

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

puls

marzec 2017 nr 3

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

Rozmowa
z dyr. CMKP
prof.
Ryszardem
Gellertem
[str. 10]

Mazowsze
liderem
na mapie
„naczyniowej”
Polski
[str. 14]

Stare i nowe
źródła wiedzy
lekarza
[str. 24]

Witold
i Tadeusz
Orłowsky
– ojciec i syn
[str. 48]





III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Rejestracja jest możliwa wyłącznie przez formularz na stronie:

www.izba-lekarska.pl

Gwarancją udziału jest dokonanie wpłaty na konto OIL w Warszawie: 27 1240 6247 1111 0000 4974 2369, z dopiskiem „III MSS”, w ciągu 7 dni od daty rejestracji.

9 czerwca 2017 r., piątek

8.00–10.30 Rejestracja uczestników

SALA A

10.00–10.30 Otwarcie III MSS

10.45–11.30 Pacjent z chorobą wieńcową, nadciśnieniem i zaburzeniami krzepnięcia w gabinecie stomatologicznym – dr hab. n. med. Maciej Kostrupiec

11.30–12.15 Zastosowanie komórek macierzystych w schorzeniach stomatologicznych – dr hab. n. med. Emilian Snarski

12.15–12.30 **Przerwa kawowa**

12.30–14.00 Endodoncja – leczmy pacjentów, a nie zdjęcia radiologiczne. Jak ja to robię? Od RVG do opracowania przestrzeni systemu korzeniowego – dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk

14.00–15.00 **Przerwa obiadowa**

15.00–16.30 Wybrane błędy w leczeniu protetycznym – dr hab. n. med. Jolanta Kostrzeva-Janicka

16.30–16.45 **Przerwa kawowa**

16.45–17.45 Bruksizm – destrukcja ciała, ale zbawienie duszy – dr n. med. Piotr Jurkowski

20.00 **Uroczysta kolacja**

SALA B

10.45–11.30 Możliwości i ograniczenia rejestracji centralnej – dr n. med. Andrzej Bożyk

11.30–12.15 Chirurgia stomatologiczna w zgodzie z biologią – CGF, piezochirurgia, komórki macierzyste oraz kilka modyfikacji – dr n. med. Maciej Michalak

12.15–12.30 **Przerwa kawowa**

12.30–13.45 Implantoprotetyka – możliwości oraz ograniczenia – pplk. lek. dent. Remigiusz Budziłło

14.00–15.00 **Przerwa obiadowa**

15.00–17.00 „Matrix revolution”, czyli jak dobrać odpowiednią formówkę, aby uzyskać optymalny profil zęba, „Matrix selection system” – nowe sposoby adaptacji formówek – lek. dent. Maciej Czerwiński

17.00–17.15 **Przerwa kawowa**

17.15–18.00 Zakotwienie kostne w ortodoncji (miniimplanty i miniplastyki w leczeniu ortodontycznym) – lek. dent. Marcin Gdula

18.00–19.00 Mikrochirurgiczna resekcja wierzchołka korzenia zęba, czyli leczenie kanałowe od wierzchołka – lek. dent. Hubert Gołąbek

SALA C

10.45–11.15 Czynniki wpływające na drożność dróg oddechowych. Zmiany w układzie stomatognatycznym wynikające z zaburzeń drożności dróg oddechowych. Wpływ wad zgryzu na drożność dróg oddechowych – dr n. med. Marta Krasny

11.15–12.15 Leczenie ortodontyczne dorosłych techniką językową – system Incognito – dr n. med. Anna Wasiewicz

12.15–12.30 **Przerwa kawowa**

12.30–13.00 Wykorzystanie zjawiska fluorescencji w nowoczesnej diagnostyce próchnicy – lek. dent. Aleksandra Hajdo

13.00–13.30 Skuteczność wybranych systemów endodontycznych w opracowaniu kanałów korzeniowych – lek. dent. Wioletta Bielas

13.30–14.00 Wykorzystanie terapii fotodynamicznej w dezynfekcji kanałów korzeniowych – lek. dent. Ewa Prażmo

14.00–15.00 **Przerwa obiadowa**

15.00–15.45 Współczesne trendy w leczeniu biologicznym miazgi – lek. dent. Magdalena Sobiecka

15.45–16.45 Specyfika procedur profilaktyczno-leczniczych w gerostomatologii – dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, dr n. med. Maciej Aluchna

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

w imieniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie przypominam, że Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzimy 20 marca, w tym roku pod hasłem „Live Mouth Smart”, które niesie przesłanie, aby żyć w zdrowiu, mądrze, dbając o stan zębów i jamy ustnej.

Z okazji obchodów X ŚDZJU zapraszamy do udziału w **XI Międzynarodowej Konferencji Zachód – Wschód**, organizowanej przez Wydział Lekarsko-Dentystyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która odbędzie się **31 marca** w Auli im. prof. Jana Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym WUM w godzinach 9–16. W programie m.in. wykłady znakomych gości – profesorów z Niemiec, Turcji i Rumunii. Nie zabraknie też najnowszych polskich doniesień medycznych. Wśród poruszanych tematów znajdzie się m.in.: Choroby przyzębia a markery genetyczne i mikrobiologiczne w raku trzustki i w przewlekłym zapaleniu trzustki.



Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

20 Marca

Udział w konferencji jest bezpłatny, uczestnicy uzyskują **6 pkt. edukacyjnych**. Zapisy prowadzi Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów naszej Izby, tel. 22-313-19-70 lub 22-313-19-75.

Informacje szczegółowe pod tel. 694-449-011.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Marta Klimkowska-Misiak
wiceprezes ORL w Warszawie
ds. lekarzy dentystów



16.45–17.00 Przerwa kawowa

- 17.00–17.30 Diagnostyka i leczenie zmian białych na błonie śluzowej jamy ustnej – dr hab. n. med. Jan Kowalski
- 17.30–18.00 Diagnostyka i leczenie chorób infekcyjnych błony śluzowej jamy ustnej – dr n. med. Małgorzata Nędzi-Góra
- 18.00–18.30 Wpływ czynników miejscowych na rozwój i leczenie chorób przyzębia – dr n. med. Monika Borakowska-Siennicka

18.30–18.45 Przerwa kawowa

- 18.45–19.15 Podstawy regeneracji tkanek przyzębia – dr n. med. Bartłomiej Górski

SALA WARSZTATOWA (grupa do 12 osób)

- 11.00–14.00 Jak odbudować brak pojedynczego zęba – wykonanie mostu adhezyjnego metodą pośrednią i bezpośrednią przy pomocy włókien poliamidowych typu podwiązka – lek. dent. Grzegorz Kalbarczyk

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

- 15.00–18.00 Jak sprawnie wykonać zabieg szynowania zębów – zastosowanie włókien poliamidowych typu gąsienica – lek. dent. Grzegorz Kalbarczyk

10 czerwca 2017 r., sobota

SALA A

- 9.00–10.00 Nowoczesne materiały kompozytowe o niskim skurczu polimeryzacyjnym – prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski
- 10.00–11.00 Nowe lampy polimeryzacyjne – pułapki polimeryzacji – prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski
- 11.00–11.15 Przerwa kawowa
- 11.15–12.00 Jak leczyć dziecko z niedoborem odporności – prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk
- 12.00–12.30 Jak poradzić sobie ze zwichniętym zębem – dr n. med. Emil Korporowicz
- 12.30–12.45 Przerwa kawowa
- 12.45–13.15 Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej wymagające leczenia chirurgicznego – lek. dent. Agelika Kalińska, lek. dent. Piotr Sobiech
- 13.15–14.00 Nowoczesne oblicze stomatologii dziecięcej wynikające z zastosowania materiałów szkłoionomerowych – lek. dent. Piotr Roźniatowski

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

- 15.00–15.30 Rehabilitacja protetyczna pacjentów młodocianych – dr n. med. Elżbieta Wojtyńska
- 15.30–17.00 Zakażenia w stomatologii i znaczenie biofilmów – dr hab. n. med. Marta Wróblewska

SALA B

- 10.00–10.45 Budowa przewagi konkurencyjnej w oparciu o modele biznesowe – lek. wet. Kamil Kuczewski
- 10.45–11.45 Zastosowanie włókien poliamidowych w praktyce stomatologicznej – dr n. med. Marcin Aluchna

11.45–12.00 Przerwa kawowa

- 12.00–14.00 Planowanie leczenia i prowadzenie dokumentacji medycznej w świetle roszczeń pacjentów. Dokumentacja leczenia endodontycznego – dr n. med. Łukasz Suchodolski

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

- 15.00–16.00 Wybrane aspekty odpowiedzialności cywilnej lekarza – mec. Anna Kułaj-Płatkowska
- 16.00–17.30 Odpowiedzialność cywilna lekarza a ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne – mec. Paweł Strzelec

SALA C

- 9.30–11.30 Protezy całkowite, szkieletowe, elastyczne – lek. dent. Krzysztof Polanowski
- 11.30–11.45 Przerwa kawowa
- 11.45–12.30 Możliwości podstawowej i zaawansowanej regeneracji tkanek – lek. dent. Igor Kresa
- 12.30–13.15 Aspekty mikrobiologiczne i farmakologiczne w chirurgii stomatologicznej – lek. dent. Bartłomiej Iwańczyk
- 13.15–14.00 Ryzyko onkogenezy – czujność onkologiczna – lek. dent. Martyna Osiak

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

SALA WARSZTATOWA (grupa do 16 osób)

- 10.00–13.00 Warsztaty endodontyczne: Nawigacja endodontyczna – trzynarzędziowy system Endostar E3 B/S w akcji.
- 15.00–18.00 Warsztaty chirurgiczne – dr n. med. Maciej Michalak.

Szczegółowy program na stronie: www.izba-lekarska.pl

Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie.



Nr 3/2017 (263), marzec 2017

Na okładce:
prof. Ryszard Gellert
(fot. P. Wierzchowski)

W numerze m.in.:

▶ III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	str. II okładki, 1
▶ powiem wprost	3
▶ Co z tą siecią?	4
▶ Zmieniłbym koncepcję sieci	7
▶ Priorytety ochrony zdrowia	8
▶ Kształcenie podyplomowe czekają zmiany	10
▶ Ministerstwo bułką podszyte	12
▶ goniec medyczny	13, 40
▶ Mazowsze liderem na mapie „naczyniowej” Polski	14
▶ lecmy ból	16
▶ etyka	18
▶ doniesienia naukowe	20
▶ O tajemnicy lekarskiej...	21
▶ Pacjent, którego nigdy...	22
▶ Stare i nowe źródła wiedzy lekarza	24
▶ endokrynologia	26
▶ z Delegatury Radomskiej	28
▶ z Mazowsza	30
▶ u nas w samorządzie	34
▶ lektura	39
▶ posłuchać, zobaczyć...	43
▶ Lekarz, etyk, społecznik	43
▶ ciekawe miejsca	44
▶ literatura i życie	46
▶ Witold i Tadeusz Orłowski...	48
▶ wspomnienia	50
▶ listy do redakcji	51
▶ nowe przepisy prawne	52
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	6
▷ Walewski	6
▷ Kowal	40
▷ Jankowska	41
▷ Ciepły	42
▷ Müldner-Nieckowski	45

Fot. archiwum



Kamasze już były, teraz – kasa!

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Dziesięć lat temu minister Spraw Wewnętrznych i Administracji Ludwik Dorn, wobec protestów lekarzy rzucił pomysł, by lekarzy zmilitaryzować. Pisaliśmy o tym w „Pulsie”. W komentarzu podzuciliśmy również dalej idący pomysł – branie w kamasze pacjentów, żeby można było karnie uformować w odpowiednim szeregu kolejki do szpitali i przychodni. Dowódca jednostki, w zależności od możliwości finansowych państwa, dziennym rozkazem decydowałby, kto może i na co chorować, jakie przysługują mu badania, i kiedy zostanie uznany za zdrowego.

