

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

Znacząca rola
niszowej specjalizacji
– rozmowa
z **prof. Renatą
Górką**
[str. 16]

Światowy
Dzień
Chorego
[str. 7]

Profil zaufany,
czyli eGO
[str. 10]

Co zrobić
z odpadami?
[str. 26]

Pacjent, którego
nigdy nie zapomnę
[str. 38]

Lekarze
bez Granic
– Peszawar
[str. 45]



Wieczór integracji



ZBADAJ TO!



HomeDoctor to serwis łączący bezpośrednio pacjentów i lekarzy - dzięki nowoczesnej technologii (aplikacji z geolokalizacją), skracamy do minimum czas dojazdu do pacjenta, a lekarzom dajemy możliwość pracy w pobliżu miejsca, gdzie obecnie przebywają, wtedy kiedy chcą.

SZUKAMY:

- lekarzy **rezydentów** (w trakcie dowolnej specjalizacji) lub **specjalistów** pediatrii, chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej
- mieszkających lub pracujących w Warszawie i okolicach
- posiadających lub chcących otworzyć indywidualną praktykę lekarską
- dysponujących samochodem i znających język angielski w stopniu pozwalającym na komunikację z pacjentem.

OFERUJEMY:

- **stawki od 120 zł do 200 zł za wizytę domową**
- całkowicie elastyczny czas oraz miejsce pracy - lekarz określa w aplikacji obszar swojej pracy oraz godziny, w których chce pracować.

Napisz do nas na lekarz@homedoctor.pl
zadzwoń **+48 668 000 250**
lub wejdź na homedoctor.pl





Nr 2/2017 (262), luty 2017

Na okładce:
prof. dr hab. n. med. Renata Górka
(fot. M. Teperek)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Wieczór integracji	str. II okładki, 37
▶ Nowe mapy potrzeb zdrowotnych	4
▶ Słowo i obecność	7
▶ Orędzie papieża Franciszka	7
▶ Miała być mała rewolucja...	8
▶ Eksperti alarmują...	8
▶ trzy pytania do...	10
▶ Wirtualna tożsamość	12
▶ Medycyna nowa. Niech się stara...	14
▶ Znacząca rola niszowej specjalizacji	16
▶ Lek czy zagrożenie?	18
▶ III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	19
▶ lecmy ból	20
▶ etyka	22
▶ listy do redakcji	22
▶ Wdzięczność pacjenta	24
▶ doniesienia naukowe	25
▶ Co zrobić z odpadami?	26
▶ z Mazowsza	28
▶ z Delegatury Radomskiej	29
▶ wyróżnienia i nagrody	30
▶ goniec medyczny	31, 34
▶ u nas w samorządzie	32
▶ recepty	34
▶ Pacjent, którego nigdy...	38
▶ Pewnego roku w Peszawrze	45
▶ literatura i życie	46
▶ ciekawe miejsca	47
▶ wspomnienia	48
▶ nowe przepisy prawne	50
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	6
▷ Walewski	6
▷ Kowal	40
▷ Jankowska	41
▷ Müldner-Nieckowski	42
▷ Ciepły	42

Fot. archiwum



Dziewczyna nowym wiceministrem

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

W styczniu 2017 r. premier Beata Szydło dokonywała przeglądu resortów. I zadeklarowała, że zmian w rządzie nie będzie!

Revolucji chyba nie ma, ale jeżeli chodzi o resort zdrowia – sekretarza stanu Jarosława Pinkasa zastąpiła właśnie poseł PiS Józefa Szczurek-Zelazko. Kobiety są odważne, konsekwentne i zdeterminowane. Jeżeli podejmują się zadań, to moim zdaniem realizują je najlepiej jak można! Przepraszam panią poseł – panią wiceminister za poufałość w tytule, ale to przecież tylko felieton!

Nowa sekretarz stanu w MZ jest pielęgniarką, absolwentką Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie. Była dyrektorem Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w starostwie powiatu nowosądeckiego. W 2001 r. została dyrektorem zakładu opieki zdrowotnej w Brzesku. W Sejmie jest przewodniczącą parlamentarnego zespołu ds. szpitali powiatowych i wiceprzewodniczącą parlamentarnego zespołu ds. pielęgniarek, położnych i innych pracowników opieki zdrowotnej. W 2013 r. została wyróżniona przez prezydenta RP tytułem „Pracodawca przyjazny pracownikom”.

A kulisy decyzji? „Do spotkania doszło w Bielsku-Białej 5 grudnia [2016]. Podczas rozmowy z panią premier podniosłam kwestię systemu kształcenia oraz stażu podyplomowego-pierwsza praca, a także wdrożenia rozporządzeń koszykowych. Pani premier z dużym zrozumieniem wysłuchała naszych postulatów – relacjonuje spotkanie przewodnicząca BORPiP Małgorzata Szwed. – Zapewniła też, że zastanowi się i rozważy powołanie pielęgniarki na stanowisko wiceministra w Ministerstwie Zdrowia. Uważamy, że takie rozwiązanie jest niezbędne, by sprawy największej medycznej grupy zawodowej były należycie przedstawiane. Potrzebna jest osoba, która dobrze zna realia naszego zawodu i opracuje oraz wdroży, we współpracy z samorządem pielęgniarek i położnych, strategię działania i rozwoju polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. – Pielęgniarki nadal podtrzymują swoje postulaty i są za dotychczasową formą kształcenia. Stanowisko OZZPiP w kwestii kształcenia nie zmieniło się. Należy utrzymać obecny system, bo on gwarantuje wysoką jakość usług – potwierdza Lucyna Dargiewicz, przewodnicząca OZZPiP”. Tyle Internet.

Jest jedno „ale”. Od wielu lat lekarze dentyści dopominają się uwzględnienia przez decydentów specyfiki ich zawodu. W Ministerstwie Zdrowia powstał dawno, dawno temu Departament Pielęgniarek i Położnych. A lekarze dentyści nie mogą się doprosić ich reprezentacji, a przecież – jak nawet mówi ustawa – to odrębny zawód.

Odszedł także podsekretarz stanu Piotr Warczyński, przez wiele lat (i kilka ekip) związany z Ministerstwem Zdrowia. Wcześniej był dyrektorem Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia. Ostatnio – jako podsekretarzowi stanu w MZ – podlegały mu Departament Dialogu Społecznego, Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg oraz Departament Organizacji Ochrony Zdrowia. O ile nie myli mnie pamięć, gdy był dyrektorem Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, deklarował nawet chęć odejścia z resortu.

Co oznaczają te, a może i kolejne, zmiany kadrowe w MZ – okaże się. O planach, zapowiedziach, deklaracjach i oczekiwaniach piszą na kolejnych stronach tego numeru „Pulsu” Małgorzata Solecka, Marek Balicki i Paweł Walewski. Czekamy na refleksje Czytelników. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Kalendarz wyborczy

Andrzej Sawoni

prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Teperek

Znamy już kalendarz wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy i Krajowy Zjazd Lekarzy na VIII kadencję. Przed nami – do wiosny 2018 r. – kilkanaście gorących wyborczych miesięcy. Podkreślam znaczenie tego okresu, gdyż wybory są podstawą demokracji. Doceniajmy tę wartość. Ponad ćwierć wieku temu odrodził się w Polsce samorząd lekarski, lekarze i lekarze dentyści zyskali swoją reprezentację. Głos środowiska lekarskiego jest słyszalny i ma swoją moc. Zachęcam koleganki i kolegów do wspierania idei wyborów oraz do czynnego w nich udziału – głosowania i kandydowania. Im więcej każdy z nas wniesie pomysłów i energii do działania, tym nasza organizacja będzie silniejsza. W obliczu mnożących się problemów, z którymi mierzy się polski system ochrony zdrowia, siła i wspólnota samorządu lekarskiego są nam tym bardziej potrzebne.

Przed nami miesiące wielu zmian w systemie ochrony zdrowia. Czekają na nie lekarze, przedstawiciele innych zawodów medycznych i pacjenci. Zapowiadanych zmianom jak zawsze towarzyszą nadzieje i obawy. Niestety, wiele ministerialnych propozycji rozwiązań w zakresie organizacji opieki zdrowotnej nie spełnia oczekiwań środowiska lekarskiego. Wyrazem tych obaw jest chociażby stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie sieci szpitali. Samorząd lekarski podkreśla, że planowanie zmian w sytuacji, gdy nie zapewnia się dostatecznego finansowania ochrony zdrowia, prowadzi do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. A przecież pamiętać trzeba też o problemach kadrowych: o braku lekarzy wielu specjalności, o starzejącej się kadrze lekarskiej, o emigracji młodych. Oczekujemy pilnego wypracowania rozwiązań i konkretnych działań, które sytuację zmienią, a młodym adeptom uczelni medycznych zagwarantują godziwe nie tylko zarobki, ale też warunki pracy i kształcenia specjalizacyjnego w Polsce. Inaczej nie zapewnimy ciągłości lekarskich pokoleń w naszych szpitalach i gabinetach, a tym samym nie rozwiążemy problemu kolejek do lekarzy.

Chciałbym, i życzę im tego, aby młodzi lekarze po latach pracy zawodowej mogli cieszyć się takim benefitem, jaki obchodził prof. Jerzy Woy-Wojciechowski w styczniu 2017 r. Nasza Izba czynnie wsparła te obchody. Profesor, wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, był orędownikiem idei odrodzenia izb lekarskich. To dzięki takim jak on osobom, które dostrzegały znaczenie zorganizowania się samorządu zawodowego, obecnie możemy przygotowywać i przeprowadzać wybory na kolejną kadencję. Dzięki wspólnemu wysiłkowi zaangażowanych w pracę na rzecz izb lekarskich możemy domagać się od decydujących o systemie ochrony zdrowia uwzględniania postulatów lekarzy i lekarzy dentyistów. Pamiętajmy, że razem jesteśmy siłą.

facebook.com/OILWarszawa



Nowe mapy potrzeb zdrowotnych
str. 4



Wirtualna tożsamość
str. 12



III Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne.
Zapowiedź
str. 19

Prosimy wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów

o weryfikowanie adresów do kolportażu

„Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”

(zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).

E-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl
lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

Nowe mapy potrzeb zdrowotnych



Fot. archiwum

Małgorzata Solecka

Ministerstwo Zdrowia opublikowało mapy potrzeb zdrowotnych dotyczące 30 wybranych grup chorób. To już trzecia część dokumentu, który ma być podstawą podejmowania kluczowych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej.

Zgodnie z harmonogramem projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – baza analiz systemowych i wdrożeń” wcześniej opublikowano mapy potrzeb w kardiologii i onkologii oraz mapy leczenia szpitalnego.

Najnowsze mapy przedstawiają analizy dla każdego województwa w następujących zakresach:

- leczenie zamknięte (leczenie szpitalne, rehabilitacja, opieka hospicyjno-paliatywna) dla 30 wyróżnionych grup chorób,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) dla 15 grup chorób,
- podstawowa opieka zdrowotna (POZ) dla 15 grup chorób.

Mapy są opracowane w podziale na moduły A i B – każdy po 15 grup chorób wyodrębnionych na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja 10 – ICD-10.

Moduł A obejmuje następujące grupy chorób: choroby układu kostno-mięśniowego, choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego), choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego), choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego, przewle-

kle choroby układu oddechowego, ostre choroby układu oddechowego, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, choroby dziecięce, zaburzenia psychiczne, ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem, cukrzyca, nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego, choroby krwi, układu krwiotwórczego i odpornościowego, nowotwory niezłośliwe, wrodzone wady rozwojowe.

Moduł B obejmuje następujące grupy chorób: choroby metaboliczne, choroby oka i okolic, choroby skóry, choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe), choroby układu moczowo-płciowego (kobiet), choroby układu moczowego, choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki, choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego, choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych), choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani, choroby zakaźne – wirusowe zapalenie wątroby, choroby zakaźne – HIV, choroby zakaźne z wyłączeniem HIV i WZW, choroby jamy ustnej i stomatologia, urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych.

Mapy dla modułu A obejmują zarówno POZ, jak i AOS oraz leczenie zamknięte. Moduł B do 31 grudnia 2017 r. jest przeanalizowany wyłącznie pod kątem leczenia zamkniętego. Informacje dotyczące jednej grupy chorób w jednym województwie zajmują od kilkuset do nawet około tysiąca stron. Dokumenty są zamieszczone na stronie <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>.

Oprócz 16 map regionalnych ministerstwo przygotowało też podsumowanie dla całej Polski, w którym znajduje się m.in. analiza stanu i wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia (w drugiej połowie stycznia mają być też opublikowane podsumowania dla każdego regionu osobno, by możliwe było ich syntetyczne porównywanie).

Jakie wnioski można wysnuć, opierając się na dokumencie zbiorczym? Jeszcze przed publikacją map potrzeb zdrowotnych urzędnicy odpowiedzialni za ten proces tłumaczyli, jak dużym problemem są braki danych oraz niekompatybilność informacji, które zbierają poszczególne instytucje (NFZ, GUS, ZUS etc.). W opublikowanych dokumentach w przypadku wielu chorób brak danych lub ich niedoskonałość nie pozwalają na wyciągnięcie (na tym etapie) twardej wniosków.

Oto przykłady.

Urazy głowy: „Brak jest wskaźnika określającego skuteczność leczenia”.

Urazy kręgosłupa: „Ze względu na brak raportowania wskaźników pozwalających na ocenę ciężkości urazu trudne jest odniesienie się do wyników leczenia oraz dalszej ścieżki leczenia i rehabilitacji pacjentów, w szczególności w przypadku ciężkich urazów kręgosłupa”.

Zapalenia mózgu, rdzenia i opon mózgowych: „Brak raportowania zapaleń o podłożu autoimmunologicznym, ponieważ nie istnieją odpowiednie kody rozpoznania ICD-10 i procedur ICD-9”.

Ostre choroby układu oddechowego: „Niska jakość danych, brak sprawozdawczości m.in. chorób współistniejących czy wykonywanych badań diagnostycznych wpływa negatywnie na możliwości wnioskowania co do jednorodności grupy chorujących na ostre choroby układu oddechowego, co uniemożliwia określenie realnych potrzeb, np. w zakresie rehabilitacji oddechowej lub ogólnoustrojowej w tej grupie chorych”.

Ministerstwo Zdrowia jest jednak przekonane, że publikacja map – z niedoskonałymi danymi i brakami – wpłynie na świadczeniodawców stymulująco. Poprawi się jakość raportowania, braki zostaną uzupełnione i kolejne wydania map potrzeb zdrowotnych będą zawierać bardziej miarodajne przesłanki do podejmowania decyzji dotyczących systemu ochrony zdrowia.

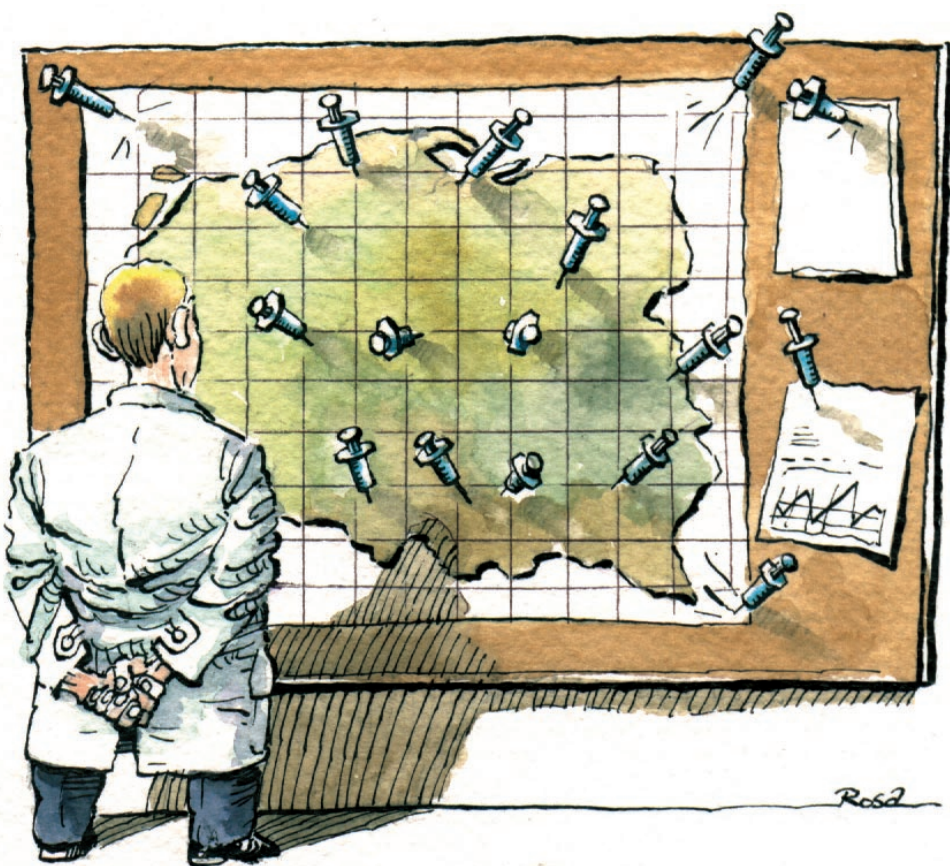
Jednak lektura nawet tak niedoskonałych map nie pozostawia złudzeń: polski system ochrony zdrowia nie stanowi spójnej całości. Szanse pacjentów na skuteczną opiekę zależą w dużym stopniu od regionu Polski, w którym podejmują leczenie. I choć zwykle stawia się znak równości między większymi szansami pacjenta a zamożnością regionu czy jego nasyceniem szpitalami wysokospecjalistycznymi, rzeczywistość okazuje się bardziej skomplikowana.

Najniższy wskaźnik amputacji stopy cukrzycowej nie jest notowany na Mazowszu czy Śląsku (czyli w dwóch najbogatszych regionach), ale w Podlaskiem i Świętokrzyskiem. Ten wskaźnik świadczy zaś o jakości leczenia na wcześniejszych etapach.

Niekiedy różnice w statystykach w poszczególnych chorobach trudno wyjaśnić. Jednym z problemów polskiej służby zdrowia jest dostępność rehabilitacji, np. po endoprotezoplastykach. Pacjenci po wszczepieniu endoprotezy stawu kolanowego mieszkający na Mazowszu w pierwszych 40 dniach od zabiegu są niemal w najlepszej sytuacji – 54 proc. z nich jest objętych rehabilitacją (pierwsze miejsce przypada województwu kujawsko-pomorskiemu). Dla porównania: na Śląsku 20 proc., na Opolszczyźnie – zaledwie 11 proc. Dlaczego więc tylko niespełna 28 proc. mazowieckich pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego ma szansę uczestniczyć w optymalnym czasie w rehabilitacji, podczas gdy w województwie kujawsko-pomorskim 40 proc.?

Przygotowanie map potrzeb zdrowotnych niejako wymusiła na Polsce Unia Europejska. Bez nich nie mielibyśmy szans na pozyskanie unijnych środków na inwestycje w ochronie zdrowia. Chodzi o to, by pieniądze trafiały tam, gdzie pacjenci są leczeni z zadowalającymi wynikami. Dzięki mapom wiadomo będzie, ile w danym szpitalu wykonuje się zabiegów lub hospitalizacji w zakresie danej jednostki chorobowej. Jeśli za mało w stosunku do przyjętego wskaźnika, szpital (oddział) nie otrzyma dofinansowania. W ujęciu bardziej dalekosiężnym – dane z map mają być „twardym dowodem” konieczności zmiany profilu placówki. Przykładem szpitale lub (zwłaszcza) oddziały położnicze. Jeśli na oddziale odbywa się rocznie mniej niż 400 porodów, sens jego istnienia staje pod znakiem zapytania. Mapy bowiem nie tylko pokazują liczbę wykonywanych procedur, ale również ich bezpieczeństwo i skuteczność leczenia. Dowodzą zatem silnej korelacji między liczbą zabiegów a ich jakością. Im więcej, tym bezpieczniej.

Ten argument pojawiał się również podczas prac nad siecią szpitali. Minister Konstanty Radziwiłł przekonywał, m.in. podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy, że nie można utrzymywać przykładowo oddziałów chirurgii, na których lwia część pacjentów leczona jest niechirurgicznie. Jednak w trakcie owych prac resort pominął – co zarzucają mu eksperci – wnioski z już istniejących map (dotyczących lecznictwa szpitalnego). Projekt ustawy o sieci szpitali przeszedł fazę konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych. Jego losy, a pośrednio i losy obecnego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, są jednak niepewne. Zamiast trafić pod obrady rządu, został skierowany do Komitetu Ekonomicznego Rady Ministrów. Dlaczego? Ponieważ wicepremier Mateusz Morawiecki nie uwierzył ministrowi zdrowia, że ustawa o sieci szpitali nie przyniesie skutków ekonomicznych. Wręcz przeciwnie, resort finansów uważa, że zagraża ona stabilnemu funkcjonowaniu prywatnych podmiotów działających do tej pory na podstawie kontraktu z NFZ. Zgodnie z przyjętymi procedurami wewnątrzrządowymi musi więc zostać zaopiniowana i zaakceptowana przez KERM.



Rys. K. Rostecki

Odrzucenie projektu ustawy o sieci szpitali byłoby potężnym ciosem w Konstancję Radziwiłła, gdyż wicepremier Morawiecki kontestuje również projekt ustawy o płacy minimalnej. Niewykluczone jednak, że skończy się na odesłaniu projektu „sieciowego” do gruntownych poprawek. Być może wówczas minister i jego współpracownicy w większym stopniu skorzystają z narzędzi, jakimi dysponują, i zbudują sieć na fundamentach map potrzeb zdrowotnych, a nie ideologicznego założenia, że publiczne pieniądze muszą trafiać do publicznych placówek zdrowotnych. Wprawdzie zapowiedziała to w exposé premier Beata Szydło, ale rok rządów to aż nadto dla zweryfikowania nietrafionych opinii. Resort już musiał odstąpić od wykluczenia „prywatnych” placówek w obszarze onkologii, bo okazało się, że bez nich dostępność terapii znacznie by spadła.

Czas na dalej idące wnioski. ■



Marek Balicki

W najbliższych miesiącach okaże się, czy rok 2017 będzie przełomowy dla przyszłości opieki zdrowotnej w Polsce. W każdym razie na styczniowej konferencji prasowej po przeglądzie stanu prac resortu zdrowia szefowa rządu zapowiedziała, że wchodzimy w decydujący etap reformy.

Po konsultacjach społecznych jest projekt ustawy zmieniającej radykalnie sposób finansowania szpitali. W wyniku tej nowelizacji ponad 90 proc. środków przeznaczonych na leczenie stacjonarne ma być przekazywane świadczeniodawcom w postaci ryczałtu, z pominięciem konkursu ofert. Odejdźcie od zasady „płacenia za usługę” w szpitalnictwie ma nastąpić w połowie roku.

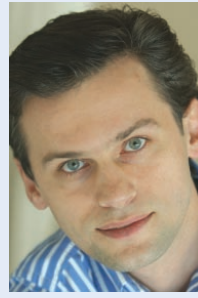
Druga kluczowa kwestia to przyszłość instytucji płatnika. Po ogłoszeniu przez rząd w grudniu odstąpienia od planów wprowadzenia jednolitego podatku mogło się wydawać, że składka zdrowotna i instytucja zarządzająca tymi środkami zostaną utrzymane. Jednak podczas wspomnianej konferencji z udziałem premier Beaty Szydło i ministra Radziwiłła powtórzono zapowiedź likwidacji NFZ z początkiem 2018 r. Wprawdzie nie poznaliśmy konkretów i formalnie rzecz biorąc, klamka nie zapadła, ale los NFZ jest chyba przesądzony. Jakkolwiek będzie, czekają nas w tej sprawie konsultacje społeczne i one mogą jeszcze wpłynąć na ostateczne decyzje.

Minister Radziwiłł, mówiąc po raz kolejny o likwidacji NFZ, nie przedstawił niestety ekspertyz ani wyników analiz zawierających istotne argumenty na rzecz przeprowadzenia tej wielkiej organizacyjnej zmiany. Przypomniał jedynie o konieczności pełnej realizacji konstytucyjnej zasady, że każdy obywatel mieszkający w Polsce ma prawo do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Chodzi tu o osoby, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ. Dzisiaj w ich przypadku eWUŚ wyświetla się na czerwono, bo tylko nieliczni ubezpieczają się dobrowolnie, i wszyscy mamy z tym kłopot, zarówno pacjenci, jak i świadczeniodawcy. W ocenie ministra, aby to zmienić, trzeba właśnie zlikwidować NFZ.

Trudno się z takim stanowiskiem zgodzić. Zasada, że obywatele mają prawo do opieki zdrowotnej także wtedy, kiedy nie są ubezpieczeni, obowiązuje już w Polsce od kilkunastu lat, choć tylko w odniesieniu do dzieci do 18. roku życia i kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Logicznym rozwiązaniem byłoby więc objęcie nią teraz wszystkich obywateli. Nie potrzeba w tym celu burzyć instytucji płatnika, bo koszty leczenia nieubezpieczonych pokrywa budżet państwa.

Z tego punktu widzenia szumnie zapowiadane powszechne prawo do usług lekarza rodzinnego wygląda nie najlepiej, żeby nie powiedzieć karykaturalnie. Nieubezpieczony zgłaszający się do lekarza rodzinnego, żeby nie płacić za usługę, będzie musiał złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń, chociaż wie, że takiego prawa nie ma. Poważne to nie jest.

Chciałoby się życzyć ministrowi zdrowia więcej odwagi w rozszerzaniu praw obywateli i rozwagi przed podejmowaniem decyzji o likwidacji w miarę sprawnie funkcjonujących instytucji. ■



Fot. archiwum

Teoretyczny problem ministra

Paweł Walewski

Konstanty Radziwiłł pozwolił sobie na obserwację, że nie ma co panikować z powodu smogu, skoro tyle osób pali papierosy. – *Nie ma w tej chwili żadnego powodu do paniki* – ocenił minister w szczycie smogowej zawieruchy. – *Lubimy mówić o zagrożeniach troszkę bardziej teoretycznych, w sytuacji, kiedy styl życia, jaki przyjmujemy, jest wielokrotnie bardziej szkodliwy.* Uwagi nie zrobiły większego wrażenia na palaczach papierosów, za to uczyniły z ministra obiekt nieprzychylnych komentarzy. Bo czy wypada, aby szef resortu zdrowia w okresie największego nasilenia zanieczyszczeń powietrza, mających realny wpływ na stan dróg oddechowych, lekceważył zagrożenie i podważał opinie ekspertów? Ta chyba nieprzemyślana wypowiedź jest jednak fragmentem większej całości, bo nie pierwszy raz z ust urzędnika państwowego padają nieodpowiedzialne słowa, przeczące temu, co widać, słychać, a w tym wypadku czuć.

Minister zdrowia obiecuje społeczeństwu rychłe zwiększenie wydatków na publiczne lecznictwo, choć jego zapowiedzi nijak się mają do nakładów prognozowanych przez Ministerstwo Finansów. Z szumnych zapowiedzi bezpłatnego dostępu nieubezpieczonych do leczenia ostała się jedynie wizyta u lekarza pierwszego kontaktu. Minister stwarza też kolejne iluzje poprawy dostępności służby zdrowia bez dodatkowych pieniędzy, a mimo ministerialnych zapewnień gołym okiem widać, że ochrona zdrowia nie jest priorytetem obecnej ekipy rządzącej. Nie była też priorytetem poprzedników, ale Prawo i Sprawiedliwość naobiecowało tyle w kampanii wyborczej, że strach bierze, jak wywiąże się ze swoich przyrzeczeń. Wielu ekspertów, analizując przygotowaną w resorcie finansów politykę podatkową, zaczęło nawet kwestionować planowaną na 2018 r. likwidację NFZ. Ale Ministerstwo Zdrowia idzie w zaparte. Doktor Radziwiłł smogu się nie boi, więc tym bardziej nie przeraża go osamotnienie w rządzie.

Swoimi stwierdzeniami na temat nieszkodliwości smogu minister zdrowia pokazał, że nie ma zamiaru angażować się w ochronę środowiska. Być może nie dostrzegł, jak silne są obecnie na świecie działania społeczników ratujących naturę w obronie zdrowia obywateli i jak bardzo problem jest ważny społecznie. Brak wyczucia w tej kwestii nie przysłużył się ministrowi i skazuje go na opinię polityka, który nie zawsze wstuchuje się w puls życia społecznego. Co gorsze, może mieć to przełożenie na inne aspekty polityki zdrowotnej, bo grozi przecenieniem naciągających kryzysów. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Słowo i obecność



Z ks. Arkadiuszem Zawistowskim, krajowym duszpasterzem służby zdrowia, kapelanem szpitalnym w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. ach

Jakie jest przesłanie obchodów Światowego Dnia Chorego?

To dzień zadumy nad człowiekiem chorym i problematyką cierpienia. Służy zwróceniu uwagi na potrzeby ludzi cierpiących i podkreśla rolę wsparcia, którego udzielają chorym zarówno personel medyczny, rodzina i bliscy, jak również kapelani, siostry zakonne, wolontariusze. Światowy Dzień Chorego został ustanowiony przez Jana Pawła II w 1992 r. Obchodom towarzyszą spotkania, w których biorą udział pacjenci i osoby niosące im pomoc medyczną oraz duchową. Tak będzie i w tym roku.

W orędziu na XXV Światowy Dzień Chorego papież Franciszek wiele słów kieruje do pracowników medycznych.

Jako przykład poświęcenia się chorym, papież Franciszek przypomina postać świętej Bernadety Soubirous, która po wstąpieniu do zgromadzenia zakonnego została pielęgniarką. Mówi nam również o godności człowieka chorego, o zaspokojeniu jego oczekiwań związanych z terapią i z potrzebami pielęgnacyjnymi, ale też duchowymi. Przypomina, aby wśród codziennych obowiązków, w pośpiechu, w natłoku spraw, nie zapominać o podmiotowym traktowaniu drugiego człowieka.

Kapelani szpitalni zapewniają opiekę duszpasterską pacjentom. To wsparcie ma wymiar przede wszystkim duchowy, ale czy tylko?

To nie jest łatwa posługa. Szczególnie ludzie starsi, cierpiący, potrzebują drugiego człowieka, z którym mogą podzielić się troskami. Słowo i obecność mają dla chorego zawsze wartość terapeutyczną. Ta potrzeba rozmowy wymaga od nas skrupienia i czasu, który chcemy poświęcić każdemu pacjentowi. Aby sprostać tym oczekiwaniom, coraz częściej kapelani nie działają sami, lecz korzystają z pomocy szafarzy, wolontariuszy. Współpracują również z zespołem terapeutycznym w szpitalu, rozmawiają z lekarzami i pielęgniarkami o potrzebach duchowych pacjentów. Chorzy sygnalizują je sami bądź o tę formę wsparcia proszą ich bliscy.

Jakie są zadania duszpasterstwa służby zdrowia?

To oczywiście opieka duszpasterska, ale równie ważna jest integracja środowiska medycznego. W mojej diecezji, warszawsko-praskiej, organizujemy spotkania i wykłady. Takie działania podejmowane są również w innych diecezjach. Możliwość poznania się i wymiany doświadczeń jest potrzebna osobom pracującym z chorymi. Pomaga w pracy, daje siłę duchową do pokonywania trudności i oparcie we wspólnocie Kościoła. Jest okazją do zastanowienia się, co poprawić w naszej pracy, aby jak najlepiej służyć chorym. Rokrocznie Światowy Dzień Chorego jest impulsem do takiej refleksji, choć nasze zadania wykonujemy codziennie. ■



Oędzie papieża Franciszka

(fragmenty)

„Zdumienie tym, czego dokonuje Bóg: »Wielkie rzeczy uczynił mi Wszechmocny« (Łk 1,49)».

Drodzy Bracia i Siostry,

[...] pragnę też wyrazić moje uznanie dla tych wszystkich, którzy w różnych funkcjach i we wszystkich placówkach służby zdrowia na całym świecie kompetentnie, odpowiedzialnie i z poświęceniem działają, by wam ulżyć, uleczyć was i zapewnić wam codzienne dobre samopoczucie. Chciałbym was wszystkich, chorych, cierpiących, lekarzy, pielęgniarki, członków rodzin, wolontariuszy, zachęcić do kontemplowania w Maryi, Uzdrowieniu Chorych, tej, która zapewnia czułość Boga wobec każdego człowieka i wzór powierzenia się Jego woli, a także do znajdowania zawsze w wierze karmiącej się Słowem Bożym i sakramentami mocy, by miłować Boga i braci, również w doświadczeniu choroby. [...]

Z okazji Światowego Dnia Chorego możemy odnaleźć nowy impuls, aby przyczynić się do upowszechnienia kultury szacunku dla życia, zdrowia i środowiska, nowy impuls do walki o poszanowanie integralności i godności osoby, w tym przez właściwe podejście do kwestii bioetycznych, ochrony najsłabszych i troski o środowisko naturalne.

