozumiem, po co otwierać coraz to nowe pola konfliktów. Niestety, najbardziej szkodliwy konflikt z Trybunałem Konstytucyjnym padł na żyzny grunt. I zapętlilo się do niewyobrażalnych rozmiarów. Oto cudowne miejsce wolności, demokratyzacji, poszerzania wiedzy, kontaktów międzyludzkich, jakim jest Internet, stało się jednocześnie miejscem wymierzania sobie wzajemnie rąków, ponizania i opluwania każdego przez każdego. Słowo „hejtowanie” chyba już na dobre zadomowiło się w naszym języku. Hejtowanie jest wyrazem indywidualnych frustracji, ale coraz częściej, inspirowane przez różnice ideologiczne, staje się narzędziem walki politycznej. Gorzej, bo podczas kampanii wyborczych dla wielu internautów bywa źródłem dochodu. Ot, realizują za pieniądze zamówienia na skompromitowanie kogoś, ośmieszenie, zniszczenie. Potem do takiego najgłupszego zamówionego wpisu sięgają dziennikarze i cytują, jak im wygodnie, jako głos opinii publicznej. Najgorsze jest jednak to, że w wielu wpisach, zarówno z jednego, jak i z drugiego walczącego obozu, przekraczana jest granica przyzwoitości. Pojawia się chamstwo sygnowane wolnością słowa. Nie znamy instrumentów, które położą temu kres.

Niedawno w dyskusji radiowej zapytano mnie, co może połączyć te dwa zwalczające się obozy. Paradoksalnie jedni i drudzy są Polsce potrzebni. Władza i opozycja. Zwolennicy władzy i zwolennicy opozycji. Prawica, lewica, liberałowie. Rzecz w tym, żeby potrafili siebie słuchać i szanować. A zatem zrezygnowali z języka wojny, która nas wszystkich wyniszcza.

Czuję się samotnym elektronem, który krąży pomiędzy tymi obozami, wydając głos wołającego na puszczy: stop, słuchajcie siebie, rozmawiajcie ze sobą! Żyjemy w jednym kraju – Polsce. ■

Poszukiwani lekarze sądowi

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

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

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

Poszukiwani biegli sądowi

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

III MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY W PÓŁMARATONIE

w ramach
IV Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76

19.06.2016
RADOM

Informacja o biegu, regulamin, zapisy na stronach:
polmaratonradom.pl, datasport.pl
Organizator: Delegatura Radomska OIL w Warszawie
Kontakt: Dariusz Orczykowski
tel. 603589632, e-mail: timdor@poczta.onet.pl
ZAPRASZAMY!!!



Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Zapraszamy do Klubu Lekarza
przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie

6.04.2016 r., środa, godz. 18.00
„Z Sienkiewiczem na Kresach – śladami Trylogii”
– prelekcja i projekcja multimedialna,
prowadzenie: Katarzyna Węglińska.

18.04.2016 r., poniedziałek, godz. 14.00
Spotkanie Koła Lekarzy Emerytów
Okręgowej Izby Lekarskiej.
W programie spotkania
wykład dr. Andrzeja Perzanowskiego:
„Choroby tarczycy”.

20.04.2016 r., środa, godz. 18.00
„Ochocki kontra faraon, czyli o przyjaźni
Bolesława Prusa i Juliana Ochorowicza”
– prelekcja i projekcja multimedialna.

27.04.2016 r., środa, godz. 18.00
„Jeżeli klub, to tylko ten”
– koncert Kuby Sienkiewicza.

DLA SMAKOSZY

Kotleciki angielskie z pieczarkami

Dzisiaj coś z kuchni angielskiej. W naszej szerokości geograficznej o tej porze roku można zaserwować nieco cięższe jedzenie. Oczywiście, nie namawiam do angielskiego śniadania składającego się z jajek sadzonych, fasoli i kiełbasek. Ważnymi składnikami dzisiejszego dania są curry i jałowiec. Istnieje wiele odmian curry, różnicę w smaku zawdzięczają odpowiedniej kompozycji przypraw. Najczęściej są to: kurkuma, imbir, pieprz czarny, kolendra, kmin rzymski, gorczyca czarna i chilli. O potrawie curry (znanej w wielu krajach południowo-wschodniej Azji, której nazwa pochodzi od tamilskiego słowa *kari* oznaczającego sos) opowiem innym razem. Jałowiec natomiast jest szeroko rozpowszechniony na całej półkuli północnej, ale jego pochodzenie nie jest tak naprawdę do końca znane. Jagody jałowca służyły greckim, rzymskim i arabskim lekarzom jako owoce lecznicze, są również wspomniane w Biblii. W renesansie zalecano je przeciw ukąszeniu żmii oraz jako owoc chroniący podczas epidemii. Nam jałowiec w ujęciu angielskim kojarzy się zwłaszcza z ginem. Ten trunek, który swój niepowtarzalny smak zawdzięcza jagodom jałowca, powstał jednak w Holandii, w XVII w., pod nazwą *genever* (od holenderskiego określenia jałowca). Na świecie spopularyzowali go, jako gin, Anglicy. Wróćmy jednak do zalet leczniczych jałowca. Jego owoce zawierają m.in.: olejek eteryczny, seskwiterpeny, flawonoidy, glikozydy, garbniki i witaminę C. Mają zastosowanie w leczeniu zakażeń dróg moczowych, pęcherza moczowego, nerek i prostaty. Działają moczopędnie i eliminują wzdęcia. Zalecane są w diecie osób z reumatyzmem i artretyzmem.

Składniki:

- ◆ 65 dag mielonej łąpatki wieprzowej ◆ 1 czerwona cebula
- ◆ 1 łyżeczka przyprawy curry (żółtej) ◆ 10 ziaren jałowca ◆ 1/2 łyżeczki soli ◆ 1 jajko ◆ 1/2 łyżeczki sosu sojowego jałownego ◆ 4 duże pieczarki (najlepiej brązowe) ◆ 6 łyżek butki tartej ◆ mielony pieprz czarny (na czubek noża) ◆ 1/2 szklanki zimnej wody

Wykonanie:

Do mielonego mięsa dodać curry, dobrze utłuczone w morderzu ziarna jałowca, sól, pieprz, sos sojowy, jajko oraz zeszkloną na patelni drobniutko posiekaną czerwoną cebulę. Wyrobić masę ręką, dodać bułkę tartą (1 łyżkę) i ponownie wyrobić. Odstawić na 20 min do lodówki. Pieczarki pokroić na grube plastry, a następnie na połówki (bez ogonków) i obsmażyć delikatnie, oprószywszy solą, na złoty kolor. Na zmoczonej wodą desce rozłożyć porcje mięsa, tworząc placuszki o grubości około 1 cm i średnicy 10 cm. Na środku położyć pieczarki, podwinąć nożem brzegi i całość zamknąć w kulę. Odciąć nożem od deski i zmoczonymi w zimnej wodzie rękami dokładnie posklejać. Następnie obtoczyć w bułce tartej, spłaszczyć i usmażyć na oleju na złoty kolor. Podawać po angielsku – z piklami albo np. z sałatką z czerwonej kapusty. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



Afryka z perspektywy Izby

Kraków u schyłku tej niby-zimy, a u progu przedwiosnia, wydaje się nieco przygaszony. Im bliżej Światowych Dni Młodzieży, tym mniejszy entuzjazm. Skala wydarzenia przekracza bowiem pojemność miasta, a media prześcigają się w mnożeniu katastroficznych wizji. Oczywiście opieka medyczna (a ściślej jej możliwy deficyt) znajduje się na czołowym miejscu wśród wymienionych zagrożeń. Ale nie będę ich wywlekać, bo i tak żadna pomoc sanitarna ze stolicy nie jest planowana.