Pomysł karania Polaków, którzy postanowili być lekarzami, nie jest pomysłem nowym. Przypomniała o tym rok temu, w rozmowie z naszą redakcją, rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska. Pytana, dlaczego wystąpiła z projektem, by lekarze odpracowywali rezydenturę, co miało być jej sposobem na zatrzymanie młodych kadr lekarskich w kraju, powiedziała: „Pomysł przedstawiony został już w marcu 2007 r. przez Przemysława Gosiewskiego, ówczesnego szefa Komitetu Stałego Rady Ministrów. Również prof. Zbigniew Religa uznał propozycję za godną rozważenia. Temat powrócił w resorcie zdrowia w 2013 r., w formie pomysłu, aby finansowanie rezydentury miało charakter pożyczki umarżanej w kolejnych latach, jeżeli lekarz pracowałby w systemie, który jest finansowany przez płatnika publicznego. Rozwiązanie zostało zaprezentowane przez MZ podczas posiedzenia Komisji Zdrowia 11 września 2013 r., gdy rozpatrywana była kwestia systemu kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego”.

Na początku 2016 r. Jarosław Gowin, wiceprezes Rady Ministrów, minister nauki i szkolnictwa wyższego, również wpadł na pomysł płatnych studiów medycznych. Ale niby łagodził: „Každy lekarz, który będzie chciał pracować w Polsce, po przyjęciu proponowanych przeze mnie rozwiązań, będzie mógł wcześniej studiować dla siebie w sposób całkowicie bezpłatny”. Cisza przed burzą trwała rok...

Teraz, na początku 2017 r., wicepremier Gowin powrócił do pomysłu płatnych studiów medycznych. – *Spotkaliśmy się z ministrem Gowinem rok temu, po pierwszej wypowiedzi o płatnych studiach medycznych. I jest nam smutno, że to spotkanie było nieproduktywne* – mówi Damian Patecki, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL.

„Jest to w istocie propozycja karania tych osób, które chcą zostać lekarzami. Wobec skrajnego niedoboru lekarzy w Polsce propozycję tę można przyrównać do pomysłu wprowadzenia kar finansowych za posiadanie dzieci w sytuacji kryzysu demograficznego”. To oświadczenie Zarządu Krajowego OZZL. W ślad za tym został wysłany list do premier Beaty Szydło.

Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL i ORL Filip Dąbrowski podkreśla, że przy obecnych wynagrodzeniach, by odpracować studia, młody lekarz powinien pracować około 25 lat!

Rzeczniczka resortu Milena Kruszewska poproszona przez PAP o komentarz do propozycji wicepremiera powiedziała: „Pomysł wymaga analiz, zasięgnięcia opinii ekspertów, porównań międzynarodowych. Zajmujemy się tym”. Tyle Internet.

Uchwałą Senatu RP rok 2017 został ogłoszony „Rokiem dr. Władysława Biegańskiego”. Polecam decydentom, w tym miesiącu, myśl tego wybitnego lekarza i myśliciela: *Opinie tworzą nie najmądrzejsi, lecz najgadatliwsi.* ■

Rozmowa, szkolenie, uczestnictwo

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Teperak



Co z tą siecią?
str. 4



Leczymy ból
str. 16, 18



Zdrowie
warszawiaków
– dane z raportu
str. 33

Zbliża się XXXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie. Odbędzie się 1 kwietnia 2017 r. Oprócz spraw izbowych i sprawozdań, które obowiązkowo znajdują się w programie, z pewnością nie zabraknie tematów związanych z aktualną sytuacją w ochronie zdrowia. Liczę na obecność wszystkich delegatów i na wysoką frekwencję od początku do końca obrad. Przypominam, że uczestniczenie w zjeździe jest przywilejem, ale też obowiązkiem delegatów. Ważne, abyśmy o sprawach naszej Izby, o kwestiach istotnych dla lekarzy i lekarzy dentystów dyskutowali w jak najszerszym gronie przedstawicieli wybranych przez lekarską społeczność. Zjazd jest taką szczególną okazją do rozmów i wymiany poglądów.

Jednym z zagadnień, które podejmowaliśmy w ostatnim czasie w Izbie, jest kwestia szkolenia lekarzy biegłych. Angażowaliśmy się już w organizację konferencji poświęconych pracy biegłych sądowych, rozmawialiśmy z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości o oczekiwaniach stron związanych z przygotowaniem opinii. Teraz idziemy o krok dalej. W marcu 2017 r. rozpoczniemy w naszej Izbie cykl szkoleniowy przygotowujący lekarzy do sporządzania opinii dla organów procesowych. Szczegółowe informacje dla zainteresowanych udziałem zostaną zamieszczone na naszej stronie internetowej. Niewykluczone, że efektem szkolenia będzie utworzenie izbowej listy biegłych, z której skorzystają strony procesów. Musimy mieć na uwadze, że opinia biegłego ma dla oskarżonego lekarza, dla jego zawodowej przyszłości szczególne, często decydujące o być albo nie być, znaczenie. Ważna jest nie tylko merytoryczna jakość opinii (musi być rzeczowa i bezstronna, oparta na wiedzy medycznej i faktach), ale też czas jej sporządzenia. Pamiętajmy również, że na opinię biegłego czekają zawsze dwie strony procesu – lekarz i pacjent.

A skoro o pacjentach mowa, w lutym obchodziliśmy XXV Światowy Dzień Chorego. Z tej okazji odbyło się XI Forum Liderów Organizacji Pacjentów zorganizowane przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Uczestnicy konferencji, przedstawiciele pacjentów oraz osoby działające na ich rzecz, dyskutowali na temat zarówno korzyści, jak i zagrożeń, jakie niesie choremu reforma systemu ochrony zdrowia. W gronie zaproszonych do debaty miałem zaszczyt reprezentować Okręgową Radę Lekarską w Warszawie i doceniam, że jako samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów jesteśmy partnerem w dyskusji o prawach pacjenta, a nasze doświadczenia są w tym pomocne. ■

Prosimy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów
o weryfikowanie adresów do kolportażu
„Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”

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

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



Fot. archiwum

Co z tą siecią?

Małgorzata Solecka

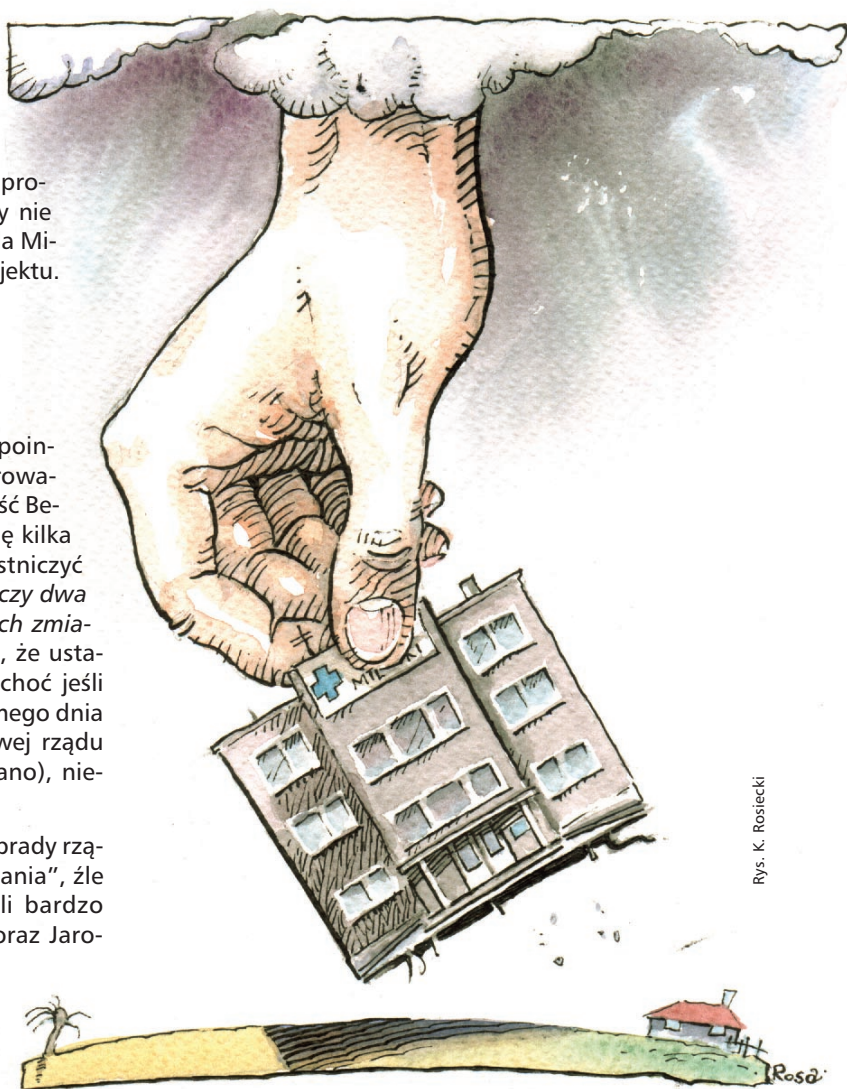
W połowie stycznia 2017 r. premier Beata Szydło stanęła murem za ministrem zdrowia i ogłosiła, że przygotowane przez niego projekty bezzwłocznie zostaną przyjęte przez rząd. – *Ruszamy z reformą ochrony zdrowia, na którą wszyscy czekają* – obwieściła związkowcom i pracodawcom z Rady Dialogu Społecznego. Miesiąc później pierwszy z przygotowanych projektów, dotyczący sieci szpitali, nadal tkwił w rządowej zamrażarce.

Jeśli wierzyć przysłowiu „Do trzech razy sztuka”, Konstanty Radziwiłł powinien dojść do wniosku, że wyczerpał się limit zapowiedzi, że „tym razem na pewno” rząd zajmie się projektem ustawy o sieci szpitali. Choć trzeba przyznać, że 14 lutego było już naprawdę blisko – projekt pojawił się w porządku obrad rządu. I gdyby nie wypadek samochodowy premier Beaty Szydło, Rada Ministrów zapewne podjęłaby decyzję w sprawie projektu.

Problem w tym, że nie do końca jest przesądzone, jaka to byłaby decyzja. Dlaczego?

– *Ustawą o sieci szpitali zajmiemy się za tydzień* – poinformował wicepremier Piotr Gliński, 14 lutego prowadzący posiedzenie Rady Ministrów pod nieobecność Beaty Szydło. Dodał, że w sprawie sieci „pojawiło się kilka znaków zapytania”, a pani premier chciała uczestniczyć w procesie „wyjaśniania kontrowersji”. – *Tydzień czy dwa zwłoki nie stanowią problemu przy tak poważnych zmianach* – stwierdził Gliński. Wstępnie zaplanowano, że ustawa pojawi się na posiedzeniu rządu 21 lutego, choć jeśli nieobecność Beaty Szydło będzie dłuższa (tego samego dnia pojawiła się opinia lekarska, że obrażenia szefowej rządu mają charakter poważniejszy niż wstępnie oceniano), niewykluczone, że jeszcze tydzień później.

Sam fakt, że wobec projektu, który wchodzi pod obrady rządu, pojawiają się „kontrowersje” czy „znaki zapytania”, źle wróży. Konkretnie znaki zapytania sformułowali bardzo precyzyjnie wicepremierzy Mateusz Morawiecki oraz Jarosław Gowin. Obydwaj przestrzegają zarówno przed wykluczeniem większości prywatnych placówek medycznych z sieci szpitali (kryteria spełniają w zasadzie wyłącznie placówki onkologiczne), jak i przed konsekwencjami centralizacji systemu, która może doprowadzić do jeszcze większego chaosu w służbie zdrowia. Minister Gowin stawia tezę, że kierunek reform, proponowanych przez Konstantego Radziwiłła, sprowadzi na rząd Beaty Szydło porównywalne problemy, z jakimi borykał się rząd Jerzego Buzka po wprowadzeniu reformy zdrowia. Konsekwencją tamtych problemów była klęska wyborcza AWS w 2001 r. Gowin i Morawiecki nie tylko zamierzają przedstawić zastrzeżenia do projektu, ale chcą, by premier Beata



Rys. K. Rosiecki

Szydło była obecna przy podejmowaniu decyzji, ze względu na polityczne konsekwencje tego kroku.