Z okazji XXV Światowego Dnia Chorego ponawiam moją modlitewną solidarność i poparcie dla lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy i wszystkich mężczyzn i kobiet konsekrowanych zaangażowanych w posługę chorym i cierpiącym, dla instytucji kościelnych i świeckich, które działają w tym obszarze, a także dla rodzin, które z miłością opiekują się swoimi chorymi krewnymi. Wszystkim życzę, aby byli zawsze radosnymi znakami obecności i miłości Boga, naśladując wspaniałe świadectwo tak wielu przyjaciół i przyjaciółek Boga, wśród których wspomnę świętego Jana Bożego i świętego Kamila de Lellis, patronów szpitali i pracowników służby zdrowia, a także świętą Matkę Teresę z Kalkuty, misjonarkę czułości Boga. [...]

Bracia i siostry, wszyscy chorzy, pracownicy służby zdrowia i wolontariusze, razem wnieśmy naszą modlitwę do Maryi, aby Jej macierzyńskie wstawiennictwo wspierało i towarzyszyło naszej wierze i wyjednało nam u Chrystusa, Jej Syna, nadzieję na drodze uzdrowienia i zdrowia, poczucie braterstwa i odpowiedzialności, zaangażowania na rzecz integralnego rozwoju człowieka oraz radość wdzięczności, za każdym razem, kiedy zaskakuje nas Swoją wiernością i miłosierdziem. [...]

Franciscus

Watykan, 8 grudnia 2016 r., w Święto Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny

Cyt. za: Libreria Editrice Vaticana

Miała być mała rewolucja w POZ, jest...

W 2017 r. miała nastąpić pierwsza zmiana w dostępności świadczeń zdrowotnych: wszyscy pacjenci, bez względu na status ubezpieczeniowy, mieli zyskać możliwość korzystania z porad lekarza POZ. Uchwalona późną jesienią nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych takiej zmiany jednak nie przyniosła.

Wprzychodniach rodzinnych nadal obowiązuje eWUŚ – lekarze i pacjenci muszą dokonywać weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego. Nowa ustawa nie zmieniła statusu nieubezpieczonych i zasad finansowania świadczeń dla nich. Jeśli system wykazuje brak ubezpieczenia i pacjent przyzna, że go nie posiada, zgodnie z przepisami lekarz pobierze od niego opłatę za poradę. Oczywiście wszystkie recepty będą wypisane ze 100-proc. odpłatnością, pacjent będzie musiał też zapłacić za ewentualne badania czy porady specjalistów.

Jednak jeśli taki pacjent zadeklaruje, że jest ubezpieczony, wystarczy, że podpisze stosowne oświadczenie, a NFZ zapłaci za niego stawkę kapitacyjną (przez sześć miesięcy od daty oświadczenia). Zgodnie z nową ustawą, pacjent nie powinien obawiać się konsekwencji, jeśli jego oświadczenie zostanie zweryfikowane negatywnie, bo NFZ nie będzie dochodził roszczeń dotyczących kosztów wizyty w POZ. Pacjent musi się jednak liczyć z tym, że jeśli skorzysta z leków refundowanych lub innych niż porada lekarza POZ świadczeń, otrzyma z NFZ wezwanie do uregulowania rachunku.

Ministerstwo Zdrowia tłumaczy, że wprowadzone obecnie zmiany mają ułatwić dostęp do świadczeń POZ osobom, które posiadają prawo do korzystania z nich, chociaż system eWUŚ tego nie potwierdza, lub osobom, które teoretycznie mają prawo do świadczeń, ale nie dopełniły obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Chodzi przede wszystkim o osoby ze statusem członka rodziny ubezpieczonego oraz studentów, którzy podejmując pracę, uzyskiwali „własny” tytuł do ubezpieczenia, a nie byli świadomi, że po rozwiązaniu umowy o pracę konieczne jest ponowne zgłoszenie siebie do ubezpieczenia jako członka rodziny. Według danych resortu zdrowia nawet 90 proc. nieubezpieczonych, którzy w latach 2012, 2013 i 2014 uzyskali świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, to dzieci i młodzież do 18. roku życia.

Osobom, które nie są ubezpieczone, ustawa otwiera jeszcze jedną furtkę – istotną, gdy w grę wchodzi droższe leczenie, zwłaszcza szpitalne. Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że wiele osób niezgłoszonych do ubezpieczenia (a więc formalnie nieubezpieczonych) mogłoby mieć prawo do darmowego leczenia, ale nie zostały dopełnione formalności. Od 12 stycznia można zgłaszać się do ubezpieczenia z datą wsteczną – już po otrzymaniu pomocy. Na przykład pacjent, który trafił do szpitala, będzie miał 30 dni od tego terminu (lub 30 dni od wszczęcia postępowania o zwrot kosztów przez NFZ) na wsteczne zgłoszenie do ubezpieczenia.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach w zakresie dostępu do POZ nie jest więc rewolucyjna. Po pierwsze, ministerstwo pośrednio potwierdziło, że w Polsce nie ma problemu 2,5 miliona faktycznie nieubezpieczonych. Jest rzesza osób, które nie dopełniły (lub wobec których nie dopełniono) formalności i dlatego pozostają „poza systemem”. Po drugie, już wcześniej NFZ nie wszczynał postępowań egzekucyjnych, jeśli pacjent nieubezpieczony skorzystał ze świadczeń o wartości poniżej 100 zł (*de facto* – tylko z porady lekarza POZ, ewentualnie podstawowych badań). Po trzecie, ustawa zawiera mechanizm zachęcający pacjentów do deklarowania nieprawdy, choć minister zdrowia zapewnia, że nikogo nie namawia do kłamstwa. ■

Małgorzata Solecka

Kraje Grupy Wyszehradzkiej przeznaczają na ochronę zdrowia mniej, niż należałoby i byłoby rozsądne, a Polska jest nawet na ostatnim miejscu – powiedział podczas debaty w Warszawie przewodniczący Węgierskiego Stowarzyszenia Komunikacji w Ochronie Zdrowia dr Mark Molnar.

Dyskusja poświęcona była przyszłości zdrowotnej obywateli państw Grupy Wyszehradzkiej, głównie w związku z nowotworami hematologicznymi.

Dr Mark Molnar podkreślił, że wszystkie kraje Grupy Wyszehradzkiej wydają zbyt małą część swych PKB na opiekę medyczną. Dużo mniejszą niż kraje Europy Zachodniej. Skutkiem tego jest gorsza dostępność nowoczesnego leczenia, w tym leków najnowszej generacji stosowanych w onkologii i hematologii.

– Wydatki na zdrowie ze środków publicznych w Czechach, na Słowacji, w Polsce i na Węgrzech nie przekraczają 4–6 proc. PKB, a w Polsce wynoszą około 5,5. Tylko 0,8 proc. PKB przeznacza się w tych krajach na leki. W efekcie jakość opieki medycznej jest w nich niższa niż w państwach zachodnich – stwierdził dr Molnar.

Według raportu OECD „Health at Glance 2015” wszystkie wydatki na opiekę medyczną, również prywatną, sięgają w naszym kraju 6,4 proc. PKB, podczas gdy średnia w państwach OECD to 8,9 proc. Najwięcej w Europie wydają Holendrzy, Szwajcarzy, Szwedzi i Niemcy – 11 proc. PKB.

Dr Molnar zwrócił uwagę, że „niedostatek środków w opiece medycznej powoduje, iż refundacja nowych terapii uzależniana jest od tzw. oceny technologii medycznej (HTA), która we wszystkich krajach Grypy Wyszehradzkiej jest bardzo restrykcyjna, szczególnie na Węgrzech i w Polsce”.

Prezes spółki HTA Consulting Robert Plisko powiedział, że w Polsce w ostatnich pięciu latach nie wzrosły wydatki na refundację leków. Wzrósł natomiast odsetek negatywnych ocen nowych leków, wydawanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. – *W przypadku leku, którego refundację się rozważa, silne są naciski Komisji Ekonomicznej*

Ministerstwa Zdrowia na firmy farmaceutyczne, by obniżyły jego cenę – podkreślił.

Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii prof. Wiesław Jędrzejczak przyznał, że w lipcu 2016 r. wprowadzono nowy program lekowy dotyczący terapii przewlekłej białaczki limfocytowej. Refundacją objęto w nim tylko jeden lek przeznaczony dla określonej grupy chorych (nieleczonych wcześniej, z istotnymi chorobami współistniejącymi, uniemożliwiającymi stosowanie fludarabiny).

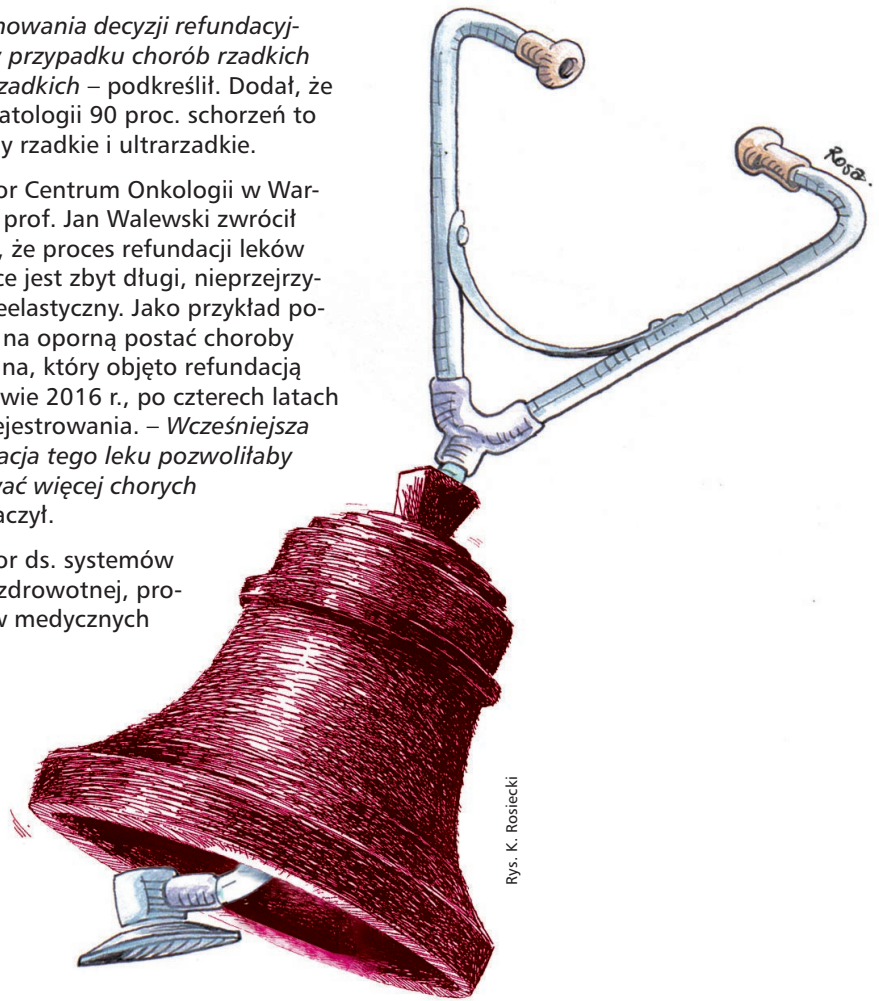
Użycie leku w tym programie nie wykorzystuje jednak w pełni potencjału terapeutycznego, jaki wnoszą w leczenie pozostałe terapie przełomowe, stosowane w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej.

– *Brakuje przede wszystkim terapii dla chorych najbardziej pokrzywdzonych przez los, z oporną postacią tej choroby (z delecją 17p), którymi najczęściej są osoby starsze* – dodał prof. Jędrzejczak. Terapia jest już dostępna w Czechach, na Słowacji i Węgrzech oraz w Rumunii.

podejmowania decyzji refundacyjnych w przypadku chorób rzadkich i ultraradkich – podkreślił. Dodał, że w hematologii 90 proc. schorzeń to choroby rzadkie i ultraradkie.

Dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie prof. Jan Walewski zwrócił uwagę, że proces refundacji leków w Polsce jest zbyt długi, nieprzejrzysty i nieelastyczny. Jako przykład podał lek na oporną postać choroby Hodgkina, który objęto refundacją w połowie 2016 r., po czterech latach od zarejestrowania. – *Wcześniejsza refundacja tego leku pozwoliłaby uratować więcej chorych* – zaznaczył.

Dyrektor ds. systemów opieki zdrowotnej, produktów medycznych



Rys. K. Rosiecki

Ekspert alarmują: na zdrowie przeznaczamy mniej niż byłoby to rozsądne

Wojciech Matusewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, powiedział, że decyzje o refundacji terapii uzależnione są głównie od efektywności kosztowej i tzw. prognozy opłacalności. Próg ten ustalono na poziomie trzykrotnego PKB w przeliczeniu na jeden rok życia w pełnym zdrowiu pacjenta leczonego daną terapią (ang. *Quality Adjusted Life Year*).

Prezes AOTMiT przyznał, że leki innowacyjne wspomniany próg zazwyczaj przekraczają. – *W projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej przewiduje się poprawę dostępu do nowoczesnych terapii przez ułatwienie zasad*

innowacji Komisji Europejskiej Andrzej Ryś powiedział podczas debaty, że jedną z kategorii jakości w służbie zdrowia jest tzw. śmierć do uniknięcia. W Unii Europejskiej najlepiej pod tym względem wypada Francja, na końcu są kraje Grupy Wyszehradzkiej: Czechy, Słowacja, Polska i Węgry.

Prof. Krzysztof Giannopoulos z Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie stwierdził, że polscy lekarze wyjeżdżają z kraju nie tylko z powodu wyższych zarobków za granicą, również dlatego, że mają tam większe możliwości rozwoju i stosowania nowoczesnych terapii.

Posel Krzysztof Ostrowski (PiS), członek Sejmowej Komisji Zdrowia, powiedział, że jesteśmy nawet w ogonie Grupy Wyszehradzkiej, zamykamy peleton i chciałoby się, żeby to się zmieniło. – *Jednym z priorytetów polskiego rządu jest zwiększenie nakładów na służbę zdrowia, które w 2025 r. mają wzrosnąć do 6 proc. PKB* – dodał.

Inicjatorem debaty „Przyszłość zdrowotna obywateli państw Grupy Wyszehradzkiej” była Fundacja Instytut Studiów Wschodnich. ■

Źródło informacji: Centrum Prasowe PAP

Trzy pytania do **Kajetana Wojsyka**, zastępcy dyrektora ds. bezpieczeństwa i współpracy międzynarodowej Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia

Profil zaufany, czyli eGO

Panie dyrektorze, co to jest profil zaufany? Do czego służy, jak wiele osób korzysta teraz z takiego rozwiązania i które instytucje?

Profil zaufany to opcja, dodatkowa możliwość dla osób, które nie mają czasu lub ochoty, by osobiście udać się do urzędu (mowa wyłącznie o administracji publicznej, nie o podmiotach biznesowych) w celu załatwienia jakichś spraw. Nosi taką nazwę, gdyż nie jest – jak podobne profile na portalach społecznościowych – zestawem danych dowolnych, często fikcyjnych. Jest zestawem informacji, których zgodność z danymi w dowodzie tożsamości potwierdziła tzw. zaufana strona trzecia.

Niedawno, w wyniku konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Cyfryzacji, zapadła decyzja, że określenie „profil zaufany” zostanie zastąpione nazwą: eGO – krótką, mającą podwójne znaczenie i dzięki temu dowcipną...

Rozwiązanie to służy ułatwieniu kontaktów z administracją, szczególnie w przypadkach, gdy załatwienie sprawy wymaga użycia dokumentów lub skorzystania z usługi on-line, do czego potrzebne jest jednoznaczne i pewne ustalenie tożsamości zainteresowanej usługą osoby.

Profil zaufany zakładamy na specjalnie do tego przeznaczony stronie <https://pz.gov.pl/> lub na elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej (ePUAP).

Poprawne założenie konta skutkuje automatycznym utworzeniem wniosku o potwierdzenie profilu i zapisaniem go w systemie. W ciągu 14 dni należy zgłosić się do dowolnie wybranego punktu potwierdzenia, w którym uprawniony pracownik, na podstawie okazanego dowodu osobistego lub paszportu, odszuka wniosek i potwierdzi swoim elektronicznym podpisem prawdziwość zawartych w nim danych osobowych. Potwierdzenie ważne jest trzy lata. Uzyskanie potwierdzenia profilu jest bezpłatne.

Korzyści wynikające z wykorzystywania profilu zaufanego to przede wszystkim oszczędność czasu. W przypadku bezpośredniego kontaktu z urzędnikiem na jego żądanie okazujemy dowód tożsamości, by udowodnić, że jesteśmy tym, za kogo się podajemy, a nie kimś innym. A za pomocą platformy ePUAP (i nie tylko jej; profil zaufany, po wydzieleniu z tej platformy, znalazł szersze zastosowanie) korzystająca z niej osoba zdalnie – bez przychodzenia do urzędu, wiarygodnie udowadnia swoją tożsamość.

Podkreślam, że poprawne założenie konta skutkuje automatycznym wysłaniem wniosku, więc nie wymaga żadnych specjalnych umiejętności poza umiejętnością czytania ze zrozumieniem i dokładnością podania własnych danych osobowych (imienia, nazwiska, numeru PESEL). Dane te będą

później każdorazowo dołączane automatycznie w czasie składania podpisu elektronicznego właśnie za pomocą owego profilu zaufanego.

Warto zauważyć, że wspomniana jednorazowa wizyta w punkcie potwierdzeń, na którą nie trzeba się specjalnie umawiać, trwa ledwie kilka minut, a na trzy lata zapewnia nam możliwość zdalnego załatwienia swoich spraw. Ważne, że system powiadamia nas automatycznie o przyjęciu pisma przez urząd, wystawiając natychmiast Urzędowe Poświadczenie Przedłożenia. By uzyskać taki sam efekt w przypadku tradycyjnego sposobu załatwienia sprawy, musielibyśmy udać się do urzędu i tam uzyskać potwierdzenie wniesienia pisma na kopii lub wysłać je listem poleconym (czas tracony w kolejce + opłaty pocztowe albo transportowe). I powtarzać to za każdym razem, kiedy wysyłamy pismo lub udajemy się do urzędu.

Trudno powiedzieć, ile osób obecnie posiada profil zaufany, ponieważ ich liczba zmienia się każdego dnia. W styczniu br., według danych Centralnego Ośrodka Informatyki, istniało około 676 tys. aktywnych profili zaufanych, w tym 65 tys. potwierdzonych przez banki

W czasie realizacji programu 500+ banki znacząco przyczyniły się do zwiększenia liczby osób posiadających profil zaufany, ponieważ ze względu na swoją specyfikę nie nawiązują procesów biznesowych z osobami anonimowymi, muszą weryfikować tożsamość klientów. Zatem – zaproszone przez ministra cyfryzacji do współpracy – wsparły własną infrastrukturą proces uwierzytelniania osób, które spełniały kryteria objęcia ich programem 500+. Na stronie <https://pz.gov.pl> można zobaczyć, które banki przyłączyły się do procesu potwierdzania profilu.

Osoby posiadające konta w bankach, których loga znajdują się na stronie profilu zaufanego, nie muszą już spełniać żadnych formalności, by używając znanych sobie mechanizmów, wykorzystywanych m.in. przy dokonywaniu przelewów (np. kart z jednorazowymi kodami), złożyć elektronicznie podpisane pismo w urzędzie.

Możliwości wykorzystywania profilu zaufanego systematycznie się poszerzają (bo wzrasta liczba usług świadczonych drogą elektroniczną), a prawne skutki jego użycia zostały zrównane ze skutkami podpisu własnoręcznego. Prosta kalkulacja pokazuje, że posiadanie podpisu elektronicznego jest w relacjach z administracją zdecydowanie i pod każdym względem korzystne. Przydaje się przy zakładaniu działalności gospodarczej, sprawdzaniu swoich danych na Platformie Usług Elektronicznych ZUS czy podczas korzystania z usług elektronicznych na platformie <https://obywatel.gov.pl/>, na której oferowane są 172 usługi, w tym 35 on-line.

Czy łatwo założyć profil zaufany? Czy jest bezpieczny?

Profil zakłada się, posługując się komputerem (lub netbookiem, smartfonem) podłączonym do Internetu. To zadanie bardzo proste, z jednym tylko warunkiem – konieczne jest zachowanie maksymalnej staranności we wprowadzaniu danych podlegających później weryfikacji w punkcie potwierżeń. Najczęstszym błędem, powodującym frustrację i zniechęcenie, jest właśnie niestaranne wprowadzenie danych, z tzw. czeskimi błędami, literówkami, wstawianiem spacji w nazwisku dwuczłonowym przed dywizem (łącznikiem) i po nim, pomijaniem polskich liter i wpisywaniem w ich miejsce łacińskich, pisaniem inicjałów małymi literami itp. Trzeba wiedzieć, że potwierdzenie danych polega na systemowym, automatycznym porównywaniu danych zawartych we wniosku (które pochodzą z pół wypełnianych podczas zakładania konta) z danymi w numerze PESEL. Osoba potwierdzająca otrzymuje komunikat o zgodności potwierdzanych danych lub jej braku. Niezgodność wymaga ponownego przejścia procedury zakładania konta.

Używanie profilu zaufanego jest bezpieczne, jeśli zachowamy elementarne zasady, które zresztą są na druku wniosku wymienione. Wnioskodawca oświadcza, że: *„dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne, zapewni poufność danych, które mogłyby być wykorzystane do złożenia podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP przez osoby trzecie, nie udostępni konta osobom trzecim, niezwłocznie unieważni profil zaufany ePUAP w przypadku utraty kontroli nad kontem ePUAP oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do potwierdzenia profilu zaufanego ePUAP”*.

Czynność składania podpisu wymaga podania jednorazowego kodu, przesłanego przez system pod numer telefonu komórkowego osoby składającej podpis.

Jak to rozwiązanie jest wykorzystywane w ochronie zdrowia? W czym może pomóc pracownikom i personelowi medycznemu?

Profil zaufany wykorzystywany jest w coraz szerszym zakresie. W ochronie zdrowia przede wszystkim umożliwia podpisywanie różnego rodzaju wniosków składanych drogą elektroniczną, np. wniosków o zmiany w księdze rejestrowej w RPWDL, wniosków do Rejestru Aptek czy Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych. Generalnie – do przesyłania pism, dokumentów, które dzięki zastosowaniu profilu zaufanego stają się także dokumentami integralnymi, wiarygodnymi.



Fot. M. Celuch-Gąsiorowska/CSIOZ

Wkrótce zostanie uruchomiony dla lekarzy i lekarzy dentyistów System Monitorowania Kształcenia.

Dokumenty elektroniczne są czytelne, a przede wszystkim ich autorstwo jest wiarygodne. W dodatku częstokroć systemy, w których dokumenty powstają według ściśle określonych wzorów, zapewniają kontrolę poprawności technicznej i kompletności już w czasie ich tworzenia. Dzięki temu pozwalają autorom uniknąć wezwań do uzupełnienia braków. A i sam fakt potwierdzenia, że dokument został skutecznie złożony, także ma znaczenie. ■

Pytała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Wirtualna tożsamość

Mirosław Przastek

Od czasu kiedy jest możliwość robienia zakupów przez Internet, składania dyspozycji przelewów lub zdalnego zdawania egzaminów, wiele się mówi o potwierdzaniu tożsamości, uwierzytelnianiu. Posługujemy się tymi terminami wtedy, gdy fizyczny kontakt obywatel – urzędnik, urzędnik – urzędnik itd. zastępowany jest kontaktem elektronicznym, a dokładniej – cyfrowym. Kiedy kilkadziesiąt lat temu ktoś chciał wypłacić pieniądze ze swojego konta bankowego, wystarczyło, że wylegitymował się np. dowodem osobistym. Pracownik banku porównywał twarz klienta ze zdjęciem w dowodzie, weryfikował podpis na potwierdzeniu wypłaty i, jeśli nie wątpił, że ma do czynienia z właścicielem konta, wypłacał pieniądze.

Korzyściom z postępu technicznego towarzyszą zwykle nowe lub większe wymagania wobec użytkowników. Stosowany powszechnie na przełomie wieków XIX i XX aparat telefoniczny na korbę mogła obsłużyć osoba bez wykształcenia, która dzisiaj nie poradziłaby sobie ze wszystkimi funkcjami smartfona. Jeśli chcemy żyć szybciej i wygodniej, musimy znać współczesne rozwiązania techniczne i umieć z nich korzystać.

Od lat mowa jest o elektronicznej dokumentacji medycznej. Trwają starania, aby skutecznie przenieść zapis na papierze do sfery elektronicznej, przy okazji dodając rozmaite udogodnienia, niemożliwe do wprowadzenia w działaniach tradycyjnych. Rozważmy kwestię podpisu pod dokumentem. Pomijając skrajne sytuacje, gdy np. wymagana jest ekspertyza, zwykle nie kwestionuje się autentyczności dokumentu, na którym obok pieczętki lekarza (pielęgniarki, farmaceuty, diagnosty itp.) znajduje się trudny do odczytania lub zgoła nieczytelny znak – osobisty podpis autora. Przyjmuje się, że ten znak umieścił właściciel pieczętki, autoryzując treść znajdującą się przed podpisem. A przecież dowolną treść na pieczętce można w prosty sposób złożyć lub konkretną pieczętkę sfalszować. Także wszelkie znaki w tekście dokumentu można wpisać. Czy wszystkie dokumenty poddaje się bieżącej weryfikacji? Na co dzień zakłada się autentyczność wpisu i podpisu. Przesłanką do takiego rutynowego podejścia może być np. fakt, że dokument należy do większego zbioru, znajduje się w zabezpieczonym pomieszcze-

niu lub przechowywany jest w taki sposób, aby osoby postronne nie miały do niego dostępu. Podobnie z pieczętką – wiadomo, że właściciel najczęściej odpowiednio jej strzeże. Dopiero w przypadku wątpliwości, sytuacji konfliktowej następuje weryfikacja utartego postępowania. Można wówczas analizować, czy ktoś oprócz właściciela miał dostęp do pieczętki, czy w całym dokumencie użyto identycznego tuszu, wykonać ekspertyzę grafologiczną, zbadać czyje linie papilarne znajdują się na dokumencie itp.

Również weryfikacja tożsamości przedstawiciela urzędu w bezpośrednim kontakcie jest czysto teoretyczna. Gdy spotykamy w gmachu sądu osobę w toczce, z właściwymi zawodowymi atrybutami, zakładamy, że to sędzia. Bez sprawdzania jej legitymacji, zwrócimy się do niej „pani/panie sędzio”. W świecie cyfrowym zjawiska bywają bardziej skomplikowane, ale też mają inną naturę. Wykonując jakieś czynności na komputerze, który jest połączony z siecią, w szczególności z Internetem, musimy być odróżniani od innych użytkowników. Jeśli wysyłamy lub odbieramy pocztę elektroniczną, przeglądamy strony internetowe lub drukujemy na sieciowej drukarce, wszystkie te czynności są identyfikowane dzięki przypisanemu do każdego komputera numerowi, zwanemu adresem IP. Jednak nawet ten identyfikator komputera w sieci może być zamaskowany lub podrobiony. Ponadto wyróżnik komputera nie rozwiązuje kwestii zidentyfikowania użytkownika. Jest to szczególnie trudne, jeśli korzysta z niego kilka osób w różnym czasie. Nawet konieczność posługiwania się hasłami w przypadku niektórych czynności nie gwarantuje wiarygodności informacji o użytkowniku.

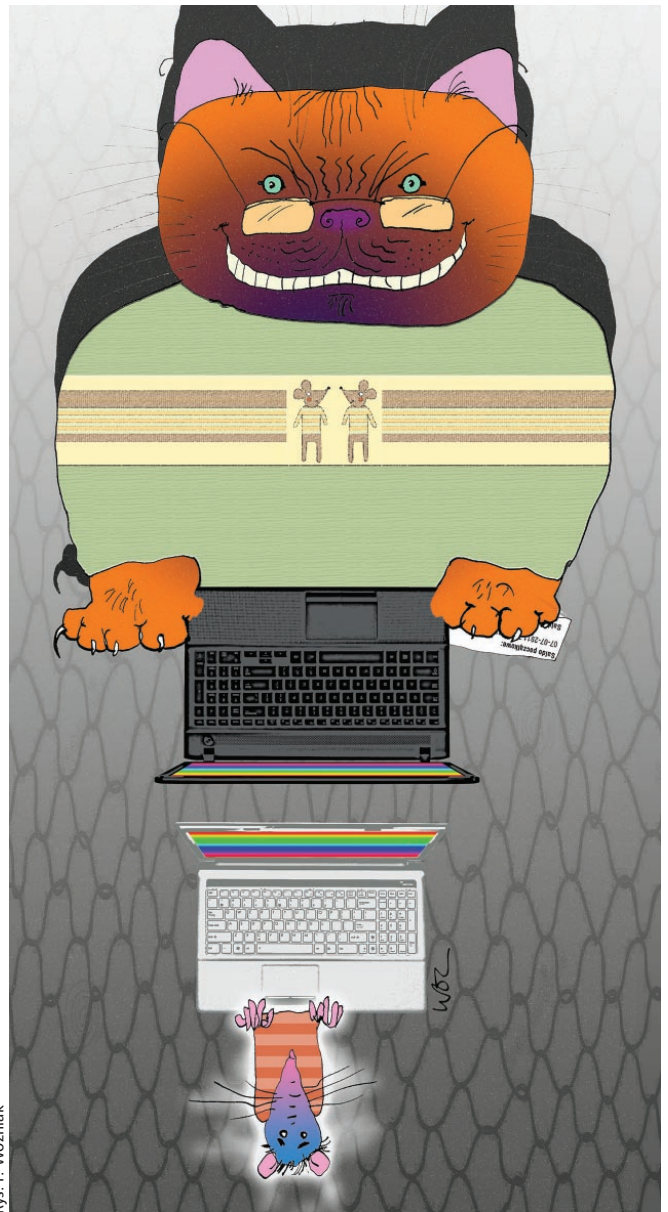
W wielu sytuacjach tożsamość osoby korzystającej z komputera musi być potwierdzona. Gdy zakładamy konto na portalu czy w sklepie internetowym, najczęściej podczas rejestracji proponujemy nazwę, którą będziemy się tam posługiwać (tzw. login), oraz ustalamy znane tylko sobie hasło. Te dwa osobiste atrybuty pozwalają potem połączyć się z portalem komputerowym jako znana już systemowi osoba. Takie rozwiązanie ma ważną zaletę – jest szybkie i proste, ale ma oczywiście podstawową wadę – system w żaden sposób nie może zweryfikować tożsamości osoby, która konto stworzyła. Jeśli podam zmyślane dane osobowe, system ich nie sprawdzi, mogę więc podszyć się pod dowolną osobę. Aby w systemach komputerowych użytkownik funkcjonował jako fizyczna osoba o potwierdzonej, prawdziwej tożsamości, procedurę tworzenia konta należy rozszerzyć o jednorazowe uwiarygodnienie przez inną osobę lub instytucję.

Gdy postanawiam zostać nowym klientem banku, mogę założyć konto w tradycyjnej placówce. Pracownik banku sprawdzi moją tożsamość z dowodem osobistym, ewentualnie z innymi dokumentami, i podpiszę umowę na prowadzenie rachunku. Następnie ustalany jest login (nazwa,

identyfikator, którego będę używać do łączenia się z systemem bankowym przez Internet). Otrzymam wówczas hasło, które pozwoli mi połączyć się z rachunkiem bankowym po raz pierwszy. Wpisuję adres strony internetowej banku, podaję login oraz otrzymane z banku inicjacyjne hasło. Pierwszą czynnością, którą teraz wykonam, jest zmiana hasła na nowe – znane już tylko mnie. Hasło jest wprawdzie zapisywane w systemie komputerowym banku, ale w postaci zaszyfrowanej i administrator nie może go używać jako klient banku. W rezultacie tylko ja i system komputerowy banku znamy połączoną parę danych identyfikujących moją osobę – login i hasło. Loginy użytkowników muszą być oczywiście unikalne w danym systemie komputerowym. Hasło im jest dłuższe i bardziej skomplikowane, tym trudniejsze do odgadnięcia (złamania) przez osoby niepowołane. Systemy komputerowe wymagają od użytkownika hasła o minimalnej określonej długości, cechującego się różnorodnością (ma zawierać cyfry, litery duże i małe, znaki specjalne itd.). Często też systemy wymuszają zmianę hasła co pewien czas.

Przedstawiony schemat postępowania został więc wykorzystany do wykreowania użytkownika systemu komputerowego z potwierdzoną tożsamością. Teraz za każdym razem, gdy chcemy wykonać przelew, łączymy się z systemem komputerowym banku, podajemy swój login i hasło. Następnie wydajemy konkretne zlecenie, które zwykle musi być dodatkowo potwierdzone kodem odpowiednim dla danej operacji, odczytanym ze specjalnej karty przysyłanej wcześniej z banku lub otrzymanym SMS-em. System komputerowy banku ma pewność, że tylko ten, kto zna prawidłową kombinację login-hasło-kod jest osobą, która zawarła umowę z bankiem lub została przez właściciela rachunku obdarzona zaufaniem i ma upoważnienie do wydawania dyspozycji dotyczących konta. W służbie zdrowia działa system komputerowy obsługujący elektroniczną dokumentację medyczną. Nowo zatrudniony pracownik otrzymuje od służb informatycznych login, który stanie się jego identyfikatorem jako autora zapisów w systemie komputerowym placówki. Po utworzeniu swojego indywidualnego hasła użytkownik systemu będzie przy każdej czynności wykonywanej w systemie niejako podpisywał się pod nią. Specjalistyczne systemy komputerowe gromadzą nie tylko dokumenty o określonej treści, z określonymi atrybutami czasu (np. czasem utworzenia, czasem modyfikacji), ale także inne informacje dotyczące aktywności użytkownika (np. czas zalogowania się, wykonane czynności, zmiany w dokumentach). Można przyjąć, że tożsamość użytkowników lokalnego systemu komputerowego jest zweryfikowana na poziomie placówki. Jeśli zachowuje się określone procedury, a indywidualne hasła nie są nikomu udostępniane, można mieć pewność, że informacje uzyskiwane z systemu mają autentycznych, potwierdzonych autorów.