Przywołam tu, uhonorowanego ostatnio w Programie II TVP, w cyklu benefisów w Teatrze STU, Krzysztofa Jasińskiego. Od 50 lat kieruje tym teatrem, był zresztą jego założycielem. Że nie wspomnę o spektaklach, które współtworzył, takich jak: „Spadanie”, „Exodus”, „Szalona lokomotywa”. To wyjątkowy w polskiej skali wizjoner, ongiś reżyser uroczystości otwarcia Muzeum Powstania Warszawskiego. Przy okazji Światowych Dni Młodzieży może warto także do jego wyobraźni się odwołać?

Natomiast w świecie medycyny, nie tylko krakowskiej, wydarzeniem wagi szczególnej dla chorych na raka i dla specjalistów chorób nowotworowych z całego kraju jest znalezienie przez Ministerstwo Zdrowia środków finansowych na wykorzystanie nowego, uruchomionego jesienią 2015 r., Centrum Cyklotronowego Instytutu Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie-Bronowicach. To jedna z najważniejszych inwestycji minionego roku w Polsce, powstała kosztem 400 mln zł. O potencjale terapeutycznym centrum nie będę się rozpisywał, rzecz jest miary europejskiej, zaledwie siedem krajów na naszym kontynencie dysponuje takimi jak ono urządzeniami. Można tam m.in. zwalczać guzy nowotworowe z precyzją mikronową. Ale jak to u nas bywa, ośrodek stał niewykorzystany, bo NFZ nie potrafił znaleźć pieniędzy na kontrakt. Choć może upatrywanie winnego jedynie w funduszu jest spłyceniem.

Na koniec informacja z Izby o dość nietypowym charakterze. Oto ekipa dziewięciu lekarzy z Krakowa: czterech chirurgów (z prezesem prof. Andrzejem Matyją i wiceprezesem dr. Jerzym Friedigerem), dwóch anesteziologów, dermatolog, okulista i studentka medycyny, na własny koszt udała się na dwa tygodnie do Kamerunu, by udzielać pomocy medycznej mieszkańcom Sangmelima (miejscowości oddalonej około 100 km od stolicy). Honorowy patronat nad wyjazdem objęli prezydent Krakowa i Polski Komitet UNESCO. Lekarze zabrali ze sobą leki, środki opatrunkowe i sprzęt medyczny.

Czym motywowany był wyjazd akurat do Kamerunu? Swoją rolę odegrał tu dr Georges Kamtoh z I Katedry i Kliniki Chirurgii CM UJ, absolwent studiów medycznych w Polsce. To może najlepszy przykład sensu funkcjonowania Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ, a także roli Izby w kształtowaniu polskiego wizerunku. ■

Stefan Ciepły



Nazwiska – z apostrofem czy bez

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Niektórzy sądzą, że w odmianie nazwisk obcych musi się pojawiać apostrof oddzielający końcówkę. Tak nie jest, bo nie zawsze budowa i wymowa nazwiska tego wymaga, często jest on wręcz niepożądany. Nieraz przeciwnie – właśnie go brakuje. Opisy polskiej ortografii nie zawsze klarownie wyjaśniają, na czym rzecz polega, dlatego spotykamy takie błędne formy jak *Kennedy* – **Kennedyego*, *Eastwood* – **Eastwood’a* (kilkakrotnie spotkałem karykaturalne: **Eastwóda*, raz nawet w zazwyczaj dobrze redagowanej gazecie), *Rabelais* – **Rabelaisa*, *Verne* – **Vernea*, *Molière* – **Molièrea* czy *Orban* – **Orban’a*. Można sądzić, że apostrof w odmianach nazwisk jest wstawiany lub pomijany wedle chwilowej dyspozycji emocjonalnej albo nieuzasadnionego zwyczaju panującego w środowisku autora tekstu.

Tymczasem reguły są dość proste i oczywiste. Apostrof w odmianie takich rzeczowników pojawia się wtedy, kiedy ich brzmienie oryginalne jest inne niż wynika z zapisu. I tak nazwisko *Kennedy* wymawiamy jako [kenedi], *Eastwood* [istwud], *Rabelais* [rablé], *Verne* [wern], *Molière* [molié’], *Orban* [orban]. Tam, gdzie wymowa jest inna niż wynika z zapisu, należy wstawić apostrof i dopiero po nim końcówkę, ale tam, gdzie zjawisko to nie występuje, apostrofu się nie daje. Wobec tego poprawne zapisy podanych wyżej nazwisk powinny wyglądać następująco: 1) *Kennedy* – *Kennedy’ego*, 2) *Eastwood* – *Eastwooda*, 3) *Rabelais* – *Rabelais’go*, 4) *Verne* – *Verne’a*, 5) *Molière* – *Molière’a*, 6) *Orban* – *Orbana*.

W przypadku 1. znak „y” jest wymawiany jako [i], a nie [y], co zmusza do użycia apostrofu. Jeszcze wyraźniej widać to w przypadku 3., gdzie znaki „ai” są wymawiane jako [e]. Konsekwentnie apostrof stawiamy także w wypadku występowania znaku niewymawialnego (tu także wymowa różni się od zapisu), a więc w przypadkach 3., 4. i 5. Proszę zauważyć, że w przypadku 3. (*Rabelais*) reguła działa niejako podwójnie, dajemy w nim apostrof dlatego, że „ai” to [e], i dlatego, że „s” też się różni w wymowie, to znaczy jest niewymawialne. W przypadkach 4. i 5. niewymawialne jest „e”, zatem zapis różni się od wymowy i apostrof jest niezbędny.

W przypadkach 2. i 6. reguły te nie działają, bo wymowa pozostaje zgodna z zapisem. Apostrof jest zbędny.