Klauzula: pilne!

Dla ministra zdrowia to hiobowe wieści. Projekt, który trafił już pod obrady rządu, Konstanty Radziwiłł opatrzył prośbą, by do Sejmu został skierowany z klauzulą „pilne”. Harmo-

nogram wprowadzania zmian jest bardzo napięty i każdy tydzień zwłoki zwiększa ryzyko niedotrzymania terminów. Teoretycznie nie ma przeciwwskazań: prezes Prawa i Sprawiedliwości zaakceptował kierunek zmian, jakie chce wprowadzać minister Radziwiłł. Jarosław Kaczyński nie widzi problemu w „odcięciu” prywatnych szpitali od pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie jednak szef rządzącej partii w publicznych wypowiedziach zastrzegł, że zmiany w ochronie zdrowia powinny następować „stopniowo”. Kłopot w tym, że w tej chwili „stopniowo” musiałoby oznaczać wycofanie się z projektu ustawy o sieci lub modyfikację harmonogramu wszystkich innych działań, z likwidacją NFZ włącznie. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może bowiem zostać zlikwidowany, zanim nie przeprowadzi całości kontraktowania świadczeń szpitalnych, które zaplanowano na koniec pierwszego półrocza 2017. Od 1 lipca wszystkie szpitale (zarówno te w sieci, jak i poza nią) mają działać na nowych zasadach i na podstawie nowych umów. Przeprowadzenie procedury konkursowej to minimum dwa miesiące... A najpierw NFZ musi wiedzieć, jakimi pieniędzmi dla szpitali „niesieciowych” będzie dysponować.

Kolejne niewiadome

Ministerstwo Zdrowia szacuje (Ocena Skutków Regulacji), że będzie to 9 proc. całego budżetu na leczenie szpitalne (w 2017 r. wynosi on 31,7 mld zł). Problem w tym, że OSR do projektu lutowego jest datowana na grudzień i nie uwzględnia ani zmian dokonanych przez resort (ułatwiających włączenie do sieci również tych szpitali, które nie spełniają warunków), ani tego, że już w styczniu organy założycielskie poszczególnych placówek rozpoczęły proces ich łączenia. Tylko po to, by „przeskoczyć” z pierwszego lub drugiego poziomu na kolejny i dzięki temu zakwalifikować się do ryczałtowego finansowania wszystkich lub przynajmniej większości oddziałów (zamiast zaledwie kilku). To zaś musi oznaczać, że zwiększy się pula pieniędzy na kontraktowanie ryczałtowe kosztem konkursów. Może się oczywiście okazać (nieoficjalnie mówią o tym m.in. urzędnicy NFZ), że na konkursy z zakresu lecznictwa zamkniętego zostaną przeznaczone dodatkowe środki, jeśli ze składki wpłynie większa niż przewidywano kwota. Byłoby to jednak możliwe dopiero w drugiej połowie roku. W dodatku stałoby w sprzeczności zarówno z deklarowanym kierunkiem zmian w ochronie zdrowia (odchodzimy od lecznictwa szpitalnego, które jest drogie, w kierunku opieki ambulatoryjnej), jak i wnioskami płynącymi m.in. z map potrzeb zdrowotnych.

Mapy

Mapy potrzeb zdrowotnych i ich wpływ (a raczej brak wpływu) na sieć szpitali to zresztą osobny wątek zastrzeżeń, jakie wobec projektu Konstantego Radziwiłła formułują eksperci np. z organizacji pracodawców. Mapy zdrowotne, które urzędnicy resortu zdrowia opracowują ze względu (m.in.) na wymagania unijne, wskazują, w jakich dziedzinach należy zwiększyć liczbę łóżek szpitalnych, w jakich zmniejszyć (dotyczy to również regionów). Tymczasem sieć szpitali konserwuje *status quo* na pewno na pierwszych kilka lat obowiązywania ustawy.

Zastrzeżenia wobec projektu dotyczącego sieci szpitali kilka razy formułował zarówno samorząd lekarski, jak i Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Sieci obawiają się samorządy powiatowe i wojewódzkie. A także organizacje

pacjenckie, które dosłownie na kilkadziesiąt godzin przed planowaną dyskusją na forum rządu przygotowały apel do premier Beaty Szydło o... wstrzymanie prac nad ustawą. Pacjenci (m.in. Fundacja Urszuli Jaworskiej oraz Instytut Praw Pacjenta) boją się, że sieć pogorszy dostępność świadczeń, a przede wszystkim obniży jakość opieki, bo wyeliminuje konkurencję. Organizacje pacjenckie podnoszą m.in. argument, że ministerstwo nie przewidziało żadnego mechanizmu eliminowania z sieci placówek, które nie zagwarantują odpowiedniego poziomu leczenia. Ci, którzy otrzymają ryczałt, będą mogli spać spokojnie do kolejnego kontraktowania. Ministerstwo Zdrowia, zdaniem pacjentów, nie przeprowadziło szerokich konsultacji publicznych

(ten argument nie pierwszy raz wysuwają organizacje pacjenckie, które czują się ignorowane przez resort zdrowia). Jeśli mimo tych wątpliwości rząd przyjmie projekt i skieruje go do Sejmu, najprawdopodobniej Prawo i Sprawiedliwość będzie musiało przeprowadzić go przez proces legislacyjny szybką ścieżką. To zaś uruchomi kolejną lawinę zastrzeżeń. Niektórzy posłowie PO mówili jeszcze w końcu ubiegłego roku, że projekt ustawy o sieci szpitali powinien mieć publiczne wystąpienie. Już raz opozycji udało się w sprawie sieci oddać głos przedstawicielom samorządów i szpitali, gdy pojawili się w charakterze gości na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Ton tamtych wypowiedzi był jednoznaczny. Na taką zmianę nikt nie czeka. Albo raczej: nie takiej zmiany wszyscy oczekują. ■

- Z ostatniej chwili
- 21 lutego Rada Ministrów
- przyjęła projekt ustawy
- o sieci szpitali.

(ten argument nie pierwszy raz wysuwają organizacje pacjenckie, które czują się ignorowane przez resort zdrowia).

Jeśli mimo tych wątpliwości rząd przyjmie projekt i skieruje go do Sejmu, najprawdopodobniej Prawo i Sprawiedliwość będzie musiało przeprowadzić go przez proces legislacyjny szybką ścieżką. To zaś uruchomi kolejną lawinę zastrzeżeń. Niektórzy posłowie PO mówili jeszcze w końcu ubiegłego roku, że projekt ustawy o sieci szpitali powinien mieć publiczne wystąpienie. Już raz opozycji udało się w sprawie sieci oddać głos przedstawicielom samorządów i szpitali, gdy pojawili się w charakterze gości na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Ton tamtych wypowiedzi był jednoznaczny. Na taką zmianę nikt nie czeka. Albo raczej: nie takiej zmiany wszyscy oczekują. ■



Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

Jak powstaje ideał samochodu? Ponadczasowy design to tylko punkt wyjścia. Doskonałe prowadzenie zapewnia wyjątkowy komfort jazdy. Wygodny dostęp do multimedii, inteligentne systemy bezpieczeństwa oraz szeroka gama wydajnych, turbodoładowanych silników odpowiadają na potrzeby współczesnego trybu życia. To dlatego Hyundai i30 Nowej Generacji działa na wyobraźnię. Rzeczywistość nieustannie się zmienia, a wczorajsze myślenie o motoryzacji jest już nieaktualne.

Wybierz nowy ideał samochodu – czas na Hundaia i30 Nowej Generacji.



Motorfest
Anna Szadkowska
2016

Motorfest Anna Szadkowska
ul. F. Hynka 2A, 02-149 Warszawa - Okęcie.
tel. 22 868 22 56, www.motorfest.com.pl



5-letnia Gwarancja Bez Limitu Kilometrów Hyundai dotyczy jedynie tych samochodów Hyundai, które były sprzedane Klientowi kołocowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w książce gwarancyjnej. Szczegóły oferty (programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai). Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla zaprezentowanego modelu Hyundai i30 wynosi od 3,6 do 5,6 l/100km, średnia emisja CO₂ wynosi od 95 do 130 g/km.



Marek Balicki

Zapowiada się znaczne przyspieszenie prac nad ustawą o sieci szpitali. Nowym, zmienionym częściowo po konsultacjach społecznych projektem zajmuje się właśnie rząd. Gdy marcowy numer

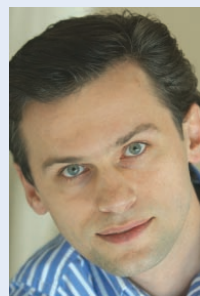
„Pulsu” trafi do rąk czytelników, prace sejmowe będą już prawdopodobnie na ukończeniu, bo czas nagli. Ustawa ma wejść w życie po dwóch tygodniach od ogłoszenia.

Od 1 października ma się zmienić radykalnie zasada finansowania opieki szpitalnej. Zamiast opłaty za poszczególne świadczenia i procedury szpitale będą co miesiąc otrzymywać zryczałtowaną kwotę. Podstawą do jej obliczenia w pierwszym roku jest sumaryczna wartość świadczeń udzielonych i ujętych w sprawozdaniach w roku 2015. Gwarancja finansowania obejmie jednak tylko te zakresy, które znajdują się w kwalifikacji szpitala do danego poziomu sieci. Może zatem się zdarzyć, że szpital nie otrzyma ryczałtu na pracę wszystkich dotychczas prowadzonych oddziałów. Mimo przejścia na finansowanie ryczałtowe szpitale będą zobowiązane szczegółowo prezentować swoją działalność w sprawozdaniach. To będzie główny czynnik brany pod uwagę przy ustalaniu kwoty ryczałtu na kolejny rok.

Warto przypomnieć, że zgodnie z projektem szpitale w ramach „systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” zostaną podzielone na sześć poziomów: I, II i III stopnia, szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie (instytuty i szpitale kliniczne). Do każdego poziomu będą przypisane określone specjalności, np. w szpitalu I stopnia – chirurgia ogólna, interna, położnictwo i ginekologia, neonatologia i pediatria. Dopuszcza się dodatkowe profile, ale ich uwzględnienie będzie miało charakter uznaniowy.

W ramach ryczałtu będą też finansowane poradnie przy szpitalne oraz opieka nocna i świąteczna. Kontraktowanie szpitalnictwa na dotychczasowych zasadach, tj. konkursu i płacenia za usługę, zyska charakter uzupełniający i obejmie zapewne mniej niż 10 proc. środków.

Projekt sieci szpitali spotkał się z powszechną krytyką, niestety w dużej części uzasadnioną. Niewiele ze zgłoszonych w toku konsultacji uwag uwzględniono. System nie został przygotowany do tak rewolucyjnej zmiany sposobu finansowania, która ma się dokonać praktycznie z dnia na dzień. Nie wiadomo, jakie będą skutki wyeliminowania z finansowania publicznego znaczącej części szpitali prywatnych, które nie spełnią warunków przystąpienia do sieci. I, co najważniejsze, z ustawy nie wynika wcale, jak ma wyglądać dostosowanie do potrzeb docelowy plan rozmieszczenia szpitali i oddziałów z uwzględnieniem poziomów referencyjnych. W tym sensie określenie „ustawa o sieci szpitali” wprowadza w błąd. Eliminuje jedynie z finansowania publicznego część działających placówek, likwiduje konkursy i wprowadza zasadę zapłaty w formie ryczałtu. W rezultacie domaganie się regulacji sieci szpitali pozostanie nadal aktualne. ■



Fot. archiwum

Życie bez wrogów

Paweł Walewski

Odmierna jest perspektywa patrzenia na ochronę zdrowia lekarzy i pacjentów. Inna z punktu widzenia mediów, a jeszcze inna – ministra. Mogliśmy się o tym przekonać, kiedy goszcząc w Centrum Onkologii – podczas obchodów Międzynarodowego Dnia Walki z Rakiem – szef resortu stwierdził, że niełatwo mu negocjować ceny leków z firmami farmaceutycznymi, gdy dziennikarze piszą o nich tak, jakby byli reprezentantami tych firm. Nie padły konkretne zarzuty, ale interpretacja tych słów nasuwa się sama: bezpieczniej nie pisać o nowych lekach dopóki Ministerstwo Zdrowia nie wynegocjuje najniższych stawek, gdyż eksponowanie korzyści z kuracji to mocna karta przetargowa w rękach pazernych producentów.