Termin **uwierzytelnienie** według słownika oznacza, że przeprowadzony został proces potwierdzenia czyjejs tożsamości. Zwróćmy uwagę, że zawsze mamy do czynienia z procesem potwierdzenia tożsamości z udziałem innej, dodatkowej osoby – urzędnika lub administratora sieci komputerowej. Musi być osobą zaufaną, spełnia bowiem rolę taką jak notariusz potwierdzający swoim podpisem autentyczność dokumentu. Współcześnie istniejącą elektroniczną komunikację można sklasyfikować według zaangażowanych w nią stron. W nomenklaturze Komisji Europejskiej wyróżnia się m.in. komunikację B2B (*business to business*) oraz A2C (*administration to citizen*). Jednym ze sposobów wiarygodnej komunikacji internetowej jest skorzystanie z profilu zaufanego. Po dotychczasowych doświadczeniach korzystania z platformy usług administracji publicznej ePUAP Ministerstwo Cyfryzacji prze-



Rys. P. Woźniak

prowadziło poważne zmiany w funkcjonowaniu profilu zaufanego. Wydzielono go z platformy ePUAP i przeniesiono do nowego, ulepszonego systemu informatycznego eGO (więcej informacji znajdują Państwo na stronie nadzorowanej przez Ministerstwo Cyfryzacji: pz.gov.pl).

Obywatele naszego kraju korzystają z profilu zaufanego bezpłatnie. Umożliwia wystarczająco wiarygodne zdalne wykonywanie wielu czynności w kontaktach z urzędami. Lista spraw, które można załatwić bez osobistego stawiennictwa w urzędzie, nie jest jeszcze imponująca (zależy od konkretnego urzędu), ale nie jest to usługa lokalna. Można więc złożyć pismo do urzędu odległego o setki kilometrów od miejsca zamieszkania o dowolnej godzinie w ciągu doby. Otrzymujemy wtedy tzw. UPO (urzędowe potwierdzenie odbioru), co jest równoważne z osobistym złożeniem pisma. Najwyższy w Polsce odsetek urzędowych spraw załatwionych elektronicznie zanotowano w warszawskim Wilanowie.

Środowisko lekarzy i lekarzy dentyistów będzie miało już wkrótce możliwość skorzystania z profilu zaufanego. 1 maja ma być uruchomiony System Monitorowania Kształcenia, projekt realizowany przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia dla Ministerstwa Zdrowia. Jego celem jest cyfryzacja procesów towarzyszących kształceniu podyplomowemu. ■

oprac. kb



Fot. archiwum

Medycyna nowa. Niech się stara schowa?

Krystyna Knypl

Zbliżająca się okrągła 50. rocznica otrzymania dyplomu lekarza skłania mnie ku głębszej refleksji i szerszemu spojrzeniu na przebytą drogę zawodową. Warto się zastanowić, co uległo większym zmianom – dostojni jubilaci czy zawód, który wykonują. Większość osób, z którymi przyszło mi studiować, można w zasadzie bez trudu rozpoznać na podstawie zapamiętanych w dawnych latach rysów i sylwetek. W medycynie i jej strukturach organizacyjnych wszystko jest zdecydowanie inne lub zgoła nowe, do tej pory nieznane. Przede wszystkim zmieniła się nazwa uczelni – ja kończyłam Akademię Medyczną w Warszawie, która została przemianowana na Warszawski Uniwersytet Medyczny. Wraz ze zmianą nazwy dokonano poważnych zmian strukturalnych. Nowe budynki, inne lokalizacje szpitali, zmienione nazwy klinik.

Odważne wyznanie uczuć

Ponieważ mamy teraz większą otwartość w wyznawaniu w przestrzeni publicznej uczuć politycznie nie zawsze poprawnych, zdecyduję się na pewne zwierzenie: nie czuję „chemii” ani wspólnoty z nową uczelnią.

Rozumiejąc potrzebę pracy zespołowej w ochronie zdrowia, nie czuję tożsamości zawodowej z absolwentami wydziału nauk o zdrowiu, dietetyki, ratownictwa medycznego czy fizjoterapii. Na uczucia nie ma rady, są poniekąd od nas niezależne.

Hindusi mają powiedzenie, że jeżeli nie możesz zostać bogiem, zostań lekarzem. Jak na mój gust, osoby wychowanej w kulturze monoteistycznej, za dużo osób pretendujących do roli bogów jest w nowym świecie uczelni medycznych. Politeizm zawodowy chyba nie ma zbyt wielu wyznawców.

Bóg lekarz, a nawet bogowie w świecie realnym lub filmowym są w jakiejś mierze zdomowieni w naszej wyobraźni, ale bóg ratownik medyczny? Bóg dietetyk? Bóg zdrowia publicznego? Coś zgrzyta, nieprawdaż? Jeszcze bardziej



pryncypialnie sprawę ujmują lekarze amerykańscy, którzy wymyślili określenie „noctor” pochodzące od słów „not a doctor”, czyli „nielekarz”.

Inna edukacja, ale czy trafiona?

Nauczanie medycyny na przestrzeni ostatnich kilku dziesięcioleci gruntownie się zmieniło, jednak trudno tę zmianę uznać za korzystną. W moich studenckich czasach były zale-

dwie dwa egzaminy testowe – z dermatologii i neurologii, pozostałe zdawaliśmy w sposób tradycyjny. W okresie edukacji podyplomowej nadleciała pierwsza jaskółka w postaci egzaminu testowego z chorób wewnętrznych, w 1974 r. Od początku miał nieudolnie redagowane pytania, ale w większości dotyczyły najczęściej spotykanych problemów klinicznych. Nie praktykowano złośliwego formułowania pytań polegającego na wielokrotnym zaprzeczaniu. Nie wymagało znajomości nietypowych objawów w przebiegu rzadko spotykanych chorób.

Nikt nie uczył się pod kątem rozwiązania testu, inną rangę miała znajomość patofizjologii, nie było dyktatu wytycznych, co więcej Evidence Based Medicine stawiała dopiero pierwsze kroki. Była oparta głównie na obserwacjach epidemio-

mogłam zadzwonić z dyżuru do każdego starszego kolegi i poprosić o pomoc. W zwyczaju było przyjeżdżanie na dyżur do ciężkich przypadków.

Mam ciągle w pamięci mój dyżur w sylwestra przed wielu laty, podczas którego intensywnie zajmowaliśmy się pacjentem po operacji guza mózgu. Przebieg pooperacyjny był powikłany zatorowością płucną. Nie dość tego, podczas leczenia fibrynolitycznego nastąpiło krwawienie do łoża guzie i konieczna była pilna reoperacja. Zabieg wykonali koledzy neurochirurdzy w tę samą noc sylwestrową. Jeżeli dodamy do tych danych klinicznych informację, że były to początki leczenia fibrynolitycznego w naszym kraju, to zrozumiałe będzie, dlaczego dwuosobowa obsada na początku dyżuru na koniec liczyła siedem osób. Pięcioro kolegów przyjechało z domów, aby wesprzeć lekarzy dyżurnych. Nikt się nie zastanawiał, czy polisa ubezpieczeniowa obejmuje go ochroną o godzinie 22.00 ani jak zapewnić sobie wgląd w dokumentację. Można było sobie pozwolić na takie postępowanie, ponieważ w owych latach polisy ubezpieczeniowe nie istniały, a prawnicy nie dominowali toksycznie nad zasadami pracy w szpitalach. Dokumentacja papierowa leżała w szafie z historiami chorób w pokoju lekarskim. Wystarczyło sięgnąć po teczkę z numerem łóżka, aby zapoznać się z niezbędnymi danymi klinicznymi, bez czekania na kod dostępu od informatyka. Problem rozrośniętej dokumentacji ma charakter globalny. Narzekają na nią polscy lekarze, ale także amerykańscy, angielscy i niemieccy.

Obszerna dokumentacja dotyczy nie tylko pacjentów, ale także systemu szkolenia podyplomowego lekarzy. Niestety, wzrost objętości tworzonych dokumentów nie oznacza poprawy jakości leczenia chorych ani szkolenia młodych lekarzy.

Wielu młodszym kolegom pewnie wyda się to nieprawdopodobne, ale cała moja dokumentacja do specjalizacji II stopnia z chorób wewnętrznych w 1974 r. miała objętość czterech stron formatu A4, do których dołączona była praca poglądowa. Zdawany współcześnie egzamin z hipertensjologii wymagał już bardzo obszernej dokumentacji zgodnie z duchem XXI w.

Globalizacja i digitalizacja

Niewątpliwie są też pozytywne zmiany, wynikające z globalizacji. Możemy pracować praktycznie w każdym kraju i na każdym kontynencie. Nie musimy czekać, aż ktoś nas skieruje do pracy za granicę, możemy samodzielnie aranżować wyjazd. Dzięki portalom internetowym dla lekarzy otrzymamy opinie od kolegów, którzy wcześniej wyjechali z kraju do pracy. Możemy wreszcie w ogólnosięciowej przestrzeni skonsultować pacjenta, poprosić o interpretację wyników badań.

Jako grupa zawodowa w skali globalnej zbyt łatwo „daliśmy ciała” innym grupom zawodowym – politykom, prawnikom, informatykom, menedżerom, którzy wiedzą lepiej, jak powinien wyglądać nasz zawód, tylko dziwnym zbiegiem okoliczności nie zdecydowali się zdawać na medycynę. A może zdawali i się nie dostali?

Mimo wielu niekorzystnych okoliczności i warunków warto jednak starać się zmieniać te obszary naszej działalności zawodowej, które zależą od nas samych. Za najważniejszą uważam postawę życzliwości koleżeńskiej oraz przekazywanie wiedzy młodszym kolegom. W trudnym zawodzie i w trudnych czasach wzajemne wsparcie powinno być podstawą stosunków. Odbudowanie przyjaznych relacji koleżeńskich powinno być naszym priorytetem. ■

logicznych, nie było tak nasilonych wpływów Big Pharmacy na praktykę medyczną.

Inne zasady wykonywania zawodu

Diametralnie zmienił się także sposób wykonywania zawodu. Najbardziej przykrą zmianą jest dość często spotykany w codziennej praktyce brak dzielenia się wiedzą z młodszymi kolegami. W początkach mojej praktyki lekarskiej



Fot. licencja Artmedia Partners



Fot. M. Teperek

Znacząca rola niszowej specjalizacji

Z prof. dr hab. n. med. **Renatą Górską**, kierownikiem Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM, krajowym konsultantem w dziedzinie periodontologii, prezesem Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, rozmawia Anetta Chęcińska.

Nieleczone choroby przyzębia wpływają na zdrowie całego organizmu. Czy ta zależność jest dostatecznie sygnalizowana i uświadamiana?

Wpływ chorób przyzębia na zdrowie ogólne jest znany lekarzom denty stom od lat, niemniej jednak świadomość znaczenia zdrowia jamy ustnej nie przekłada się na codzienną praktykę. Wiemy, że wczesne wykrycie nowotworu poważnie zwiększa szanse na wyleczenie. Podobnie jest z zapaleniem przyzębia. Zapalenie dziąseł, zauważone w odpowiednim momencie i leczone, jest procesem odwracalnym. Natomiast zapalenie przyzębia jest chorobą nieodwracalną, prowadzącą do utraty tkanek podtrzymujących ząb. Oczywiście współczesna periodontologia zna metody regeneracji tkanek przyzębia, ale nie jest to *restitutio ad integrum* w całym tego słowa znaczeniu. Trzeba też pamiętać, że NFZ takich zabiegów nie refunduje, a są dość kosztowne, więc lepiej zapobiegać i leczyć, kiedy wystąpią pierw-

sze objawy. Zatem niezwykle znaczenie ma zwracanie uwagi na stan dziąseł i jamy ustnej pacjentów przez lekarzy denty stomów i lekarzy innych specjalności. Niezbędna jest również edukacja społeczeństwa.

Jakie są powikłania nieleczonej choroby przyzębia?

Najczęściej ropień, utrata zęba, wysiew bakterii do krwi, oddziaływanie mediatorów zapalnych na oddalone organy, współudział w tworzeniu płytki miażdżycowej, a więc zwiększanie ryzyka udaru mózgu, choroby układu sercowo-naczyniowego. Mówi się o związku chorób przyzębia z przedwczesnym porodem i niską wagą urodzeniową dziecka. Udokumentowany jest związek z cukrzycą. Często to lekarz denty stom rozpoznaje cukrzycę. Musimy pamiętać, że jama ustna jest odzwierciedleniem zdrowia całego organizmu. Periodontologia zajmuje się nie tylko przyzęciem, czyli tkankami wokół zębów, ale również stanem błony śluzowej jamy ustnej, łącznie ze zmianami przednowotworowymi i nowotworami. Zatem nasza rola jest ogromna.

Periodontolodzy współpracują z lekarzami innych specjalności?

Aby postawić diagnozę, bardzo często musimy wykonać dodatkowe badania, których nasz kontrakt z NFZ nie obejmuje. Kierujemy chorego do lekarza rodzinnego, z prośbą o zlecenie badań, i musimy liczyć na zrozumienie. Kontakt z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej jest coraz lepszy i częściej sami kierują pacjentów na konsultację do nas. Również okuliści najczęściej nie przystępują do zabiegu bez potwierdzenia, że nie ma ogniska zapalnego w jamie ustnej. Trudniej współpracuje się z kardiologami. W pięciu dużych miastach przebadaliśmy 600 pacjentów w pierwszych dwóch dobach po zawale mięśnia sercowego. Ani jeden nie miał zdrowego przyzębia, a 16 proc. było bezzębnych. Wszyscy wymagali leczenia specjalistycznego i poprawy higieny jamy ustnej.

Dla kogo takie wyniki powinny być sygnałem ostrzegawczym?

Póki nie będzie wyraźnie powiedziane, że nielezione zapalenie przyzębia jest czynnikiem ryzyka, podobnie jak nadciśnienie, otyłość, stres lub nikotynizm, póty badanie stomatologiczne nie będzie egzekwowane przez kardiologów. A przecież takie wytyczne postępowania dla lekarzy dentyków i lekarzy innych specjalności opracowano dość dawno. Jeżeli pacjent jest otyły, ma chorobę przyzębia i nie był u kardiologa, lekarz dentysta powinien tę wizytę zlecić. I odwrotnie: chory lecący się kardiologicznie powinien być skierowany do periodontologa. Jama ustna zdecydowanie zbyt rzadko jest obiektem zainteresowania lekarzy innych specjalności. Niestety, w zestawieniu z chorobami serca, nowotworami i innymi schorzeniami ogólnoustrojowymi zęby i jama ustna nie są priorytetem.

Co należałoby zrobić, aby zmienić nastawienie i zwrócić uwagę na rolę periodontologii?

Od 20 lat uczestniczę w konferencjach periodontologicznych w USA i dzięki temu mogę powiedzieć, że podobne działania w zakresie periodontologii jak podejmowane na świecie realizujemy również w Polsce. Większość periodontologów należy do Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, a tym samym do Europejskiej Federacji Periodontologii. Warto jednak podkreślić, że w USA periodontologia jest specjalizacją niezwykle ważną i docenianą przez lekarzy innych specjalności. Periodontolog wchodzi w skład zespołu podczas leczenia wielospecjalistycznego, przygotowuje pacjenta do leczenia w zakresie innych specjalności. To dowodzi, że ma znaczącą pozycję w systemie. Gdy dziąsła są zdrowe, gdy pacjent jest świadomy znaczenia zdrowia jamy ustnej, łatwiejsza staje się współpraca z protetykiem, ortodontą, diabetologiem. Zdrowie jamy ustnej przekłada się na zdrowie ogólne. Tymczasem w Polsce periodontologia to specjalizacja niszowa, jest nas tylko 500.

Brakuje zainteresowanych specjalizacją?

Zainteresowanie jest duże, ale kształcenie specjalistów wymaga zapewnienia miejsc szkoleniowych, odpowiedniej liczby foteli, a także środków finansowych na wykonanie wymaganych procedur. Zaplecze szkoleniowe musimy organizować sami. W zakładzie, którym kieruję, mamy sześciu rezydentów, ale chętnych jest więcej. Dysponujemy wykształconą kadrą, jednak brak unitów dentystycznych i środków do realizacji szkolenia specjalistycznego. Po rezydenturze w ośrodkach akademickich młodzi lekarze najczęściej odchodzą do gabinetów prywatnych. Trudno się dziwić. Wszystkich nie możemy zatrzymać na etatach. Na

Mazowszu na miejsce specjalizacyjne czeka kilkanaście osób. Poza ośrodkami akademickimi kształceniem mogłyby zająć się gabinety prywatne, które by zdobyły akredytację, ale nie są zainteresowane z powodu braku środków finansowych.

Jaka jest dostępność leczenia periodontologicznego?

Nierównomierna. Specjaliści pracują przede wszystkim w ośrodkach akademickich. W województwie mazowieckim brakuje periodontologów, np. w Ciechanowie, w Siedlcach. Podobnie jest w innych regionach, więc leczyć się periodontologicznie można tylko w dużych ośrodkach. Najwięcej periodontologów jest w województwie zachodniopomorskim (1 na 68 tys. mieszkańców), najmniej w świętokrzyskim – tylko czterech (1 na 300 tys. mieszkańców). Na Mazowszu wykonuje zawód około 80 periodontologów. Są województwa, w których wojewoda nie powołał nawet konsultanta w zakresie periodontologii (świętokrzyskie i podkarpackie).

Refundacja świadczeń w periodontologii jest znikoma. O jakie procedury najpilniej należałoby rozszerzyć wykaz?

Bardzo słusznie zwraca pani uwagę na ten problem. NFZ zapewnia tylko podstawy – raz w roku oczyszczanie zębów (*skaling*, czyli usuwanie kamienia nazębnego, i *root planing*, czyli wygładzanie korzeni zęba), ale pacjenci nie wiedzą nawet o tym. Gdyby każdy dorosły zgłosił się raz w roku na taki zabieg, postęp byłby ogromny, gdyż usunięcie złogów nazębnych nad- i poddziąsłowych oraz prawidłowa higiena zatrzymują postęp choroby. Nawijając do pytania, na pewno w wykazie powinny znaleźć się badania dodatkowe, bez których często niemożliwe jest postawienie rozpoznania i skuteczne leczenie. Także zabiegi periodontologiczne u osób młodych, do 25.–30. roku życia, z agresywnym zapaleniem przyzębia, NFZ powinien zagwarantować. Tym bardziej że są to procedury przewidziane w programie specjalizacyjnym. Dotąd koszty ponoszą ośrodki szkolące. Również osoby starsze w uzasadnionych przypadkach powinny mieć zapewnioną refundację zabiegów chirurgicznych w zakresie periodontologii.

Jakie są najbliższe plany Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego?

Co dwa lata organizujemy konferencje, na które zapraszamy wybitnych periodontologów z całego świata. Najbliższa odbędzie się już w marcu 2017 r. Planujemy cykl konferencji, na których wybitni europejscy i amerykańscy specjaliści w dziedzinie protetyki, ortodoncji wygłoszą wykłady na temat leczenia interdyscyplinarnego pacjentów z chorobą przyzębia. Tegoroczne seminarium z udziałem ekspertów z Włoch będzie poświęcone współpracy periodontologów z protetykami, w roku przyszłym – z ortodontami. Jesteśmy w stałym kontakcie z Europejską Federacją Periodontologii. Spotykamy się z przedstawicielami mediów, aby najszerzej docierać do społeczeństwa. Zawsze zwracam uwagę, że w reklamach past i szczoteczki do zębów brakuje kluczowego przekazu, że szcietkowanie zębów zapobiega nie tylko chorobom zębów czy przyzębia, ale także chorobom ogólnoustrojowym. O zdrowiu jamy ustnej wciąż mówi się zbyt mało. Potrzebna jest promocja stylu życia, w którym higiena jamy ustnej jest równie ważna jak szczupła sylwetka, zdrowe odżywianie i zdrowy styl życia. Przed nami ogrom pracy. ■

Konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii:
prof. dr hab. n. med. Renata Górka
 Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM
 00-246 Warszawa, ul. Miodowa 18, tel. 22-50-22-099



Lek czy zagrożenie?

Od dwóch lat w Polsce, na świecie dłużej, trwa nasilająca się dyskusja na temat marihuany i jej zastosowania w medycynie. Pojawiają się głosy domagające się jej zalegalizowania jako specyfiku leczniczego i sprzedaży np. w zielarniach.

Nie ma dowodów *evidence base medicine* wskazujących skuteczność marihuany w leczeniu poszczególnych chorób. Trwają jednak badania w ramach eksperymentów medycznych, także w Polsce, nad jej zastosowaniem przede wszystkim w chorobach neurologicznych.

Prof. Stanisław Kuczwar z Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, który sam prowadzi doświadczenia kliniczne w tym zakresie, twierdzi, że według najnowszych wyników proces epileptogenezy mogą hamować niektóre kannabinoidy, nasilając działanie innych leków. Wyniki te nie są jednak w pełni miarodajne, bo badania prowadzono na małej liczbie pacjentów i przez krótki czas.

Prof. Barbara Steinborn z Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu przytacza stanowisko amerykańskiego FDA oraz Amerykańskie-

go Towarzystwa Padaczkowego (AES) zaprezentowane na ostatnim kongresie AES (2–7.12.2016). Obie organizacje popierają badania marihuany jako środka przeciw padaczce, ale nie rejestrują jej jako leku. Wyniki badań są korzystne, jednak notuje się też objawy niepożądane, m.in. obniżenie inteligencji, hamowanie rozwoju mózgowia.

Zainteresowanie stosowaniem marihuany w leczeniu padaczki dorosłych jest dużo mniejsze. Zdaniem prof. Joanny Jędrzejczak, przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Epileptologicznego, 70 proc. dorosłych chorych przyjmuje leki, które pozwalają kontrolować chorobę. Lek, którego skuteczność nie jest udokumentowana dowodami pierwszej klasy *evidence base medicine*, nie może być rejestrowany i stosowany.

W Hospicjum im. św. Krzysztofa w Warszawie od półtora roku działa poradnia „Marihuana Medyczna”, którą prowadzi dr n. med. Jerzy Jarosz. Z zebranych przez niego doświadczeń wynika, że pacjenci terminalni, najczęściej z nowotworami, stosują preparaty z marihuany w celu zmniejszenia bólu. Jego zdaniem lepiej, aby robili to pod kontrolą lekarza niż całkowicie na własną rękę. Oni nie mogą czekać na wyniki badań, cierpią już dziś. A lekarz ma prawo ulżyć w cierpieniu choremu, u którego wszystkie inne metody leczenia zawiodły.

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia brak dostatecznych dowodów skuteczności kannabinoidów. FDA i Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków nie uznają ich za leki. Legalizacja marihuany będzie środkiem torującym drogę do wprowadzania i używania innych narkotyków.

Podczas konferencji naukowej „Marihuana – lek czy zagrożenie?”, zorganizowanej przez Naczelną Izbę Lekarską, dyskusja – jak podkreślano – miała charakter otwarty. Są dramatyczne przypadki, kiedy pacjent oczekuje pomocy, a lekarz nie powinien lekceważyć tego oczekiwania i wyjść choremu naprzeciw. Rozwiązania takie, obwarowane licznymi zastrzeżeniami, dopuszcza Deklaracja Helsińska, o czym przypominał dr Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. ■

mkr

Raport w sprawie autyzmu



Powstał pierwszy w Polsce, najobszerniejszy raport na temat sytuacji młodzieży i osób dorosłych z autyzmem (wcześniejsze raporty Fundacji Synapsis nie były tak wyczerpujące). Badania zostały przeprowadzone w 2014 r. z inicjatywy Wydziału Psychologii UW, AWF oraz Stowarzyszenia Innowacji Społecznych „Mary i Max”, a sfinansowane z grantu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Większość ankiet przeprowadzono dzięki wolontariatowi koleżeńskiemu. Koordynatorem był Mateusz Płatos zajmujący się problemami autyzmu od dawna.

Zaburzenia ze spectrum autyzmu (*autism spectrum disorders*) należą obecnie do najczęstszych problemów rozwojowych. Szacuje się, że występują częściej niż u jednej na sto osób. Z badań, prowadzonych w rodzinach osób z autyzmem, wynika, że brakuje im systemowego wsparcia przede wszystkim w rehabilitacji (71 proc. ma problemy z korzystaniem z usług terapeutycznych). Często występujące niezrozumienie potrzeb i zachowań osób z autyzmem powoduje ich osamotnienie i izolację społeczną dochodzącą niekiedy do przemocy (zwłaszcza w szkole).

Rozpowszechniony stereotyp: autystycy to osoby izolujące się, żyjące wyłącznie we własnym świecie, jest nieprawdziwy. Tak samo potrzebują kontaktów z rówieśnikami, kolegów, przyjaciół. Trudności takie mają nawet osoby wysoko funkcjonujące z autyzmem (o prawidłowym rozwoju intelektualnym). ■

mkr



III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Już po raz trzeci mam przyjemność zaprosić Szanowne Koleżanki i Kolegów, w imieniu swoim i Komisji ds. Lekarzy Dentystów, na Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które odbędą się w drugi weekend czerwca.

9 czerwca o godzinie 10.45, po uroczystym otwarciu konferencji, w gościnnych progach Hotelu Narvil rozpocznie się kolejne spotkanie z najnowszą wiedzą z różnych dziedzin medycyny i nie tylko.

Sesje naukowe będą prowadzone w kilku salach równoległe, nie zabraknie interesujących, jak zawsze, warsztatów z endodoncji, chirurgii, fotografii – obróbki zdjęć i zarządzania barwą, itp.

Tematyka wykładów obejmie zagadnienia dotyczące nowości w stomatologii zachowawczej, takich jak terapia fotodynamiczna w endodoncji, fluorescencja w profilaktyce próchnicy, leczenie biologiczne, specyfikę procedur profilaktyczno-leczniczych w gerostomatologii. Z zakresu stomatologii dziecięcej dowiemy się, jak leczyć dziecko z niedoborem odporności, jak poradzić sobie ze zwichnięciem całkowitym zęba lub zmianami na błonie śluzowej wymagającymi interwencji chirurgicznej, zaprezentowane zostaną nowe oblicze stomatologii dziecięcej wynikające z zastosowania materiałów szkło-jonomerowych. W trakcie innych sesji dowiemy się także, jak leczyć dorosłego pacjenta ortodontycznie metodą lingwalną, jak poradzić sobie z bezdechem sennym, jaki związek mają choroby przyzębia z otyłością, jak je właściwie diagnozować, jak stosować autogenne przeszczepy tkanek miękkich, jak stosować fototerapię w leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej. W zakresie chirurgii stomatologicznej poznamy dzisiejsze możliwości podstawowej i zaawansowanej regeneracji tkanek, aspekty mikrobiologiczne i farmakologiczne w tej dziedzinie stomatologii, a także przypomnimy sobie, jak ważna jest czujność onkologiczna i jak wykazywać się nią względem naszych pacjentów. Nie zabraknie informacji z protetyki, wskazań, jak leczyć pacjenta obciążonego schorzeniami ogólnoustrojowymi, będącego już w jesieni życia.

Oczywiście nie może zabraknąć, w końcu jesteśmy lekarzami dentystami i przedsiębiorcami, tematyki związanej z odpowiedzialnością zawodową i cywilną, a nawet karną, wynikającą ze specyfiki naszego zawodu. Koledzy lekarze, m.in. biegli sędziwi, oraz prawnicy przedstawiają nam

uwagi dotyczące właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej, szczególnie pod względem merytorycznym, uczulą nas, jak właściwie zarządzać powikłaniami, które – jak doskonale wiemy – są nierozzerwalnie związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Podczas sesji samorządowej dowiemy się, co nowego i znaczącego dla prowadzenia naszych praktyk postanowiono na szczelbu Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej. Z naszego mazowieckiego podwórka dowiemy się, co nowego w stomatologii NFZ-owskiej będzie się działo po 1 lipca 2017 r.

Na koniec zaprosimy Koleżanki i Kolegów na uroczystą kolację i tańce, mam nadzieję, do białego rana. Tak jak dotychczas, udział w Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych dla uczestników wiąże się z wykupieniem któregoś z oferowanych pakietów. Cena pakietu pokrywającego koszt przerw kawowych i obiadów – dla osób, które uczestniczą tylko w wykładach, wynosi 300 zł. Koszt pobytu w hotelu, w pokoju dwuosobowym, z piątku na sobotę i z soboty na niedzielę, z uroczystą kolacją wynosi 990 zł, a nocleg z piątku na sobotę i uroczysta kolacja – 690 zł. Serdecznie zapraszamy.

Za udział w szkoleniu przysługuje 16 pkt. edukacyjnych.

Liczba miejsc jest ograniczona. Zapisy będą możliwe wyłącznie przez stronę Okręgowej Izby Lekarskiej:

izba-lekarska.pl

Potwierdzeniem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty na konto OIL w Warszawie: **27 1240 6247 1111 0000 4974 2369** – z dopiskiem III MSS.

Dodatkowe informacje:

Joanna Kalupa, tel.: 22-542-83-81, j.kalupa@oilwaw.org.pl
Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, m.rajca@oilwaw.org.pl

Szczegółowy program III MSS w marcowym numerze „Pulsu” i na naszych stronach internetowych.

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



Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

organizuje spotkania środowiska medycznego przy Parafii Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny w Warszawie, ul. Przy Agorze 9, gromadzące w każdą czwartą środę miesiąca lekarzy i wszystkich posługujących chorym.

W roku 2017 zapraszamy na cykl spotkań środowych: „Nie tylko jako lekarze ciała, ale i całego człowieka”

Serdecznie zapraszamy na spotkanie 22.02.2017 r.

18.00 – msza święta,

19.00 – prelekcja dr n. med. Grażyny Rybak pt. „Pragnę, abyś mi towarzyszyła, gdy idę do chorych”, w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – „Immaculata”.



Fot. archiwum

CZ. 3

(silne
opioidy)

Farmakoterapia bólu przewlekłego w oparciu o drabinę analgetyczną WHO

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu I są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na II szczeblu słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina DHC), a na III – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do leków z każdego stopnia w określonych sytuacjach klinicznych dołączyc można leki wspomagające – adjuwantowe. Drabina stworzona została dla leków zwalczających ból towarzyszący chorobie nowotworowej, obecnie umieszczone są na niej leki stosowane w przypadku każdego rodzaju bólu przewlekłego.

Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest stosowanie niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę) zamiast słabych opioidów z II szczebla drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia i rodzaju bólu oraz stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie i łączenie leków przeciwbólowych, w którym wykorzystuje się sumowanie efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej – synergizm działania, oraz odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Właściwa farmakoterapia zapewnia dobry efekt przeciwbólowy u 85 proc. chorych.

Morfina

Morfina jest czystym agonistą receptora opioidowego μ . Jej średni czas działania wynosi cztery godziny. Morfina podlega procesom metabolicznym w wątrobie, ścianie jelit, nerkach i OUN na drodze sprzęgania z kwasem glukuronowym przy udziale glukuronylotransferazy. Jej głównymi metabolitami są morfino-3-glukuronian (M3G) i morfino-6-glukuronian (M6G). Niewielka część morfiny (poniżej 5 proc.) jest metabolizowana przy udziale CYP450 do normorfiny. M6G to aktywny metabolit morfiny o sile działania wielokrotnie przekraczającej siłę przeciwbólowego działania morfiny. Drugi metabolit, M3G, nie wykazuje działania przeciwbólowego, ma natomiast silne właściwości neurotoksyczne. Jego nagromadzenie może prowadzić do wystąpienia zaburzeń poznawczych, delirium, pobudzenia, mioklonii i drgawek. Po podaniu doustnym, z uwagi na efekt pierwszego przejścia, stosunek stężeń M3G do M6G i morfiny jest znacznie wyższy niż u pacjentów otrzymujących morfina parenteral-

nie. Ze względu na fakt, że w warunkach prawidłowych nawet 30 proc. morfiny jest metabolizowane pozawątrobowo, umiarkowanego stopnia uszkodzenie wątroby nie zakłóca znacząco procesów jej metabolizmu. Obserwuje się natomiast zwiększenie biodostępności morfiny (wzrost jej stężenia w surowicy po podaniu określonej dawki), prawdopodobnie w następstwie zmniejszenia przepływu wątrobowego krwi. U chorych z nieprawidłową czynnością nerek upośledzona jest nerkowa eliminacja metabolitów morfiny, a okres półtrwania M6G trzykrotnie się wydłuża. Dlatego chorzy z nieprawidłową czynnością nerek są bardziej narażeni na wystąpienie działań niepożądanych morfiny i wymagają ścisłego monitorowania, redukcji stosowanych dawek, wydłużenia czasu między kolejnymi dawkami, zmiany drogi podawania morfiny z doustnej na podskórną lub – najlepiej – zamiany morfiny na inny opioid. Nie powinno się jej łączyć z diklofenakiem i aceklofenakiem, ponieważ upośledzają jej metabolizm (ryzyko depresji oddechowej).