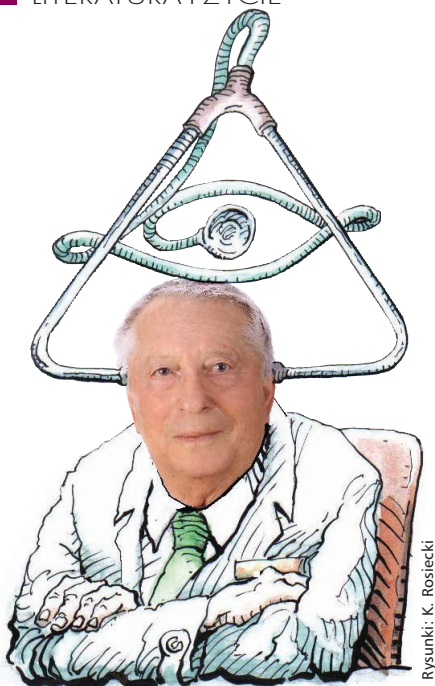
Wnioski nasuwają się same. Trzeba znać wymowę tego, co jest napisane. Z tym jest jednak kłopot, bo źródła wiedzy na ten temat są skąpe, a często niedostępne. Niedostatki w tym względzie stopniowo nadrabia Wikipedia w wersjach obcojęzycznych, ale idzie to opornie, bo gdy dany język jest niefleksyjny, jak na przykład angielski, wymowa przy nazwiskach pojawia się tylko wówczas, gdy znacznie odbiega od wzorca. Amerykanów i Anglików nasze końcówki nie interesują.

A jak wymawia się i odmienia nazwisko znanego pisarza francuskiego, który nazywa się *Michel Houellebecq*? Brzmi ono [miszél uelbék, gdzie u = ł], a ponieważ polska wymowa „q” zawsze ma postać [k], odmieniamy: *Michela Houellebecqa*, bez apostrofu. ■

Słodki ptak sanatorium

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak



Rysunki: K. Rosiecki

Nigdy nie leczyłem się w żadnym sanatorium, gdyż uważam, że coś takiego jak samodzielne leczenie sanatoryjne w ogóle nie istnieje. To relikwiny wieków minionych, kiedy możliwości medycyny były mizerne, kiedy nie było ani nowoczesnej diagnostyki, ani nowoczesnej farmakoterapii,

brak anestezjologii krępował zaś ręce nawet najbardziej doświadczonym lekarzom. Medycyna kliniczna była jeszcze w powijakach, nic też dziwnego, że wszelkie choroby w obrębie narządu ruchu, związane z jego zużyciem oraz na podłożu metabolicznym, których obecnie sklasyfikowano grubo ponad setkę, opatrywane były mianem „reumatyzmu mięśniowego” (lub podobnie) i pseudoleczone chodzeniem po mokrej trawie, natryskami i kąpielami, okładami z błota czy słynnym opodolekiem, którego ucieśne opisy możemy znaleźć u Jarosława Haszka. Lecznictwo uzdrowiskowe na świecie obecnie właściwie nie funkcjonuje, poza kilkoma ośrodkami w Europie. Jego zadaniem jest też raczej doleczanie i wypoczynek psychiczny. Wiadomo, że ktoś dotknięty poważnym schorzeniem musi się leczyć klinicznie: chorzy na serce – w klinikach kardiologicznych, ortopedycznie – w klinikach ortopedycznych, chorzy na oczy – w klinikach okulistycznych. Ktoś, kto by chorych takich kierował do sanatorium, na leczenie przyrodolecnicze w XIX-wiecznym stylu, uznany by był szybko za groźnego szaleńca.

Pewnego lata, po zawodach w Montecatini, zostałem na kilkanaście dni w miejscowym kurorcie w celu odbycia stażu. Przepiękny ogród, starorzemiejskie mury i greckie kolumny, od popołudnia grają dwie orkiestry symfoniczne, naturalnie w mniejszym składzie. Goście – pacjenci chodzą niespiesznie po alejkach i od rana

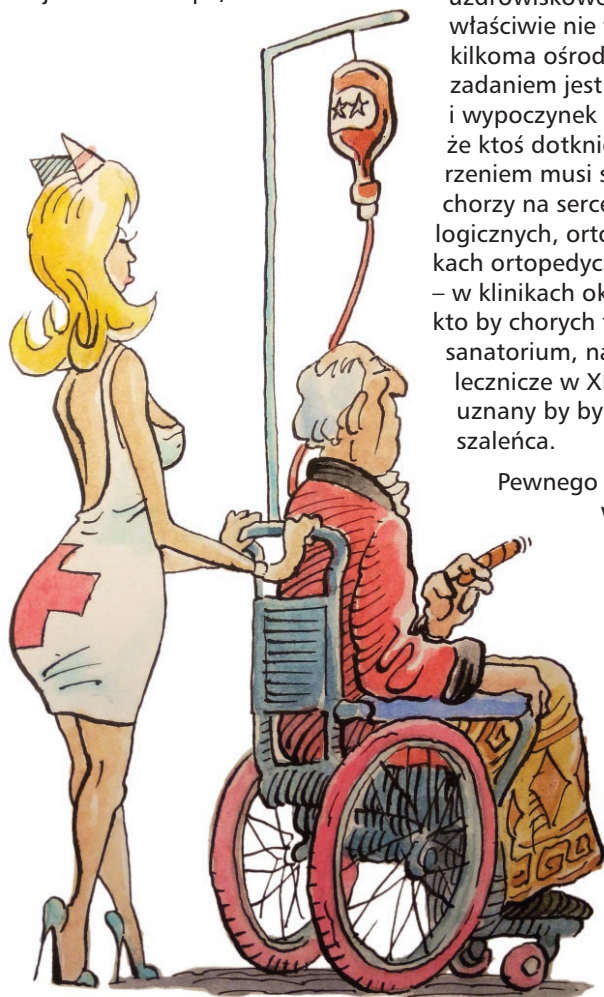
piją, ale nie w wyszczerbionych kulkach Wodę Jana lub jakieś podobne paskudztwo, lecz z kryształowych kieliszków szampana! Męczy to, że do posiłków muszę przebieierać się trzy razy dziennie. Wieczorem – do kolacji, odbywa się prawdziwa rewia mody! Jest już późny wieczór. Piękny jak marzenie młody gitarzysta śpiewa „Cuore Ingrato”. Śpiewa tak, że cała sala, a przecież ci ludzie znają się na muzyce, jest rzeczywiście zasłuchana. Siedząca obok mnie dama, małżonka współwłaściciela któregoś z większych doków w Genui, zastygła urzeczona urodą gitarzysty i pięknem pieśni. Kiedy gitarzysta skończył, dama jakby odtajała. Nie patrząc, kieruje rękę w stronę męża. Ten bez słowa, wiedząc o co chodzi, zaczyna gorączkowo obmacywać marynarkę i spodnie, ale nie znalazłszy portfela, ściąga z ręki sygnet i podaje damie. Kiedy gitarzysta przechodzi koło naszego stolika, dama kładzie sygnet na usługę podanej przez oberkellnera tacy i mówi „Gracie!”. Przez wahadłowe drzwi, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, wbiega kilkunastu pikolaków z wysoko uniesionymi nad głowami tacami z butelkami szampana i kieliszkami. Jak na komendę, starsi kelnerzy otwierają butelki i zręcznie rozlewają szampana gościom. Szampana ofiarowuje wszystkim dyrekcja sanatorium, pragnąc choć na moment przedłużyć wspaniałą nastrój – mówi kierownik sali. Sam wyraźnie wzruszony.