No to nie piszmy, nie pokazujmy, nie informujmy! Nie jest winą mediów, że medycyna opiera się dziś na coraz lepszych (i droższych) medykamentach stale wypatrywanych przez pacjentów, dla których doniesienia medialne stanowią często jedyne źródło informacji. Mamy przestać o nich donosić, bo komisja negocyjacyjna ma przy ul. Miodowej trudniej i nie potrafi zbić oferowanej ceny najlepiej do zera? Zawsze mnie rozczula prezentowana tu i ówdzie wizja ochrony zdrowia, w której koncerny nie myślą o swoim zysku, gdyż jako organizacje w pełni charytatywne powinny leczyć nas za darmo. Ten iluzoryczny świat od dawna marzy się ministrom, tymczasem przeciwnik jest chytry, oferuje dobry produkt, ale żąda za niego słonej ceny. Nie można tyle zapłacić? Lepiej byłoby przyznać się do tego społeczeństwu otwarcie, zamiast oskarżać media, że reprezentują firmy farmaceutyczne, kiedy piszą o nowościach i badaniach naukowych.

Mamy obecnie bodaj jedne z najniższych cen leków w Europie, co jest zasługą właśnie negocjacji, od pewnego czasu prowadzonych dużo lepiej niż kiedyś. Nie rozumiem więc, po co wysuwać konfrontacyjny argument, który nijak się ma do specyfiki pisania o postępie w medycynie. Czy dziennikarze mają darować sobie te tematy i solidarnie opuszczać konferencje prasowe, podczas których lekarskie tuzy pokazują na slajdach, o jakie leki bić się właśnie należy? Ochrona zdrowia to skomplikowany system naczyń połączonych, w którym ścierają się różne interesy i zawierane są przedziwne sojusze.

Lekarze, co może mniej widać w medycynie rodzinnej, mają u nas wiele powodów, by narzekać na dostęp do najnowocześniejszych kuracji, ale to nie media są winne, że minister nie decyduje się wprowadzić ich na rynek. Wskazywanie wrogów tam, gdzie ich nie ma, trochę wydaje się śmieszne. Zwłaszcza że o przydatności nowych specyfików w każdej dziedzinie medycyny nie decyduje na szczęście ten czy inny artykuł, lecz rzetelne badania i analizy. Zdaje się, że są w ministerstwie osoby, które napisały niejedną z nich. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. A. Drygiel/PAP

Zmieniłbym koncepcję sieci

Z posłem (PiS), wiceprzewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia Andrzejem Sośnierzem, byłym prezesem NFZ, rozmawia Krystian Lurka.

[...]

O jakiej zmianie pan myśli?

Proponuję zasadniczą przebudowę obecnego projektu i budowę sieci szpitali o randze wojewódzkiej i wysoko- oraz wąkospecjalistycznych. To byłoby na pewno mniej kontrowersyjne i niewątpliwie pożyteczne. Poza pieniędzmi za świadczenia medyczne, czyli z NFZ, mogłyby one, a nawet powinny, otrzymywać dodatkowe z budżetu państwa. Dla tych placówek zniósłbym wymóg

startowania w konkursie. Te szpitale, biorąc pod uwagę ich znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej, po prostu nie mogą zniknąć, bo nie ma ich kto zastąpić, więc ich startowanie w konkursie, który i tak muszą wygrać, jest bezsensowne. Natomiast pozostawiłbym coroczne negocjacje wielkości budżetu, ponieważ z jednej strony należy ocenić przynajmniej raz w roku, czy te szpitale spełniają swoją rolę systemową, z drugiej strony, placówki te niewątpliwie powinny się rozwijać, unowocześniać, zmieniać swą strukturę, wprowadzać nowe technologie. Coroczne negocjacje to doskonała okazja wprowadzenia finansowania zmian.

W sieci szpitali wysokospecjalistycznych leczenia byliby pacjenci z rzadkimi i skomplikowanymi schorzeniami. Wykorzystując tę sieć, należałoby stworzyć ogólnopolski system dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych, rzadkich, dzięki czemu pacjenci trafialiby do ośrodków z kadrą doświadczoną w leczeniu tych rzadkich lub trudnych schorzeń. Leczenie wszystkiego wszędzie jest nie tylko drogie, ale i nieskuteczne. [...]

Kto miałby te ośrodki wskazać?

Towarzystwa naukowe, doraźnie powołane zespoły specjalistów, broń Boże nie administratorzy lub politycy. Środowiska medyczne najczęściej doskonale wiedzą, gdzie są najlepsi fachowcy. Wystarczy zapytać lekarza, gdzie sam chciałby się leczyć, gdyby zachorował.

Minister Radziwiłł chce zapewnić szpitalom sieciowym budżetowanie. To dobra decyzja?

Nie. Budżetowanie oznacza, że pieniądze „idą” przed pacjentem, który staje się dla szpitala kosztem. Oczywiście, takie działanie może niektórym szpitalom się podobać, ale to w sposób niewłaściwy odwraca optykę. Dzisiaj pacjent leczony i wyleczony to przychód dla szpitala. Przyjmuje się chorego i za to przysługuje wynagrodzenie. Nierzadko przyjmuje się pacjentów nawet ponad uzgodnione z Narodowym Funduszem Zdrowia limity. Ale wolę sytuację, w której przyjmuje się nadmiarowo, od sytuacji kiedy kosztownego pacjenta odsyła się do innego szpitala lub do domu, co zdarzało się, gdy szpitale były budżetowane. Sieć szpitali w obecnym kształcie to system destrukcyjny, niekorzystny dla pacjentów. Powiem inaczej: szpital jak każde przedsiębiorstwo będzie się starał pacjenta-kosztu unikać. Powinno się utrzymać obecny model finansowania. Żeby dostać pieniądze, trzeba najpierw wykonać usługę i się z niej rozliczyć. [...]

Co pana zdaniem stałoby się, gdyby sieć zaczęła obowiązywać w obecnym kształcie?

Jeśli obecny projekt ustawy wszedłby w życie, szpitale, które do sieci nie trafią, zaczęły mieć narastające problemy finansowe, choć nie wynika to wprost z zapisów projektu ustawy. Ale jeśli w momencie wejścia w życie ustawy pieniądze NFZ zostaną podzielone między szpitale sieciowe i niesieciowe według aktualnych potrzeb, już w kolejnym roku budżetowym narastające potrzeby szpitali sieciowych, którym obiecuje się, że ich budżety będą zwiększane wraz z wykazanymi nadwykonaniami, spowodują, że nieuchronnie nastąpi przesunięcie budżetu w stronę szpitali sieciowych, a szpitalom niesieciowym pozostanie coraz mniejsza reszta. Co więcej, konsekwencją wprowadzenia sieci jest eliminacja z systemu placówek niepublicznych, gdyż głównie one znajdują się poza siecią. [...]

Opublikowano w „Menedżerze Zdrowia” 19.02.2017 r.

Priorytety ochrony zdrowia

Z p.o. prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia **Andrzejem Jacyną** rozmawiają Marta Kobańska i Bartłomiej Leśniewski.

Podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2017” podjął się pan zadania przekonania premiera Morawieckiego, że nakłady na ochronę zdrowia to inwestycja, a nie koszt. Jak ten dialog się układa?

Rozmowy trwają. Sądzę, że odpowiedzią na to pytanie są programy opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce. Spodziewam się, że efekty tych programów przyniosą wymierne korzyści, które przekonają co do zasady, że warto w ochronę zdrowia inwestować. Przy stosunkowo niewielkich nakładach możemy w dłuższej perspektywie uzyskać spore korzyści, również finansowe.

Pytamy, bo w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” były minister Wojciech Maksymowicz zdradził, że spotykał się z ówczesnym ministrem finansów regularnie w cztery oczy i wykładali sobie wzajemnie swoje racje.

Na marginesie warto przypomnieć, że to premier Balcero-wicz był tym, który dwukrotnie nie tylko nie podwyższył, ale po prostu obniżył nakłady na zdrowie, więc metoda spotkań bezpośrednich trochę zawiodła... My chcielibyśmy przekonać nieco inaczej, mianowicie faktami. Spójrzmy na kolejki do endoprotezoplastyki. Panuje przekonanie, że niedofinansowanie świadczeń sprzyja bieżącym oszczędnościom. Tymczasem płacimy – i to sporo – już za sam fakt, że kolejki istnieją. Tylko nikt nie bierze pod uwagę, że czekanie w kolejce przynosi budżetowi wymierne straty. Budżet musi pokryć koszty wizyt kontrolnych, częściowo zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnień lekarskich, rent. To gigantyczne sumy. Zamierzamy wyłożyć konkretne środki na skrócenie kolejek. Płacić będziemy za kompleksową opiekę, w tym za przywrócenie pacjenta do zdrowia. I właśnie w ten sposób będziemy się starać przekonać do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, które znacząco obniżają koszty budżetu państwa, np. w ZUS – dotacje budżetu.

To kwestia „długiego marszu”. Tymczasem ochrona zdrowia potrzebuje pieniędzy już teraz, zaraz.

To prawda. Tym bardziej że największym wyzwaniem stojącym przed nami są zmiany demograficzne. Pacjentów będzie coraz więcej. Wyż powojenny już zgłasza większe zapotrzebowanie na świadczenia. Mimo znaczącego wzrostu liczby kupowanych świadczeń wciąż pojawiają się problemy z zaspokojeniem wszystkich potrzeb. Liczymy, że reforma systemu finansowania zapewni zwiększenie nakładów na służbę zdrowia. Już dziś podejmujemy pewne działania, które wzmacniają i poprawiają dostępność niektórych świadczeń.

To potrwa. Tymczasem trzeba przeżyć rok 2017, NFZ myśli nawet o zaciągnięciu kredytu.

Rzeczywiście, pojawił się gdzieś taki pomysł. Nie uzyskał jednak poparcia. Rozmawiamy ze szpitalami, słuchamy ich

głosów. Nie chcemy, żeby szpitale się zadłużały. To jest ze szkodą dla pacjentów, przekłada się chociażby na dłuższe kolejki. To nie ma sensu, dlatego uważamy, że szpitale powinny otrzymać więcej pieniędzy, aby pokryły wzrost płacy minimalnej. Jednym z projektów jest plan podniesienia o 2 zł wyceny punktu od września tego roku. Obecnie wynosi ona w szpitalnictwie 52 zł. To oznacza, że kwota przekazywana na leczenie szpitalne wzrosłaby o około 4 proc. Skąd na to pieniądze? Jednym ze źródeł byłyby zwiększone dochody ze składki zdrowotnej. Przyglądamy się, jak będzie wyglądać spływ składki w kolejnych miesiącach tego roku. Innym źródłem mogłyby być środki niewykorzystane w roku ubiegłym, przy czym sytuacja będzie jasna dopiero po ostatecznym rozliczeniu umów za 2016 r.

Przepadł też inny pomysł z wyborów: budżetowy system finansowania służby zdrowia. Jednolitego podatku nie będzie, składka pozostanie, przynajmniej na razie. I bardzo prawdopodobne, że przed wyborami rząd nie zdobędzie się na tak fundamentalną reformę, a po wyborach – koncepcja ulegnie zmianie.

Jestem zwolennikiem tego, by w Polsce obowiązywał system mieszany – budżetowo-ubezpieczeniowy. Pieniądze na zdrowie byłyby gwarantowane na obecnym poziomie – składką, co nie wykluczałoby dopłat z budżetu czy innych źródeł. Sądzę też, że za takim modelem powinien nadążać projekt likwidacji NFZ.

Czy to jeszcze nie jest przesądzone? Wydawało się, że wszystko już jasne: centrala NFZ stanie się największym departamentem Ministerstwa Zdrowia, oddziały wojewódzkie przejdą w gestię wojewodów, zmienia się szyldy.