Morfina skutecznie uśmierza ból, zwłaszcza o tępy charakterze, natomiast jest mniej skuteczna w bólu nagłym, przeszywającym. Wywołuje dobry nastrój, euforię (rzadziej dysfориę), obniża zdolność koncentracji i zwalnia procesy myślowe. Działa depresyjnie na ośrodek oddechowy – zmniejsza częstość oddychania (do bezdechu włącznie), powoduje także depresję ośrodka kaszlu oraz pobudza jądra parasympatyczne nerwu okoruchowego, co powoduje zwężenie źrenic (źrenice szpilkowate). Pobudza także strefę chemoreceptorową pnia mózgu, czego następstwem są nudności i wymioty obserwowane szczególnie często w początkowym okresie terapii morfina. Może uwalniać histaminę, dlatego czasami po jej zastosowaniu występuje świąd skóry. Wzmaga napięcie mięśniówki przewodu pokarmowego oraz osłabia perystaltykę jelit, co prowadzi do zaparć, zwiększa także napięcie zwieracza pęcherza moczowego. Morfina podaje się zarówno drogą doustną, jak i parenteralnie. Jej wchłanianie z przewodu pokarmowego jest istotnie niższe oraz zmienne, w zależności od stosowanego preparatu. W związku z tym dla uzyskania efektu przeciwbólowego takiego jak w przypadku parenteralnego podawania leku dawki przyjmowane drogą doustną muszą być dwa – trzy razy wyższe.

Należy pamiętać, że ból jest naturalnym antagonistą objawów niepożądanych (takich jak zaburzenia świadomości, obniżenie



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł



obowiązek dzielenia się informacją na temat stanu zdrowia pacjenta z innym uczestniczącym w opiece nad nim lekarzem jest sprawą oczywistą. Oczywiście w takich sytuacjach powinna być jednak również powściągliwość w przekazywaniu informacji. Należy bowiem ograniczyć ją wyłącznie do zakresu, który ma znaczenie w procesie opieki.

Dobrym obyczajem w takich okolicznościach jest powiadomienie pacjenta o przekazywaniu informacji, które go dotyczą, innym lekarzom, zwłaszcza gdy są szczególnie intymne lub prywatne. Jednocześnie, pamiętając o tym, że to pacjent jest właścicielem informacji o sobie i tylko on ma prawo do decyzji, komu ją udostępnić, lekarz musi mieć świadomość, że nie jest upoważniony do dowolnego dzielenia się nią.

Należy uznać, że chory, zgadzając się na leczenie, dopuszcza do wiedzy na swój temat cały zespół opiekujący się nim, ale ma prawo oczekiwać, że informacje, które nie dotyczą leczenia, nie będą przedmiotem rozmów personelu. Plotkowanie na temat chorych, nawet w gronie lekarzy, narusza godność pacjentów i jest absolutnie niedopuszczalne. I nie kto inny jak lekarz leczący jest za to odpowiedzialny! ■

Podstawa kodeksu: art. 24.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, a także okoliczności zwalniające lekarza z tej powinności zajmują w kodeksie stosunkowo dużo miejsca. Wskazuje to, jak wielką wagę ma w praktyce lekarskiej ta sprawa.

Na pozór oczywisty zapis art. 24 należy jednak czytać poprzez to, co znajduje się „poza nim”. Możliwość, a nawet

LISTY DO REDAKCJI

Moim zdaniem w kwestii sposobu wynagradzania lekarzy i ewidencjonowania ich czasu pracy w najbliższym okresie absolutnie nic się nie zmieni. Z obecnego stanu rzeczy w pełni zadowoleni są zarówno politycy, jak i dyrektorzy placówek medycznych.

Dopóki lekarze będą pracowali na umowach kontraktowych, dopóty politycy nie będą musieli martwić się zbytnio problemem niedoboru wykwalifikowanej kadry medycznej. A to, że lekarz po dyżurze będzie od razu obejmował kolejny (w tej samej lub innej placówce), jest już według polityków sprawą wyłącznie tegoż lekarza.

Dopóki tak zwane kontrakty będą dozwolone, dyrektorzy placówek medycznych będą bardzo chętnie korzystać z tej formy zatrudnienia, gdyż zwalnia ich z wielu wymaganych w przypadku klasycznej umowy o pracę zobowiązań cywilnoprawnych, takich jak opłata składek, ubezpieczenie pracownika, zapewnienie mu ściśle określonego wymiaru urlopu. (...)

Wielu z nas, szczególnie młodych, jest bardzo zadowolonych z możliwości pracy na kontraktach. Dzięki temu zyskują poczucie niezależności. Mogą, przynajmniej w teorii, elastycznie dopasować czas pracy do własnych potrzeb i możliwości. Są lekarze, którzy z różnych względów wolą pracować kilkanaście godzin bez przerwy, aby potem móc w spokoju spędzić kilka dni z rodziną czy też oddawać się uciechom życia. Do tego umowa kontraktowa stwarza przekonanie, iż jest się wynagradzającym za realnie wykonaną pracę, a nie tak zwane wysiadanie godzin na etacie. (...)

Jestem zdecydowanym zwolennikiem klasycznej umowy o pracę, ponieważ taka forma zatrudnienia zapewnia mi wszelkie zagwarantowane przez państwo polskie przywileje oraz prawa pracownicze.

Lek. Piotr Sławiński

W Nowym Roku zespołowi Redakcji Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza składam serdeczne życzenia zdrowia, zdrowia i jeszcze raz zdrowia oraz wszelkiej pomyślności zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym.

Dla lekarza emeryta, którym jestem, zamieszkującego w głębokim terenie, otrzymywanie „Pulsu” jest bardzo ważne. Miesięcznik pozostaje bowiem praktycznie jedynym źródłem informacji o tym, co dzieje się w naszej Izbie, o problemach środowiska oraz przygotowywanych i wprowadzanych zmianach w prawie.

Dziękuję za przesyłanie mi kolejnych numerów Waszego pisma.

Z poważaniem
Jerzy Serafin



Tadeusz Tołłoczko

Pozory w życiu i nauce

*„Jesteśmy okłamywani pozorami prawdy”
Horacy (I w. p.n.e.)*

Znamienna różnica między prawdą a kłamstwem polega na tym, że prawda istnieje, a kłamstwo się wymyśla. Pozory są najczęstszą przyczyną dewaluacji nauki. Tam, gdzie są pozory, tam nie ma ani nauki, ani prawdy. A nauka to przecież nic innego jak poszukiwanie prawdy. Czasem jednak bywa pozorowana i takież bywają prace naukowe, gdy zawierają informacje pozbawione odkrywczych wartości. Prace pozorowane nie wzbogacają wiedzy, zapełniają tylko biblioteczne półki. Ale mogą dawać autorom niezłe profity, dlatego są produkowane.

Pozory pełnią rolę intelektualnej pułapki dla niekompetentnych i leniwych myślowo odbiorców, którzy nie odróżniają prawdy od kłamstwa. W ten sposób twórcy pozorów zdobywają masy stronników nierozumiejących i niedo-

strzegających zakamuflowanych motywów takiej aktywności. Pozory prawdy są zwykle groźniejsze od kłamstwa, bo na skutek nadanego im sztucznego blasku trudniej je wykryć. Z pozorami stykamy się na co dzień, czasami przestają już dziwić, a nawet oceniane bywają jak wyraz pragmatycznego działania. Przykład naukowego oszustwa Hwanga Woo-suka z Korei Południowej (twierdził, że potrafi klonować ludzkie zarodki – przyp. red.) dowodzi, że kłamstwo na najwyższych poziomach wysoce specjalistycznej wiedzy jest względnie szybko wykrywane. Do najbardziej szkodliwych zjawisk należy pozbawiona obiektywnych kryteriów i bezstronności ocena ludzi, prac naukowych i wniosków grantowych.

W miarę starzenia się, którego początku nikt nie chce u siebie rozpoznać ani się doń przyznać, w sposób naturalny stopniowo wędnie umiejętność twórczego myślenia. Przejściowo jej miejsce zajmuje sprawność myślenia reprodukcyjnego, czyli proces kompensujący utratę umiejętności tworzenia własnych, oryginalnych badawczych pomysłów. Pojawiają się wówczas prace typu „wariacje na temat”, wnoszące najwyżej wiedzę uzupełniającą.

Skrajnym przykładem barbarzyństwa w nauce była działalność dr. Josefa Mengele w Auschwitzu. W 1947 r. Amerykański Trybunał Wojskowy w Norymberdze skazał 16 lekarzy niemieckich, w tym siedmiu profesorów uniwersyteckich (trzech na karę śmierci), za pseudonaukowe eksperymenty na więźniach. Takie więc także mogą być skutki pozorowanej naukowej aktywności.

Możliwość wpływu władzy na naukę jest oczywista. Władza dysponuje różnymi narzędziami nacisku: uciążliwą kontrolą, restrykcjami finansowymi hamującymi rozwój uczelni lub placówki badawczej. Tak się zdarzało, gdy wyniki prowadzonych prac naukowych nie odpowiadały „politycznej poprawności” ustalonej przez władzę. Działalność naukowa niewnosząca nowych wartości może być jednak również skutkiem finansowych braków, a jej celem – maskowanie indolencji.

Przeżyłem wiele różnorodnych reform i wiem, że jeśli jakkolwiek reforma, zwłaszcza nauki i ochrony zdrowia, ma być skuteczna, nie może opierać się na działaniach pozorowanych, m.in. dotyczących finansowania, bo reformatorski cud nie nastąpi, a sukces będzie fałszywy. Polityka ruchów pozornych zawsze kończy się rozgłaszaniem pozornych sukcesów.

Niebezpieczeństwo pozorów polega również na tym, że zakamuflowane zło skrycie niszczy istotę prawdy, dobra i sensu. Dlatego życie oparte na pozorach staje się rzeczywistością przyczyną klęski zarówno poszczególnych osób, jak i organizacji oraz państw. Komunizm upadł, bo był oparty na kłamstwie. Wolność pozorowana w praktyce oznacza zniewolenie. ■ red. kb

POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu, Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy w Ostrołęce poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego. Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl.

POSZUKIWANI BIEGLI SĄDOWI

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



Wdzięczność pacjenta

Filip Niemczyk, adwokat

W artykułach dotychczas publikowanych na łamach „Pulsu” skupiałem się na sytuacjach, kiedy między lekarzem i pacjentem dochodzi do konfliktu. Jedną z podstawowych funkcji prawa stanowionego i wymiaru sprawiedliwości jest rozstrzyganie sporów, siłą rzeczy tym aspektem pracy lekarza interesuje się prawnik. Obraz relacji lekarza i pacjenta, w którym pierwszoplanową rolę odgrywają wzajemne roszczenia, nie jest jednak prawdziwy. W znakomitej większości przypadków chory otrzymuje pomoc taką, jakiej potrzebuje, a lekarze i pielęgniarki niosą ją z troską i zaangażowaniem. Zdarza się w związku z tym, że pacjent i jego rodzina po zakończonym leczeniu chcą przede wszystkim podziękować lekarzowi.

Potrzeba wyrażenia wdzięczności temu, kto pomógł w trudnej sytuacji, jest rzeczą naturalną i dziwić się należy raczej temu, kto potrzeby takiej nie ma. Filozof i etyk prof. Zbigniew Szawarski pisze: „Wdzięczność jest fundamentalną wartością moralną obecną w każdej bez wyjątku społeczności ludzkiej” (Z. Szawarski, „Mądrość i sztuka leczenia”, Gdańsk 2005). Pacjenta, który chce wyrazić uznanie i podziękowanie personelowi medycznemu, należy zatem uszanować. Każdy praktykujący lekarz zna zwyczaje panujące w służbie zdrowia i spotkał się zapewne z różnymi formami wdzięczności ze strony pacjenta. Czasem są to słowa podziękowania, innym razem kwiaty, a czasem również przedmioty o wartości większej aniżeli symboliczna. Szczególnie otrzymanie wartościowego przedmiotu może prowadzić do dyskomfortu, a w konsekwencji pytania, czy prawo i etyka lekarska wyznaczają reguły postępowania w sytuacji, gdy pacjent chce podziękować lekarzowi.

Kodeks Etyki Lekarskiej nie reguluje wprost tej kwestii. Art. 12. i 13. mówią jedynie, że relacja między lekarzem i pacjentem powinna być oparta na zaufaniu, a obowiązkiem lekarza jest respektowanie praw pacjenta. Przyjęcie podziękowań wzmacnia relację zaufania i jest wyrazem szacunku dla pacjenta, o ile oczywiście nie przekraczają stosownej miary i formy. Owe formy nie da się jednoznacznie określić, a wpływ na jej wybór mają zarówno zwyczaje, zasady dobrego smaku, jak i reguły etyczne oraz prawne.

W Polsce przyjęło się, że lekarzowi ze słowami podziękowania i kwiatami wręcza się niekiedy artykuły spożywcze lub alkohol. Zwyczaj ten zdaje się być zaszłością z czasów pustych sklepowych półek i rozpowszechniony jest przede wszystkim wśród starszych osób. Trudno dopatrzeć się

w nim czegoś zasadniczo niestosownego, ale łatwo z kolei o przesadę w ilości czy wartości. Zwyczaj dawania tego rodzaju prezentów lekarzowi wedle mojej wiedzy nie funkcjonuje w krajach Europy Zachodniej, a próba wręczenia butelki koniaku lekarzowi w Niemczech spotkałaby się co najmniej ze zdziwieniem. Możliwość okazania wdzięczności lekarzowi czy szpitalowi jest jednak w pełni akceptowana. Przybiera natomiast zdecydowanie bardziej zinstytucjonalizowane i klarowne formy. Pacjenta i rodzinę informuje się o tym, że istnieje możliwość przekazania datku na rzecz fundacji wspierającej daną placówkę medyczną i dopuszcza się tylko ten sposób przekazywania jakichkolwiek materialnych wartości.

Choć gesty podziękowania należy szanować i doceniać, to przyjmując cokolwiek od pacjenta w realiach publicznej służby zdrowia, trzeba zachować rozsądek. Nie sposób uznać za dopuszczalne przyjmowanie pieniędzy lub upominków o znacznej wartości. Lekarz ma nie tylko prawo, ale i obowiązek odmówić ich przyjęcia. Podobnie odmówić należałoby przyjęcia prezentów wręczanych przed terapią lub w czasie leczenia. Taka sytuacja skłania do przypuszczenia, że pacjent próbuje zyskać szczególną przychylność, bywa przyczyną podejrzenia danego lekarza o korupcję i naraża wizerunek całej grupy zawodowej.

Uważam, że są podstawy, aby przyjąć, że wśród praw pacjenta znajduje się prawo do okazania wdzięczności lekarzowi. Nie chodzi przy tym o ochronę utrwalonego zwyczaju, który przybiera różne formy, nie zawsze pozytywne i przejrzyste, ale o szacunek dla szczerych emocji pacjenta i dla wysiłku lekarzy. Okazywanie wdzięczności nie może jednak następować mechanicznie, tym bardziej lekarz nie może jej oczekiwać czy uzależniać od niej podjęcia pewnych działań. Utrwała to bowiem przekonanie, że lekarzowi „trzeba dać”, co prowadzi do patologii w służbie zdrowia. Warto z pewnością promować instytucjonalne formy okazywania wdzięczności. Nie widzę nic niestosownego w finansowym wsparciu placówki przez pacjenta, który się w niej leczy, nawet jeśli jest utrzymywana z publicznych środków, o ile odbywa się to na jasnych zasadach i nie wiąże się z przyznaniem mu przywilejów. Nie uważam również, aby uprawnione było formułowanie prawnego czy etycznego zarzutu wobec lekarza, który przyjmie od wdzięcznego pacjenta symboliczny upominek o niewielkiej wartości. Przyjmowanie pieniędzy i wartościowych przedmiotów stoi natomiast w sprzeczności z godnością zawodu i może prowadzić do odpowiedzialności dyscyplinarnej i prawnej. ■



JĘZYK ANGIELSKI dla LEKARZY

Dla lekarzy, którzy chcą pogłębiać ogólną znajomość języka angielskiego (general English) oraz rozwijać słownictwo z dziedziny medycyny, farmacji oraz zdrowia publicznego.
KURS OBEJMUJE 48 GODZIN LEKCYJNYCH (48 X 45 MIN)



www.lingwistyka.edu.pl

Więcej informacji: tel. 501 306 102

Lokalizacja w centrum Warszawy

doniesienia naukowe



Prognozyk zawału

Badanie stężenia poziomu troponiny (cTn) we krwi wykorzystywano dotąd do diagnostyki ataku serca, wygląda jednak na to, że będzie można się nim posługiwać również do prognozowania zawału i to z dużym wyprzedzeniem, sięgającym nawet 15 lat. Niewykluczone, że to metoda lepsza aniżeli wszelkie kalkulacje robione dotąd na bazie poziomu cholesterolu lub nadciśnienia tętniczego.

Prof. Nicholas Mills, który kierował badaniami, zastrzega się, że test o wysokiej czułości (hscTn) na razie z dobrym skutkiem wykorzystano w grupie 3,3 tys. mężczyzn z podwyższonym cholesterolem, którzy nie mieli kłopotów z sercem. Można jednak sądzić, że będzie przydatny również u kobiet.

Jeden ze współautorów badań, prof. David Newby, uważa, że troponinę można traktować jak barometr chorób serca. Jej poziom podnosi się wraz z narastaniem zagrożenia zawałem serca i spada, gdy nastąpi obniżenie poziomu cholesterolu oraz wyeliminowanie czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, palenie papierosów.

Prof. Nicholas Mills zwraca uwagę, że test troponiny pozwoli wykrywać osoby zagrożone zawałem z ukrytą chorobą serca. Będzie można go wykorzystać również do monitorowania skuteczności leczenia statynami.

(„Journal of the American College of Cardiology”, DOI: 10.1016/j.jacc.2016.11.006).

Rezonans i USG - badania mózgu płodu

Rezonans magnetyczny umożliwia dokładniejszą ocenę stanu mózgu płodu niż samo USG. Takie dodatkowe badanie powinno być oferowane kobietom z wysokim ryzykiem defektu mózgu dziecka i tym, u których wynik USG okazał się niejednoznaczny.

Prof. Paul Griffiths z University of Sheffield twierdzi, że wskazują na to badania 570 kobiet w wieku co najmniej 16 lat, przeprowadzone w 16 ośrodkach w Wielkiej Brytanii. Pozwoliły wykryć defekt mózgu płodu w 68 proc. badanych przypadków. Wykonanie dodatkowo badania rezonansem magnetycznym zwiększało skuteczność rozpoznania do 93 proc.

Brytyjski specjalista wyjaśnia, że MRI jest szczególnie przydatne w sytuacjach, kiedy nie ma pewności czy rozwój mózgu płodu jest nieprawidłowy. W prowadzonych w Wielkiej Brytanii badaniach takie wątpliwości udało się rozwiązać w połowie przypadków.

Dr Cara Mooney z University of Sheffield przyznaje, że takie podejście może budzić kontrowersje, jednak dla kobiety w ciąży i jej rodziny dodatkowe badanie to większa szansa uzyskania właściwej informacji o stanie zdrowia dziecka. Prof. Rod Scott z University of Vermont uważa, że badanie płodu rezonansem powinno jak najszybciej wejść do praktyki klinicznej.

(„Lancet”, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31723-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31723-8)).

Depresja pogarsza efekt chemioterapii

Wiemy już, dlaczego depresja może osłabiać skuteczność chemioterapii u pacjentów onkologicznych i nasilać powodowane przez nią dolegliwości. Okazuje się, że lęk i pogorszenie nastroju obniżają we krwi poziom neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF). A kiedy jest go mniej, leki gorzej działają.

Mechanizm ten odkrył Yufeng Wu, onkolog ze szpitala uniwersyteckiego w Zhengzhou, w prowincji Henan. Chiński specjalista mówił o tym podczas konferencji ESMO Asia, która w grudniu 2016 odbyła się w Singapurze. Powiedział, że do takiego wniosku skłaniają badania prowadzone u 186 chorych z rakiem płuca.

Stan psychiczny chorych oceniano na dzień przed rozpoczęciem chemioterapii. Depresję najbardziej odczuwali ci, u których doszło do przerzutów. Oni gorzej tolerowali leczenie, co objawiało się silniejszymi wymiotami, większym spadkiem liczby białych ciałek krwi oraz dłuższym pobytem w szpitalu. Dr Wu twierdzi, że im silniejsza była depresja, tym dłuższy okres, w którym dochodziło do pogorszenia samopoczucia chorego.

Autorzy badań uważają, że czynnik BDNF zwiększa liczbę komórek nowotworowych niszczonej przez chemioterapię. Ponieważ u chorych z depresją jest go we krwi mniej, skuteczność leczenia jest gorsza. Dr Wu zapowiada, że razem ze swym zespołem przeprowadzi badania, które wykażą, czy podanie choremu leków przeciwdepresyjnych, np. wychwyty zwrotnego serotoniny, poprawi efektywność chemioterapii. Z danych przedstawionych podczas innej prezentacji na ESMO Asia wynika, że czterech na pięciu chorych onkologicznie odczuwa lęk lub jest w depresji.

(„Medical News Today”, 18.12.2016).

Statyny nie tylko na serce

Wiele było już doniesień, że statyny korzystnie wpływają nie tylko na schorzenia kardiologiczne. Najnowsze badania sugerują, że mogą one zmniejszać ryzyko zgonu operowanych pacjentów. Obserwacjami objęto około 96,5 tys. weteranów wojennych, głównie mężczyzn w wieku średnio 65 lat, którzy poddawani byli różnym zabiegom, poza kardiologicznymi.

Główny autor opracowania, prof. Martin J. London z University of California w San Francisco, twierdzi, że przyjmowanie statyn przed operacją i po niej zmniejsza ryzyko zgonu i powikłań o 18 proc. Czym to tłumaczyć? Być może chodzi jedynie o to, że stan zdrowia osób przyjmujących te leki był lepszy przed zabiegiem, więc mniej były narażone na poważne powikłania.

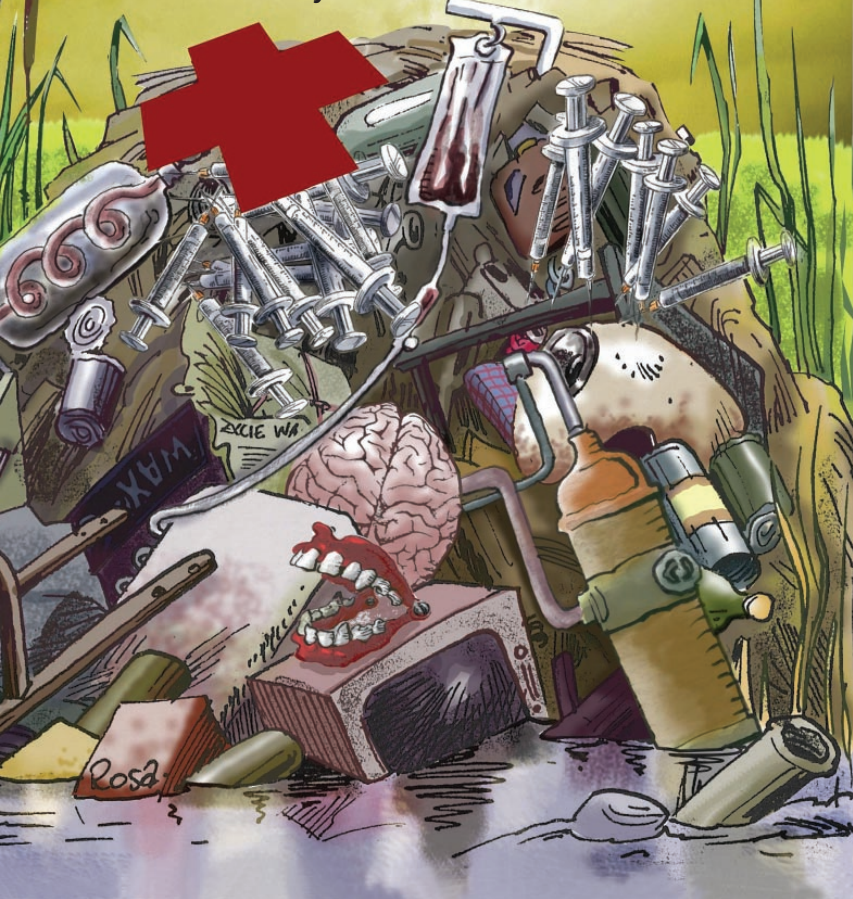
Statyny nie przestają jednak zadziwiać. Dr Amar Oza z Massachusetts General Hospital w Bostonie porównał 5,8 tys. chorych w Wielkiej Brytanii cierpiących na spondylozę i łuszczycowe zapalenie stawów. Okazało się, że statyny mogą o 33 proc. zmniejszyć u nich ryzyko zgonu. Zdaniem lekarza wynika to z przeciwzapalnego i przeciwnadciśnieniowego działania statyn.

(„JAMA Intern Medicine”, 19.12.2016; DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.8005). ■

Zbigniew Wojtasiński

Co zrobić z odpadami?

Mec. Beata Kozyra-Lukasiak



Obowiązki w zakresie wprowadzania gazów lub pyłów do powietrza, które spoczywają na przedsiębiorcy prowadzącym działalność gospodarczą

Przepisy ustawy z 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (DzU z 2016 r., poz. 672 ze zmianami) określają, że podmiotem korzystającym ze środowiska jest przedsiębiorca, czyli w rozumieniu art. 4 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą, oraz wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej, a także osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki. Podmiot korzystający ze środowiska użytkujący instalację, tj. stacjonarne urządzenie techniczne, np. kotłownię, oraz niestacjonarne urządzenia techniczne, m.in. służbowe środki transportu, jest zobowiązany do prowadzenia ewidencji i sprawozdawczości związanej z korzystaniem ze środowiska i uiszczania stosownych opłat. Obowiązek ten nie dotyczy lekarza lub lekarza

dentysty praktykującego indywidualnie, który wykorzystuje prywatny samochód do celów prowadzonej działalności, a także opłacającego rachunki za ogrzewanie jako osoba prywatna, który nie otrzymuje faktury VAT wystawionej na praktykę. Opłata za korzystanie ze środowiska jest ponoszona m.in. za wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza. Opłaty za wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza, wynikające z eksploatacji urządzeń, wnosi się na rachunek urzędu marszałkowskiego właściwego ze względu na miejsce rejestracji podmiotu korzystającego ze środowiska. Podmiot ten we własnym zakresie ustala wysokość opłaty, na podstawie faktur za paliwo do eksploatowanych urządzeń i służbowych środków transportu według stawek obowiązujących w okresie, w którym korzystanie ze środowiska miało miejsce.

Podmiot korzystający ze środowiska do 31 marca wnosi opłatę za rok poprzedni oraz przedkłada marszałkowi województwa sprawozdanie zawierające informacje o ilości i rodzajach gazów lub pyłów wprowadzonych do powietrza, wysokość opłat, a także dane wykorzystane do jej ustalenia. Nie wnosi się opłat z tytułu korzystania ze środowiska, jeśli ich półroczna wysokość nie przekracza 800 zł.

W przypadku gdy roczna wysokość opłaty z tytułu każdego z rodzajów korzystania ze środowiska nie przekracza 100 zł, nie przedkłada się także wykazów i informacji marszałkowi województwa.

Wzór wykazu zawierającego informacje o ilości i rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza, dane, na podstawie których określono te ilości, oraz informacje o wysokości należnych opłat określa załącznik nr 2 do rozporządzenia ministra środowiska z 27 lutego 2014 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat (DzU z 2014 r., poz. 274 ze zmianami).

Na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego zamieszczone są obowiązujące druki oraz stawki opłat.

Obowiązki lekarzy prowadzących praktyki lekarskie, wytwarzających odpady medyczne

Zgodnie z przepisami ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (DzU z 2013 r., poz. 21 ze zmianami) posiadacz odpadów to wytwórca odpadów lub osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej będące w posiadaniu odpadów. Wytwórca odpadów to każdy, czyja działalność lub bytowanie powoduje powstawanie odpadów. Natomiast odpadami medycznymi są odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Zakazuje się zbierania poza miejscem wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych. Nie dotyczy to zakaźnych odpadów medycznych powstałych w wyniku świadczenia usług medycznych na wezwanie. Wytwórca zakaźnych odpadów medycznych

nych powstałych w wyniku świadczenia usług na wezwanie jest obowiązany do bezzwłocznego dostarczenia owych odpadów do przystosowanych do tego celu pomieszczeń.

Wytwórca odpadów lub inny ich posiadacz może zlecić wykonanie obowiązku gospodarowania odpadami wyłącznie podmiotom, które mają zezwolenie na zbieranie lub na przetwarzanie odpadów, lub wpis do rejestru.

Jeżeli wytwórca odpadów lub inny ich posiadacz przekazuje odpady następnemu posiadaczowi, który ma wspomnianą decyzję albo wpis do rejestru, odpowiedzialność za gospodarowanie odpadami przechodzi na tego następnego posiadacza.

Wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za ich zbieranie lub przetwarzanie z chwilą dokonania ich unieszkodliwienia przez następnego posiadacza metodą termicznego przekształcenia w spalarni odpadów niebezpiecznych.

Potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie omawianymi odpadami na następnego ich posiadacza jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie.

W przypadku korzystania przez wytwórców odpadów ze wspólnego lokalu dopuszcza się przeniesienie odpowiedzialności za wytworzone odpady na jednego z nich lub na wynajmującego lokal, jeżeli podmiot ten zapewni zgodne z ustawą postępowanie z przyjętymi odpadami.

Przeniesienie odpowiedzialności oznacza przeniesienie praw i obowiązków ciężących na wytwórcy odpadów i następuje pod warunkiem zawarcia umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Zbieranie i przetwarzanie odpadów wymaga zezwolenia. Z tego obowiązku zwalnia się podmiot, który wytwarzane przez siebie odpady zbiera w miejscu ich wytworzenia.

Pozwolenie na wytwarzanie odpadów jest wymagane w przypadku wytwarzania:

- odpadów niebezpiecznych o masie powyżej 1 Mg rocznie,
- odpadów innych niż niebezpieczne o masie powyżej 5000 Mg rocznie.

Posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji, zgodnie z rozporządzeniami ministra środowiska z 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (DzU z 2014 r., poz. 1923) i z 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (DzU z 2014 r., poz. 1973).

Ewidencję odpadów posiadacz prowadzi z zastosowaniem:

- karty przekazania odpadów,
- karty ewidencji odpadów.

Karta ewidencji odpadów niebezpiecznych zawiera następujące informacje:

- imię i nazwisko lub nazwę przekazującego odpady posiadacza oraz adres zamieszkania lub siedziby,
- imię i nazwisko lub nazwę posiadacza przyjmującego odpady oraz adres jego zamieszkania lub siedziby,
- rodzaj i ilość odpadów.

Ewidencję odpadów można prowadzić w systemie teleinformatycznym, umożliwiającym poświadczanie dokumentów za pomocą podpisu elektronicznego.

Kartę przekazania odpadów sporządza ich posiadacz, który je przekazuje. Dopuszcza się sporządzanie zbiorczej karty przekazania odpadów, obejmującej odpady danego rodzaju przekazywane łącznie w okresie miesiąca kalendarzowego, za pośrednictwem tego samego transportującego, wykonującego usługę transportu dla tego samego posiadacza. Posiadacz odpadów prowadzi kartę ich ewidencji dla każdego rodzaju odrębnie.

Uproszczoną ewidencję z zastosowaniem jedynie karty przekazania odpadów prowadzą podmioty, które:

- wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kg rocznie,
- wytwarzają odpady inne niż niebezpieczne, niebędące odpadami komunalnymi, w ilości do 5 t rocznie.

Posiadacz odpadów jest obowiązany do przechowywania dokumentów ich ewidencji przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono te dokumenty.

Roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu nimi sporządza wytwórca obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów.

Podmioty obowiązane do sporządzania sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu nimi składają je w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, zbierania lub przetwarzania odpadów.

Zakaźne odpady medyczne unieszkodliwia się przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych.

Posiadacz odpadów, który unieszkodliwia zakaźne odpady medyczne na wniosek ich wytwórcy, potwierdza unieszkodliwienie owych odpadów przez termiczne przekształcanie, wydając odpowiedni dokument. Rozporządzenie ministra środowiska z 13 stycznia 2014 r. (DzU z 2014 r., poz. 107) określa wzór tego dokumentu, który posiadacz odpadów medycznych jest obowiązany przekazać ich wytwórcy oraz wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska, właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania odpadów. Przekazanie dokumentu powinno nastąpić nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, którego on dotyczy.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 24 lipca 2015 r. w sprawie rodzajów odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych, których odzysk jest dopuszczalny (DzU z 2015 r., poz. 1116), nie wymaga się unieszkodliwienia m.in. narzędzi chirurgicznych i zabiegowych, chemikaliów, w tym odczynników chemicznych zawierających substancje niebezpieczne, oraz odpadów amalgamatu dentystycznego.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (DzU nr 139, poz. 940) utraciło moc obowiązującą 24 stycznia 2016 r.