To lubię!

Jeszcze długo w nocy, kiedy po kolacji damy udały się do swego saloniku, a panowie do palarni, słysząc było srebrzyste pobrzękiwanie kieliszków u dam oraz brzęczenie lodu u panów, którzy w międzyczasie, i słusznie, przeszli na whisky.

Była to whisky zielona!

To jest sanatorium! ■





Ukryta armia

Jacek Walczak

W 1974 r. w pobliżu wioski Xiyang w prowincji Shaanxi, w północnych Chinach, mieszkańcy zabrali się do kopania nowej studni. Na głębokości 4 m natrafili na różne przedmioty z terakoty, fragmenty dzbanów oraz rzeźb. Przez przypadek dokonano jednego z największych odkryć w światowej archeologii. Energiczne prace wykopaliskowe ukazały światu niezwyklej podziemną galerię z figurami wojowników i koni naturalnej wielkości, sprzed prawie 2200 lat.

Rejon odkrycia był jednym z najwcześniej zamieszkałych w Chinach. Dynastia Qin, z której wywodził się pierwszy cesarz, wybrała na swoją siedzibę Xianyang, niedaleko współczesnego Xi'an. Prowincja Shaanxi pozostawała centrum politycznym, ekonomicznym i kulturalnym aż do IX w., a zjednoczone siłą w ciągu zaledwie dekad cesarstwo zostało odizolowane od świata. Przeżywało wzloty i upadki, przetrwało ponad 2 tys. lat. Pierwszy władca Qin Shi Huang panował krótko (221–210 p.n.e.). Wstąpił się głównie okrucieństwem i tyranją. Systematycznie podbijał kolejne terytoria i przyłączał do swojego imperium. Dla podkreślenia własnej wielkości przyjął tytuł *huangdi* – cesarza. Niezwyciężonemu władcy przez całe życie towarzyszył obsesyjny lęk przed śmiercią. Nieustannie szukał leków przedłużających życie.

Qin Shi Huang skrupulatnie zadbał o przyszłość, wznosząc dla siebie grobowiec – podziemny pałac. Chińscy kronikarze z tamtych czasów opisywali, że przy budowie kurhanu pracowało 700 tys. robotników. Ponoć na suficie komory grobowej cesarza wykonano reliefowy obraz konstelacji gwiazdnych, a na podłodze plastyczną mapę Chin. Specjalne urządzenia wprawiały w ruch rtec, która miała imitować największe rzeki imperium – Jangcy i Huang-ho. Przed intruzami broniły mauzoleum przemyślnie pułapki. Cały kompleks umieszczono pod wzgórzem, które obsadzono lasem. Opowieści te nie zostały jeszcze potwierdzone, bowiem na razie nie rozpoczęto badań samego grobowca. Przypuszcza się, że skarby, które ukryto, mogą być wielokrotnie bogatsze niż znalezione w grobowcu faraona Tutenchamona. Nie ma jednak pewności, że pozostały nienaruszone, bowiem kronikarz Sim Qian (II w. p.n.e.) zapisał, iż stolicę pierwszego cesarstwa spalono, a miejsce pochówku władcy ograbiono.

W odkopanych sektorach odkryto kilka tysięcy figur żołnierzy i koni. Niezwykła armia miała zapewnić spokój cesarzowi w jego drugim życiu i uczynić go niezwyciężonym w zaświatach.

Naturalnej wielkości figury wykonano z szarej gliny wypalanej w wysokiej temperaturze. Postacie były bogato malo-

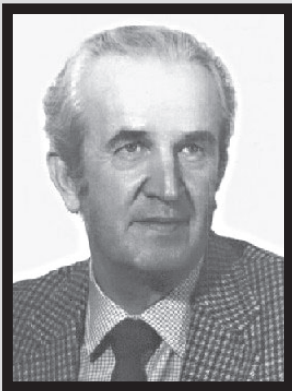


wane i zdobione, tak przetrwały przez wieki. Niestety, po odkopaniu w ciągu niewielu lat straciły kolory. Obecnie archeolodzy dysponują już techniką, dzięki której potrafią je konserwować. Korpusy żołnierzy wykonywano seryjnie, w formach. Ręce i nogi są pełne, natomiast tułowia i głowy puste. Twarze z dokładnie odwzorowanymi rysami wyróżniają się indywidualnymi cechami. Niektórzy badacze sugerują, że są to portrety robotników zatrudnionych przy budowie grobowca. Żołnierzy ustawiono w szyku bojowym, z zachowaniem podziału na rodzaje jednostek. Nietrudno wyodrębnić generałów, oficerów, kawalerzystów, łuczników i piechurów.

Prace archeologiczne trwają ponad 40 lat, ale odkopano zaledwie część kompleksu. Większość posągów jest rozbitych i wymaga skrupulatnej konserwacji. Ciągłe też przybywa obiektów z okolic mauzoleum. W 1999 r. natrafiono na mierzącą ponad 15 tys. mkw. zbrojownię. Znalezione dziesiątki hełmów i pancerzy. Każdy pancerz składa się z 610 wypolerowanych i ponawiercanych płytek wapiennych. Niedaleko arsenału odkryto także swoisty zespół sceniczny – 12 artystów, którzy śpiewem, tańcem i akrobacjami mieli zapewne zabawiać cesarza w zaświatach. W 2001 r. odsonięto fragmenty podziemnej rzeki. Na brzegach stały naturalnej wielkości rzeźby łabędzi, żurawi i gęsi.