Nie znamy jeszcze szczegółów tych rozwiązań. Z uwagą przyglądamy się wszystkim pomysłom, które się pojawiają. Jest m.in. propozycja, by część obecnego NFZ połączyć z częścią ZUS. To ma sens, bo w jednym ręku znalazłyby się środki na leczenie i wypłatę zasiłków czy pokrywanie kosztów zwolnień lekarskich i kompleksową rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową. To sprzyjałoby podejmowaniu racjonalnych decyzji, takich, jakich trzeba w wypadku endoprotez, o czym mówiliśmy na początku rozmowy.

Dowodem, że ZUS i NFZ powinny zostać połączone, mają być wyniki leczenia po wprowadzeniu opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce i w efekcie spadek wydatków na renty. Jednak nie ma ram prawnych dla wdrożenia KOZ. Jak NFZ zamierza sobie z tym poradzić?

W opiece koordynowanej zamierzamy przesunąć środki z tych świadczeń, które są wystarczająco dostępne, do tych, których dostępność kuleje. Aby ten dostęp był w poradni kardiologicznej czy rehabilitacyjnej, NFZ musi finansować



Fot. egw

Czy stworzenie sieci szpitali zakładające odrębne kontrakty poza podstawowym systemem zabezpieczenia szpitalnego nie przełoży się na realnie mniejsze środki dla szpitali wieloprofilowych?

Siec wejdzie w życie w sposób określony ustawą. Tu ewentualne zmiany w wysokości środków zależą od liczby świadczeń. Ryczałt na początku będzie ustalany co kwartał, potem może co pół roku. Szpitalom opłaca się wykonać więcej świadczeń, bo wtedy mogą liczyć na większe środki. W przypadku niedowykonań spadek wysokości środków okaże się geometryczny. Ryczałt będzie się też zmieniał między 95 proc. a 105 proc. wartości, co będzie wynikało z elementów jakościowych, takich jak certyfikaty jakościowe. To nowy element kształtujący poziom ryczałtu.

Dużą wagę przywiązujemy do przyszłego kontraktowania, ponieważ będzie się opierać na narzędziu, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. W konkursach chcemy z nich skorzystać. Dlatego wynik konkursu na świadczenia poza siecią zostanie uzależniony od zawartości map. Dotychczas konkursy powielaly jedynie umowy historyczne. Teraz to się zmieni. Możliwe więc, że w niektórych miejscach budżet przeznaczony na konkurs będzie inny, niż wynikałoby z wcześniejszych umów.

Kiedy wzrosną wyceny chirurgii i chirurgii onkologicznej? Środowisko narzeka, że procedury są bardzo niedoszacowane.

Dostrzegamy te problemy i już myślimy nad pewnymi rozwiązaniami. Warto przyrzeć się wycenom w tym obszarze i promować techniki minimalnie inwazyjne. Na początek w urazach wielonarządowych, bo tu spodziewam się dużego efektu w postaci zmniejszenia liczby powikłań i rent. Nie można nie zauważać, że obecne ceny w chirurgii i ortopedii preferują pewne rozwiązania, które mogą być niekorzystne zarówno dla

pacjenta, jak i dla systemu – chodzi o preferencje cenowe zabiegów generujących większą liczbę powikłań. Chcemy to zmienić. Na początek zmiana będzie dotyczyć ortopedii, planujemy również rozmowy z chirurgami naczyniowymi. Z kolei w chirurgii onkologicznej warto zastanowić się nad koncentracją zabiegów w ośrodkach do tego przygotowanych. Dziś zbyt dużo świadczeniodawców realizuje te usługi. Tu sieć stanowi pierwszy krok. Potem można przejść do organizacji świadczeń – przygotowania podstawy prawnej, jakie zabiegi można wykonać w danym ośrodku. Dziś wszyscy operują wszystko i to nie jest dobre. Do tego dochodzą kłopoty kadrowe. Liczba chirurgów zmniejszyła się o połowę, bo nowi lekarze nie chcą się szkolić w tym kierunku. Ale będziemy powoli poprawiać sytuację.

Likwidacja NFZ rodzi kolejny problem: nadwykonania. Nie obawia się pan, że naraz zgłoszą się do sądów wszyscy, którzy mają tytuł do takich nadwykonań? Zrobić to przecież muszą, inaczej kogo będą wskazywać w pozwach?

Zdajemy sobie z tego sprawę i już przygotowujemy się na taką ewentualność. Zobowiązania te może przejąć budżet państwa. ■

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia” 1/2017.

te usługi odrębnie. Czyli te dodatkowe świadczenia kupi szpital, który uzyska na to środki, aby uniknąć preferencji chorych w kolejkach do usług nierealizowanych w ramach opieki koordynowanej. Zamierzamy więc zwiększyć pulę pieniędzy na tych chorych, którzy potrzebują usług związanych z opieką po zawale mięśnia sercowego lub rehabilitacji po wszczępieniu endoprotezy.

Odnosnie do ram prawnych – zakup produktów zdrowotnych zostaje określony dość precyzyjnie. Natomiast oczywiście byłoby dobrze, gdyby ustawa o świadczeniach zdrowotnych zawierała konkretne rozstrzygnięcia. Aby rozwiązać wątpliwości natury prawnej, należałoby rozwiązania wpisać bezpośrednio do ustawy. Odnosnie do poprawy opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego – propozycja została wpisana w koszyk świadczeń, więc rozwiązania stały się świadczeniem gwarantowanym, które powinno zostać sfinansowane. Ale wolałbym oczywiście, aby pojęcie opieki koordynowanej zostało wpisane w ustawę z przypisanymi kompetencjami, kto i co ma w tym zakresie robić. Do tego jednak długa droga, bo najpierw musi być rekomendacja AOTMiT, potem taryfa, minister zdrowia musi to wprowadzić do rozporządzenia koszykowego. Podobnie programy pilotażowe w POZ i psychiatrii czekają na rozwiązania ustawowe.

Kształcenie podyplomowe czeka na zmiany

Z prof. dr. hab. n. med. Ryszardem Gellertem, dyrektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, rozmawia Anetta Chęcińska.

Co jest największym problemem obecnego modelu kształcenia podyplomowego?

System szkolenia specjalizacyjnego opiera się na zasadzie dobrowolności. Organizacja kursu lub wystąpienie o akredytację zależą od woli instytucji zgłaszającej się do nas. CMKP koordynuje proces kształcenia podyplomowego, ale nikogo nie może zobligować do zorganizowania szkolenia. Nie posiadamy takich umocowań. Jednak, jeżeli kurs się nie odbędzie, jako winnych wskazuje się nas. Nie możemy zorganizować wszystkich kursów we własnym zakresie i musimy je kupować. Mamy problemy z organizacją szkolenia w dziedzinach, w których specjalizuje się niewielu lekarzy. Jeżeli w kursie uczestniczą cztery osoby, a potrzeba dla nich kilkunastu wykładowców, koszt tego szkolenia jest niezwykle wysoki. Szukamy rozsądnych rozwiązań organizacyjnych, gdyż wydajemy publiczne pieniądze. Staramy się, żeby kurs odbywał się przynajmniej raz w roku, ale zdarza się, że słuchacze muszą poczekać. Dla kilku osób z całej Polski nie zorganizujemy szkolenia w miejscu, które będzie dogodnie dla każdego uczestnika i nie każdy będzie z tego zadowolony. Dlatego na pewno warto zastanowić się, czy specjalności nie jest za dużo. A może do zrobienia specjalizacji w rzadkiej specjalności wymaga się zbyt wiele kursów?

W ubiegłym roku Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL przeprowadził badanie ankietowe wśród młodych lekarzy na temat barier w kształceniu podyplomowym. Respondenci zwracali uwagę m.in. na problem dostępności kursów CMKP i informacji o wolnych miejscach.

Z naszych badań wynika, że 60–70 proc. rezydentów te utrudnienia wiąże z pracą i brakiem zgody przełożonych na uczestniczenie w kursie we wskazanym terminie, co wpływa na wydłużenie okresu szkolenia. Kursy, które organizuje CMKP (a to tylko połowa szkoleń specjalizacyjnych w Polsce), są oceniane przez słuchaczy pod względem jakości i wartości merytorycznej na piątkę i szóstkę. Jeżeli chodzi o informacje o wolnych miejscach, wprowadziliśmy poprawki i te dane udostępniamy.

System kształcenia podyplomowego wymaga zmian. Minister Radziwiłł powołał w ubiegłym roku zespół ekspertów w celu przygotowania projektu dotyczącego tych zagadnień.

W toku burzliwych dyskusji na pewno trudno było pogodzić stanowiska i oczekiwania przedstawicieli różnych medycznych specjalności, samorządu lekarskiego, także młodych lekarzy i rezydentów, ale udało się opracować wspólny raport końcowy.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego biorący udział w pracach tego zespołu zgłosili do raportu zdanie odrębne.

Uważam, że są to rozbieżności dotyczące formy opracowania, ujęcia tematu, a nie zawartości merytorycznej, choć drobne różnice istnieją. Najważniejsze, że raport powstał, a sugestie w nim zawarte będą jeszcze konsultowane i oczywiście wymagają działań legislacyjnych. Przede wszystkim zaproponowane rozwiązania zmierzają do ułatwienia ścieżki kształcenia podyplomowego i uniezależnienia tego procesu od obciążeń, z którymi obecnie mamy do czynienia. Pomocny stanie się System Monitorowania Kształcenia, z którego lekarze i lekarze dentyści będą mogli korzystać najpewniej od 1 maja 2017 r. Wszyscy w zespole jednoznacznie wskazywali, że nabór na szkolenie specjalizacyjne powinien być centralny, a rezydentura musi być podstawowym sposobem uzyskiwania specjalizacji. Obecnie rezydenci stanowią 60 proc. specjalizujących się. Pozostali specjalizację odbywają w systemie pozarezydentckim, np. na wolontariacie.

Nie wszyscy dostają się na rezydenturę, a wolontariat jest często jedyną drogą do wybranej specjalizacji.

Zgodnie z zapotrzebowaniem, miejsc rezydentckich jest niewiele w dziedzinach deficytowych, takich jak medycyna rodzinna. To forma zachęty do kształcenia się w określonej specjalności. Są specjalizacje chętniej wybierane przez lekarzy, ale nie potrzebujemy tylko okulistów czy neurochirurgów. Dlatego osoby, które mimo wszystko chcą specjalizować się w konkretnej dziedzinie, muszą wybrać inną ścieżkę specjalizacji.

A mówiąc o planowanych zmianach: chcemy, aby rezydent mógł w trakcie szkolenia zmienić specjalizację. Oczywiście musiałby wtedy jeszcze raz wziąć udział w procesie rekrutacji. Modułowy system szkolenia specjalizacyjnego to ułatwia. Planujemy również, aby po zakończeniu modułu podstawowego przeprowadzać egzamin sprawdzający wiedzę. Brak zaliczenia wykluczałby podejście do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Rozważamy też umożliwienie



zdawania PES już w ostatnim roku rezydentury. Na pewno ważne są też kwestie odpowiedniej gratyfikacji dla opiekunów specjalizacji i warunków finansowych dla oddziałów z akredytacją CMKP.

Akredytacja będzie okresowa?

Obecnie akredytacje udzielane są na określoną liczbę miejsc specjalizacyjnych i właściwie bezterminowo. Jednostka akredytowana jest zobowiązana poinformować CMKP o wszelkich zmianach, które jej dotyczą, np. adresu, liczby lekarzy specjalistów itp. Tymczasem bywa z tym różnie. Na przykład rezydenci informują nas, że z oddziału odszedł jedyny specjalista i zostali tam sami, bez opiekuna. Takie są realia, z którymi musimy sobie radzić, ale dotąd w drodze negocjacji i dzięki dobrej woli stron znajdujemy rozwiązania. Na pewno potrzebne są regulacje, które porządkowałyby te kwestie. Sugerujemy, żeby akredytacja była odnawiana co pięć lat. Ważne, by istniała możliwość okresowej oceny jej kryteriów. Uważamy, że programy specjalizacyjne powinny być uaktualniane nie rzadziej niż co trzy lata, gdyż wiedza medyczna szybko się rozwija. Minister zdrowia wystąpił do konsultantów krajowych o ocenę programów specjalizacyjnych i takie ich dostosowanie, aby osoby, które rozpoczęły specjalizację przed 1.10.2014 r., mogły uczestniczyć również w kursach nowego typu na równoprawnych zasadach.