Kto wbrew obowiązkowi nie prowadzi ewidencji odpadów albo prowadzi ją nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym, podlega karze grzywny. Kto nie przechowuje dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie, podlega karze aresztu albo grzywny.

1 stycznia 2016 r. uchylony został przepis art. 200 ustawy o odpadach, określający karę administracyjną w wysokości 500 zł za niezłożenie sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu nimi. ■

Mazowieccy radni piszą do ministra zdrowia

Sejmik Województwa Mazowieckiego apeluje do ministra zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o niezwłoczne dokonanie zmiany zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym podziału środków finansowych między centralę i oddziały wojewódzkie NFZ.

Radni oczekują również zapewnienia realnego wzrostu nakładów na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim, uwzględniających zwiększone koszty pracy. Domagają się ponownej analizy projektowanych aktów prawnych regulujących system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika nie może być tak, że część doskonałych placówek jedną decyzją ministerstwa zostanie wypchnięta poza sieć szpitali. Stawia to bowiem pod znakiem zapytania ich dalsze funkcjonowanie. Szpitale na Mazowszu borykają się z większymi co roku niedoborami środków z NFZ. W efekcie, mimo wsparcia samorządu województwa, licznych inwestycji i wysokiego poziomu diagnostyki, nie mogą ustabilizować swojej sytuacji finansowej. Przyznana Mazowieckiemu Oddziałowi NFZ na 2017 r. pula środków nie pokryje rzeczywistych kosztów funkcjonowania placówek. W dalszym ciągu nie jest uwzględniana specyfika finansowania opieki zdrowotnej w regionie, związana m.in. z dużą liczbą mieszkańców, migracjami ubezpieczonych, a także funkcjonowaniem licznych instytutów oraz wyższymi niż w innych województwach kosztami pracy. Radni zwracają uwagę, że stawki, jakich oczekuje personel szpitali, są wyższe niż w innych regionach. O znaczącym niedoszacowaniu środków niezbędnych w Mazowieckim Oddziale NFZ dobitnie świadczą, zdaniem radnych, coroczne nadwykonania. Tylko w placówkach samorządu województwa (jest ich 28) w latach 2011–2015 wartość świadczeń udzielonych ponad limity umów zawartych z funduszem i niezapłaconych przekracza 141 mln zł. W 2017 r. na barki szpitali spadną dodatkowe obciążenia finansowe, na których pokrycie nie przewidziano pieniędzy w budżecie NFZ. Zaplanowany przez stronę rządową wzrost minimalnego wynagrodzenia oraz minimalnej stawki godzinowej znacząco podwyższa koszty leczenia. Na sprostanie takim wymaganiom szpitale będą potrzebowały około 6,7 mld zł. Aby zapewnić na to środki, przychody NFZ ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (w 2016 r. wyniosły 69,3 mld zł) należałoby podnieść o prawie 10 proc. i o tyle samo ceny jednostkowe świadczeń zdrowotnych. Takiej zmiany jednak nie zaplanowano.

Niepokój budzą też planowane zmiany w sposobie przyznawania środków i powstanie tzw. sieci szpitali. Projektowana nowelizacja zdaniem samorządowców prowadzi do rewolucyjnej zmiany dotychczasowego systemu kontraktowania świadczeń. Zakłada zastąpienie finansowania pojedynczych procedur medycznych finansowaniem ryczałtowym, które uzyskają oddziały szpitalne kwalifikujące się do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Obawy budzą oddziały, które nie zostaną zakwalifikowane do danego poziomu, a tym samym nie będą miały zagwarantowanego kontraktu. Istnieje poważne ryzyko, że zaowocuje to likwidacją oddziałów szpitalnych, a nawet całych szpitali.

Szpital w Garwolinie zakończył inwestycję

Przy Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie zakończono budowę placówki szkolno-szpitalnej. Będzie z niej korzystać ponad 200 pacjentów szpitala uczących się w Zespole Szkół Specjalnych nr 2. Nową siedzibę będzie miał również oddział logopedyczno-foniatryczny.

Inwestycję sfinansował, przeznaczając na nią 12 mln zł, samorząd województwa mazowieckiego. Nowoczesny budynek ma prawie 2,7 tys. mkw. powierzchni użytkowej. W skład nowego kompleksu wchodzi: oddział szpitalny, zespół szkolny i sala gimnastyczna z zapleczem. W nowym obiekcie siedzibę ma Zespół Szkół Specjalnych nr 2, w którym uczą się młodzi pacjenci szpitala. Stary budynek był w fatalnym stanie technicznym. Coraz częstsze awarie instalacji znacznie podnosiły koszty jego utrzymania. Ponadto przebudowano sieć gazową oraz wykonano przyłącza wodociągowe i sanitarne. Na terenie nowo powstałego kompleksu wybudowano drogę dojazdową, drogi wewnętrzne, chodniki oraz podjazdy dla niepełnosprawnych. Prawie 230 tys. zł przeznaczono na wyposażenie pomieszczeń nowego budynku. Te środki z kolei pochodziły z budżetu województwa oraz szpitala.

pk

Inwestycje w Ostrołęce

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce był budowany etapami przez wiele lat.

W miarę jak powstawały kolejne jego części, przenoszono do nowego obiektu przy ul. Jana Pawła II poszczególne oddziały i zakłady diagnostyczne, np. już w 2003 r. uruchomiono Zakład Chemioterapii i blok operacyjny, a w 2005 r. zainstalowano 64-rzędowy tomograf komputerowy. Jesienią 2009 r. nastąpiło ostateczne przeniesienie hospitalizowanych pacjentów do nowej siedziby, 18 listopada na Oddziale Położniczym, w komfortowych warunkach i w otoczeniu rodziny, urodziło się pierwsze dziecko.

Nieco później placówka zmieniła nazwę z Wojewódzkiego (Ostrołęka od 17 lat nie jest już miastem wojewódzkim) na Mazowiecki Szpital Specjalistyczny. W ostatnim czasie znów podjęto przebudowę. W grudniu 2016 r. zakończono modernizację budynku D. Znalazła w nim miejsce Przychodnia Specjalistyczna z rejestracją, szatnią i administracją. Otwarcie przychodni zbiegło się z uruchomieniem nowego cyfrowego aparatu RTG do mammografii z funkcją tomosyntezy. Inwestycję sfinansowano ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego. ■

mkr

Klub Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54 zaprasza

15.02.2017 r., godz. 16.30 – „U Ali na urodzinach” – spektakl Teatryku A’la Kabaret z Domu Kultury Śródmieście w Warszawie.

20.02.2017 r., godz. 14.00 – spotkanie Koła Lekarzy Emerytów OIL. W programie: „Próba u Poli Negri” – monodram w wykonaniu Barbary Rybałtowskiej. Przy fortepianie: Paweł Olszewski.

Łża – tradycja lecznictwa

Niewiele polskich miast może pochwalić się tak bogatą tradycją lecznictwa – pierwszy załączek szpitala utworzył tutaj w 1448 r. biskup krakowski Zbigniew Oleśnicki. Był to przytułek dla chorych przy kościele Świętego Ducha. Choć minęło ponad 500 lat, problemy dzisiejszego szpitala w Łży są podobne do tych, z którymi zmagają się średnio-wieczna placówka, i wynikają przede wszystkim z permanentnego braku pieniędzy.

2016 okazał się kolejnym rokiem, który Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Łży zakończył stratą finansową około 580 tys. zł. Powody? Jak zawsze te same, czyli rosnące koszty funkcjonowania oraz zbyt niska wycena punktów kontraktowych przez NFZ i wypracowane nadwykonania, za które SPZZOZ nie może doczekać się zwrotu pieniędzy.

Złe wyniki finansowe niepokoją władze powiatu radomskiego, czyli organu założycielskiego iłżeckiego szpitala. – *Trzeba pamiętać, że stoimy przed ważnymi decyzjami dotyczącymi wydatkowania środków finansowych na dostosowanie ośrodków zdrowia do wymogów unijnych. Data graniczna to 31 grudnia 2017 r. i nie zanosi się, żeby została przesunięta. Dlatego zlecieliśmy audyt finansowo-medyczny niezależnej firmie eksperckiej* – tłumaczył niedawno Leszek Margas, wicestarosta radomski.

Raport pokontrolny miał być przygotowany do końca grudnia. Gdy oddawaliśmy ten numer „Pulsu” do druku, wnioski audytorów nie zostały jeszcze upublicznione. Władze powiatu i szefostwo SPZZOZ mają również nadzieję, że placówka zostanie zakwalifikowana przez NFZ do systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieci szpitali. To najnowszy pomysł rządu na poprawę sytuacji finansowej służby zdrowia, a lecznice, które trafią na listę (pierwszy wykaz ma zostać opublikowany do 31 marca), będą miały gwarantowaną umowę z NFZ.

Rewolucja informatyczna

Mimo kłopotów finansowych szpital w Łży stara się sprostać wyzwaniom nowoczesności. Do największych inwestycji w ostatnich latach (wartości 2,7 mln zł) należy realizacja kompleksowego projektu informatyzacji placówki, którego celem była nie tylko poprawa jakości leczenia, ale również ograniczenie kosztów działalności.

Dzięki niej lekarze mają ciągły dostęp do bazy leków, wyników badań oraz elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów, mogą też prowadzić z nimi zdalną konsultację. Chorzy natomiast e-mailowo albo SMS-em informowani są o terminie wizyty u specjalisty.



Fot. R. Natorski

Dzięki dotacji ze Starostwa Powiatowego i iłżeckiego magistratu udało się wybudować długo oczekiwany parking dla pacjentów i pracowników. Obiekty SPZZOZ przeszły też w ostatnich latach termomodernizację.

Szpital wzbogacił się także o sporo nowoczesnych urządzeń medycznych. W ramach iłżeckiego SPZZOZ działa też jeden z nielicznych w regionie radomskim zakładów opiekuńczo-leczniczych, który dysponuje 40 łózkami dla osób wymagających stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Współczesność z tradycjami

W placówce pracuje obecnie blisko 300 osób, z czego 230 jest zatrudnionych na etatach. W iłżeckim SPZZOZ jest pięć oddziałów: chirurgii ogólnej (28 łózek), chorób wewnętrznych (42 łóżka, w tym cztery łóżka intensywnej opieki medycznej), ginekologii i położnictwa z opieką nad noworodkiem (26 łózek, w tym jedno łóżko IOM, 14 łózek dla noworodków, dwa inkubatory), pediatrii (27 łózek, w tym dwa łóżka IOM), anestezjologii i intensywnej terapii (trzy łóżka) oraz wspomniany już zakład opiekuńczo-leczniczy.

Szpital ma blok operacyjny, pracownię RTG i USG, pracownię endoskopową oraz bank krwi. W ramach SPZZOZ działają również dwie poradnie, w których pacjentów przyjmują lekarze wielu specjalności.

Dzisiejszy szpital kontynuuje tradycje placówki wybudowanej na początku XX w., przede wszystkim ze składek społeczników, m.in. inicjatora przedsięwzięcia, sędziego Karola Gartnera, który przekazał na ten cel 3 tys. rubli. Obiekt był kilkakrotnie rozbudowywany, główny budynek obecnego SPZZOZ oddano do użytku 19 lipca 1982 r. ■

Rafał Natorski



DELEGATURA RADOMSKA

26-600 Radom,
ul. Rwańska 16,
tel.: 48-331-36-62,



Przewodniczący Julian Wróbel
e-mail: julian@wp.eu
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

Kryształowy Dwunastościan

Rada Centrum Studiów Zaawansowanych Politechniki Warszawskiej przyznała po raz trzeci swoje najważniejsze wyróżnienie *Laus tibi, non tuleris qui vincula mente animoque*, które w tym roku otrzymał prof. Henryk Skarżyński.

Symbolem łacińskiej sekwencji jest Kryształowy Dwunastościan, zwany Kosmosem Pitagorasa, przyznawany za osiągnięcia w budowaniu efektywnych przestrzeni badawczych i przełamywanie granic poznania. Uroczystość odbyła się 5 grudnia 2016 r. w Sali Senatu Politechniki Warszawskiej.

– Wyróżnienie Centrum Studiów Zaawansowanych Politechniki Warszawskiej *Laus tibi, non tuleris qui vincula mente animoque*, czyli „Chwała Ci za to, że nie pozwoliłeś nałożyć więzów na swój umysł i swego ducha”, jest przyznawane na wniosek przewodniczącego rady za szczególne zasługi dla środowiska naukowego – mówił prof. Stanisław Janeczko. – Przy nominacji do wyróżnienia braliśmy pod uwagę cechy indywidualne kandydata, tj. osobowość, niezależność, skromność, oddanie, kreatywność, pokorę, wykształcenie, energię. Statuetka wyróżnienia jest Kryształowym Dwunastościanem symbolizującym kryształową osobowość mistrza, ponieważ jedynie mistrz wie, jak wypełnić pustkę, i nie jest więźniem materii, tylko mistrz słyszy harmonię, wie skąd przychodzi, gdzie się znajduje i dokąd zmierza.

JM prof. Jan Szmidt, wręczając nagrodę prof. Henrykowi Skarżyńskiemu, nawiązał do współpracy między Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu a Politechniką Warszawską rozpoczętej w 1996 r. – Określenie „mistrz”, widniejące na dyplomie, który miałem przyjemność podpisać, wspaniale określa prof. Skarżyńskiego – dodał prof. Szmidt. – To mistrz nie tylko w swoim zawodzie, ale także mistrz w nawiązywaniu kontaktów, po to, aby za wszelką cenę zrozumieć partnerów, bo tylko wtedy możemy zrobić coś wartościowego.

Dziękując za nagrodę, prof. Henryk Skarżyński podkreślał szczególną rolę, jaką odegrała współpraca z Politechniką Warszawską w całej historii instytutu. Wiele ciekawych przykładów tej niezwykle przyjaznej medycyny z naukami inżynierskimi znalazło się także w wykładzie prof. Skarżyńskiego pt. „Słuch w rozwoju współczesnych społeczeństw – szanse i zagrożenia”, który wygłosił dla zgromadzonych gości. ■

Wizjonerzy XXI wieku

Prof. Henryk Skarżyński został uhonorowany nagrodą „Wizjonerzy XXI wieku”, przyznawaną przez tygodnik „Wprost”, za wizję, pasję i sukces. Uroczystość wręczenia nagród odbyła się 7 grudnia 2016 r. w Starej Oranżerii warszawskich Łazienek.

Gałą poprzedziła debata „Od wizji do realizacji”. Uczestnicy dyskusji mówili m.in. o swoich zawodowych wizjach i o tym, dlaczego postanowili je zrealizować, a także,

na jakie przeszkody natrafiali, wcielając pomysły w życie. Debatę rozpoczął prof. Henryk Skarżyński, który opowiedział o sukcesach klinicznych, naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych, jakie osiągnął wraz z zespołem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w ciągu mijających właśnie 20 lat istnienia placówki.



Fot. archiwum IFiPS

– Mówiąc „Wprost” – rozpoczął z humorem prof. Skarżyński – dziś możemy mówić o sukcesie w skali globalnej. W Światowym Centrum Słuchu wykonujemy dziennie najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch. To wielokrotnie więcej niż czołowe ośrodki z USA i Europy. Nie ma innego ośrodka, który chociażby w połowie miał tak dobry wynik! (...)

Najważniejsza jest wiara w to, że nam się uda. Trzeba też mieć rozeznanie potrzeb w danej dziedzinie. Gdyby bowiem słuch nie był podstawą rozwoju współczesnego społeczeństwa i gdyby nie miał takiego wpływu na współczesną komunikację międzyludzką, od której zależy, co zapamiętujemy, przetwarzamy, przekazujemy dalej, to zapotrzebowanie na naszą pomoc byłoby pewnie mniejsze. Trzeba też pamiętać, że kryje się za tym ogromnie ciężka praca i ryzyko. ■

rk

Lista Stu 2016

Za najbardziej wpływową osobę minionego roku w polskim systemie ochrony zdrowia uznano prof. Alicję Chybiłą, a w polskiej medycynie – prof. Henryka Skarżyńskiego (był również pierwszy w zestawieniu w roku 2015). W kategorii medycyny kolejne miejsca na podium zajęli prof. Grzegorz Opolski i prof. Mirosław Wielgoś, a systemu ochrony zdrowia – minister Konstanty Radziwiłł oraz główny inspektor sanitarny Marek Posobkiewicz. Na liście liderów systemu ochrony zdrowia swoją reprezentację ma ORL w Warszawie w osobach Romualda Krajewskiego i Andrzeja Sawoniego.

Redakcja „Pulsu Medycyny” przygotowała ranking w kategorii medycyny po raz czternasty, a dla systemu ochrony zdrowia – po raz trzeci. ■

ach

Sukces roku 2016

W Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się gala konkursu „Sukces roku 2016 w ochronie zdrowia”, organizowana jak zwykle przez czasopismo „Menedżer Zdrowia” i wydawnictwo Termedia.

Osobowością roku została prof. Alicja Chybicka, kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej „Przylądek Nadziei” UM we Wrocławiu. Wśród wielu nagrodzonych znaleźli się również lekarze z Mazowsza. Liderami roku w zdrowiu publicznym ogłoszono m.in. prof. Lidię Brydak za „*pasję, determinację i odwagę w szerzeniu wiedzy zgodnej z evidence base medicine na temat szczepień*” oraz prof. Tadeusza Orłowskiego wraz z Polską Grupą Raka Płuca za akcję edukacyjną na temat raka płuca przeprowadzoną w środowisku medycznym. W kategorii działalność edukacyjno-szkoleniowa tytuł otrzymał Instytut Zdrowia Publicznego PZH za kampanię społeczną „HCV – jestem świadom”, reprezentowany przez dyrektora prof. Mirosława Wysockiego. ■

mkr

Współpraca WUM i SGH



Prof. Mirosław Wielgoś, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, i prof. Marek Rocki, rektor Szkoły Głównej Handlowej, podpisali umowę dotyczącą współpracy w zakresie kształcenia menedżerów ochrony zdrowia.

To pierwszy program w formule Master of Business Administration na polskich uczelniach publicznych. Będzie miał charakter studiów podyplomowych, trwających cztery semestry, i obejmował m.in. problematykę jakości świadczonych usług, skuteczności opieki zdrowotnej, rozwoju technologii medycznych. Już rozpoczęła się rekrutacja zainteresowanych studiami. ■

mkr

Świąteczna wizyta w Domu Lekarza Seniora

Z okazji świąt Bożego Narodzenia delegacja z OIL w Warszawie odwiedziła Dom Lekarza Seniora. Fundacja „Pro Seniore” przygotowała świąteczne paczki dla pensjonariuszy. W roli Mikołajów wystąpili: prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni, prezes fundacji Andrzej Surowiecki, wiceprzewodnicząca sądu lekarskiego Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Tadeusz Pawlikowski oraz piszący te słowa. Spotkanie prowadziła Zofia Czernicka, a umilił je występ chóru Medicantus pod dyktando Beaty Herman. ■

Włodzimierz Cerański



Goniec Medyczny

Spada liczba przeszczepów!

Poltranzplant zastanawia się, jak powstrzymać spadek liczby przeszczepów w Polsce. Dane dotyczące liczby transplantacji m.in. nerek są alarmujące.

Z książką możesz żyć dłużej

Czytanie książek ewidentnie przedłuża życie. Ci, którzy czytają przez trzy i pół godziny tygodniowo, są o 17 proc. mniej zagrożeni zgonem w ciągu najbliższych 12 lat niż ci, którzy nie sięgają po książki w ogóle. Prof. Becca R. Levy z Uniwersytetu Yale (USA) kierowała badaniami, którymi objęto 3635 osób w wieku co najmniej 50 lat. Interesujące wyniki jej pracy publikuje czasopismo „Social Science and Medicine”.

Dymisje w Akademii Nobla

Przyznające Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny gremium 50 profesorów medycznego Instytutu Karolinska w Sztokholmie wykluczyło ze swego składu dwie osoby powiązane ze skandalem w szpitalu klinicznym instytutu. Kierowały one Instytutem Karolinska w 2010 r., gdy zatrudniony tam został włoski chirurg Paolo Macchiarini, którego metody leczenia uznaje się obecnie za pozbawione naukowych podstaw i szkodliwe dla pacjentów.

Kłamstwa w reklamach

Całkowitego zakazu promowania leków w telewizji nie będzie. Ale resort zdrowia zamierza surowo karać producentów, których spoty wprowadzają klientów w błąd.

Nie chcemy myć rąk?

Rośnie liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych. W ubiegłym roku zarejestrowano 4400 takich przypadków, aż o 1500 więcej niż rok wcześniej. Specjaliści wskazują jeden z powodów: lekarze nie chcą myć rąk. Tymczasem z badań WHO wynika, że dzięki lepszemu przestrzeganiu higieny rąk można zmniejszyć liczbę zakażeń nawet o połowę.

Jąkanie

Badania, o których informuje czasopismo „Human Brain Mapping”, wykazały, że jąkanie się ma związek z ograniczonym przepływem krwi w części mózgu odpowiedzialnej za generowanie mowy.

Mydła antybakteryjne

Zgodnie z decyzją amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA), producenci nie będą mogli dłużej sprzedawać tego typu wyrobów, ponieważ nie udowodnili, że ich składniki są bezpieczne w długotrwałym, codziennym użytkowaniu ani że ich efektywność w zapobieganiu chorobom i rozprzestrzenianiu zakażeń jest wyższa niż zwykłych mydeł.

Wirus Ebola

Mężczyzna z Gwinei, który w roku 2014 przeżył ebolę i był nosicielem wirusa co najmniej przez 531 dni, przekazał go w tym czasie dalej – przez kontakt seksualny, co doprowadziło do ośmiu zgonów – informuje czasopismo „Clinical Infectious Diseases”.

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.
W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie
będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby.

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentysta: **1)** ukończył 75 lat, **2)** został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej, **3)** złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągnięcia przychodów.

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

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

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

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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

UWAGA!!!

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

Prosimy o dokonywanie opłat składek na **nowe** indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:
www.izba-lekarska.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/
lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie

Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, korzystają z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej kancelarii prawnej Lex Secure, która udostępnia członkom samorządu lekarskiego działającą całodobowo linię pod numerem tel. 501-538-539.

Oferta Lex Secure dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie to m.in.:

- nielimitowana liczba zapytań w trybie określonym zgodnie z Regulaminem Świadczenia Usług „Lex Secure Twoja Opieka Prawna” zamieszczonym na stronie internetowej www.opiekaprawna.pl,
- nieograniczony zakres prawny,
- gotowe szablony i wzory dokumentów prawnych w ramach systemu Bazy Wzorów Dokumentów Lex Secure,
- rozwiązanie problemu w 24 godziny; w przypadku pytań skomplikowanych termin ustalany jest indywidualnie.



24h Infolinia Prawna
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

Program grupowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów, członków OIL w Warszawie

- Warunki programu są zgodne z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Do zawarcia takiego ubezpieczenia zobowiązani są lekarze i lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową (tj. mający zarejestrowaną działalność gospodarczą).
- Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- Do programu mogą przystąpić również – **na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego** – lekarze i lekarze dentyści, którzy nie mają zarejestrowanej działalności gospodarczej, pracujący jako wolontariusze, zatrudnieni na umowie o pracę lub umowie-zleceniu.
- Udział w programie nie wyklucza zawarcia przez ubezpieczonego, we własnym zakresie, dodatkowego ubezpieczenia OC (tzw. **ubezpieczenia nadwyżkowego**). Otrzymuje on **25-proc.** zniżkę na to ubezpieczenie (w ramach programu PZU zorganizowanego przez APRIL Polska Medbroker).
- Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- Lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w programie otrzymują także dodatkowo, na podstawie wydanej karty klienta PZU, **20-proc.** zniżkę na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe, turystyczne.
- Organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek ubezpieczeniowych jest OIL w Warszawie.

Szczegółowe informacje i formularz na stronie:
www.izba-lekarska.pl,

a także u operatora programu
w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18;
Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,
tel. (+48) 508-504-318, 508-504-332,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com





Goniec Medyczny

Studia lekarskie w Radomiu

– Kierunek lekarski jest perłą każdej uczelni. To historyczny moment dla Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego, a także dla Radomia i całego Mazowsza – powiedział w Radomiu Jarosław Gowin, podpisując na tamtejszym uniwersytecie decyzję o uruchomieniu od października studiów magisterskich na kierunku lekarskim.

Polacy pierwsi na świecie

Chirurdzy z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonali pod kierunkiem dr. Adama Domanasiewicza pierwsze na świecie przeszczepienie dłoni dorosłemu pacjentowi, który urodził się bez tej części ciała. Pacjent porusza już palcami...

Fałszywe zaświadczenia

Prokuratorskie zarzuty postawiono 27 adwokatom i radcom prawnym. Ale to dopiero początek większej afery. Prokuratura Krajowa od wielu miesięcy badała sprawę lekarki Beaty J., która była biegłym sądowym przy Sądzie Okręgowym w Łodzi. Lekarce zarzucono wystawienie 119 fałszywych zaświadczeń usprawiedliwiających nieobecność w sądzie prawników i ich klientów. Kiedy latem została aresztowana, przyznała się i wskazała osobę, którym wydała fałszywe zwolnienia.

Dopłaty pacjentów

Resort zdrowia zamierza zezwolić pacjentom na dopłacanie do droższych produktów (takich jak soczewki, stenty, endoprotezy, za które nie płaci NFZ), jeśli chcieliby, żeby zostały wykorzystywane w przeprowadzanych u nich zabiegach.

Leki w paczkomatach

Główny Inspektorat Farmaceutyczny uznał, że paczkomaty nie spełniają warunków przechowywania produktów leczniczych. W związku z tym apteki internetowe nie mogą korzystać z tej formy dostawy do klienta.

Superbakteria

U 76-letniego mężczyzny wykryto odmianę bakterii *Escherichia coli*, mającą geny uodparniające ją na najważniejsze antybiotyki. Naukowcy z Uniwersytetu Rutgers w Newark w stanie New Jersey ostrzegają, że może się ona rozpowszechnić i przetrwać w „potężną superbakterię”.

„Goniec Medyczny” jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie trzy razy w tygodniu pod blisko 100 tys. adresów poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych profesjonalistów medycznych – użytkowników portalu edukacyjnego Esculap (www.esculap.com). Dostęp do wszystkich materiałów i usług w Esculapie jest bezpłatny, przy pierwszej wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

Lek. Jarosław Kosiątko
redaktor naczelny Esculapa

Rzecznik prasowy NFZ informuje

W listopadzie 2016 r. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ wystąpił do wszystkich lekarzy, lekarzy dentystów, którzy posiadali aktywne umowy upoważniające do wystawiania recept refundowanych w trybie *pro auctore/pro familia* (dla siebie i dla rodziny), wnioski o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej. Łącznie wysłano 8428 wniosków.

Każdy wniosek był „spersonalizowany” i wysłany pod adresem do korespondencji podanym w umowie. Wniosek należało podpisać i odesłać pod wskazanym adresem, zgodnie z informacją na odwrocie.

Do 13 stycznia 2017 r. odesłano 5254 podpisane wnioski. (Około 100 listów zostało zwróconych przez pocztę jako niepodjęte w terminie).

Jeśli lekarz, który posiadał umowę w trybie *pro auctore/pro familia*, nie otrzymał wniosku za pośrednictwem poczty, powinien:

- 1) **pobrać wniosek** w Systemie Numerowanych Recept Lekarskich (w zakładkach: „Współpraca z NFZ – Uprawnienia do recept” oraz „Wnioski – Pozostałe wnioski”) **oraz przesłać go w wersji elektronicznej i papierowej do MOW NFZ** (w zakładce „Wnioski – Pozostałe wnioski” w kolumnie „Operacje – Przekaz”, a następnie „Operacje – Drukuj”) lub

Informacja dla lekarzy i lekarzy dentystów – emerytów niewykonujących zawodu

Jeśli lekarz, lekarz dentysta – emeryt niewykonujący zawodu nie miał dotychczas podpisanej umowy z NFZ i po raz pierwszy zwraca się do funduszu o nadanie numerów recept (i nie posiada konta na portalu NFZ), może, za pośrednictwem portalu NFZ, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału funduszu **wniosek o uzyskanie dostępu do portalu NFZ oraz wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept nadawanych przez NFZ.**

2) zgłosić się osobiście do punktu obsługi w siedzibie MOW NFZ (Warszawa, ul. Chałubińskiego 8).

Lekarze czynni zawodowo, którzy do tej pory nie dokonali aktualizacji danych w Systemie Numerowanych Recept Lekarskich (około 6 tys. lekarzy) i nadal chcą wystawiać recepty refundowane, powinni możliwie jak najszybciej (**ostateczny termin upływa 30 czerwca 2017 r.**) przekazać za pośrednictwem Systemu Numerowanych Recept Lekarskich – Portalu Personelu następujące wnioski:

■ **Wniosek o aktualizację danych osobowych** – wniosek w wersji elektronicznej lekarz generuje i przekazuje za pośrednictwem Systemu Numerowanych Recept Lekarskich (w zakładkach: „Współpraca z NFZ – Uprawnienia do recept” oraz „Wniośki – Pozostałe wnioski”). Aktualizacja jest konieczna, aby móc pobrać plik PDF z drukami recept.

Wniosek o aktualizację danych należy również wygenerować i przekazać do oddziału w sytuacji, gdy zmianie uległy dotychczas zgłoszone do funduszu miejsca wystawiania recept.

■ **Wniosek o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej** – wniosek generowany w Systemie Numerowanych Recept Lekarskich (w zakładkach: „Współpraca z NFZ – Uprawnienia do recept”) należy przekazać do oddziału w wersji elektronicznej oraz papierowej do 30 czerwca 2017 r. W sytuacji nieprzekazania do oddziału do 30 czerwca 2017 r. wydrukowanego i podpisanego wniosku uprawnienia do pobierania numerów recept z Systemu Numerowania Recept Lekarskich zostaną automatycznie odebrane 1 lipca 2017 r.

Lekarz, który nie posiadał umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych, a chce wystąpić o nadanie takiego uprawnienia, powinien:

1) za pośrednictwem strony Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – <https://snrl.nfz-warszawa.pl/ap-recepty/> – wypełnić **wniosek o dostęp do portalu (formularz wniosku dla pracownika)**,

2) przekazać wypełniony wniosek elektronicznie oraz wydrukować go i podpisać,

3) złożyć wydrukowany i podpisany wniosek **osobiście** w oddziale (okazując się dokumentem tożsamości) **wraz z kopiami dokumentów potwierdzających uprawnienia zawodowe** (kopią prawa wykonywania zawodu, kopiami dokumentów potwierdzających specjalności, zaświadczeniem o odbyciu kursu – w przypadku pielęgniarki lub położnej).

Wniosek składa się w siedzibie oddziału lub delegatury terenowej właściwej ze względu na miejsce udzielania świadczeń albo miejsce zamieszkania (w przypadku występowania o uprawnienia do pobierania recept wyłącznie *pro auctore/pro familia*).

Miejsca składania dokumentów w postaci papierowej:

- Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ:
00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8
- Delegatura w Ciechanowie:
06-400 Ciechanów, ul. 17 Stycznia 7
- Delegatura w Ostrołęce:
07-410 Ostrołęka, ul. Kościuszki 45
- Delegatura w Radomiu:
26-617 Radom, ul. Piastowska 4
- Delegatura w Siedlcach:
08-110 Siedlce, ul. Piłsudskiego 4.

Andrzej Troszyński
rzecznik MOW NFZ

Wnioski te w postaci papierowej wraz z prawem wykonywania zawodu oraz dokumentem tożsamości **należy złożyć osobiście** we właściwym oddziale NFZ.

Jednocześnie informujemy, że od 1 października 2016 r. w Biurze Obsługi Lekarza OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, i w biurze Delegatury Radomskiej, ul. Rwańska 16 (w każdą **środe w godz. 10.00–14.00**), można uzyskać pomoc w drukowaniu blankietów **recept refundowanych pro auctore, pro familia dla lekarzy, lekarzy dentyków – emerytów niewykonyjących zawodu**, posiadających umowę z NFZ. Druki recept numerowanych **drukujemy tylko osobom posiadającym aktualne dane w NFZ** oraz mającym przy sobie hasło i PIN uzyskane z NFZ. Informujemy również, że nadal można drukować boczki recept refundowanych w drukarniach, z których usług Państwo dotychczas korzystali.