Każdy rok przynosi nowe, rewelacyjne odkrycia w okolicach kurhanu. ■





Roman Serafin (1920–2016)

Doc. dr hab. med. Roman Serafin był wychowankiem szkoły prof. Leona Manteuffla-Szoega, pioniera torakochirurgii polskiej. Po powrocie z Anglii, gdzie opracował kilka rozpraw naukowych na temat kardiologii, objął w roku 1964 ordynaturę Oddziału Torakochirurgicznego

Centralnego Szpitala Kolejowego w Międzylesiu. Działalność oddziału obejmowała zagadnienia chirurgii ogólnej, ale przede wszystkim zabiegi kardo- i torakochirurgiczne. Prof. Serafin współpracował z Kliniką Kardiologii CMKP prof. Edmunda Żery. W czasie Jego ordynatury (1964–1988) zoperowano ponad 1 tys. wad serca nabytych i wrodzonych, przy śmiertelności 0,5 proc. Przez kilka lat prowadzono zakład doświadczalny z operacjami na zwierzętach, posługując się aparatem zwanym płucosercem prof. Molla. Po tych doświadczeniach doc. Roman Serafin wycofał się z zabiegów w krą-

żeniu pozaustrojowym, ze względu na niemożność pozyskania nowoczesnego sprzętu. Ograniczono się do zabiegów w hypotermii fizycznej i uzyskiwano rewelacyjne wyniki potwierdzane na zjazdach kardiologicznych. Od 1969 r. doc. Serafin prowadził implantacje rozruszników serca dla różnych ośrodków kardiologicznych.

Już w latach 60. pioniersko stosował zszywacze mechaniczne, pierwotnie konstrukcji i produkcji rosyjskiej. Po wielu latach technika ta upowszechniła się w oparciu o produkcję amerykańską. Doc. Roman Serafin był pierwszym, który zgodził się na wprowadzenie muzykoterapii do sali operacyjnej. Wychował wielu specjalistów. Przeszedł na emeryturę w 1988 r.

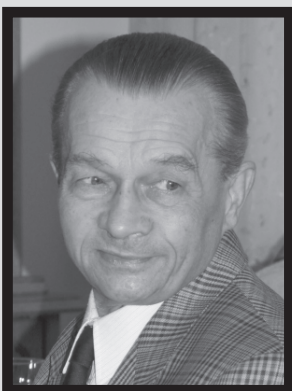
Doc. Serafin był szefem wymagającym, ale sprawiedliwym, perfekcyjnym i pedantycznym, z wielkim poczuciem humoru. Jego zdolności organizacyjne stały się przystawami (odbywały się np. próby generalne przed operacjami w hypotermii). Był człowiekiem wysokiej kultury, z szerokimi zainteresowaniami humanistycznymi, o wielkiej empatii dla chorego.

Był i pozostanie moim mentorem.

Włodzimierz Cerański

Pewna epoka przechodzi do przeszłości wraz z odejściem takich ludzi, pozostaje tylko cieszyć się, że miało się sposobność ich znać.

Elżbieta Gagajek



Janusz Młyński (1942–2016)

Dr n. med. Janusz Młyński był w latach 1968–1991 nauczycielem akademickim, adiunktem w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Naczyń Akademii Medycznej w Warszawie. Za działalność dydaktyczno-wychowawczą i naukową został odznaczony

Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz innymi odznaczeniami państwowymi. W latach 1991–2000 był ordynatorem Oddziału Kardiologiczno-Internistycznego Szpitala Powiatowego w Mińsku Mazowieckim, gdzie kontynuował działalność kliniczną, szkoleniową i organizatorską. Pracował z wielkim zaangażowaniem, wyszkolił zespół młodych lekarzy, przyczynił się do wyposażenia oddziału w nowoczesną aparaturę i poświęcił wszystkie swoje siły chorym powierzonym Jego opiece. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Dr Janusz Młyński został pochowany na Cmentarzu Komunalnym Północnym, w grobie rodzinnym.

Żona



Fot. P. Harr 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



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

9 lutego 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz.159, obwieszczenie ministra infrastruktury i budownictwa z 14 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra transportu, budownictwa i gospodarki morskiej w sprawie badań lotniczo-lekarskich.

11 lutego 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz.172, obwieszczenie ministra infrastruktury i budownictwa z 27 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra transportu, budownictwa i gospodarki morskiej w sprawie wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej osób ubiegających się o świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego lub posiadających świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego.

12 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 28 stycznia 2016 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu asesora sądowego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 171.

Badania lekarskie kandydata na urząd asesora sądowego obejmują:

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

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

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

Zaświadczenia lekarskie i psychologiczne mogą być wykorzystane przez kandydata w toku innych postępowań w sprawie powołania do pełnienia urzędu na stanowisku asesorskim, w terminie 12 miesięcy od daty ich wystawienia.

Dla oceny możliwości wykorzystania zaświadczeń w innym postępowaniu w sprawie powołania do pełnienia urzędu na stanowisku asesorskim przyjmuje się datę zgłoszenia przez kandydata swojej kandydatury w tym postępowaniu.

Lekarzem uprawnionym jest lekarz, który został wpisany do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne i ma prawo wykonywania zawodu oraz co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie.

16 lutego 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 186, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 28 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

17 lutego 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 192, obwieszczenie ministra zdrowia z 21 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji

oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

20 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 lutego 2016 r. w sprawie kryteriów raportowania zdarzeń z wyrobami, sposobu zgłaszania incydentów medycznych i działań z zakresu bezpieczeństwa wyrobów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 201.

20 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu medycznego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 208.

20 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 lutego 2016 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących planowania, prowadzenia, monitorowania i dokumentowania badania klinicznego wyrobu medycznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 209.

20 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 lutego 2016 r. w sprawie sposobu dokonywania zgłoszeń i powiadomień dotyczących wyrobów, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 210.

22 lutego 2016 r. weszła w życie ustawa z 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o wyrobach medycznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1918.

23 lutego 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 224, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 26 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

27 lutego 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 249.

1 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 30 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i trybu ubiegania się o dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne stosowane w leczeniu urazów i chorób nabytych przez weterana poszkodowanego – żołnierza podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 179.

10 marca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 9 lutego 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie niektórych świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 225.

1 maja 2016 r. wchodzi w życie część przepisów ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1991.

Nowelizacja dokonuje zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Przepisy ustawy wprowadzają pojęcie **elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego (EKS)**, przez co rozumie się elektroniczne odwzorowanie karty szkolenia specjalizacyjnego, stanowiące potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jego ukończenia.

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)

Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie:

- student VI roku studiów na kierunku lekarskim albo student V roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym,
- lekarz albo lekarz dentyista,
- kierownik specjalizacji.

Warunkiem dokonywania przez wymienione osoby czynności za pomocą SMK jest uwierzytelnienie tożsamości osoby, która konto założyła, i weryfikacja uprawnień tej osoby.

Uwierzytelnienia dokonuje się przez:

- złożenie bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP lub
- potwierdzenie przez właściwą uczelnię medyczną tożsamości osoby, która konto założyła, lub
- potwierdzenie przez właściwą okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską tożsamości osoby, która konto założyła.