W jakim stopniu CMKP korzysta z nowoczesnych technik nauczania, np. z kursów internetowych?

Oczywiście w medycynie nic nie zastąpi kontaktu z mistrzem oraz praktyki, ale kursy w ramach e-learningu też są prowadzone. Materiały z wykładów zamieszczamy na stronie internetowej. Idziemy w kierunku webinarów. Nauczanie przed- i podyplomowe różnią się. W CMKP kształcimy ludzi dojrzałych, nierzadko mających już jedną specjalizację, własne doświadczenia i dokonania zawodowe. Ich oczekiwania i wymagania są inne niż studentów medycyny rozpoczynających naukę. Wychodząc naprzeciw nowym technikom w nauczaniu, szkolimy również wykładowców.

Co jest zatem misją CMKP dziś, a co będzie jutro?

Przede wszystkim dążymy do harmonizacji działań. Chciałbym, żeby osoby odpowiedzialne za proces kształcenia podyplomowego z uczelni medycznych, z CMKP i innych ośrodków akademickich, które, tak jak my, otrzymują środki na szkolenie, rozmawiały i wspólnie ustalały, kto co zrobi. To ułatwiłoby nasze zadania. Jesteśmy w stałym kontakcie z przedstawicielami młodych lekarzy, z rezydentami, bo wiele zmian, które wprowadzamy, wiąże się z ich oczekiwaniami. Wskazujemy nowe rozwiązania, które będą służyły systemowi ochrony zdrowia, ale legislacja leży oczywiście poza naszymi uprawnieniami. Jestem przekonany, że robimy wszystko, aby uczelnia, którą jest CMKP, miała wiodący głos w sprawach kształcenia podyplomowego kadr medycznych, przygotowania specjalistów. ■



Fot. archiwum

Ministerstwo butką podszyte

Łukasz Jankowski

Spływają listy. Dzwonią telefony. Mówicie, żeby nie siać paniki. Proście, żeby podnosić na duchu, zamiast pisać, że w służbie zdrowia jest źle, wszystko się rozpada, a ludzie uciekają za granicę. Po prostu chcecie czytać o rzeczach przyjemnych. Zachęcony więc – piszę. Wymyśliłem nawet bajkę. Bajkę o wiosennym rozdziale rezydentur.

W Sali Mauretańskiej Ministerstwa Zdrowia panował bałagan. Siedzące za stołem dwie eleganckie osoby z zapamiętaniem przekładały papiery z jednego stołu na drugi, trzecia zaś – nieco z tyłu – notowała coś w kajecie, co jakiś czas stukając otówkiem o blat biurka.

– *Grażyno, czy ty w ogóle coś z tego rozumiesz?* – głos ministra przerwał złowrobną ciszę. – *Mamy do rozdania 1856 rezydentur w 16 województwach, w 69 różnych specjalizacjach, dodatkowo dla lekarzy dentystów, a tu leży chyba z tysiąc kartek z jakimiś zapotrzebowaniami od konsultantów i wojewódów. Czytaście to? Ilu my w ogóle potrzebujemy tych specjalistów?*

– *Chyba nie wiadomo* – głos Jakuba brzmiał niepewnie. – *Myszę, że albo żadnego, albo tyłu, ilu w danej chwili chcemy* – uśmiechnął się szeroko.

– *Mówiłem, żeby to obliczyć* – zachnął się minister. – *Jak zwykle trzeba będzie rzeźbić.*

– *W dodatku nasi poprzednicy wymyślili te przekłete specjalizacje modułowe* – w głosie Grażyny brzmiał wyrzut.



– *Nawymyślali dodatkowych specjalizacji, mówili, że niby brakuje specjalistów, że krótką ścieżką będzie można szybko wąską specjalizację zrobić, że więcej specjalistów będzie, że to kolejki rozładuje. Bajki takie opowiadali, a my mamy problem.*

– *William James mawiał, że wiele słów, to wiele okazji do nieporozumień* – błysnął erudycją minister. – *Tak samo jest ze specjalizacjami, nie potrzeba ich znowu aż tak wiele. Wystarczą cztery. Pediatria, interna, chirurgia, no i oczywiście medycyna rodzinna. O modułach w ogóle zapominamy. Łatwiej będzie podzielić 1856 przez 4 niż przez 69, prawda?* – uśmiechnął się nieznacznie.

– *Opowiemy ludziom, że to filary systemu, że łatamy dziury. Każdy to zrozumie.*

– *Rzeczywiście, 1856 ładnie dzieli się przez 4* – pochwalił Jakub.

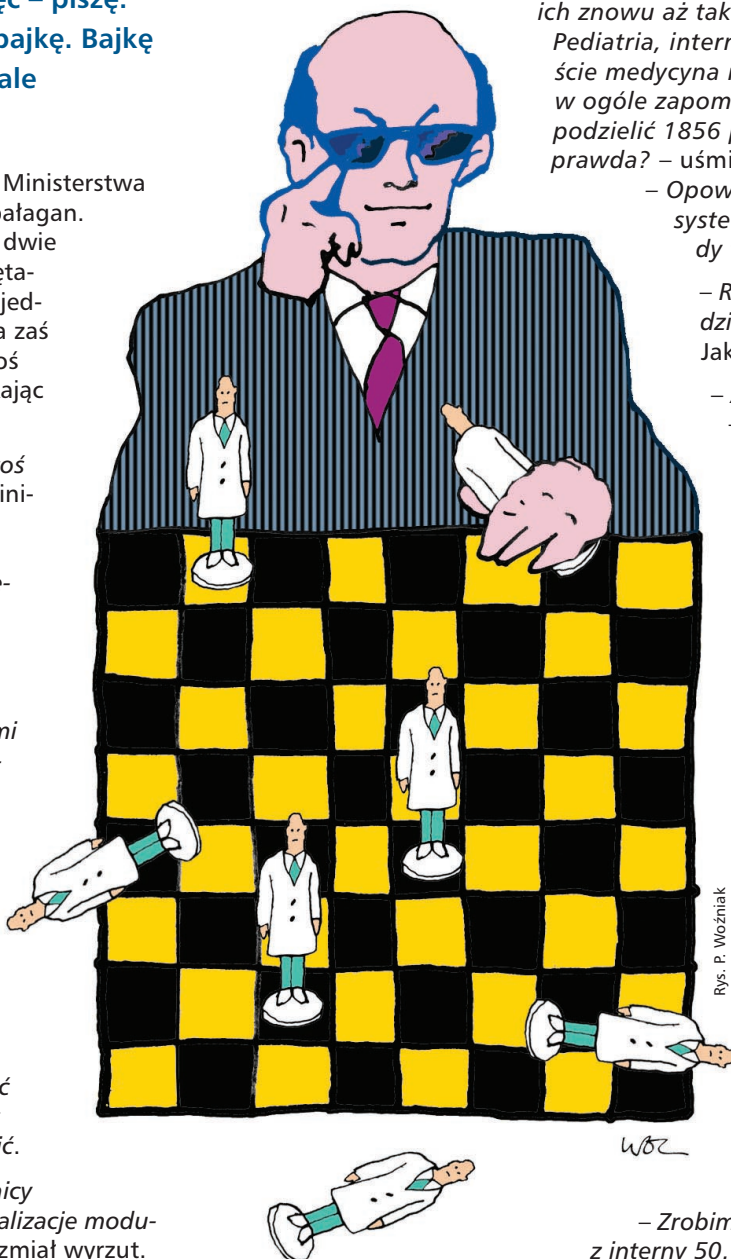
– *A kolejki do specjalistów?* – ośmieliła się zadać pytanie dyrektor. – *Do endokrynologów, kardiologów?*

– *U specjalistów i tak nikt już nie leczy się państwowo, ludzie nie zauważą różnicy. A my w sezonie infekcyjnym ogłosimy sukces, powiemy, że wzmacniamy POZ, produkujemy pediatrów i takie tam* – odrzekł minister.

– *Zrozumcie, jak zwykle rozdzielamy rezydentury w ostatniej chwili, nie możemy się rozdrabniać!* – podniósł głos, dając do zrozumienia, że dalsza dyskusja jest bezcelowa.

– *Dobrze, pozostaje nam tylko rozdział szczegółowy* – dyrektor zaczęła bardzo szybko pisać w swoim kajecie.

– *Zrobimy tak: w Mazowieckiem z interny 50...*



Rys. P. Woźniak

W02

- *Dlaczego 50?* – ośmielił się zadać pytanie Jakub.
- *Nie wiem, napisz 45 albo lepiej 42, będzie wyglądało, jakbyśmy to obliczyli.*
- *Nie kombinuj, pisz pięćdziesiątkami, będzie prościej potem dodawać* – zarządził minister. – *Tylko w Mazowieckiem na rodzinną daj 100.*
- *Dlaczego 100?* – Jakub był coraz mniej przekonany do rozwiązania.
- *Bo ja ci tak mówię* – skitował minister z uśmiechem.
- *Na razie nie jesteśmy bardzo popularni* – starał się jeszcze bronić Jakub. – *Szpitala, które mają trafić do sieci, już szamocą się jak ryby bez tlenu, emigracja na całego, młodym nie spodoba się, że rozdaliśmy rezydentury w zasadzie tylko w czterech specjalizacjach. Może rzućmy też coś w priorytetowe...*
- *Specjalizacje priorytetowe to priorytet państwa. Dzięki nim oraz dzięki wysiłkowi Ministerstwa Zdrowia potrzeby zdrowotne obywateli są zaspokojone, a ludzie mogą żyć w zdrowiu i wieść dostatnie życie* – wyrecytowała dyrektorka i ukłoniła się.
- *A co to są te priorytetowe?* – zainteresował się minister.
- *To dosłownie kilka specjalizacji...* – starała się wyjaśnić dyrektorka, ale Jakub wszedł jej w słowo:
- *Unia, panie ministrze, Unia... Chcieli dać pieniądze na szkolenia, pytali o jakieś obliczenia, o długofalową strategię kształcenia kadr medycznych. Chcieli to na szybko, a nam kadencji by przecież nie starczyło, żeby to obliczyć, więc żeśmy z Grażyną im podali na chybił trafił kilka specjalizacji, żeby to jakoś wyglądało... Pan się nie obraża.*
- *Z natury nie jestem obraźliwy* – z rezygnacją stwierdził minister. – *To tym priorytetowym też dajmy. Dajmy to, co zostanie. Coś tam wymyślcie, w jednych więcej napiszcie, w drugich mniej. Jak mało zostanie, to po jednym na województwo im dajmy i tyle. A w Internecie napiszemy, że to wszystko na zapotrzebowanie wojewodów, konsultantów, no i... społeczeństwa. Będzie ładnie wyglądać.*
- *A co zrobimy z młodymi lekarzami? Oni zawsze są niezadowoleni.*

Nad tym pytaniem zastanowili się wszyscy. I wszyscy chórem odpowiedzieli: – *Niech zapchają się butką Radziwiłłówką!*

– *Radziwiłłówka to butka niezwykła, zawiera bezcukrowy farsz w różnych smakach* – wyrecytowała Grażyna, wyraźnie podekscytowana.



W marcowym rozdziale rezydentur w całym kraju przewidziano ich 1856, z czego 1212 (ponad 65 proc.) w czterech dziedzinach: chirurgii ogólnej, pediatrii, medycynie rodzinnej i chorobach wewnętrznych. W żadnym województwie nie przyznano ani jednej rezydentury w dziedzinie kardiologii, gastroenterologii i wielu innych. W województwie mazowieckim zaproponowano 100 miejsc rezydenckich z medycyny rodzinnej. Dla porównania w całym województwie zachodniopomorskim przewidziano ogółem 65 rezydentur we wszystkich specjalizacjach.