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie informuje, że bezpłatne leki 75+ mogą być przepisywane na receptach *pro auctore* i *pro familia* o dotychczasowym wzorze lub uzyskanych na podstawie wniosku złożonego do NFZ. Na recepcie należy wpisać:

1) nazwę leku znajdującego się w **wykazie leków bezpłatnych**, udostępnionym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (http://75plus.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/08/zalacznik_d.pdf),

2) **symbol „S”** w polu „kod uprawnień dodatkowych”, a w przypadku zbiegu **uprawnienia „S” z innym uprawnieniem do refundacji** należy wpisać oba kody uprawnień; w polu „odpłatność” należy wpisać poziom odpłatności, z jakim lek byłby ordynowany w przypadku refundacji na zasadach ogólnych (czyli R lub 30%, lub 50%).

Kontakt w przypadku pytań:

NFZ – tel.: **22-279-76-24** (infolinia stała),
uruchomione dodatkowo tel.: **22-279-76-26, 22-279-76-55, 22-279-76-57;**

OIL – tel.: **22-542-83-30.**

Ewa Miękus-Pączek,
sekretarz ORL w Warszawie
Ładysław Nekanda-Trepka,
zastępca sekretarza ORL w Warszawie

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

Kasa poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,
środa: od 9.00 do 17.00, czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek: od 8.45 do 15.45, środa: od 8.45 do 17.45

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

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

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

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

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików. KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać. W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL. Kontakt: R. Sobolewska, tel. 22-542-83-30.



Pielgrzymka do Meksyku

Koło Lekarzy Katolików powróciło z pielgrzymki do Meksyku. Niezwykłe wrażenia pozostaną nam w pamięci, zwłaszcza po odpuście w Guadalupe.

Żywiotywy indiański folklor trudno opisać słowami. Na trasie naszej wyprawy były: Mexico City, Puebla – Miasto Aniołów, Tula, Cuernavaca, Groty Cacahuamilpa, Taxco Acapulco. To, co jest radością dla oczu, niczym jest w porównaniu z resetem dla ducha. Mam nadzieję, że w kolejnych naszych pielgrzymkach weźmiesz udział także Ty, Koleżanko i Kolego.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 11.01.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 24	diabetologia 1	medycyna paliatywna 1	pediatria 27	stomatologia 11
alergologia 2	endokrynologia 9	medycyna podróży 1	psychiatria 12	stomatologia chirurg. 1
andrologia 1	epidemiologia 1	medycyna pracy 8	psychiatria dziecięca 4	stomatologia ortodon. 6
anestezjologia 9	farmakologia 1	medycyna ratunkowa 8	radiologia 4	stomatologia pedodon. 2
balneologia 1	gastroenterologia 7	medycyna rodzinna 29	radiologia USG 1	urologia 6
chirurgia dziecięca 3	genetyka kliniczna 1	nefrologia 6	rehabilitacja med. 6	USG 5
chirurgia naczyniowa 2	geriatria 2	neonatologia 3	reumatologia 2	
chirurgia ogólna 10	ginekologia i poł. 16	neurologia 16		
chirurgia onkologiczna 1	hematologia 2	neurologia dziecięca 3		
choroby płuc 4	kardiologia 6	okulistyka 9		
choroby wewnętrzne 42	kardiologia/hipertens. 1	onkologia 1		
choroby zakaźne 1	kardiologia dziecięca 1	ortopedia 9		
dermatologia 5	laryngologia 7	ortopedia dziecięca 1		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Wieczór integracji

► Cd. ze str. II okładki

To był wieczór spędzony w szerokim gronie bliższych i dalszych znajomych, jedno z tych spotkań, na które zwykle brakuje czasu, wypełnione rozmowami, których nigdy dosyć. To była tak potrzebna chwila odpoczynku od codziennych obowiązków i okazja do integracji środowiska samorządu lekarskiego i osób związanych zawodowo z systemem ochrony zdrowia.

W noworocznym spotkaniu zorganizowanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie uczestniczyli lekarze, menedżerowie ochrony zdrowia, prezesi i dyrektorzy stołecznych i mazowieckich placówek medycznych, kierownicy klinik, wykładowcy akademicki, a także przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego. Zaproszenie przyjęli ludzie medycyny, nauki, administracji, mediów.

Wśród gości byli podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas, dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Elżbieta Nawrocka, dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Filip Nowak oraz dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy Dariusz Hajdukiewicz.

Władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego reprezentowali prorektorzy Barbara Górnicka, Jadwiga Turło, Wojciech Braksator, Andrzej Deptała oraz dziekani Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, Bolesław Samoliński, Marek Kuch. Spotkanie zaszczylicili swoją obecnością również byli rektorzy uczelni – prof. Tadeusz Tołłoczko i prof. Marek Krawczyk. Obecny był prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Polskie Towarzystwo Lekarskie reprezentowali prezes prof. Waldemar Kostewicz i prezes honorowy prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Przybyli też prof. Wojciech Noszczyk, prof. Andrzej Wojtowicz, ks. Arkadiusz Zawistowski, krajowy duszpasterz służby zdrowia i wielu innych znakomych gości. Lista zaproszonych i przybyłych była bardzo długa.

Gospodarz spotkania, prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni, witając gości, opowiedział o roli samorządu lekarskiego, działalności OIL w Warszawie i czekających organizację nowych wyzwaniach. W związku z rozpoczynającym się w izbach lekarskich okresem wyborczym zachęcił lekarzy do uczestnictwa w wyborach, a szefów placówek medycznych poprosił o wsparcie organizacyjne w ich przeprowadzeniu. Wszystkim gościom prezes Sawoni życzył pomyślności w 2017 r.

Atrakcją wieczoru była loteria obrazów namalowanych przez lekarzy, którą prowadził Włodzimierz Cerański, a sięgającym po szczęśliwe losy był Filip Dąbrowski. Prace malarskie trafiły do prof. Teresy Jackowskiej, prof. Jarosława Deszczyńskiego oraz Alicji Dąbrowskiej, Dobrosławy Obojskiej i Krzysztofa Dziubińskiego.

Oprawę muzyczną zapewnił Boba Jazz Band, zespół grający swingujący jazz tradycyjny. ■

ach





Fot. archiwum

Pacjent, którego nigdy nie zapomnę CZ. 1

Jarosław Kosiaty

Kolejny dzień pracy. Wirusy szaleją. Poczekałnia pełna pacjentów. Później jeszcze dyżur na pogotowiu. Pod koniec dnia rozpoznajesz u siebie początki zespołu ośpiewnego i tylko dzięki adresowi na pieczęcie wiesz, gdzie podążyć na nocleg. Z kubkiem gorącej kawy zagłębiasz się w ulubionym fotelu... Myśli jednak same wracają do ludzi, których dzisiaj spotkałeś. Twarze zlewają się ze sobą, a szczegóły rozmów odpływają powoli do krainy niepamięci...

Czasem jednak jakiś człowiek i jego historia zostają z Tobą na dłużej. Tak jak oczy pewnej staruszki. Kolega na oddziale długo tłumaczył, na czym polega czekający ją następnego dnia zabieg. Wyjaśniał szczegóły techniki operacyjnej, wyliczał wszystkie możliwe powikłania. Ona słuchała cierpliwie. Na końcu, zapytana o zgodę, uśmiechnęła się tylko i powiedziała cicho: – *Przeżyłam Gomułkę, Gierka i Jaruzelskiego to i operację przeżyję. I... przeżyła (w dobrym stanie ogólnym i bez komplikacji).*

Kultura masowa skrętnie skrywa starość, która tylko czasem jest pokazywana przy okazji reklamy niektórych leków. Zanika także szacunek dla ludzi starszych, co widać m.in. na forach dyskusyjnych w Internecie oraz w środkach komunikacji miejskiej. Nie korzystamy z wielkiej mądrości życiowej i doświadczenia tych osób, uważając, że sami wiemy wszystko najlepiej. Wypominamy, że musimy pracować na emerytów i rencistów, zapominając, jak ciężko żyło się i pracowało po wojnie, podczas odbudowy kompletnie zniszczonego kraju. Na ulicy i w mediach ludzie starsi stali się „przezroczyści”, nie zauważamy ich.

W naszej pracy jest wszystko: krew, pot i łzy. Znamy dobrze gorzki smak porażki, ale i uczucie radości z wygranego pojedynku o życie człowieka. Są także sytuacje, których wspomnienie wywołuje uśmiech, choć gdy miały miejsce, nie wszystkim było do śmiechu. Tak jak pewnemu mężczyźnie z cukrzycą. Nigdy nie zapomnę wyrazu jego twarzy, gdy odzyskał przytomność i zobaczył pochylającego się nad nim czarnego jak smoła naszego kolegę Murzyna, który pytał łamaną polszczyzną: – *Jak sze pan czuje?*

Każdy z nas ma pacjentów, którzy zostawili po sobie trwałe ślady w pamięci. Niedawno poruszyłem ten temat na łamach portalu dla lekarzy Esculap.com. Przyszło mnóstwo listów. Oto niektóre.

• Wiele lat temu, przed erą urządzeń USG, detektorów tętna płodu i tym podobnych aparatów wspomagających medycynę, objąłem dyżur na oddziale ginekologiczno-położniczym w pewnym szpitaliku powiatowym. Były to czasy, kiedy w szpitalu czterooddziałowym dyżur pełnił jeden lekarz lub dwóch, nie było anestezjologów (znieczuleniu do operacji była kapanka eterowa na maskę), po dyżurze pracowało się dalej normalnie, a ordynatorzy mieli 365 dni w roku dyżury pod telefonem.

Na porodówkę przyjęto pacjentkę z początkową akcją porodową. Po kilku godzinach, wobec zanikającej czynności porodowej, po badaniu położniczym i stwierdzeniu całkowitego zaniku części pochwownej macicy (a więc w zaawansowanej fazie porodu) zdecydowano o podłączeniu kroplówki naskurczowej. Poród jednak nie postępował, a nad prawą pachwiną nagle pojawił się twardy, niebolesny, 12-centymetrowy guz. Tętno płodu było prawidłowe, stan rodzącej także nie budził obaw.

Wobec braku postępu porodu i niejasnej sytuacji klinicznej zdecydowano wykonać cięcie cesarskie. Do asysty miałem kolegę chirurga, a znieczulenie eterowe realizował lekarz dermatolog. Ordynator pozostał („w cywilu”) w odwodzie jako doradca. Przystąpiliśmy do operacji rutynowej, nie oczekując sensacji, a jednak los chciał inaczej.

Po przecięciu powłok i otrzewnej nagle ukazała się nam rączka dziecka wśród odpływających wód płodowych. A gdzie ściana macicy?! Pęknięcie macicy nie wchodziło w rachubę, gdyż nie było krwotoku wewnętrznego. Przystąpiliśmy do wydobycia dziecka. Chłopiec był zdrowy, bez wad, ważył ponad 4 kg. No, ale po nitce do kłębka... Znaleźliśmy łożysko usadowione na zewnątrz obkurczonej macicy i częściowo na krezce jelita (to był ten guz nad prawą pachwiną). Obecność kolegi chirurga była niezwykle pomocna. Wykonaliśmy niezbędne czynności związane z zabezpieczeniem przed powikłaniami.

Po operacji ochłonęliśmy i przeanalizowaliśmy przypadek. Tak, to była donoszona ciąża brzuszna, z żywym płodem, bez jakichkolwiek wad wrodzonych. Dalsza wieloletnia obserwacja dziecka, dzisiaj już dojrzałego mężczyzny, nie wykazała żadnych odchyłeń od normy.

Po wielu latach odwiedził mnie w poradni mój mały wówczas pacjent. Były wspomnienia, łzy, kwiaty... No i doszliśmy do wniosku, że gdybyśmy wtedy dysponowali aparatami USG, zostałby on wyeliminowany już na początku ciąży. (nadesłał I.S.)

• Miałem dyżur w pogotowiu ratunkowym w Wigilię. Jeździliśmy trzema karetkami: reanimacyjną, wypadkową i ogólną. Nasza dyspozytorka należała do tych, które z założenia nie weryfikują żadnych wezwań. W efekcie tego dnia kręciliśmy się naszymi karetkami jak w młynie. Jeździliśmy dosłownie bez przerwy całą noc, a już po pierwszych dwóch godzinach mnogość wezwań spowodowała chaos. Doszło do tego, że karetka ogólna pojechała do zatrzymania krążenia, reanimacyjna była w drodze do wypadku, a ja, z moją wypadkową, jechałem do ostrej gorączki u dotychczas zupełnie zdrowego młodego mężczyzny.

Z ostatniego wyjazdu wróciłem o 8.30, do końca dyżuru zostało jeszcze 30 minut. Byłem już porządnie zmęczony i głodny, z niemałą radością myślałem o czekającej na mnie kanapce. Zdążyłem jednak zaledwie wbić w nią zęby, gdy z głośnika rozległ się bezlitośnie beznamiętny głos

dyspozytorki: – *Panie doktorze, pacjent w ambulatorium.* Niezmierzone, jak mi się wydawało, pokłady mojej cierpliwości skurczyły się do wartości praktycznie niemierzalnych. Pomyślałem, że zaraz eksploduję.

Poszedłem do ambulatorium, gdzie czekał na mnie starszy, skromnie ubrany mężczyzna. Przywitałem go chłodno i spytałem krótko, o co chodzi. Pacjent poprosił o receptę na lek przeciwnadciśnieniowy i drugi „na prostatę”. Tłumaczył, że przyszedł akurat dziś, ponieważ nie zauważył, że kończą mu się leki, „a przecież idą święta!”. Zmęczony, głodny i – co tu kryć – zły na cały świat i tego biednego starszego mężczyznę dałem upust frustracji. Powiedziałem mu dosadnie, co myślę o jego braku przezorności w odniesieniu do własnego leczenia. Kategoriecznie odmówiłem wypisania recept i zdecydowanie poprosiłem, żeby sobie poszedł. I poszedł. Nie pamiętam jego twarzy ani jak się nazywał, ale zapamiętałem jego nieco już przygarbioną sylwetkę, gdy wolnym krokiem zmierzał do wyjścia. Właśnie ten obraz powrócił po raz pierwszy tego samego dnia wieczorem, podczas składania świątecznych życzeń przy wigilijnym stole. Zrobiło mi się strasznie przykro, głupio i jak nigdy wcześniej potwornie wstyd. Dziś, po latach, myślę, że ten człowiek pojawił się właśnie w tym dniu nie tylko po swoje recepty. Z jakiegoś metafizycznego powodu pojawił się również, aby czegoś mnie nauczyć i pomóc mi dorosnąć zawodowo. Pomógł mi, choć ja nie pomogłem jemu. Zbadanie go, wypisanie recept i uzupełnienie dokumentacji zabrałoby mi przecież maksymalnie 15 minut. Dzięki temu pacjentowi zrozumiałem, że nawet w trudnej sytuacji nie mogę pozwolić sobie na to, by przestać widzieć w pacjencie człowieka z jego problemami ani przestać być lekarzem z powodu zmęczenia. Jeśli mojej świadomości nie zmiecie kiedyś demencja, to tego pacjenta nie zapomnę nigdy. (nadesłał R.G.)

• Od ponad 20 lat jeżdżę karetką specjalistyczną. Najlepiej pamiętam sytuacje związane z dziećmi, ale zwykle są zbyt drastyczne, aby o nich pisać. Opowiem więc o dwóch przypadkach osób dorosłych, gdzie pech przeplótł się ze szczęściem.

Pierwszy przypadek miał miejsce ponad dziesięć lat temu w małym miasteczku. W niedzielę rano przyjechaliśmy do nieprzytomnego pacjenta, który stał przy dwupiętrowym budynku wśród krzewów róż. Stał, ponieważ był nabity na pręt zbrojeniowy, służący za podpórkę krzewów. To był spłoszony kochanek, który skoczył z balkonu tak nieszczęśliwie, że pręt przebił mu okolicę podżuchwową, dno jamy ustnej, podniebienie, sitowie i wyszedł koło oka. Uczynni sąsiedzi odpiłowali pręt i dopiero wtedy można było zabrać pacjenta na laryngologię, gdzie operacyjnie usunięto pręt, a pacjent nawet nie stracił oka.

Drugi przypadek zdarzył się na drodze przebiegającej przez wieś. Pijany, młody mężczyzna jechał samochodem i miał wypadek, podczas którego dachował. W efekcie skosił kawałek ogrodzenia wraz z furtką. Furtka okazała się dla niego fatalna, gdyż płaskownik, z którego była zrobiona, przebił przednią szybę, poduszkę powietrzną, tego człowieka (przeszedł przez klatkę piersiową) i oparcie fotela. Pacjent był w logicznym kontakcie! Strażacy odpiłowali płaskownik jak najbliższej ciała i mogliśmy zabrać nieszczęśnika. Wielkie było moje zdziwienie, gdy w karetce zobaczyłam, że słychać oba płuca, a saturacja wynosi 96 proc.! Po mniej więcej miesiącu leczenia wyszedł do domu na własnych nogach. (nadesłał M.G.)

• Zaraz po stażu zatrudniłem się w przychodni rejonowej w Warszawie. Nie dlatego, że nie było gdzie, tylko po prostu lubiłem tę formę kontaktu z pacjentem.

Kiedyś przyszedł drobny mężczyzna, około trzydziestoletni, o łagodnym wyrazie twarzy. Poprosił o nieprawdopodobne ilości leków, w tym uspokajających, antybiotyków itp. Choroby u niego żadnej nie stwierdziłem, więc delikatnie wytłumaczyłem, że nie warto robić tak dużych zapasów leków. Jak będzie potrzeba może przecież przyjść i będzie leczony. Otrzymałem odpowiedź, że z tym przyjściem to nie jest tak prosto, bo on siedzi w więzieniu, obecnie jest na przepustce, a jak wróci, to nikt się nim nie zajmie. Dodał, że to pierwsza przepustka po 13 latach, a ma wyrok 25 lat (wtedy maksymalny). Grzecznie wyjąłem recepty i przepisałem, co chciał. Chyba nikt się nie dziwi...

Innym razem, kiedy wchodziłem do gabinetu, złapał mnie za ramię jakiś osiłek, mówiąc, że ma pierwszy numerki i nie da się wyrolować. Próbowałem tłumaczyć, że nie jestem pacjentem, lecz właśnie lekarzem, tylko przyszedłem parę minut wcześniej, ale nie słuchał. Cóż, usiadłem obok, porozmawialiśmy na różne tematy, innych pacjentów nie było i tak sobie w tej poczekalni siedzieliśmy. Z impasu wybawiła mnie dopiero kolejna pacjentka, która przyszła, usiadła też obok i zapytała: – *Czy pan doktor dziś jako pacjent, czy jako chory, bo ja właśnie do pana? Trzeba było herbatę malinową pić, to by się pan teraz nie musiał leczyć.* Osiłek, zresztą całkiem sympatyczny, zrobił się czerwony jak burak i nawet chciał mi klucze do gabinetu przynosić, a pacjentkę puścić przed sobą, mimo że była bez numerka. (nadesłał K.K.) ■



„Nie wierzę ja, nie wierzysz ty, w fałszywe krokodyle łzy. Lecz za to wierzę, chyba słusznie, w szeroki krokodyli uśmiech”.

Jonasz Kofta (1942–1988)



Album rodzinny: Spojrzenia

Dom Spotkań z Historią udostępnia ponad 300 prywatnych zdjęć ze zbiorów Archiwum Historii Mówionej. Fotografie pochodzą z albumów rodzinnych osób, których nagrane wypowiedzi znajdują się w archiwum. Większość to zdjęcia z XX w., ale są też pochodzące z drugiej połowy wieku XIX. Ekspozycja jest próbą spojrzenia na ludzkie życie od narodzin do śmierci, pokazuje splątanie indywidualnych losów z wydarzeniami historycznymi, a także zmiany roli fotografii i techniki fotograficznej. Wystawa czynna do 19 marca.

www.dsh.waw.pl

Poeta odchodzi. Tadeusz Różewicz

Wystawa w Muzeum Literatury w Warszawie prezentuje część ogromnego archiwum Tadeusza Różewicza – rękopisy, listy, dokumenty, fotografie. Jest opowieścią o artyście – poecie i prozaiku, dramaturgu i scenarzyste, który wobec kryzysu wartości, rozpadu cywilizacji duchowej, informacyjnego zgiełku wskazywał zagrożenia i szukał drogi ocalenia. Ekspozycja czynna do 30 czerwca.

www.muzeumliteratury.pl

Młodzi grają Chopina

Rozpoczęła się kolejna edycja cyklu koncertowego „Młode talenty w Muzeum Fryderyka Chopina”. Młodzi pianiści prezentują szeroki repertuar chopinowski i utwory innych kompozytorów. Godzinne recitale odbywają się w czwartki w sali koncertowej Muzeum Fryderyka Chopina w Warszawie. Koncerty do 23 marca.

www.pl.chopin.nifc.pl

Oswoić nieuniknione, przybliżyć nieznanne

Obrzędowość i ceremoniał pogrzebowy na przestrzeni dziejów i kultur to tematyka wystawy w Muzeum im. Jacka Malczewskiego w Radomiu. Kulturowy aspekt postrzegania śmierci w Europie i kulturach pozaeuropejskich przedstawiony jest w szerokiej perspektywie – od starożytności po czasy współczesne. Służą temu ekspozyty związane z archeologią, etnografią, sztuką i historią. Ekspozycja czynna do 30 kwietnia.

www.muzeum.edu.pl

ach



Fot. archiwum

Już to kiedyś widzieliśmy

Paweł Kowal

Ameryka nie zawsze była zainteresowana światem w takim stopniu, jak do tego przywykliśmy od czasów II wojny światowej, a szczególnie obalenia komunizmu. Dlatego niektórym tak trudno będzie przyjąć reguły, które wyznaczy Donald Trump, nowy prezydent Stanów Zjednoczonych. Wybrany głosami tych, którzy mieli wiele przeciw „płaceniu przez USA” za pokój na całym świecie, będzie musiał *nolens volens* w jakimś stopniu uwzględnić ich opinie.

Nie bez znaczenia jest to, że politycznej aktywności zaprzestaje pokolenie Amerykanów, którzy byli blisko związani z Europą. W jakimś sensie symboliczny staje się fakt, że właśnie teraz w szpitalu znalazł się ostatni amerykański prezydent, który pamiętał i rozumiał wydarzenia związane z II wojną światową – George H.W. Bush. Był ich uczestnikiem, walczył jako pilot w US Navy. Pewne sygnały rozstawania się Ameryki z Europą były widoczne już za prezydentury Baracka Obamy. Chociaż różnice między ustępującym a nowym prezydentem wydają się ogromne, obaj w swoich kalkulacjach uwzględnili odpychanie Ameryki od Europy i to, paradoksalnie, w czasach, kiedy świat staje się globalną wioską.

Swoją drogą ciekawe, jak idee potrafią przetrwać w podświadomości obywateli przez całe generacje, a potem w sprzyjającym warunkach wzrastają ponownie jak łąka po wiosennym deszczu. W Polsce wraca moda na endeckie trendy sprzed wojny, a za oceanem odezwały się stare echa izolacjonizmu. Amerykański etos polegał także na tym, by się bogacić i nie zajmować „nie swoimi sprawami”. Po I wojnie światowej Woodrow Wilson jako pierwszy amerykański prezydent włączył się w budowanie pokoju na Starym Kontynencie. Jego historia była pouczająca – gdy wrócił do Ameryki z Paryża, gdzie światowi przywódcy podpisali traktat wersalski, do zatwierdzenia go w Kongresie zabrakło siedmiu głosów. Gdyby Ameryka nie zwróciła się wtedy gwałtownie ku swoim sprawom, być może losy świata potoczyłyby się inaczej. W gruncie rzeczy podobnie stało się teraz. Przecież nie wszyscy Amerykanie opowiedzieli się za zmianą. Ona nastąpi dlatego, że elektorzy popierający prezydenta Trumpa uzyskali przewagę w kilku zaledwie stanach. Gdyby nie oni, zwrot Ameryki ku swoim sprawom zapewne nie przyspieszyłby tak bardzo. Szczególnie, że jeśli chodzi o głosy elektorskie, Hillary Clinton zdobyła nad konkurentem imponującą przewagę. Mamy więc taką sytuację: ciężko pracujący biali mężczyźni w średnim wieku, powiedzmy z Pensylwanii, zbuntowali się, zmienili amerykańską politykę na tyle, że prawdopodobnie odczujemy to w każdym zakątku naszej części Europy. Oto jest siła amerykańskiej demokracji. ■

Podziękowanie

Dziękuję dr **Joannie Resmer** z Kliniki Immunologii i Transplantologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus przy ul. Nowogrodzkiej za długoletnie prowadzenie męża Konrada Majkowskiego. Dr **Monice Paluszewskiej** i zespołowi lekarzy i pielęgniarek dziękuję za wspaniałą opiekę. Dokonałiście Państwo wiedzą medyczną, doświadczeniem i niespotykanym humanistycznym podejściem do pacjenta rzeczy niezwykłych.

Zofia Majkowska



Dziennikarze

Janina Jankowska

Władza, która zadziera z dziennikarzami, jest jak prezydent Trump, który zadarł ze służbami specjalnymi. Nic dobrego z tego nie może wyniknąć. Mój przyjaciel, który spędził ponad dziesięć lat w USA i miał stałą rubrykę ze zdjęciem w jednym z najbardziej poczytnych amerykańskich dzienników, twierdzi, że Trumpa czeka impeachment. Dyshonoru, jakiego doznały służby specjalne, słuchając pierwszego oficjalnego przemówienia prezydenta Trumpa w 2017 r., nie przepuszczą. Zobaczymy.

Wracając na nasze podwórko. Nie wiem, komu z większości parlamentarnej wpadł do głowy pomysł, by ograniczyć swobodę poruszania się dziennikarzy na terenie Sejmu. Czy był to lizus, który chciał się przypodobać prezesowi, czy człowiek bez wyobraźni? Tak czy inaczej opozycja czeka na takie wpadki, a PiS podaje je na tacy. Ponieważ nie mała część opozycji nazwała siebie totalną, mam podstawy zadać pytanie o plany. Czy zaczekacie Państwo do końca kadencji tego rządu, czy poszukacie okazji, aby tę kadencję skrócić? Nikt z obozu przeciwnego rządzącej partii nie odpowie szczerze na to pytanie, chyba że prof. Ireneusz Krzemiński, który w TVN24 stwierdził, iż PiS kijami trzeba przepędzić i to jak najszybciej.

16 grudnia 2016 r. w reakcji na projekt ograniczenia swobody poruszania się dziennikarzy na terenie Sejmu zaprotowali politycy opozycji. Każdy z tej grupy wchodził na mównicę sejmową, trzymając przed sobą kartkę z napisem „Wolne media”. Pochylony nad papierami marszałek Kuchciński słyszał tylko szydercze śmiechy i nie zauważył, że poseł Szczerba posłusznie, na jego wezwanie, odłożył kartkę. Kiedy jednak poseł rozbawionym głosem zwrócił się

do marszałka słowami: „Panie marszałku kochany”, nerwy marszałkowi puściły i poseł Szczerba został wykluczony z obrad. Dalszy ciąg znamy. Ale ja chciałam o dziennikarzach.

W pewnym sensie nasze dziennikarskie prawa nabrały wagi, toczy się o nie bój między większością parlamentarną a opozycją. Jesteśmy jęczyciem u wagi. Władza się cofnęła. Czy tym samym doceniono naszą pracę i uszanowano nasze uprawnienia? Bardzo w to wątpię. W pewnym momencie staliśmy się pożytecznym instrumentem, piłką w prowadzonej w Polsce zaciekłej grze politycznej. Nie miejmy złudzeń, każdy z polityków, którzy trzymali kartkę z napisem „Wolne media”, gdy obejmie fotel ministerialny albo inny, będzie różnymi sposobami odgradzał nas od wiedzy na temat spraw, którymi kieruje i za które jest odpowiedzialny.

Niezależnie od tego, jaka opcja jest przy władzy, wszyscy jesteśmy petentami. Skąd się to bierze? Pewien psycholog społeczny powiedział mi, że źródeł trzeba szukać w naszym dziedzictwie kulturowym. Z pięknych tradycji Polski szlacheckiej najsilniej przetrwał do dnia dzisiejszego sposób traktowania podwładnych jak chłopów pańszczyźnianych. Taka nasza narodowa specyfika. Mamy to w stosunkach w miejscu pracy, nawet w korporacjach, w załatwianiu spraw na linii urząd – obywatel, wreszcie w pracy dziennikarza. Zdobywanie informacji u źródeł to czasem droga przez mękę. Mury sekretarek. Ci wszyscy ministrowie, dyrektorzy, prezesi wiedzą, że mają obowiązek informowania opinii publicznej. Lecz prawo sobie, a praktyka sobie. Jest jeden wyjątek – gdy zwycięża w nich parcie na szkło. Zatem w najlepszej sytuacji są dziennikarze telewizyjni zapraszający rozmówcę do studia.

Nasi politycy zapominają, że dziennikarze to nie tylko sejmowi paparazzi, których swego czasu premier Pawlak odganiał, mówiąc: „A sio, a sio”. Dziennikarstwo obsługuje wiele dziedzin życia i ma wiele specjalizacji. Od depeszców, reporterów, pracowników newsroomów przez dziennikarzy ekonomicznych, specjalistów od służby zdrowia, kultury, edukacji czy sportu po publicystów. To są na ogół ludzie przygotowani do prowadzenia poważnych, merytorycznych rozmów na konkretne tematy, które dobrze znają. To oni, by dotrzeć do osoby decyzyjnej, kompetentnej, muszą dostać jednorazową przepustkę do Sejmu. ■



I EDYCJA SGH - WUM MBA W OCHRONIE ZDROWIA

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

→ www.sghwummba.wum.edu.pl

Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM

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

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

REKRUTACJA TRWA



Na temat i do rzeczy

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Kiedy się obserwuje programy radiowe czy telewizyjne oparte na bezpośredniej komunikacji ze słuchaczami, wiadać wyraźnie, jak dużą trudność sprawia ludziom mówienie na temat i do rzeczy. Zwykle zaczynają od zaskoczenia, że są słyszani, stękają, jękają się i po interwencji prowadzącego audycję ściszą dźwięki odbiornika, które wchodzą w interferencję z mikrofonem telefonu.

Po długich pięciu sekundach stękania i porządkowania kabli przechodzą do wstępu, w którym ze swadą i zadowoleniem opowiadają, jak trudno było im się dodzwonić, jak wobec tego bardzo się cieszą, że za dwudziestym razem się udało, i jak bardzo im się podoba program, który odświeża naszą wiedzę o kraju i świecie, a zwłaszcza, jak miły i mądry jest prowadzący i słusznym linia ideowa całego przedsięwzięcia.

Trzydzieści sekund – i nadal nie wiadomo, co dzwoniący ma do oznajmienia. Kiedy już doprowadzi dziennikarza do białej gorączki i wykrztusi ów wstęp, zabiera się do wyłuszczenia, dlaczego dzwoni, czyli produkuje następny wstęp, tym razem szczegółowy, a więc nadal – jego zdaniem – uzasadniony. Może dodać różne okoliczności, na przykład, że żona się z nim nie zgadza, ale sąsiad z góry jednak tak, ale że to nieważne, z tym że dzieci są na to wszystko obojętne, bo taką to dzisiaj mamy młodzież. Mija następnych trzydzieści parę sekund, czyli łącznie minuta z okładem, a więc akurat tyle, ile było przeznaczone na całą wypowiedź.

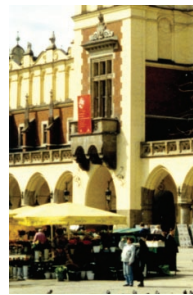
Wreszcie dociera do sedna sprawy. Jednak zanim i my się tym sednem zajmujemy, pokrótce przeanalizujemy opisany początek wypowiedzi, bo jest niesłychanie znamienity.

Rozmówcy przeważnie nie są w stanie pominąć steku oczywistości, muszą je z siebie wyrzucić, przygotowując miejsce na banały następne. Gdyby tego nie zrobili, musieliby także zrezygnować z prezentacji swej osoby, a nawet – o zgrozo – osobowości. Jedyna szansa w życiu. Muszą przedstawić swą wyjątkowość. Nieważne, że nie powiedzieli kompletnie niczego i że dziennikarz podał jedynie ich imię i miejscowość, z której telefonują. To, że nadal pozostają anonimami, do ich świadomości nie dociera. Ważne, że mówią, są na antenie i Polska ma wielką okazję zapamiętać ich epokowe wystąpienie. Teraz przychodzi czas na wypowiedź zasadniczą, ale ponieważ brakuje czasu, dziennikarz przerywa połączenie i resztę sam dopowiada.

To wcale nie znaczy, że respondent zrezygnuje z kontaktowania się z tą audycją. Przeciwnie. Będzie miał poczucie niespełnienia. Za jakiś czas zaatakują nas ponownie. Znowu stracimy minutę na wysłuchiwanie bełkotu. Z minut zaś urosną godziny, dni, tygodnie.

Przypomina mi się anegdota opowiedziana przez prof. Jacka Juszcyka (nazwiska uczestników zdarzenia pomijam). Oto na pewnej ważnej konferencji hepatologicznej debatę okrągłego stołu w te słowa rozpoczął badacz z Indii: – *A liver is very important part of human body*. Angielska przewodnicząca przerwała mu i powiedziała: – *Yes, you're right, dear doctor. Who next?* ■

<http://www.ipj.pl>



Wreszcie

Oprócz działań politycznych i alarmów smogowych, w okresie przedświątecznym miały miejsce w Krakowie dwa wydarzenia szczególnej rangi.