Weryfikacji uprawnień dokonuje w stosunku do:

- studenta – właściwa uczelnia medyczna, na której odbywa studia,
- lekarza albo lekarza dentystry – właściwa miejscowo okręgowa izba lekarska, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby lekarskiej – NIL,
- kierownika specjalizacji – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Dane zamieszczane w SMK, na podstawie niniejszej ustawy, mogą zostać udostępnione:

- lekarzowi – w zakresie śledzenia przebiegu własnego kształcenia,
 - uczelniom – w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą oraz monitorowania karier zawodowych ich absolwentów,
 - konsultantom krajowym i wojewódzkim – w zakresie, w jakim biorą udział w kształceniu lekarzy,
 - Centrum Egzaminów Medycznych – w szczególności w zakresie organizowania i przeprowadzania egzaminów państwowych oraz innych egzaminów z zakresu kształcenia lekarzy,
 - Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego – w szczególności w zakresie udzielania akredytacji jednostkom organizacyjnym, koordynacji organizacji kursów szkoleniowych oraz kontroli i monitorowania realizacji szkolenia specjalizacyjnego,
 - wojewodom – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy,
 - ministrowi obrony narodowej – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON,
 - ministrowi spraw wewnętrznych – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra spraw wewnętrznych,
 - podmiotom uprawnionym do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystry,
 - okręgowym radom lekarskim oraz NRL.
- SMK zawiera informacje o przyznanych prawach wykonywania zawodu.**

Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy

LEK i LDEK odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym LEK i LDEK, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM.

Do LEK może przystąpić:

- student VI roku studiów na kierunku lekarskim polskiej szkoły wyższej albo
- lekarz.

Do LDEK może przystąpić:

- student V roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym polskiej szkoły wyższej albo
- lekarz dentyista.

Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do LEK albo LDEK w terminie:

- do 30 czerwca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych od 1 do 30 września,



PRO SENIORE

Pomóżmy tym, którzy pomagali nam

KRS nr:0000250527

*przeznaczony 1% swojego podatku
na szczytny cel*

nr konta 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290


604 911 233


fundacja.proseniore@gmail.com
www.proseniore.pl


22 542 83 02

– do 30 listopada roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od 1 do 28 lutego.

W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny oraz do LEK albo LDEK składanego w języku obcym zgłaszający się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie wyższej niż 10 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS.

Opłatę egzaminacyjną pobiera dyrektor CEM.

Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego się o miejscu i terminie LEK albo LDEK oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się, nie później niż 14 dni przed terminem danego LEK albo LDEK.

LEK i LDEK są składane w formie pisemnych testów, odrębnych dla zawodu lekarza i zawodu lekarza dentystry.

Pytania testowe obejmują problematykę z zakresu dziedzin medycyny, określonych w przepisach wykonawczych do ustawy, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych.

Testy i pytania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej.

LEK i LDEK polega na rozwiązaniu odpowiedniego testu, składającego się z 200 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 pkt.

Przebieg LEK i LDEK może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Podczas zdawania LEK i LDEK zdający nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych ani z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego.

W przypadku stwierdzenia w trakcie egzaminu naruszenia powyższego zakazu lub rozwiązywania testu niesamodzielnie przewodniczący zespołu egzaminacyjnego dokonuje dyskwalifikacji. W przypadku stwierdzenia po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, że zdający naruszył wspomniany zakaz lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący komisji egzaminacyjnej dokonuje dyskwalifikacji zdającego. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną.

Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK.

O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia w przypadku:

- studenta – właściwą uczelnię,
- lekarza lub lekarza dentystry – właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. **Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do LEK albo LDEK w kolejnym najbliższym od dnia dyskwalifikacji terminie egzaminu.**

Zdający LEK albo LDEK w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego LEK albo LDEK. Zastrzeżenie rozpatruje, w terminie 3 dni od dnia, w którym odbywał się egzamin, komisja powołana przez dyrektora CEM. W przypadku uznania zastrzeżenia komisja unieważnia pytanie testowe objęte zastrzeżeniem. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.

Pozytywny wynik z LEK albo LDEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56 proc. maksymalnej liczby punktów z testu.

Osoba, która złożyła LEK albo LDEK z wynikiem negatywnym albo złożyła LEK albo LDEK z niesatysfakcjonującym ją wynikiem, może przystąpić ponownie do egzaminu w innym terminie.

Osobie, która złożyła LEK albo LDEK, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo LDEK w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. **Wyniki egzaminu danej osoby są jej udostępnia-**

ne za pomocą SMK. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia LDEK. Opłata za te czynności wynosi 50 zł.

Dyrektor CEM udostępnia za pomocą SMK uprawnionym organom, uczelniom, wyniki LEK i LDEK studentów i absolwentów ich wydziałów oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Szkolenie specjalizacyjne

Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy, a także naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu może ubiegać się za pomocą SMK o skierowanie do odbywania tego modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą właściwego konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

Lekarz składa, za pomocą SMK, wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny odpowiednio do:

- wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne,
- ministra obrony narodowej – jeśli jest lekarzem żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także pełniącym służbę lub zatrudnionym w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez MON,
- ministra spraw wewnętrznych – jeśli jest lekarzem pełniącym służbę lub zatrudnionym w podmiocie leczniczym utworzonym przez wspomnianego ministra.

Wniosek składa się w terminie od 1 do 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1 do 31 marca, albo od 1 do 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1 do 31 października.

W celu zakwalifikowania lekarza do odbycia szkolenia specjalizacyjnego przeprowadza się, za pomocą SMK i z wykorzystaniem danych zamieszczonych w SMK, postępowanie kwalifikacyjne, które obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz postępowanie konkursowe.

Lekarz może zwrócić się do organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne o weryfikację postępowania kwalifikacyjnego w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do rozpoczęcia danego szkolenia specjalizacyjnego. **Listę ogłasza się na stronie internetowej właściwego organu oraz za pomocą SMK.**

Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, kieruje lekarza, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie akredytowanym, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe.

Lekarz może zostać skierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry.

Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister zdrowia określa i ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji (rezydentura), w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

Przed postępowaniem kwalifikacyjnym wojewoda ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Wojewoda niezwłocznie przekazuje za pomocą SMK ministrowi zdrowia informację o:

- niewykorzystanych miejscach szkoleniowych objętych rezydenturą,
- lekarzach, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe oraz miejsca szkoleniowe nieobjęte rezydenturą i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej.

Minister zdrowia niezwłocznie informuje za pomocą SMK o przyznaniu miejsca szkoleniowego objętego rezydenturą właściwego wojewodę, który kieruje lekarza za pomocą SMK do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

CMKP publikuje programy specjalizacji zatwierdzone przez ministra zdrowia na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK.

Lekarz, na swój wniosek, może odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego.

Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego zostaje dodatkowo przedłużony o okres udzielonego lekarzowi przez pracodawcę urlopu wychowawczego na zasadach określonych w przepisach ustawy – Kodeks pracy.