Podobieństwo imion, stanowisk i miejsc występujących w tekście jest oczywiście przypadkowe. Autor przyznaje, że opisany mechanizm rozdziału rezydentur jest produktem jego bujnej wyobraźni. Wyraża nadzieję, że długofalowa strategia szkolenia kadr medycznych, z pewnością istniejąca w ministerstwie, zostanie niezwłocznie opublikowana. ■

Autor jest członkiem ORL w Warszawie.



Goniec Medyczny

Szpital musi pomóc

„Placówka medyczna nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która natychmiast go potrzebuje, nawet jeśli nie dysponuje w danym momencie odpowiednimi specjalistami, a inny szpital w tym samym mieście ma dyżur specjalistyczny” – czytamy wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego. Orzeczenie NSA może mieć wpływ na wszystkie szpitale w kraju.

Precedensowy wyrok

Chociaż znany chirurg Jan S. został skazany na karę bezwzględnego więzienia za przyjmowanie łapówek (jako pierwszy lekarz w Polsce dostał taki wyrok), nie trafił jeszcze do więzienia. Sąd odroczył wykonanie kary.

Najważniejszy pulsoksymetr

Podczas Światowych Dni Młodzieży ratownicy medyczni pomogli setkom pielgrzymów. Teraz dyrekcja pogotowia ratunkowego obciąża ich kosztami zagubionego pulsoksymetru wartego... około 220 zł.

Antykoncepcja na receptę

Hormonalne leki antykoncepcyjne będą sprzedawane jedynie na receptę – przewiduje projekt, który przyjął rząd. Projekt ma też umożliwić skorzystanie z niestandardowej terapii w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia.

Dziurawa sieć?

W jednym z województw do sieci nie zakwalifikuje się nawet połowa placówek – wynika z symulacji, do których udało się dotrzeć dziennikarzom „Dziennika Gazety Prawnej”.

Ratuj się kto może!

W Pomorskiem marszałek łączy w jedną jednostkę aż cztery szpitale: dwa wojewódzkie w Gdyni, Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku oraz Szpital Specjalistyczny w Wejherowie. Ten ostatni jest oddalony od pozostałych o... około 50 km. Podobnych przykładów w kraju jest coraz więcej.

Znaleziska w suplementach diety

NIK zleciła przebadanie wybranych losowo suplementów diety. Negatywnie wypadły analizy probiotyków – aż 89 proc. zbadanych preparatów nie zawierało deklarowanej przez producentów liczby żywych bakterii probiotycznych. W jednej próbkę znaleziono szkodliwe bakterie kałowe. W badanych preparatach, m.in. tzw. spalaczach tłuszczu, odkryto niedozwolone substancje psychoaktywne, np. pochodne amfetaminy.

Naturalna prokreacja

Samorząd województwa mazowieckiego przeznaczy 300 tys. zł na program wykorzystujący metodę nanotechnologii.

Zarodek zamrożony przez 16 lat

W Chinach na świat przyszedł zdrowy chłopiec urodzony dzięki metodzie *in vitro*. Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdy nie fakt, że zarodek utrzymywany był w zamrożeniu przez 16 lat!

Mazowsze liderem na mapie „naczyniowej” Polski

Z prof. dr. hab. n. med. **Piotrem Ciostką**, kierownikiem I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej WUM w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii naczyniowej na Mazowszu, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Panie profesorze, na ilu oddziałach w województwie mazowieckim wykonuje się zabiegi chirurgii naczyniowej?

W 2016 r. na Mazowszu 15 oddziałów miało podpisane kontrakty z NFZ na wykonywanie tzw. hospitalizacji w ramach chirurgii naczyniowej. To oznacza dobrą dostępność świadczeń w województwie. Pięć szpitali ma oddziały z przyznanym drugim stopniem referencyjności: CSK przy ul. Banacha, CSK MSWiA przy ul. Wołoskiej, Wojskowy Instytut Medyczny, Instytut Hematologii i Transfuzjologii oraz mój Mazowiecki Szpital Bródnowski. Wykonują pełny zakres zabiegów chirurgii naczyniowej, choć NFZ narzuca pewne ograniczenia, m.in. przez niedoszacowanie wysokości kontraktów lub stawianie sztucznych barier administracyjnych. Przykładem jest wymóg posiadania aparatury do pozaustrojowego krążenia krwi, choć oddziały chirurgii naczyniowej takiej aparatury nie używają, a nawet gdyby użyły, nie mają za tę procedurę przewidzianej refundacji (zastrzeżono ją wyłącznie dla kardiochirurgii). W efekcie szpitale bez oddziału kardiochirurgii, które chcą wykonywać najbardziej skomplikowane zabiegi implantacji stentgraftów aortalnych z okienkami i rękawkami (tzw. fenestrowanych i branczowanych), kupiły lub wynajmują zbędną aparaturę, co jest nieracjonalne.

Jako konsultant wojewódzki sporadycznie spotykam się ze skargami na złą albo opieszłą pracę oddziałów. Wysoko oceniam pracowitość moich kolegów i jakość świadczonych przez nich usług. Mazowsze jest zdecydowanym liderem na „naczyniowej” mapie Polski.

Jakie jest zapotrzebowanie na wspomniane operacje?

Chirurgia naczyniowa w ostatnich latach ogromnie się przeobraziła. Nie jest już tradycyjną chirurgią, w której pracuje się przede wszystkim skalpelem. Obecnie większość zabiegów przeprowadza się wewnątrznaczyniowo, co do niedawna było wyłącznie domeną radiologii interwencyjnej. Ten nowy model terapii korzystnie zmienił nasze możliwości i szanse pacjentów. Operując ich, nie leczymy przyczyny, tylko skutki choroby. Miażdżyca postępuje, wraca i pacjentów trzeba operować powtórnie. Jest to łatwiejsze i mniej obciążające dla nich dzięki technikom wewnątrznaczyniowym. Czasami dochodzimy do kresu możliwości. Nie jesteśmy w stanie uratować każdej niedokrwionej kończyny i życia

wszystkich chorych, ale w większości przypadków się to udaje właśnie dzięki powtarzalności zabiegów wewnątrznaczyniowych. W dalszym ciągu mamy oczywiście możliwość stosowania ciągle aktualnych metod operacji klasycznych. Te podejścia terapeutyczne wzajemnie się uzupełniają z korzyścią dla pacjentów.

Które techniki są lepiej wyceniane przez NFZ?

Operacje klasyczne – nie tylko moim zdaniem, ale całego środowiska – są niedofinansowane. W związku z tym większość jest nierentowna dla szpitali. Lepsza wycena chirurgii wewnątrznaczyniowej do niedawna pozwalała dużym oddziałom w szpitalach publicznych, czyli przyjmującym bez selekcji wszystkich potrzebujących, zbliżyć się do oczekiwanego progu opłacalności. Niestety, teraz spotkał nas cios ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która obniżyła wyceny procedur wewnątrznaczyniowych. Np. implantacja stentgraftu aortalnego została zdewaluowana o 30 proc. To dramatyczna obniżka! Zapewne prace AOTMiT oparte są na bardzo wyrafinowanych naukowych metodach badawczych, ale jako praktyk i naukowiec nie mogę uwierzyć w prawidłowość przyjętych założeń. Teorie opisujące rzeczywistość, których nie można potwierdzić doświadczalnie, powinny być odrzucone.

W przypadku operacji wewnątrznaczyniowych duże sumy pochłaniają używane materiały. Musimy i chcemy kupować dla chorych sprzęt najwyższej jakości. M.in. dzięki temu dorównujemy światowej czołówce. Nie mamy już kompleksów, nasze wyniki nie odbiegają od najlepszych na świecie, a wprowadzane nowe rozwiązania terapeutyczne konkurują z zachodnimi. Bez dostępu do wysokiej jakości sprzętu nie będziemy uzyskiwać dobrych wyników. Kupujemy, tak jak wszyscy, od firm o zasięgu globalnym, oferujących urządzenia i materiały wszędzie w podobnej cenie. Wątpię, aby chciały akurat dla nas ją obniżyć.

Rozmowy z dyrekcjami szpitali już dotychczas były trudne, gdy nasze oddziały staną się nierentowne, będzie tylko gorzej. Dyrektorzy chcą mieć oddziały, które finansowo się bilansują. Odpowiedzialność za rentowność przenoszą na ordynatorów oddziałów/kierowników klinik. Nasza przyszłość maluje się w ciemnych barwach. Czujemy się poszkodowani i obawiamy się, że w pracy będziemy ograniczani. Chirurg



Fot. P. Wierzychowski

musi mieć swobodę wyboru metody, nie może w czasie zabiegu myśleć o kosztach.

Czy uważa pan, że liczba specjalistów jest wystarczająca?

Raczej tak. Dzięki ankiecie, którą przeprowadziłem w 2015 r., wiem, że na oddziałach chirurgii naczyniowej pracowało 78 specjalistów w tym zakresie. Według aktualnych danych warszawskiej Izby Lekarskiej jest ich na Mazowszu aż 122. Część to emeryci, część mimo kwalifikacji nie wykonuje zabiegów chirurgii naczyniowej. Niemniej jednak pod względem liczby specjalistów w stosunku do liczby mieszkańców mieścimy się w górnej części tabeli w Europie, mamy ich więcej niż np. Francja.

Istotniejsze jest pytanie, czy wszyscy reprezentują jednako wysoki poziom i, co za tym idzie, czy są w stanie zaferować ten sam koszyk oraz poziom świadczeń? Na to pytanie będzie można jednak odpowiedzieć dopiero po zapowiadanych uruchomieniu Rejestru Operacji Naczyniowych. Aktualnie na Mazowszu wykonuje się najwięcej operacji naczyniowych w całej Polsce. Mamy elitę chirurgów, którzy przeprowadzają pełną gamę zabiegów. Mają też bardzo dobre wyniki, dzięki powtarzalności procedur i naby-

tym umiejętnościom. Warto podkreślić, że kadra decyduje o jakości świadczonych usług. Liczy się nie tylko statystyka.

Zmienił się system kształcenia specjalistów. Jak pan ocenia obecny?

Mam do niego coraz więcej zastrzeżeń. Komisje egzaminacyjne twierdzą, że kandydaci są coraz słabiej przygotowani. Wątpliwości dotyczą systemu modułowego kształcenia. Przez pierwsze dwa lata chirurg zdobywa szlify w chirurgii ogólnej. W tym czasie zadaniem lekarza jest tylko dążenie do wykonania programu. Nie wymaga się, aby zrobił go w całości, nie ma też sprawdzianu jego wiedzy po tym okresie. Inny problem – specjalizację szczegółową, czyli chirurgię naczyniową, kandydaci wybierają bezpośrednio po studiach, a część z nich nie miała żadnego kontaktu z tą dziedziną. Dobrze zdany LEP i wysoka liczba punktów w systemie naboru wystarczają, aby się zakwalifikować. Ani kandydat, ani jego nauczyciele nie wiedzą, czy on na pewno nadaje się do tej dziedziny. Nic nie wiemy o jego zdolnościach manualnych. Kiedyś chirurgia naczyniowa była nadspecjalizacją, szkolenie trwało dłużej – sześć lat chirurgii ogólnej i dwa nadspecjalizacji, był czas na właściwy dobór i świadome wybory kandydatów. Trwało to długo, ale w wielu krajach, np. w Szwajcarii, na „naczyniowca” trzeba się kształcić kilkanaście lat.