Był 1801 r., gdy księżna Izabela Czartoryska zaczęła gromadzić w wybudowanej specjalnie na ten cel Świątyni Sybilli w Puławach dzieła sztuki, które stały się początkiem jednej z najwspanialszych kolekcji w Europie. Już w 1878 r. otwarto tu oficjalne muzeum, które najpierw przeniesiono do Warszawy, na Zamek Królewski, a potem do zaadaptowanego (1878–1901) Arsenatu Miejskiego w Krakowie. Wśród skarbów, które księżęta zgromadzili, poczesne miejsce zajmowało jedno z 14 zachowanych na świecie dzieł Leonarda da Vinci „Dama z grono-stajem”. Nadzwyczaj cenny był też „Krajobraz z miłośnym samarytaninem” Rembrandta i „Portret młodzieńca” Rafaela (zaginiony podczas zawieruchy wojennej).

Cała kolekcja książąt Czartoryskich (86 tys. obiektów muzealnych, 250 tys. książek i starodruków) razem z kompleksem budynków wokół Arsenatu została właśnie za 100 mln euro (według speców za 5 proc. wartości) kupiona przez Skarb Państwa. Umowę podpisali minister kultury i dziedzictwa narodowego prof. Piotr Gliński oraz książę Adam Karol Czartoryski. Przy okazji zmieniono zarząd fundacji (w jej skład wszedł m.in. Maciej Radziwiłł, brat Konstantego).

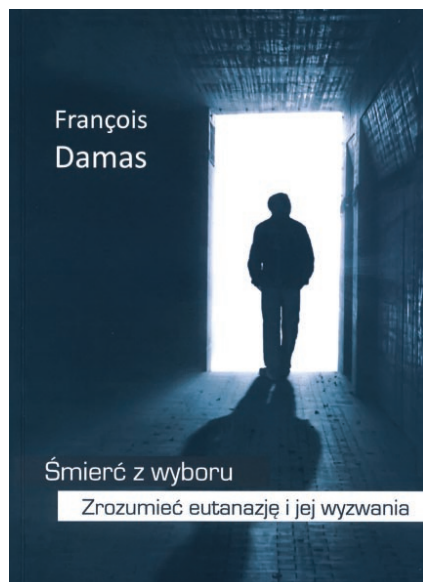
Drugim wydarzeniem budzącym w Krakowie ogromne emocje było odkupienie przez resort kultury, za 29 mln zł, szkieletora przy Błoniach, który stał zamknięty od siedmiu lat – hotelu Cracovia. Właściciel pogodził się z oporem władz miasta, które nie wydały zgody na budowę centrum handlowego w tym akurat niewłaściwym komunikacyjnie miejscu.

I chwała Bogu! Cracovia (według projektu prof. Witolda Cęckiewicza) ma wdzięk, a przeznaczenie jej na Muzeum Designu i Architektury zarządzane przez stojące naprzeciw Muzeum Narodowe przynosi ministrowi Glińskiemu chlubę. Kraków wchodzi w 2017 r. wspaniale wzbogacony.

W sferze medycyny wydarzeniem był V Kongres Prawa Medycznego w Auli Collegium Novum UJ. Temat główny stanowiły kwestie odpowiedzialności lekarzy z tytułu błędów medycznych, które spowodowały śmierć pacjenta. Tylko w 2015 r. toczyło się ponad 3 tys. takich postępowań. Jak wiadomo, na fali rosnących roszczeń odszkodowawczych przy prokuraturach powstały specjalne wydziały zajmujące się tymi sprawami.

Problemy są trudne, resort sprawiedliwości nie ma wystarczającej liczby biegłych, towarzystwa ubezpieczeniowe uchylają się od ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności za czynności zagrożone sprawami cywilnymi. Prezes Towarzystwa Prawa Medycznego dr Jolanta Orłowska-Heitzman, główny (obok krakowskich samorządów) organizator kongresu, może sobie pogratulować sukcesu. ■

Stefan Ciepły



łużenie gasnącego życia o każdy dzień, każdą minutę, każdą sekundę, bez względu na moją wolę i bez względu na jakość tego życia. Tzw. leczenie uporczywe wydaje mi się błędem w sztuce i działaniem, którego niepodobna usprawiedliwić moralnie”.

W krajach, gdzie pomoc lekarza w umieraniu nie podlega dziś karze, procesowi dochodzenia do zmiany prawa też towarzyszyło ścieranie się różnych poglądów, ale kultura tych debat była inna niż u nas. Dlatego warto przeczytać książkę „Śmierć z wyboru” dr. François Damas, który z perspektywy belgijskiego lekarza (na co dzień kierownika oddziału intensywnej terapii oraz szefa Komisji Bioetycznej Szpitala w Liège) przedstawia w wyważony sposób, daleki od doktrynalnych sporów, jakie wyzwania łączą się z eutanazją i czemu właściwie ona służy.

Problem jest przecież uniwersalny, tylko należy go rozpatrywać bez uprzedzeń. Medycyna ma na koncie wspaniałe sukcesy w ratowaniu życia, ale jednocześnie wydłużyła proces umierania. Także tego nieznośnego, jeśli wziąć pod uwagę wszystkie cierpienia sparaliżowanych chorych i ich bliskich. Tylko ludzie bez wyobraźni mogą lekceważąco odnosić się do sytuacji, w których choremu rzeczywiście przychodzi do głowy prośba o skrócenie męczarni. To prawda: trzeba zrobić wszystko, by je zminimalizować, bo lekarze, pielęgniarki i opiekunowie terminalnie chorych są po to, by leczyć i wspierać, a nie zabijać. Nikt nie kwestionuje tej nadrzędnej zasady. Ale czy naprawdę wolno nam bezwarunkowo potępiać wolę kogoś, kto nie ma szans powrotu do życia, aby rozstać się z nim

godnie i świadomie? Tym bardziej, jeśli pragnie tego trwale, a przy dzisiejszym poziomie wiedzy medycznej nie ma szans na poprawę sytuacji?

Dr Damas na konkretnych przykładach pokazuje wartość szczerych rozmów o śmierci, obecne dylematy lekarzy oraz dziesięcioletnie doświadczenia w realizacji prawa, które obowiązuje w Belgii. Czy samobójstwo wspomagane jest pojęciem bez znaczenia? Na co kładzie nacisk belgijska ustawa i jak zapewnia ścisły nadzór nad postępowaniem lekarzy (a także pacjentów, bo nieraz to oni próbują zmusić medyków do spełnienia swojej bezzasadnej woli)? Dobrze z pierwszej ręki, a nie z sensacyjnych zazwyczaj przekazów medialnych, poznać sytuację w kraju nie tak odległym geograficznie od Polski, który z tymi zagadnieniami oswoił się dużo wcześniej.

Nie trzeba się ze wszystkimi argumentami autora zgadzać. Bądź co bądź patrzy na ludzką śmierć oczami lekarza intensywnej terapii, więc nie widzi często tego, z czym mają do czynienia lekarze medycyny paliatywnej. Ale dr Damas jest też członkiem belgijskiej Federalnej Komisji Nadzoru i Oceny Eutanazji, stoi za nim doświadczenie oraz empatia. Mam nadzieję, że ta bodaj pierwsza na polskim rynku książka zagranicznego eksperta przyczyni się u nas do poprawy klimatu wokół dyskusji o granicach medycyny. Odnoszę bowiem wrażenie, że do tej pory mylimy w tej debacie pojęcia, wątki religijne nie zawsze słusznie mieszają się z prawdami naukowymi, a ledwie słyszalny głos cierpiących ludzi zagłuszony jest warkotem maszyn, które czasem tylko sztucznie wydłużają ich niepotrzebną agonię. ■

Paweł Walewski

Stomatologa **zatrudni** gabinet działający od 16 lat na Targówku, tel.: 22-814-32-54.

Wynajmę lokal po aptece 147 mkw. + 60 mkw. piwnicy, chętnie na placówkę medyczną, okolica pl. Hallera. Kontakt: tel. 603-58-40-14.

Narodowe Centrum Badań Jądrowych w Otwocku-Świerku **zatrudni** lekarza medycyny pracy z uprawnieniami do orzekania o zdolności pracowników do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące oraz wypisywania recept na leki refundowane (zezwolenie NFZ).

Kandydatów prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny pod numerem telefonu 22-273-13-33 lub adresem e-mail: adam.hryczuk@ncbj.gov.pl

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Otwocku **zatrudni** lekarzy: ● do pracy stałej bądź dyżurowania w izbie przyjęć oraz na oddziałach: wewnętrznym, noworodkowym, pediatrycznym, rehabilitacyjno-neurologicznym, anesteziologii i intensywnej terapii ● do dyżurowania na oddziale ginekologiczno-położniczym i nocnej pomocy lekarskiej ● do pracy w pracowni diagnostyki obrazowej oraz w poradniach specjalistycznych: okulistycznej, ortoptycznej, otolaryngologicznej dla dzieci, medycyny pracy.

Warunki zatrudnienia pozostają do uzgodnienia. Możliwość utworzenia specjalizacji. Szczegółowych informacji udziela sekretariat – tel. 22-778-26-10.



Fot. K. Bartyzel

Medicantus z pasją

Pasja... to w tym przypadku słowo-klucz. Gdybyśmy mieli jednym słowem odpowiedzieć na pytanie, dlaczego śpiewamy, odpowiedzielibyśmy: to pasja. Ona dodaje kolorów naszemu życiu, wnosi w nie element kreatywności, ba, nawet odrobinę szaleństwa. Kto nie chciałby poczuć się choć przez chwilę jak prawdziwy artysta? Jak opisać to uczucie, gdy stoi się za kulisami, nieco nerwowo zerkając to na publiczność, to na nuty i teksty utworów, które za chwilę zaśpiewamy? Wszyscy elegancyści i odświętni. Wychodzimy na scenę, aby podzielić się z innymi tym, co kochamy – muzyką. ■ bh

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

Koncert w Hard Rock Cafe

18 grudnia 2016 r. w warszawskiej Hard Rock Cafe odbył się świąteczny koncert „4 pory rocka”, poświęcony promowaniu idei transplantacji, zorganizowany przez akcję społeczną #ZostawSerceNaZiemii oraz „Fundację dla transplantacji”. Współorganizatorem koncertu był dr hab. n. med. Zygmunt Kaliciński, kardiochirurg i perkusista zespołu rockowego.

Impreza cieszyła się dużym powodzeniem. Redakcja „Pulsu” objęła ją patronatem medialnym. ■ mkr



Fot. archiwum

DLA SMAKOSZY

Topielec, czyli ciasto, które zawsze wychodzi

Ciasto drożdżowe wyrabia się na różne sposoby i od wieków. Na Górnym Śląsku nosi nazwę kołocza śląskiego. Zazwyczaj wypełnione jest masą makową, serową lub inną i ma posypkę na wierzchu. W Niemczech znane w wersji świątecznej jako *Stollen*. Historia ciasta *Stollen* sięga aż XIV w., a jego najbardziej popularna wersja pochodzi z Drezna. Tam też do dziś odbywa się coroczny jarmark *Striezelmarkt*, podczas którego przygotowywane jest olbrzymie ciasto, a dochód z jego sprzedaży przeznaczony jest na wybrany cel charytatywny. *Stollen* to ciasto bez jajek, z proporcjonalnie niewielką ilością cukru. Początkowo nie dodawano cukru, ponieważ był dla wielu rodzin za drogi. W Niemczech *Stollen* nazywa się również *Christbrot*, z racji przygotowywania go właśnie na święta. Ale nasze ciasto będzie tradycyjne, z jajkami i cukrem, dziecinnie proste w wykonaniu. I choć nie aż tak wykwintne jak wersja niemiecka, zapewniam, że pyszne. Co do niego dodacie, zależy już wyłącznie od Waszej wyobraźni.

A oto **składniki** (na średnią blachę podłużną): ◆ 3 szklanki pszennej mąki ◆ 3 duże żółtka ◆ 10 dag drożdży (świeżych, nie suszonych) ◆ 3/4 szklanki mleka ◆ 20 dag masła ◆ 2/3 szklanki cukru ◆ 1–2 łyżki drobno posiekanej skórki pomarańczowej.

Wykonanie: Miękkie masło rozkręcić mikserem. Do masła dodawać porcjami mąkę i żółtka (zmienić w mikserze trzepaczki na świderki) oraz rozpuszczone w ciepłym mleku i wymieszane drożdże. Wyrobić na jednolitą masę, która musi sama „odchodzić” od miski. Jeśli jest zbyt klejąca, dodać troszkę mąki i zagniać rękami. Wyrobione ciasto zawinąć w Inianą ściereczkę i zatopić w wiadrze z zimną wodą. Formę do pieczenia posmarować masłem i posypać tartą bułką. Gdy ciasto wypłynie, zagnieść je z cukrem i skórka pomarańczową, a następnie przełożyć do formy. Piec w rozgrzanym do 180 st. C piekarniku ok. 40 minut, pod koniec sprawdzając patyczkiem, czy już jest gotowe (patyczek wbity w ciasto i wyjęty nie może się kleić do palców). Wyjąć ciasto z formy i czekać aż wystygnie albo jeść na ciepło, ze szklanką mleka. Topielec bardzo długo utrzymuje wilgotność. Można do niego dodać rodzynki lub kandyzowane owoce. By nie opadły na dno formy, namoczone wcześniej (np. w rumie) wysuszyć papierowym ręcznikiem i przed dodaniem do ciasta obtoczyć w mące kartoflanej. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Pewnego roku w Peszawarze

Marta Florea

Lekarze bez Granic (fr. *Médecins Sans Frontières*) to jedna z największych międzynarodowych medycznych organizacji humanitarnych na świecie. Zapewnia pomoc ludziom pozbawionym opieki zdrowotnej, dotkniętym przez konflikty zbrojne, epidemie, klęski żywiołowe. Wspiera wszystkich potrzebujących, bez względu na rasę, religię, płeć czy przynależność polityczną. W 1999 r. Lekarze bez Granic za swoje zasługi otrzymali Pokojową Nagrodę Nobla.

Tysiące wolontariuszy MSF, wśród których są nie tylko lekarze i pielęgniarki, niesie pomoc ludziom w 69 krajach na świecie.

Działania Lekarzy bez Granic mają neutralny charakter, organizacja nie angażuje się w konflikty zbrojne i nie opowiada po żadnej stronie. Dąży do zapewnienia opieki wszystkim poszkodowanym, zgodnie z wymogami międzynarodowego prawa humanitarnego.

Być może słuchając relacji albo czytając o działaniach Lekarzy bez Granic, zastanawialiście się, czy te szczytne idee znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości. Miałam zaszczyt pracować dla tej organizacji jako wolontariuszka i mogłam się przekonać, że tak właśnie jest.



W 2015 r. pracowałam w Peszawarze, w Women's Hospital. To szpital w całości prowadzony i finansowany przez Lekarzy bez Granic. Przychodzi w nim na świat około 6 tys. dzieci rocznie (dla porównania: na największych warszawskich porodówkach rodzi się około 4 tys.). Znajdują się w nim: izba przyjęć, sale porodowa, operacyjna, patologii ciąży, pooperacyjna, oddziały położniczy i noworodkowy, apteka szpitalna, laboratorium z bankiem krwi.

W całym Pakistanie, a szczególnie na terenach górskich, które stanowią sporą część kraju, kobiety ciężarne są praktycznie pozbawione opieki medycznej. Dlatego wiele problemów medycznych, które w Europie w zasadzie nie istnieją, tam było codziennością. Przez kilka lat pracy jako ginekolog w Polsce nie widziałam pacjentki z rzucawką (to ciężkie powikłanie nieleczzonego nadciśnienia w ciąży) czy z pękniętą macicą. W Peszawarze pacjentki z takimi powikłaniami przyjmowałam do szpitala prawie codziennie. Ponieważ Pakistan znajduje się w strefie podzwrotnikowej, musiałam się nauczyć leczyć i diagnozować ciężarne z chorobami takimi jak malaria i denga. Często kobiety trafiały do nas w ciężkim stanie, bo jechały do szpitala wiele godzin.

Mimo odrębności kulturowych każdego dnia przekonywałam się, że lęk, ból, obawy związane z porodem czy radość z narodzin zdrowego dziecka są wszędzie takie same.

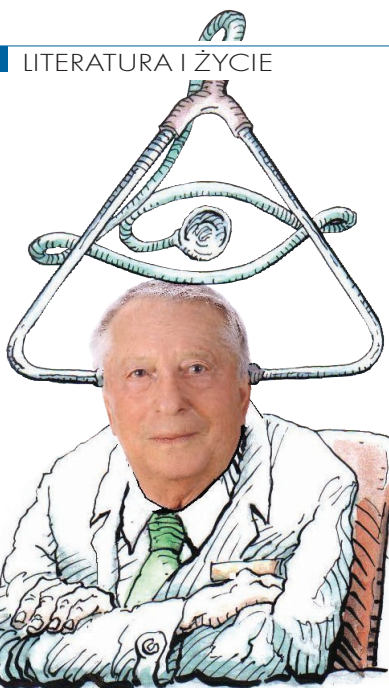
Szczególnie trudnym momentem w czasie misji zarówno dla mnie, jak i dla wszystkich kolegów i koleżanek był 3 października 2015 r. Tego dnia ostrzelano szpital w Kunduz w Afganistanie. Zginęły 42 osoby, w tym 14 członków personelu szpitala. Wprawdzie do Kunduz z Peszawaru było aż 600 km, ale do granicy z Afganistanem tylko 50... Zszokowani i zrozpaczeni, nie potrafiliśmy zrozumieć, jak można „pomyłkowo” ostrzelać szpital. Zgodnie z zasadami Lekarzy bez Granic nie pytaliśmy, czy przywieziona do nas w ciężkim stanie ciężarna kobieta jest żoną Pasztuna, Afgańczyka czy taliba. Dla nas była zawsze pacjentką, która wymaga natychmiastowej pomocy.

Poza trudnymi i smutnymi chwilami było też wiele radosnych. Niezwykłym dla mnie przeżyciem było móc pracować z ludźmi z całego świata i patrzeć, jak udaje nam się realizować ideę Lekarzy bez Granic niesienia pomocy tym, którzy potrzebują jej najbardziej, nie pytając o pochodzenie, religię czy poglądy polityczne. W moim pakistańskim szpitalu położna zarządzająca salą porodową pochodziła z Nowej Zelandii, położna oddziału noworodkowego z Niemiec, pediatra z Australii, anestezjolog z Hongkongu, koordynator medyczny z Austrii, a ginekolog, czyli ja, z Polski.

Oczywiście niewiele byśmy zdziałali bez wsparcia pakistańskich lekarzy, pielęgniarek, położnych, którzy stanowili zdecydowaną większość personelu szpitala. Z racji kulturowych uwarunkowań pracowałam wyłącznie z kobietami. Zaprzyjaźniłam się z wieloma i w wolnych chwilach chętnie rozmawialiśmy o modzie, kosmetykach, wymieniałyśmy się przepisami kulinarnymi albo plotkowałyśmy o mężach i dzieciach. Nie można przecież cały czas żyć ratowaniem świata.

Wielu bliskich i znajomych pytało mnie po powrocie: po co ty pojechałaś do tego Pakistanu? Myślę, że jestem bardzo szczęśliwą osobą, która mieszka w spokojnym i bezpiecznym kraju, może się uczyć, rozwijać, ma satysfakcjonującą pracę i świetną rodzinę. Ponoć szczęście jest jedną z tych niewielu rzeczy, które się mnożą, gdy je dzielimy. Dlatego cieszę się, że mogłam, jako wolontariuszka organizacji Lekarzy bez Granic, podzielić się wiedzą i doświadczeniem, a tym samym przyczynić się, choć w niewielkim stopniu, do szczęścia tych, którzy mają go nieco mniej niż ja. ■

Autorka jest lekarzem na Oddziale Położnictwa i Ginekologii Szpitala Powiatowego w Mińsku Mazowieckim.



Rys. K. Rosiecki

Chiński obiad i skorpion w bucie

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Wszystkie teksty z tego cyklu mają charakter wspomnieniowy i odnoszą się do okresu sprzed 50 lub więcej lat.

Artur Dziak

Pewnego popołudnia z Hanoi powiadają mnie, że redaktor Stanek, który przyjechał do Wietnamu robić reportaże, uległ poważnemu wypadkowi. Dwaj jego współtowarzysze nie żyją, on zaś jest fatalnie potamany i leży w szpitalu w stolicy. Potrzebna jest moja obecność. Po krótkich przygotowaniach wsiałam w jeepa i zjeżdżam serpentyną do Lao-Cai, skąd przed świtem ruszę przez dżunglę wąskotorową kolejką do Hanoi. Pociąg jedzie przez cały dzień, przeto jedynym sposobem przeżycia podróży jest uprzednie upicie się. Dokonuję tego jak zwykle w placówce komisji rozjemczej, którą tworzą Polak, Kanadyjczyk i Hindus. Pijemy głównie straszne wino z Hongkongu, które prawdopodobnie ma duży dodatek kwasu siarkowego czy podobnego paskudztwa, więc następnego dnia kac jest takich rozmiarów, że człowiek nie ma nawet ochoty targnąć się na życie. Tak zwanych mordosklejek, czyli wietnamskich słodkich wódek, pić się żadną miarą nie da, a służbowy polski spirytus zdarza się rzadko, gdyż natychmiast po otrzymaniu zrzuca się wypijany.

Rozmiary kaca zmniejszy nieco spożycie obiadu, więc w przybytku w dżungli, zwanym hotelem, życzę sobie, by szybko podano do stołu. Za moment pojawia się kierownik i oświadcza, że moja wizyta nie była zapowiadana, dlatego mają niestety tylko obiad chiński. Jestem z tego faktu nawet zadowolony, bo chiński obiad to prawdziwe przyjęcie, składa się nań od kilkunastu do kilkudziesięciu dań. W niedługim czasie przybiega Jasiek, tak nazwany przeze mnie pomocnik kucharza, i zaprasza do stołu. Po kilku przekąskach na stół wjeżdża danie główne: duży kawał indyka z pomarańczami, otoczony frytkami i jarzynami. Indyk jest przepysznie kruchy i w ogóle smakowity, więc z rozkoszą połykam duże kęsy. Po zaspokojeniu pierwszego głodu zwracam jednak uwagę na nazbyt grubą kość udową wystającą z pieczeni. Do mojej świadomości coraz natarczywiej przebija się myśl, że to nie może być indyk, gdyż kość jest za gruba. To musi być pies! Przyzywam Jaśka i wskazując nogę, mówię: – *Jasiek, to jest hau, hau!* – *Jak pragną Boga, wcale nie!* – przysięga Jasiek, którego kiedyś nauczyłem paru zdań po polsku dla czystego zgrzywu. Robi się zamieszanie i przybiega szef, który – dowiedziawszy się, w czym rzecz – oświadcza: – *Oczywiście, że to nie jest indyk, tylko pies, ale przecież uprzedziliśmy, że europejskiego obiadu nie mamy!* Rozbudzony apetyt domaga się kontynuowania posiłku, ale jedzenie zaczyna mi rosnąć w ustach. Kończę więc obiad i natychmiast udaję się do komisji rozjemczej, by się upić, a tym samym jak najszybciej zapomnieć o okropnym przeżyciu.

Przechodząca w poranną szarzynę, dobiegająca kresu granatowa tropikalna noc powoduje, że przed świtem wyczołguję się spod moskitiery, by wyjść do ogrodu na przedporanne siusiu. Podświadomie wsuwam nogi w wojskowe buty, bez których nie wolno zrobić kroku poza progami. Nagle w jednej sekundzie trzęsiewie i paraliżuje mnie strach. – *Zgiń, przepadnij maro! Skorpion* – przebiega mi przez myśl, kiedy gwałtowny ból przeszywa duży palec w prawym bucie. W tej samej sekundzie zaczynam walczyć o życie. Mimo niesłychanego bólu kopię z całej siły w ścianę, by zabić napastnika. Kiedy po dobrej chwili z buta wypływa potok krwi, a sam but przy kolejnym kopnięciu spada z nogi, wylatuje z niego... służbowa doxa. To nie ukąszenie skorpiona, lecz dziabnięcie ostrej krawędzi zegarka, który jak zwykle włożyłem do buta, nauczony smutnym doświadczeniem z hoteli w tropikach. Chowania zegarka na noc nauczył mnie zresztą znacznie wcześniej wuj Leopold. Nocując poza domem, zawsze do lewego buta wkładał złoty zegarek, a do prawego odbezpieczony browning. Ten zwyczaj uratował mu w czasie wojny życie. Kiedy pewnego razu w czasie okupacji wywlekali go z mieszkania własowcy, aby wraz z innymi rozwalić poza domem, poprosił o pozwolenie włożenia butów, bo na dworze zimno. Kiedy oprawcy zaśmiewali się do łez z groteskowej sytuacji i ostatniej prośby skazańca, wuj powoli włożył lewy but, a następnie, celebrując zakładanie prawego, wyciągnął parabelkę i w jednej sekundzie zlikwidował swych katów *in spe*. ■

Rys. P. Wozniak





Złoty Pałac w Mandalaj

Jacek Walczak

Brytyjska armada zacumowała 28 listopada 1885 r. u brzegu rzeki Irawadi w Mandalaj. Następne dramatyczne wydarzenia spowodowały de facto brytyjską kolonizację Birmy aż do roku 1947. Generał Harry Prendergast dysponował ponad 11 tys. żołnierzy, zorganizowanych w trzy brygady. Bezpośrednim dowódcą interweniujących oddziałów w Mandalaj był kapitan Edward B. Sladen. Znał bardzo dobrze królewskie miasto z wcześniejszych, licznych pobytów. Natychmiast skierował swe kroki do Hluttaw (miejscowego parlamentu), gdzie został przyjęty przez króla Thibawa i jego małżonkę Supayaalat. Wcześniej wystosowane przez wicekróla Indii, lorda Fredericka Dufferina, pięciopunktowe ultimatum było niezwykle poniżające dla birmańskich władz. Ku zaskoczeniu kapitana Sladena król powiedział: – *Poddaję się i oddaję ci mój kraj*. Następnego ranka do pałacu wkroczył generał Prendergast. Dowódca odrzucił prośbę króla, by mógł zgodnie z obyczajem udać się na słońcu nad rzekę i odpłynąć statkiem. Ostatecznie królewska kawalkada wyruszyła na drabiniastych wozach zaprzężonych w woły. Ten groteskowy orszak przemierzał przeszło sześciokilometrową trasę na oczach tysięcy oniemiałych ze zdumienia Birmańczyków, którzy parę królewską uważali za półbogów. Tak zakończył swe panowanie symbol birmańskiej świetności. Król Thibaw zmarł na atak serca w Ratnagiri, niedaleko Bombaju, w grudniu 1916 r.

Przynajmniej trzy razy na przestrzeni wieków Birmańczycy porywali się na stworzenie prawdziwego imperium. Dzisiaj Związek Myanmar (od 1988 r.) to zlepek ponad 130 narodów. Największych birmańskich władców zawsze gubiła megalomania, niesłychana pewność siebie, arogancja i zupełny brak zrozumienia realiów. Wręcz tradycją stała się niczym niepohamowana ekspansja. Prawie każdy nowy władca przenosił stolicę w inne miejsce i stawiał kolejne obiekty, bez względu na posiadane zasoby.

Król Bodawpaja zapoczątkował budowę ogromnej pagody w Mingun pod Mandalaj, nigdy nieukończonych. Nadchodziły czasy, kiedy Brytyjczycy coraz mocniej sadowili się w Indiach. Kolejny król Birmy, Mindon Mina (panował w latach 1853–1878), uznany zgodnie za jednego z najlepszych władców w dziejach kraju, też nie był pozbawiony wygórowanych ambicji. Nawet w obliczu nieuchronnie zbliżającego się niebezpieczeństwa ze strony Brytyjczyków przeniósł stolicę do Mandalaj, a samo osiadł w niej w 1858 r., gdy ukończono budowę głównego pałacu. W języku birmańskim nową stolicę nazywano Shwemyo (Złote Miasto). Nazwa Mandalaj, forsowana przez Brytyjczyków, pochodzi ze słynnego wiersza „Droga do Mandalaj” Rudyarda Kiplinga.



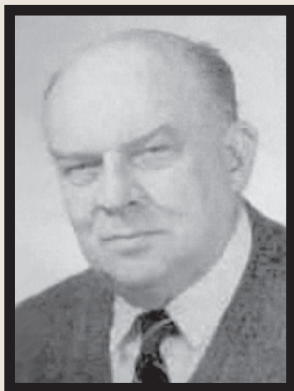
www.jacekwalczak.com

Praktycznie nic nie pozostało ze wspaniałych pałaców birmańskich królów. Solidnie, najczęściej z cegieł, budowano tylko obiekty sakralne i takich przetrwało sporo z różnych okresów birmańskiej historii. Natomiast budowle „cywilne” były wyłącznie drewniane. Zatem po wspaniałych obiektach Złotego Miasta w Mandalaj nie ma dziś śladu. Tuż po abdykacji Thibawa pałac został splądrowany przez miejscową ludność. Również żołnierze brytyjscy brali wszystko, co napotkali. Dzieła zniszczenia dokończyły bombardowania w marcu 1945 r.

Jedynym pawilonem, który przetrwał mimo bardzo burzliwej historii Birmy, jest Shwenandaw Kyaung (Klasztor Złotego Pałacu). Król Mindon Mina zmarł w nim w roku 1878. Jego następca, król Thibaw, rozkazał przenieść pałac poza mury miasta i dzięki temu obiekt zachował się w doskonałym stanie do dziś. Od 1980 r. pełnił rolę buddyjskiego klasztoru, co zapewne dodatkowo chroniło go przed zniszczeniem. Pawilon zbudowano ze szlachetnego drewna tekowego. Niesłychana ilość zdobień, ornamentów, figur pozwala tylko wyobrazić sobie jak wyglądały birmańskie pałace. Jeszcze dzisiaj w miejscach ostłoniętych przed deszczami i słońcem można dojrzeć złocenia, które kiedyś pokrywały wszystkie powierzchnie zewnątrz i wewnątrz pałacu. Zatem jego nazwa nie była przypadkowa. ■



Fotografie: J. Walczak



Marian Partyka (1932–2016)

27 lipca 2016 r. zmarł dr Marian Partyka, wieloletni dyrektor Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa w Kielcach, wybitny fachowiec z dziedziny transfuzjologii, specjalista ds. leczenia zaburzeń hemostazy, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy w zakresie krwio-

lecznictwa, zaburzeń krzepnięcia krwi, leczenia hemofilii, prawy, oddany pracy i służbie ludziom człowiek, pasjonat sztuki, regionalista.

Marian Partyka urodził się 4 kwietnia 1932 r. w Kielcach, w rodzinie o patriotycznych, niepodległościowych tradycjach. Ojciec Jan był uczestnikiem wielu akcji zbrojnych przeciw caratowi. Jako członek Organizacji Bojowej PPS w latach 1904–1908 był więziony w X Pawilonie Cytadeli Warszawskiej, a następnie wywieziony do Nerczyńskiej Katorgi. Po powrocie do kraju działał w PPS, w związkach zawodowych i Radzie Miejskiej Kielc. Odnaczony przez marszałka Józefa Piłsudskiego Krzyżem Niepodległości z Mieczami. Współzałożyciel organizacji podziemnej Wolność-Równość-Niepodległość w dystrykcie radomskim (tajna organizacja PPS po roku 1940 weszła w skład PZW, późniejszej Armii Krajowej). W 1945 r. był przez pewien okres więźniem NKWD. W latach 1947–1948 przewodniczył Miejskiej Radzie Narodowej w Kielcach, a do początku lat 50. był radnym.

W takim domu dorastał i dojrzewał Marian Partyka. Jego początkowa edukacja przypadła na okres okupacji niemieckiej. W latach 1940–1944 uczęszczał do Szkoły Podstawowej nr 10 w Kielcach. Od 1945 r. uczył się w Gimnazjum i Liceum im. Jędrzeja Śniadeckiego w Kielcach. Do Jego szkolnych kolegów należeli Jerzy Fijałkowski, popularyzator wiedzy przyrodniczo-historycznej o ziemi świętokrzyskiej, oraz Leon Snarski, współzałożyciel Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej i jej wieloletni skarbnik. Maturę Marian Partyka uzyskał w 1950 r. (była ostatnią przed likwidacją szkoły przez ówczesne władze kuratorium). W książce wspomnieniowej („Śniadeczczyki – Kielce 2008”), wydanej w 105. rocznicę powstania szkoły, napisał z dumą: „Maturę z naszej klasy zdali wszyscy i wszyscy dostali się na studia. Dowiodło to wartości naszej szkoły”. Rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie.

Dyplom lekarza medycyny uzyskał w lutym 1956 r. W czasie studiów pracował społecznie, sprawując m.in. funkcję szefa organizacyjnego Zespołu Pieśni i Tańca, w którym rolę akompaniatora pełnił Jego kolega z roku Jerzy Woy-Wojciechowski, późniejszy twórca Teatryku Piosenki Lekarzy „Eskulap”. Marian Partyka wykonywał scenografię do występów zespołu. W latach studiów współpracował także ze Związkiem Harcerstwa Polskiego oraz Polskim Czerwonym Krzyżem (to pozostało mu do końca życia). W czasie studiów, a także potem, wielokrotnie wyjeżdżał na obozy ZHP jako lekarz i instruktor.