Informacje o przedłużeniu lekarzowi okresu szkolenia specjalizacyjnego są umieszczane w SMK.

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu. **Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, w szczególności za pomocą SMK, rocznych szczegółowych planów szkolenia specjalizacyjnego, obejmujących w szczególności miejsce odbywania staży kierunkowych w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji, w terminie miesiąca od dnia rozpoczęcia kolejnego roku odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.** Kierownik specjalizacji niezwłocznie odnotowuje każdą zmianę w rocznym szczegółowym planie szkolenia specjalizacyjnego. **Roczne szczegółowe plany szkolenia specjalizacyjnego oraz jego zmiany są zamieszczane w SMK.**

Kierownik specjalizacji niezwłocznie potwierdza realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego za pomocą SMK, w szczególności przez potwierdzanie wpisów uzupełnianych na bieżąco przez lekarza w EKS.

W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji m.in. czuwa nad dopełnieniem obowiązku bieżącego uzupełniania EKS, potwierdza, za pomocą SMK, zrealizowanie poszczególnych elementów programu specjalizacji oraz całości szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z programem specjalizacji.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie za równoważne ze zrealizowaniem elementów programu specjalizacji stażu szkoleniowego, obejmującego szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie zabiegów lub procedur medycznych, a także staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne, i ewentualne skrócenie okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli okres od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego nie jest dłuższy niż 5 lat.

Zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego oznacza faktyczne zaprzestanie realizacji programu specjalizacji, zgodnie z rocznym szczegółowym planem szkolenia specjalizacyjnego lub nieuzupełnianie wpisów, za pomocą SMK, w EKS przez lekarza, w okresie 3 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu, z przyczyn leżących po stronie lekarza.

Właściwy podmiot jest obowiązany do powiadomienia za pomocą SMK odpowiednio wojewody, MON albo ministra spraw wewnętrznych o zaistnieniu okoliczności, w których lekarz nie może realizować lub kontynuować szkolenia specjalizacyjnego.

Odpowiednio wojewoda, MON albo minister spraw wewnętrznych wydaje decyzję o skreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, na podstawie:

- powiadomienia przez właściwy podmiot o zaistnieniu okoliczności uniemożliwiających kontynuowanie specjalizacji lub złożenia informacji o zaistnieniu powyższych okoliczności przez inne uprawnione podmioty,
- wniosku kierownika specjalizacji o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego po uzyskaniu przez wojewodę, MON albo ministra spraw wewnętrznych opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Rejestr jest prowadzony przez CMKP za pomocą SMK, z wykorzystaniem danych niezwłocznie zamieszczanych w SMK bezpośrednio przez wojewodów, ministra obrony narodowej i ministra spraw wewnętrznych.

Podmiotami weryfikującymi odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji są:

- wojewoda właściwy ze względu na obszar województwa, na terenie którego wnioskodawca odbywał szkolenie specjalizacyjne,

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



**OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE**
im. prof. Jana Nieciubowicza

**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

- ministra obrony narodowej – w przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez tego ministra,
- minister spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna – w przypadku wnioskodawców pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez tego ministra.

Wymienione podmioty dokonują weryfikacji formalnej odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lekarza, który uzyskał od kierownika specjalizacji potwierdzenie zrealizowania szkolenia.

Ponadto zwracają się, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów krajowych o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia od kierownika specjalizacji.

Konsultant krajowy dokonuje weryfikacji za pomocą SMK w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu.

W przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji właściwy konsultant krajowy za pomocą SMK wskazuje brakujące elementy programu specjalizacji.

Podmioty weryfikujące, niezwłocznie po uzyskaniu informacji od konsultanta krajowego:

- potwierdzają zakończenie szkolenia specjalizacyjnego,
- w przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji odmawiają potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz kierują do zrealizowania brakującego elementu programu specjalizacji i przedłużają okres szkolenia w trybie pozarezydenckim o czas niezbędny do realizacji tego elementu.

Ponadto zawiadamiają wnioskodawcę o rozstrzygnięciu za pomocą SMK. O odmowie potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego powiadamiają wnioskodawcę również na piśmie. W przypadku odmowy potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wnioskodawca w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia może zwrócić się do uprawnionego podmiotu o weryfikację rozstrzygnięcia.

Lekarz może złożyć wniosek o zaliczenie PES w całości albo w części, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym egzamin organizowany przez europejskie towarzystwo naukowe, który przez ministra zdrowia został uznany za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części.

Lekarz, po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w celu uznania tego egzaminu składa wniosek do dyrektora CEM. W przypadku stwierdzenia spełnienia przesłanek pozwalających na uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z całością PES dyrektor CEM wydaje dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty.

W przypadku stwierdzenia spełnienia przesłanek pozwalających na uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z częścią PES dyrektor CEM wydaje zaświadczenie potwierdzające takie uznanie.

Lekarz nie może uzyskać uznania egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym PES odpowiednio w całości albo w części.

Lekarz nie może przystąpić do PES w całości albo w części, jeżeli uzyskał uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES odpowiednio w całości albo w części.

Dyrektor CEM za pomocą SMK informuje o rozstrzygnięciu w sprawie uznania egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części.

Lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, oraz lekarz, który ma uznany dorobek naukowy i zawodowy, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES. Wniosek składa się za pomocą SMK.

Opłata w przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania wniosku.

Wniosek składa się w terminie do 31 lipca każdego roku dla sesji jesiennej albo do 31 grudnia każdego roku dla sesji wiosennej.

Dyrektor CEM zawiadamia wnioskodawcę o miejscu i terminie egzaminu oraz nadanym numerze kodowym.

Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez wnioskodawcę we wniosku, nie później niż 14 dni przed terminem danego egzaminu.

CEM organizuje PES dwa razy do roku, w miejscach ustalonych przez dyrektora CEM.

PES dla każdej specjalności jest składany w formie egzaminu testowego i egzaminu ustnego, w kolejności tych egzaminów ustalonej przez dyrektora CEM, obejmujących zakres odbytego szkolenia specjalizacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych, z wyłączeniem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych.

W uzasadnionych przypadkach minister zdrowia może, na wniosek dyrektora CEM, wyrazić zgodę na odstąpienie od przeprowadzenia egzaminu testowego PES dla wszystkich lekarzy dopuszczonych do PES w danej dziedzinie w określonej sesji egzaminacyjnej, z zachowaniem egzaminu ustnego, albo zdecydować o przeprowadzeniu PES jeden raz w roku – z zachowaniem wszystkich jego części, w jednej z sesji egzaminacyjnych.

Testy i pytania testowe opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny. Testy, pytania i zadania egzaminacyjne nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej.

Zdający PES w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PES. W przypadku uznania zgłoszonego zastrzeżenia zadanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku egzaminu testowego w stosunku do wszystkich zdających, co obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za zadania unieważnione nie są przyznawane.

Przebieg PES może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Zdający podczas PES nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych ani z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, że zdający naruszył zakaz lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej dokonuje dyskwalifikacji zdającego.

W powyższym przypadku o dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie zdyskwalifikowanego.

Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK.

O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PES w kolejnej najbliższej od dnia dyskwalifikacji sesji egzaminacyjnej.

W przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 25 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. **CEM ustala wyniki PES i zamieszcza w SMK, a w zakresie egzaminu testowego publikuje je także na swojej stronie internetowej.**

Lekarz, który nie przystąpił do PES w wyznaczonym terminie albo uzyskał wynik negatywny z PES, może przystąpić do PES w kolejnej sesji egzaminacyjnej.

Za wynik pozytywny PES uznaje się uzyskanie pozytywnych wyników z obu jego części.

W przypadku, gdy PES w danej sesji egzaminacyjnej składa się z egzaminu testowego i egzaminu ustnego oraz gdy dyrektor CEM ustalił, że jako pierwszy jest przeprowadzany egzamin testowy, warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu testowego. Wynik pozytywny z części PES jest uznawany w kolejnych sześciu sesjach egzaminacyjnych po sesji, w której został uzyskany. W przypadku nieuzyskania wyniku pozytywnego z jednej części PES albo nieprzystąpienia do części PES w ustalonym terminie lekarz może przystąpić w innej sesji egzaminacyjnej tylko do tej części PES.

Oceną końcową PES jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen z egzaminu testowego i ustnego.

Lekarzowi, który złożył PES z wynikiem pozytywnym, dyrektor CEM wydaje dyplom PES w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji egzaminacyjnej od PKE.

Wyniki PES dyrektor CEM udostępnia za pomocą SMK organom prowadzącym postępowanie kwalifikacyjne, uczelniom – w przypadku ich absolwentów, jednostkom akredytowanym – w przypadku lekarzy, którzy odbywali w nich szkolenie specjalizacyjne, oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Na wniosek lekarza, który złożył PES, dyrektor CEM wydaje, odpłatnie, duplikat albo odpis dyplomu albo dokonuje korekty dyplomu PES. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłata nie wnosi się, gdy korekta wynika z błędu CEM.

Doskonalenie zawodowe

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK oraz przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy. Potwierdzenia dokonuje się na podstawie przedłożonej przez lekarza indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego.

Jednostka organizacyjna ubiegająca się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązana uzyskać zgodę zatrudnionych lekarzy na pełnienie funkcji kierownika specjalizacji, natomiast nie jest wymagana opinia właściwego konsultanta wojewódzkiego o spełnieniu warunków do prowadzenia specjalizacji.

Jednostka organizacyjna przedstawia CMKP, za pomocą SMK, dane w celu uzyskania opinii powołanego przez dyrektora CMKP

zespołu ekspertów o spełnieniu przez jednostkę warunków do prowadzenia specjalizacji.

Dyrektor CMKP na podstawie przedstawionej opinii zespołu ekspertów dokonuje, za pomocą SMK, wpisu jednostki organizacyjnej na prowadzoną przez siebie listę jednostek akredytowanych i określa maksymalną liczbę miejsc szkoleniowych w zakresie danej specjalizacji dla lekarzy mogących odbywać szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy w komórce organizacyjnej wchodzącej w jej skład, na okres 5 lat.

Listy jednostek akredytowanych dyrektor CMKP publikuje i aktualizuje na swojej stronie internetowej oraz w SMK.

Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez uprawnione jednostki organizacyjne po zatwierdzeniu pod względem merytorycznym programu kursu przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny oraz po wpisaniu, za pomocą SMK, na listę prowadzoną przez CMKP.

Zgłoszenia do uczestnictwa w kursach szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji są realizowane wyłącznie za pomocą SMK. CMKP dokonuje weryfikacji zgłoszeń lekarzy oraz kwalifikuje ich do udziału we właściwych kursach szkoleniowych. Powiadomienie lekarza o zakwalifikowaniu na kurs objęty programem danej specjalizacji odbywa się za pomocą SMK.

Dyrektor CMKP publikuje, w terminie do 31 grudnia każdego roku, na swojej stronie internetowej oraz w SMK listę kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji.

Podmiot, który zrealizował kurs szkoleniowy, w terminie 7 dni od dnia zakończenia kursu przekazuje do CMKP, za pomocą SMK, listę lekarzy, którzy ukończyli i zaliczyli kurs szkoleniowy, zawierającą imię i nazwisko oraz numer PESEL lekarza, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania, a także imię i nazwisko kierownika kursu. Dane te są zamieszczane przez CMKP w SMK.

Po zamieszczeniu wymienionych danych w SMK CMKP generuje za pomocą SMK elektroniczny dokument potwierdzający ukończenie kursu.

Elektroniczny dokument potwierdzający ukończenie kursu udostępnia się użytkownikom systemu za pomocą SMK.

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. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

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

KOLEGIUM REDAKCYJNE: Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiewicz, 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, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielenka

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

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

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

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

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

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów

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

Wiceprezes ORL

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

Wiceprezes ORL – 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

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 Kołacz; tel. 22-542-83-79

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

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

Składki – kierownik Maciej Lisieski; 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

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

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

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

Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski przewodniczący Roman Jasiński

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

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

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64

prac. biura: Julita Kiyatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

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

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Dominika Siporska,

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

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,

Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

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

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Marta Bodek, Jolanta Otulak

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

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja Legislacyjna

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

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

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

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

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

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

Komisja ds. Młodych Lekarzy

przewodniczący Filip Dąbrowski

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

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

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

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

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

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy 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

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

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

Marketing i reklama

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

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej

Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-52,

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Zespół ds. informatycznych

tel. 22-542-83-37

Marek Paluszkiewicz 784-98-67-28,

Tomek Dzieńkowski 791-51-68-57

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

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

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

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

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

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

Działamy wspólnie dla Profesjonalistów

RECEPTA NA

DODATKOWY
ZASTRZYK
GOTÓWKI

ATRAKCYJNE
KREDYTY



kontakt@bsotrowmaz.pl
801 000 823
www.bsotrowmaz.pl

RECEPTA NA

DAWKĘ
LEPSZEJ
PRZYSZŁOŚCI

FUNDUSZE
INWESTYCYJNE



biuro@bpstfi.pl
22 588 18 92
www.bpstfi.pl

RECEPTA NA

TERAPIĘ
NOWOCZESNOŚCIĄ

TERMINALE
PŁATNICZE



pos@planetpay.pl
801 50 80 50
www.planetpay.pl