Po studiach, w wyniku decyzji Komisji Przydziału Pracy, przybył na Kielecczynę. Po ukończeniu stażu podyplomowego w latach 1957–1963, podjął pracę jako lekarz ogólny w Szpitalu Wojewódzkim w Kielcach, sprawował

też funkcję inspektora lecznictwa Wydziału Zdrowia PWN w Kielcach. Od 1963 do 1973 r. był zatrudniony w Szpitalu MSW w Kielcach. W 1965 r. został powołany na stanowisko dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa w Kielcach, które piastował nieprzerwanie do 1997. W 1972 r. uzyskał I i II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, od 1970 pełnił funkcję wojewódzkiego specjalisty krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

W roku 1998, wkrótce po śmierci żony Teresy, także lekarki, przeszedł na emeryturę. Pomagał w wychowywaniu wnuków swych dwóch synów, także lekarzy. Chętnie udzielał poparcia wszelkim prospołecznym działaniom. Jestem Mu wdzięczny za rady i pomoc, jakiej mi udzielił podczas organizacji pracy kierowanego przeze mnie od roku 2006 Zespołu Historyczno-Literackiego naszej Izby. Dzięki Jego merytorycznej pomocy mogłem też przygotować wiele artykułów historyczno-wspomnieniowych do prowadzonego przeze mnie w latach 2004–2013 „Eskulapa Świętokrzyskiego” (m.in. dotyczących dziejów Szpitala Miejskiego w Kielcach i postawy patriotycznej lekarzy kieleckich podczas okupacji niemieckiej). Nie zapomnę rozmów z Nim na temat historii Kielc, regionalizmu i etosu naszego zawodu.

Wiadomość o Jego śmierci przyjąłem ze smutkiem i żalem, że już nie będzie mi dane spotkać się z tym niezwykłym, otwartym dla innych, pełnym ciepła wewnętrznego, mądrym człowiekiem. Szkoda, że odszedł, tworząc coraz większą pustkę wokół nas...

Maciej A. Zarębski



Wyrazy głębokiego współczucia
naszemu kierownikowi
Sławomirowi Barszczowi
z powodu śmierci

Taty

składają współpracownicy
z Oddziału Klinicznego
Neurochirurgii z Pododdziałem
Traumatologii Narządu Ruchu
SPDSK w Warszawie



6 stycznia 2017 r. odeszła od nas
po długiej i ciężkiej chorobie

prof. dr hab. n. farm. Danuta Zapolska-Downar

wieloletni pracownik, kierownik
Zakładu Chemii Klinicznej
i Diagnostyki Laboratoryjnej
Katedry Biochemii i Chemii Klinicznej
Wydziału Farmaceutycznego
Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego,
kierownik studiów podyplomowych
w zakresie analityki medycznej

o czym zawiadamia
pogrążona w smutku rodzina



Andrzej Lewandowski (1928–2016)

Andrzej Lewandowski urodził się 6 maja 1928 r. w Łodzi. W latach 1948–1953 odbył studia medyczne w Akademii Medycznej w Poznaniu. Pracę rozpoczął w klinice chirurgii, gdzie uzyskał I stopień specjalizacji z chirurgii. Klinika, w której pracował, prowadziła leczenie ostrej niewydolności oddechowej za pomocą tzw. żelaznych płuc. Był to okres licznych zachorowań na polio. Ta praca była inspiracją do specjalizowania się w anestezjologii, dziedzinie dynamicznie się rozwijającej. Po uzyskaniu specjalizacji przeniósł się do Warszawy.

W 1960 r. został otwarty nowy 400-lóżkowy Centralny Szpital Kolejowy w Warszawie-Międzylesiu. Działało w nim sześć oddziałów zabiegowych. Dr Andrzej Lewandowski był jedynym anestezjologiem, a placówka nie dysponowała aparaturą anestezjologiczną. Dzięki Jego umiejętnościom organizacyjnym i pracowitości powstał zespół lekarski i pielęgniarski. Dr Lewandowski zdobył także sprzęt niezbędny do znieczuleń. Bazę szkoleniową anestezjologów prowadził doc. Mieczysław Justyna, współtwórca polskiej anestezjologii. Dr Lewandowski umożliwił asystentom kształcenie i uzyskiwanie specjalizacji. Dbał też o edukację pielęgniarek, które systematycznie odbywały kursy szkoleniowe.

W 1979 r. dr Lewandowski wyjechał do Szwajcarii i tam prowadził działalność anestezjologiczną w kilku szpitalach. W 2002 r. przeszedł na emeryturę. Dr Andrzej Lewandowski był doskonałym anestezjologiem, świetnym organizatorem i wspaniałym człowiekiem. Zmarł w Szwajcarii.

Marian Jaszczółt



Barbara Sokołowska (1924–2016)

Trudno pisać o kochanej przyjaciółce w czasie przeszłym. Zwłaszcza o osobie o tak nieskazitelnej postawie moralnej, patriotce, praktykującej katolicyzmu, kochającej żonie i troskliwej matce.

Na pierwszym wykładzie w Akademii Medycznej usiadłam obok Niej, dziewczyny wyróżniającej się swoim jasnym, grubym warkoczem, i tak już trzymałyśmy się razem przez cały czas studiów.

Barbara Sokołowska urodziła się 4 grudnia 1924 r. w Łychowie, w rodzinie ziemiańskiej. Starsza o 7 lat siostra Irena była zawsze Jej przewodnikiem życiowym, gdyż rodzice, Jadwiga i Aleksander, zmarli zbyt wcześnie.

Barbara po ukończeniu studiów medycznych w Warszawie, na Wydziale Stomatologii, w 1950 r. wyszła za mąż za prawnika i ekonomistę Ryszarda Franusa. W czasie wojny walczył w szeregach AK. Od 1942 r. był więźniem Pawiaka, Majdanaka, Buchenwaldu. Po wojnie, aż do śmierci, pracował na stanowisku sędziego VI Wydziału Karnego Penitencjarnego Sądu Wojewódzkiego w Warszawie.

Po naszych wspólnych beztrudnych zabawach karnawałowych pozostały już tylko wspomnienia.

Szybko rozwijające się oddziały zabiegowe wymagały usług anestezjologicznych na najwyższym poziomie, szczególnie oddział torakochirurgii, gdzie wykonywano operacje płuc i serca. Szpital był wyposażony w coraz nowocześniejszą aparaturę. Coraz większa liczba skomplikowanych operacji wymagała utworzenia sali reanimacyjnej. Powstała w 1967 r., jako pierwsza w Warszawie.

W tym samym roku z inicjatywy dr. Lewandowskiego Pogotowie Ratunkowe w Warszawie wyposażono w pierwszą karetkę reanimacyjną, co zapoczątkowało nową epokę w ratownictwie. W 1968 r. dr Lewandowski zorganizował 4-lóżkowy oddział intensywnej opieki medycznej, który nie tylko spełniał potrzeby placówki, ale przyjmował też pacjentów z ostrymi zatruciami z całej Warszawy.

Był zaangażowany w stałe podnoszenie poziomu usług anestezjologicznych przez doskonalenie metod i technik w prężnie rozwijającej się specjalności. Lekarze oddziału, którym kierował, brali udział w zjazdach anestezjologicznych w kraju i zagranicą. Część asystentów odbyła staże w szpitalach zagranicznych. Kilku objęło samodzielne stanowiska ordynatorów w szpitalach warszawskich.

W 1979 r. dr Lewandowski wyjechał do Szwajcarii i tam prowadził działalność anestezjologiczną w kilku szpitalach. W 2002 r. przeszedł na emeryturę.

Dr Andrzej Lewandowski był doskonałym anestezjologiem, świetnym organizatorem i wspaniałym człowiekiem.

Zmarł w Szwajcarii.

W 1953 r. urodziła im się córka Jadwiga.

Po śmierci męża w 1982 r., po wielu latach ponownie wyszła za mąż. Antoni Łapszewicz był wspaniałym lekarzem i uroczym mężczyzną. Gdy i on odszedł z tego świata, często spędzałyśmy razem letnie miesiące w Ładach i Wildze. A kiedy w 2000 r. ja straciłam męża, Basia stała się moją emocjonalną powierniczką. Pocieszała i okazała najwięcej zrozumienia dla samotności.

Za młodu leczyła dzieci ze Śródmieścia Warszawy. Następnie kierowała Przychodnią Rejonową ZOZ Śródmieście przy ul. Mokotowskiej. W latach 70. została inspektorem ds. stomatologii na terenie Warszawy ZOZ Śródmieście Południe. Była ceniona i lubiana za rzetelną ocenę pracy koleżanek i kolegów. Była wspaniałym, dobrym człowiekiem, lekarzem z powołania oraz społecznikiem. Pełniła wiele funkcji społecznych, m.in. prawie 25 lat w naszej Izbie, do ostatnich chwil życia działała w Komisji ds. Emerytów i Rencistów. Zajmowała się zapomaganami dla ubogich, przeprowadzała wywiady środowiskowe.

Miała dwie wnuczki, niestety nie doczekała prawnuka, który przyszedł na świat miesiąc po Jej śmierci.

Byłam na Jej hucznych ostatnich imieninach, pośród tłumu gości i mnóstwa kwiatów. Jak zwykle przyszła także na moje imieniny, w lipcu 2016 r. Siedziałyśmy na balkonie Domu Lekarza Seniora, oglądając zdjęcia i rozmawiając o przyszłości. Chciała tam zamieszkać także, lecz zarządzanie placówką zmieniło się dla lekarzy niekorzystnie i los również dla Niej okazał się nieprzychylny.

Zmarła w domu, w otoczeniu najbliższej rodziny, 11 października 2016 r. Pochowana w grobowcu rodzinnym w starej części warszawskich Powązek.

Anna Bieżańska



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 2020.

Część przepisów znowelizowanej ustawy omówionych poniżej obowiązuje od 16 grudnia 2016 r.

Ustawa uchyla przepis art. 4 ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym marszałek województwa po raz ostatni organizuje, finansuje oraz zapewnia warunki odbywania stażu podyplomowego rozpoczynającego się dla lekarza 1 października 2017 r., a dla lekarza dentystry 1 października 2016 r.

Osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej:

- 1) 1 października 2017 r. w przypadku lekarza,
 - 2) 1 października 2016 r. w przypadku lekarza dentystry
- są zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu.

Zgodnie z nowelizacją ustawy dotyczącą lekarzy dentystry, o których mowa w pkt. 2, którzy złożyli w terminie od 2 października 2016 r. do 28 lutego 2017 r. dokumenty w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry, nie stosuje się wymogu odbycia stażu podyplomowego.

Składając dokumenty, lekarze dentyści nie przedstawiają dokumentu stwierdzającego odbycie stażu podyplomowego albo decyzji ministra zdrowia o równoważności stażu odbytego za granicą ze stażem odbytym w kraju.

Po upływie tego terminu uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry przez osoby, o których mowa w pkt. 2, wymaga odbycia stażu podyplomowego albo uzyskania uznania stażu podyplomowego odbytego poza terytorium RP za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w RP.

Lekarze dentyści, o których mowa w pkt. 2, którzy nie uzyskali prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry ani nie złożyli dokumentów w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry, mogą zostać skierowane do odbycia stażu podyplomowego zgodnie z przepisami ustawy, pod warunkiem złożenia w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na planowane miejsce odbywania stażu oświadczenia o rezygnacji ze zwolnienia z obowiązku odbycia stażu podyplomowego.

W celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska od 1 stycznia 2017 r. przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry na czas odbywania tego stażu.

Potwierdzeniem znajomości języka polskiego jest złożenie z pozytywnym wynikiem odpowiedniego egzaminu. Wymóg złożenia egzaminu nie dotyczy osoby, która ukończyła studia medyczne w języku polskim, a także osoby, która posiada obywatelstwo polskie albo obywatelstwo państwa członkowskiego UE i przedstawi dokument potwierdzający znajomość języka polskiego, wymieniony w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia.

Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”.

W przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas jego odbywania albo na czas niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności.

Cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry na czas nieokreślony albo na czas określony, jeżeli spełnia następujące warunki:

- 1) posiada dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany:
 - a) przez polską szkołę wyższą lub
 - b) w innym niż RP państwie członkowskim UE, lub
 - c) w innym państwie niż państwo członkowskie UE, pod warunkiem, że dyplom został uznany w RP za równoważny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE,
- 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- 3) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry,
- 4) wykazuje nienaganną postawę etyczną,



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



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



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

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

- 5) wykazuje znajomość języka polskiego,
- 6) odbył staż podyplomowy,
- 7) złożył z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy,
- 8) uzyskał prawo pobytu na terytorium RP, zgodnie z odrębnymi przepisami.

Cudzoziemcowi, o którym mowa wyżej, w celu odbycia stażu podyplomowego przyznaje się prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas odbywania tego stażu, jeżeli spełnia warunki określone w pkt. 1–5 i 8.

Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty, przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu jest obowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego, którego tryb, program, miejsce i okres określi okręgowa rada lekarska w drodze uchwały, biorąc pod uwagę długość okresu, który upłynął od uzyskania dyplomu. Koszty tego przeszkolenia ponosi lekarz.

Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który nie wykonuje go przez okres dłuższy niż 5 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek zawiadomienia o tym właściwej okręgowej rady lekarskiej i odbycia przeszkolenia.

Powyższych przepisów nie stosuje się do lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium RP.

W razie uchylania się lekarza od uczestnictwa w przeszkoleniu okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu jego prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniu wykonywania przez niego określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia.

Do LEK może przystąpić lekarz po przedstawieniu zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarskim, dyplomu lekarza i dokumentu potwierdzającego tożsamość lub dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”.

Do LDEK może przystąpić lekarz dentysta po przedstawieniu zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, dyplomu lekarza dentysty i dokumentu potwierdzającego tożsamość lub dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

Lekarz stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu, z zastrzeżeniem stanów nagłych, oraz w sytuacji gdy prowadzi prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych pod kierunkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu. Stażysta jest uprawniony w szczególności do:

- przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem,
- wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich,
- wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony
 - na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta,
- samodzielnego stosowania zleconych przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna,
- wspólnego z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony stosowania metod dia-

gnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych objętych programem stażu podyplomowego,

- prowadzenia we współpracy z opiekunem historii choroby i innej dokumentacji medycznej,
- udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- zlecania czynności pielęgnacyjnych,
- w stanach nagłych – do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego lekarza,
- stwierdzania zgonu,
- wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji.

Cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który nie spełnia warunków do odbywania stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli polskich, odbywa staż na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej z uprawnioną jednostką, w której określa się zakres wzajemnych zobowiązań na czas odbywania owego stażu.

Testy, pytania i zadania egzaminacyjne PES są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem.

Testy i pytania testowe oraz zadania i pytania egzaminu ustnego PES mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w PES. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukcja, kopiowanie jakiegokolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

Udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej podlegają wyłącznie pytania testowe z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby PES, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu.

„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, przyznane przed dniem wejścia w życie ustawy w celu odbycia stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, stają się z dniem wejścia w życie ustawy odpowiednio „Prawem wykonywania zawodu lekarza” i „Prawem wykonywania zawodu lekarza dentysty” przyznanym na czas określony i wygasają odpowiednio po odbyciu stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo po przystąpieniu do testu umiejętności lub po upływie 5 lat od dnia ich przyznania.

Dokumenty „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zachowują ważność na czas niezbędny do odbycia odpowiedniego stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, nie dłużej jednak niż 5 lat od daty uzyskania.

Do „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza” i „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty” przyznanym przed dniem wejścia w życie ustawy w celu odbycia stażu podyplomowego, stażu adaptacyjnego

albo przystąpienia do testu umiejętności, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące „Prawa wykonywania zawodu lekarza” i „Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

W ustawie z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa uchyla się ust. 2. art. 54 stanowiący, że ZUS nie może udzielić upoważnienia do wydawania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, lekarzom i lekarzom denty stom w okresie odbywania stażu podyplomowego.

10 listopada 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1829, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 12 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

16 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1845.

18 listopada 2016 r. zostało opublikowane w DzU 2016 r., poz. 1868, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

18 listopada 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1866, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 19 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

23 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra środowiska z 14 listopada 2016 r. w sprawie szczegółowego zakresu informacji zawartych w raporcie oraz sposobu jego wprowadzania do krajowej bazy o emisjach gazów cieplarnianych i innych substancji, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1877.

24 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1819.

Dopuszczalnymi sposobami unieszkodliwiania odpadów medycznych:

- zakaźnych i nieposiadających właściwości zakaźnych jest przekształcanie termiczne na łądzie – proces D10,
- nieposiadających właściwości zakaźnych jest obróbka fizyczno-chemiczna z wyłączeniem autoklawowania, dezynfekcji termicznej, działania mikrofalami, jeżeli zastosowana w tej obróbce technika zapewnia bezpieczne dla środowiska oraz dla życia i zdrowia ludzi unieszkodliwienie odpadów – proces D9,
- nieposiadających właściwości zakaźnych, innych niż niebezpieczne, jest składowanie na składowisku odpadów innych niż niebezpieczne i obojętne – proces D5.

Załącznik nr 1 do rozporządzenia określa dopuszczalne sposoby unieszkodliwiania odpadów medycznych nieposiadających właściwości zakaźnych w odniesieniu do poszczególnych rodzajów odpadów.

Załącznik nr 2 do rozporządzenia określa warunki prowadzenia procesu D10 odpadów medycznych, w tym zakaźnych.

Załącznik nr 3 do rozporządzenia określa dopuszczalne sposoby unieszkodliwiania odpadów medycznych nieposiadających właściwości zakaźnych.

Czas magazynowania odpadów zakaźnych nie może przekraczać 48 godzin w temperaturze do 10°C.

W przypadku awarii spalarni odpadów dopuszcza się magazynowanie odpadów w temperaturze do 10°C tak długo, jak pozwalają ich właściwości oraz warunki, w jakich są przechowywane, ale nie dłużej niż 30 dni od dnia wystąpienia awarii spalarni odpadów.

Odpady magazynowane są w oznakowanych, szczelnych i zamykanych kontenerach lub pojemnikach, odpornych na działanie substancji zawartych w odpadach, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie lub przecięcie, przystosowanych do właściwości chemicznych i stanu skupienia magazynowanych odpadów.

Miejsce magazynowania odpadów medycznych oraz odpadów powstałych w wyniku procesu D10:

- służy wyłącznie magazynowaniu odpadów,
- ma niezależne wejście, gwarantujące swobodne przemieszczanie pojemników z odpadami do magazynu i z magazynu,
- posiada zabezpieczenia techniczne przed rozprzestrzenieniem się magazynowanych odpadów, w tym ewentualnych odcieków, w szczególności uszczelnione i nieprzepuszczalne podłoże z systemem gromadzenia ewentualnych odcieków, o pojemności umożliwiającej badanie i oczyszczanie odcieków przed odprowadzeniem,
- jest zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych,
- jest zabezpieczone przed dostępem zwierząt, w tym owadów, gryzoni i ptaków,
- posiada utwardzone dojazdy lub dojścia do transportu odpadów,
- ma zapewnioną temperaturę umożliwiającą bezpieczne dla ludzi i środowiska magazynowanie odpadów.

Miejsce magazynowania odpadów innych niż zakaźne, w tym odpadów powstałych w wyniku procesu D10, jest zabezpieczone przed wpływem czynników atmosferycznych i posiada co najmniej:

- uszczelnione i nieprzepuszczalne podłoże z systemem gromadzenia ewentualnych odcieków, o pojemności zapewniającej badanie i oczyszczanie odcieków przed odprowadzeniem,
- zadaszenie,
- zamykane kontenery lub pojemniki.

Odpady zakaźne magazynuje się odrębnie od odpadów medycznych nieposiadających właściwości zakaźnych i odrębnie od odpadów powstałych po przeprowadzeniu procesu D10 w:

- specjalnie do tego przeznaczonych urządzeniach chłodniczych, wykonanych z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, wyposażonych w termometr do pomiaru temperatury wewnątrz urządzenia, lub
- odpowiednio wyposażonych zamkniętych pomieszczeniach.

Przy magazynie odpadów zakaźnych należy zamontować w przedsiionku, jeżeli jest, a w przypadku braku przedsiionka w innym miejscu, umywalkę z baterią bezdotykową,

z bieżącą zimną i ciepłą wodą, wyposażoną w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku, oraz zapewnić wydzielone odrębne miejsca do przechowywania czystych oraz zbierania brudnych ochraniaczy dla osób przebywających w magazynie.

Miejsce magazynowania odpadów, w tym odpadów powstałych w wyniku procesu D10, utrzymuje się na bieżąco w porządku i czystości, a urządzenia i pomieszczenia na odpady zakaźne dodatkowo dezynfekuje się i myje według opracowanych procedur utrzymania czystości, tak aby nie stanowiły zagrożenia dla zdrowia ludzi i środowiska.

25 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1825.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2017 r.

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych dodano leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.

29 listopada 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1843.

Umundurowanie członków zespołów ratownictwa medycznego oraz lotniczych zespołów ratownictwa medycznego nie spełniające wymagań określonych w załącznikach do rozporządzenia może być używane nie dłużej niż do 31 grudnia 2020 r.

8 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1885.

9 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1987, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 7 listopada 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o odpadach.

10 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 listopada 2016 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1950.

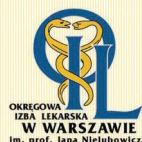
10 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 17 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1908.

17 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 listopada 2016 r. w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1951.

19 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2067, obwieszczenie ministra zdrowia z 4 listopada 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy.

19 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2057, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 8 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet.

20 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1957.



**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM
DZWONIĄC POD NUMER
704 277 577**

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

Dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

W skład komisji konkursowej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

W przypadku ujawnienia po powołaniu komisji konkursowej powyższych okoliczności lub w przypadku gdy o stanowisko zastępcy kierownika podmiotu leczniczego lub ordynatora ubiega się kierownik tego podmiotu lub jego zastępca właściwy podmiot dokonuje w jej składzie odpowiedniej zmiany; komisja konkursowa w nowym składzie może uznać za ważne czynności dokonane przez komisję konkursową działającą w składzie poprzednim.

Przewodniczący komisji konkursowej powiadamia pisemnie jej członków o posiedzeniu co najmniej na **7 dni** przed wyznaczonym terminem.

Stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego następuje wyłącznie na wniosek, który zgłasza się do właściwego podmiotu nie później niż w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem.

W przypadku stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego komisja konkursowa ulega rozwiązaniu, a właściwy podmiot powołuje nową. Ponowne wszczęcie postępowania konkursowego następuje w terminie 2 miesięcy od dnia stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego.

Ogłoszenie o konkursie zawiera m.in.:

- miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów, nie krótszy niż **10 dni** od dnia opublikowania ogłoszenia,
- przewidywane **miejsce** oraz termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

Ogłoszenie o konkursie należy **udostępnić na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej podmiotu tworzącego** oraz podać do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w siedzibie podmiotu leczniczego.

W skład komisji konkursowej wchodzi m.in.:

1) gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska kierownika podmiotu leczniczego:

- od trzech do sześciu przedstawicieli podmiotu tworzącego, **posiadających wykształcenie wyższe, w tym przynajmniej jeden lekarz**; podmiot tworzący wskazuje spośród przedstawicieli przewodniczącego komisji;

2) gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska zastępcy kierownika podmiotu leczniczego:

- od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego; kierownik podmiotu leczniczego wskazuje spośród przedstawicieli przewodniczącego komisji, a jeżeli o stanowisko zastępcy kierownika ubiega się kierownik tego podmiotu lub jego zastępca – od trzech do sześciu przedstawicieli podmiotu tworzącego, spośród których **podmiot tworzący wskazuje przewodniczącego komisji** – w takim przypadku nie powołuje się w skład komisji przedstawiciela podmiotu tworzącego;
- kierownik podmiotu leczniczego oraz podmiot tworzący wskazują swoich przedstawicieli spośród osób **posiadających wykształcenie wyższe, a przynajmniej jeden z przedstawicieli musi być lekarzem**;
- **przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego**, a jeżeli postępowanie konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnieni członkowie Wojsko-

wej Izby Lekarskiej, również przedstawiciel tej izby; gdy postępowanie konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra obrony narodowej – przedstawiciel Wojskowej Izby Lekarskiej;

- **przedstawiciel podmiotu tworzącego**;

3) gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska ordynatora:

- od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, a gdy o stanowisko ordynatora ubiega się kierownik tego podmiotu lub jego zastępca do spraw lecznictwa – od trzech do sześciu przedstawicieli podmiotu tworzącego – w takim przypadku nie powołuje się w skład komisji przedstawiciela podmiotu tworzącego;
- kierownik podmiotu leczniczego oraz podmiot tworzący wskazują swoich przedstawicieli spośród osób **posiadających wykształcenie wyższe, a przynajmniej jeden z przedstawicieli musi być lekarzem**;

4) gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek:

- od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, **posiadających wykształcenie wyższe, w tym przynajmniej jeden lekarz**;

5) gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska pielęgniarki oddziałowej:

- od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, **posiadających wykształcenie wyższe, w tym przynajmniej jeden lekarz**.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają:

- 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem,
- 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo,
- 3) własnoręcznie dokonany opis przebiegu pracy zawodowej,
- 4) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe,
- 5) **kopie dokumentów, o których mowa w pkt. 4, powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, przy czym poświadczenie może być dokonane przez kandydata; na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów,**
- 6) **w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika – informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu,**
- 7) **oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.**

Komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z dniem nawiązania stosunku pracy albo zawarcia umowy cywilnoprawnej z kandydatem wybranym w drodze konkursu albo z osobą wskazaną przez podmiot tworzący, albo kierownika podmiotu leczniczego, po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej w przypadku, gdy w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ustawie lub z dniem stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego.

Głosowanie w sprawie wyboru kandydata jest dokonywane na jednakowych kartach do głosowania, ostemplowanych pieczęcią **właściwego podmiotu**, zawierających nazwiska kandydatów w kolejności alfabetycznej.

Do postępowania konkursowego wszczętego i niezakończonego przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

23 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2142, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 7 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo farmaceutyczne.

23 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2135, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 14 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia.

28 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2164.

W wykazie gwarantowanych innych świadczeń ambulatoryjnych została dodana **opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego**.

28 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2163.

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, została dodana **opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego**.

28 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2162.

W wykazie kompleksowych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, dodana została kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

30 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2069.

Zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego należy dostosować do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2018 r.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 września 2016 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2017 r., opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1538.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i budownictwa z 11 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie 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, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1736.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1815.

Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje dzieci i młodzież od 2. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia.

Powyższy przepis stosuje się do dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 r.

Wobec dzieci urodzonych przed 1 stycznia 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i budownictwa z 24 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lotniczo-lekarskich, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 1844.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2131.

Przepisy dotyczące lokalizacji całonocnego lotniska lub lądowiska umożliwiającego przyjęcie do szpitalnego oddziału ratunkowego osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego, wchodzi w życie **1 stycznia 2021 r.**

1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 1860.

Ustawa określa uprawnienia kobiet w ciąży i rodzin do wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz instrumentów polityki na rzecz rodziny.

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Od 18 listopada 2016 r. kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy do 18. roku życia, posiadający zaświadczenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatancki mają prawo do korzy-

stania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, uprawniające do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych, **nie jest wymagane do świadczeń dla osób posiadających zaświadczenie stwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie wykazu substancji o działaniu psychoaktywnym oraz maksymalnego poziomu ich zawartości w produkcie leczniczym, stanowiącego ograniczenie w wydawaniu produktów leczniczych w ramach jednorazowej sprzedaży, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2189.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 16 grudnia 2016 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2177.

Obowiązkowi ewidencjonowania lekarze i lekarze dentyści podlegają od chwili rozpoczęcia świadczenia usług w zakresie opieki medycznej. Nie korzystają bowiem ze zwolnienia z tego obowiązku w okresie dwóch miesięcy po miesiącu, w którym wykonali taką usługę.

Świadczenie usług w zakresie opieki medycznej przez lekarzy i lekarzy dentyistów jest zwolnione z obowiązku ewidencjonowania przy zastosowaniu kas rejestrujących:

- jeżeli ma miejsce wyłącznie przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość lub których rezultat jest przekazywany wyłącznie przy wykorzystaniu tych środków albo
- jeżeli świadczący usługę otrzyma w całości zapłatę za wykonaną czynność za pośrednictwem poczty, banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej (odpowiednio na rachunek bankowy podatnika lub na rachunek podatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kre-

dytowej, której jest członkiem), a z ewidencji i dowodów dokumentujących zapłatę jednoznacznie wynika, jakiej konkretnie czynności dotyczyła.

Ponadto zwolnione z obowiązku ewidencjonowania przy zastosowaniu kas rejestrujących są usługi świadczone osobiście przez osoby niewidome, posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które prowadzą samodzielnie działalność gospodarczą lub zatrudniają wyłącznie jednego pracownika niewidomego posiadającego orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

3 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 1 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania badań na obecność alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie skazanego pozbawionego wolności, ich dokumentowania oraz weryfikacji, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2071.

12 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 2173.

Gdy świadczenie opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zostało udzielone mimo braku prawa do świadczeń, osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, nie jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.

Obowiązku zapłaty nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto uchylony został przepis ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, stanowiący, że NFZ po raz pierwszy sfinansuje zakup szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla ubezpieczonych w 2017 r. ■

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

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

REDAKTOR NACZELNA: Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

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

PUBLICYSTA: Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-58, a.checinska@oilwaw.org.pl

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

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

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

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

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

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

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków

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

Wiceprezes ORL

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

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Magdalena Goździk
tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

asystentka prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie
Marta Bodek; tel. 22-542-83-50

Sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka
tel. 22-542-83-31

asystentka: Katarzyna Kalinowska
tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-40

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

Główna 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, Paweł Janowski,
Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-38,
22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

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

Kancelaria prawna

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

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

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

Jolanta Wiśniewska-Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski przewodniczący Roman Jasiński

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

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

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64; *prac. biura*: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

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

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kierownik Sylwia Jaworska; tel. 22-542-83-16

prac. biura: Artur Obzejta, Dominika Sipińska,

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

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska; tel. 22-542-83-18

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska; tel. 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

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

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Katarzyna Lisieska, Jolanta Otulak

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

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała

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

Komisja ds. Lekarzy Dentyków

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentyków

przewodnicząca: Marta Starczewska

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

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

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

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja Legislacyjna

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

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

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

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

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

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

Komisja ds. Młodych Lekarzy

przewodniczący Filip Dąbrowski

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

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

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

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

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

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentyków

dyrektor Krzysztof Dziubiński

prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

tel. 22-313-19-70, 22-542-3-76; faks 22-313-19-65

odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej

w Kijowie

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

Marketing i reklama

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

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej

Miroslaw Usidus; tel. 22-542-83-83;

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Zespół ds. informatycznych tel. 22-542-83-37

Marek Paluszek; tel. 784-98-67-28

Tomasz Dzieńkowski; tel. 791-51-68-57

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

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

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

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

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

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

Ach, ten Woy!

Niez mordowany społecznik, wszechstronny artysta, kompozytor, wspaniały lekarz – prof. Jerzy Woy-Wojciechowski obchodził swój benefis. W styczniu, w warszawskim teatrze Capitol, zebrali się wszyscy, którym profesor jest bliski. Oprócz rodziny i znajomych także ci, z którymi współpracował kiedyś lub obecnie. Na uroczystość przybyli również przedstawiciele polskiej medycyny, kultury i polityki. Spotkanie było okazją do wspomnień i podsumowań wielu jego osiągnięć. Jerzy Woy-Wojciechowski zawsze był aktywny nie tylko zawodowo. Artystyczne pasje łączy z pracą w PTL. I choć realizuje się na tyłu płaszczyznach, rodzina zawsze była i jest dla niego opoką, a relacje z bliskimi dają siłę do nietuzinkowych działań. Podczas benefisu podkreślano jego profesjonalizm i zaangażowanie we wszystkie inicjatywy, które podejmował lub inspirował.

Wyrazem artystycznej duszy profesora są liczne kompozycje muzyczne, wśród nich ta, najbardziej znana w wykonaniu Piotra Szczepanika – „Goniąc kormorany”, również działalność Teatryku Piosenki Lekarzy „Eskulap”, w którym profesor współpracował z lekarzem dentystą Krystyną Wieczorek, gościem uroczystości. Wśród zebranych nie zabrakło znanych artystów, m.in. Ewy Śnieżanki, Wiesława Gołasa, Piotra Fronczewskiego. Wystąpił także chór Medicantus.

Prezes Andrzej Sawoni, składając wraz z sekretarzem ORL Ewą Miękus-Pączek życzenia jubilatowi, podkreślił jego rolę w życiu społeczności lekarskiej.

Z okazji benefisu Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wydała zbiór utworów profesora pt. „Piosenki w dobrym tonie”. ■ kb