Poziom wiedzy i umiejętności młodych jest zróżnicowany, zależny od ośrodka szkoleniowego. Niektórzy

podczas szkolenia pewnych trudnych zabiegów nigdy nie wykonali samodzielnie, szczególnie jeśli kształcili się w peryferyjnym oddziale, gdzie ich się w ogóle nie robi. Dlatego tak elitarne specjalizacje jak nasza moim zdaniem należy prowadzić wyłącznie w ośrodkach o najwyższym poziomie referencyjności. Oddziały powinny zapewniać rezydentom pełne, aktywne i odpowiedzialne uczestnictwo w pracy placówki, nie tylko w sensie prowadzenia dokumentacji, ale przede wszystkim udziału w procesie leczenia, ze szczególnym naciskiem na wykonywanie zabiegów. Proces przyznawania akredytacji na prowadzenie szkolenia powinien zostać uregulowany. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia pracuje już nad tym problemem. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii naczyniowej:
prof. dr hab. n. med. Piotr Ciostek,
I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
Szpital Bródnowski, tel.: 22-326-52-00

Konsultant krajowy:
prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak,
Klinika Chirurgii Ogólnej CSK MSWiA, tel.: 22-508-12-59



Fot. archiwum

cz. 4

(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 dołączyć 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 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.

Buprenorfina

Buprenorfina jest opioidem o właściwościach częściowego agonisty receptora opioidowego μ oraz antagonisty receptora κ . Działa również przez receptory nocyceptyny. Cechą charakterystyczną częściowych agonistów receptorów opioidowych jest występowanie tzw. efektu pułapowego. W przedziale dawek terapeutycznych (poniżej 7 mg na dobę) krzywa zależności dawka – efekt układa się liniowo, czyli każdemu zwiększeniu dawki buprenorfiny towarzyszy poprawa

efektu przeciwbólowego. Oznacza to, że w tym przedziale dawek buprenorfina zachowuje się jak czysty agonista. Efekt pułapowy uzyskiwany jest dopiero po stosowaniu bardzo wysokich, przekraczających 16 mg na dobę dawek. Do tak wysokich dawek nie dochodzi się nawet w terapii uzależnień. Buprenorfinę cechuje, w przeciwieństwie do innych silnych opioidów, efekt pułapowy w zakresie depresyjnego działania na ośrodek oddechowy, co czyni ją szczególnie przydatną w leczeniu bólu nienowotworowego, zwłaszcza u chorych w wieku podeszłym. Wydalana jest w 70–80 proc. w postaci niezmienionej przez przewód pokarmowy i tylko w 10–30 proc. w postaci metabolitów z moczem, dlatego nie trzeba redukować dawek leku u chorych z upośledzoną czynnością nerek. U pacjentów w podeszłym wieku właściwości farmakokinetyczne buprenorfiny pozostają niezmienione, dlatego jej dawkowanie nie wymaga istotnej modyfikacji.

Niskie ryzyko rozwoju tolerancji powoduje, że w przypadku buprenorfiny wolniej niż w przypadku czystych agonistów narasta tolerancja i znacznie rzadziej konieczne jest zwiększanie dawki. Mniej uporczywe są również towarzyszące terapii zaparcia. Z uwagi na silne powinowactwo buprenorfiny z receptorami opioidowymi efekt przeciwbólowy występuje już przy związaniu <50 proc. receptorów opioidowych, co pozostawia dużą „rezerwę opioidową” pozwalającą na stosowanie w razie potrzeby buprenorfiny w połączeniu z innymi opioidami (np. morfina). Buprenorfina szybko wchłania się przez śluzówkę jamy ustnej, dlatego jest stosowana w postaci tabletek podjęzykowych w dawce początkowej 0,2–0,4 mg, co 6–8 godzin, a ze względu na mały rozmiar cząsteczki i wysoką lipofilność – także w postaci przezskórnych plastrów uwalniających odpowiednio 35, 52,5, 70 μ g buprenorfiny na godzinę. Czas działania plastra wynosi 4 dni, zwykle jednak dla wygody stosuje się go w stałe dni, dwa razy w tygodniu, czyli co 3,5 doby (plaster generyczny wymieniany jest co 3 doby).

OGŁOSZENIE



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

Metadon

Metadon to silny opioid, który oddziałuje na receptor opioidowy μ , ale prawdopodobnie również na receptor δ , aktywuje układ serotoninowy i jest antagonistą receptora NMDA. To lek opioidowy o najbardziej złożonej farmakokinetyce. Tylko 1 proc. metadonu występuje we krwi, pozostała część tworzy rodzaj rezerwuaru w tkankach, stąd bardzo długi czas eliminacji tego leku. Metadon jest metabolizowany w wątrobie i ścianie jelit do kilku nieaktywnych metabolitów, a następnie wydalany przez nerki i przewód pokarmowy (do 60 proc.). Ilość metadonu wydalanego z moczem zależy od jego kwasowości: spadek pH moczu powoduje zwiększenie ilości metadonu wydalanego z moczem. U chorych z niewydolnością nerek nie zmienia się klirens metadonu, zwiększa się natomiast ilość leku wydalanego przez przewód pokarmowy. Może być w związku z tym bezpiecznie stosowany u pacjentów z niewydolnością nerek, również dializowanych. Okres półtrwania metadonu wydłuża się istotnie u chorych z ciężką niewydolnością wątroby, co nakazuje bardzo rozważne stosowanie leku u chorych z tej grupy. Podając metadon, należy pamiętać o jego długim i bardzo zmiennym czasie eliminacji, który wynosi 15–75 godzin. Oznacza to, że po wprowadzeniu zmian w dawkowaniu stan równowagi między absorpcją a wydalaniem ustala się najwcześniej po upływie kilku dni. Terapię metadonem rozpoczyna się zazwyczaj od dawek 2,5–5 mg podawanych doustnie, co 8–12 godzin.

Podobnie jak w przypadku innych silnych opioidów ważne są interakcje farmakodynamiczne metadonu, w tym z benzodiazepinami i innymi lekami działającymi depresyjnie na OUN. Istnieją doniesienia o wystąpieniu zespołu serotoninowego u chorych leczonych metadonem w skojarzeniu z sertralina, wenlafaksyną i ciprofloksacyną. Metadon należy do leków, które mogą wydłużać odstępn QT. U pacjentów leczonych dużymi dawkami tego leku, przy współistnieniu innych czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń rytmu serca i w połączeniu ze stosowaniem innych leków, takich jak: haloperidol, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD), ciprofloksacyna, może to być przyczyną wystąpienia zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca. Ze względu na takie ryzyko nie zaleca się łączenia metadonu z fentanylem. Poza terapią bólu przewlekłego metadon jest stosowany w leczeniu uzależnienia od opioidów oraz zespołów abstynencyjnych. Należy jednak pamiętać, że długi okres półtrwania tego leku w tkankach, możliwość kumulacji oraz osobnicze odmienności w farmakokinetyce sprawiają, że jego dawkowanie jest bardzo indywidualne i powinno być wdrożone przez lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej lub medycyny bólu.

Tapentadol

Tapentadol to pierwszy przedstawiciel nowej klasy farmakologicznej leków przeciwbólowych określanej MOR-NRI. Jest agonistą receptora opioidowego μ o powinowactwie 50 razy mniejszym od morfiny oraz inhibitorem zwrotnego wychwytu noradrenaliny, nie wykazuje natomiast wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny. Lek jest metabolizowany głównie w wątrobie (w 97 proc. w procesie glukuronizacji), a jego metabolity nie mają działania analgetycznego. Nie

wykazano jego wpływu na enzymy CYP450, nie stwierdzono także istotnych klinicznie interakcji z innymi lekami, takimi jak: paracetamol, kwas acetylosalicylowy, NLPZ, omeprazol, metoklopramid.

Tapentadol nie wywiera wpływu na układ serotonergiczny, w związku z tym nie zwiększa ryzyka niekorzystnych interakcji po łącznym podaniu z lekami z grup SNRI, SSRI, TLPD i lekami przeciwdrgawkowymi. To bardzo ważne dla znacznego odsetka pacjentów z bólem przewlekłym leczonych przy zastosowaniu terapii skojarzonej. W przeprowadzonych dotychczas badaniach doświadczalnych i klinicznych stwierdzono dobrą skuteczność tapentadolu, zarówno w zespołach bólu ostrego (somatycznego i trzewnego), jak i przewlekłego, także bólu neuropatycznego.

Lek jest dobrze tolerowany, stwierdzono mniej przypadków zaprzestania leczenia niż w terapiach innymi opioidami, mniejszą ilość działań niepożądanych związanych z przewodem pokarmowym (nudności, wymiotów, zaparc) oraz bezpieczeństwo leku dla układu krążenia. Tapentadol podawany jest doustnie, w postaci preparatów o natychmiastowym uwalnianiu w dawce 50-75-100 mg, co 4–6 godziny (maksymalna dawka dobową 600 mg) lub preparatów o kontrolowanym uwalnianiu w dawce 25-50-100-150-200-250 mg 2 razy dziennie (maksymalnie do 500 mg na dobę). Wszystkie formy leku są dostępne w Polsce. Preparat od września 2016 r. jest refundowany dla chorych na nowotwór, przy udokumentowanej nieskuteczności morfiny lub jej nietolerancji.

Oksykodon

Oksykodon jest półsyntetycznym opioidem, alkaloidem tebainy, agonistą receptora μ i κ . W porównaniu z morfina cechuje go wysoka biodostępność po podaniu drogą doustną (42–87/22–48 proc.). Oksykodon jest metabolizowany przy udziale CYP3A4 i CYP2D6. Udział w metabolizmie oksykodonu dwóch typów cytochromu P450 sprawia, że ryzyko interakcji farmakokinetycznych z innymi lekami jest niewielkie. Nie zaleca się stosowania oksykodonu u chorych z ciężką niewydolnością nerek i wątroby. Działania niepożądane są podobne jak w przypadku innych opioidów. Podawany jest doustnie, dożylnie lub podskórnice. Tabletki oksykodonu o kontrolowanym uwalnianiu dostępne są w dawkach 5, 10, 20, 40 i 80 mg.

W ostatnim okresie wprowadzono do terapii lek będący połączeniem oksykodonu z antagonistą receptora opioidowego – naloksonem (Targin) w preparacie o kontrolowanym uwalnianiu. Dodatek naloksonu o kontrolowanym uwalnianiu eliminuje zaporcia, nie wykazuje natomiast działania ośrodkowego, w związku z tym nie odwraca efektu analgetycznego oksykodonu. Jest to możliwe dzięki bardzo intensywnemu metabolizmowi wątrobowemu naloksonu (w 97 proc. ulega on efektowi pierwszego przejścia przez wątrobę), który zabezpiecza przed przedostawaniem się większych ilości leku do krążenia systemowego i w następstwie przed osłabieniem efektu analgetycznego oksykodonu. Maksymalna dawka oksykodonu z naloksonem przy wydolnej wątrobie wynosi 160 mg na dobę. ■

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



Prawo do leczenia bólu

Organizacje pacjentów, wspierane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, postulują zmianę przepisów w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta tak, aby prawo do leczenia bólu było gwarantowane każdemu choremu, a nie tylko osobom w stanach terminalnych, jak jest obecnie. Ponadto domagają się wprowadzenia zapisu nakładającego na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązków oceniania dolegliwości bólowych, leczenia i monitorowania objawów niepożądanych oraz opracowania standardów postępowania przeciwbólowego.

Lekarze i pacjenci są zgodni, że leczenie bólu powinno być integralną częścią terapii osób z różnymi schorzeniami, którym towarzyszą dolegliwości i cierpienia. Dotyczy to nie tylko pacjentów z nowotworami. Chorzy z bólem przewlekłym nienowotworowym powinni mieć dostęp do leczenia na zasadach przyjętych dla chorych onkologicznych. Zasady te powinny być stosowane we wszystkich ośrodkach medycznych w kraju. Takie postulaty od dawna wysuwają stowarzyszenia pacjentów.

O ile uśmierzenie bólu nowotworowego powoli przestaje być rzadkością, o tyle ból przewlekły innego pochodzenia w dalszym ciągu jest źle leczony albo nieleczony wcale. Świadczą o tym statystyki. W Polsce cierpi z powodu bólu 27 proc. dorosłej populacji (średnia europejska – 19 proc.). Właściwie dobrana terapia bólu o umiarkowanym i silnym natężeniu nie tylko przynosi ulgę pacjentowi, ale może też zminimalizować liczbę powikłań towarzyszących zespołom bólowym oraz związanych z nimi hospitalizacji.

Przekonanie o tym, że leczenie bólu jest tak samo ważne jak wszelkich chorób, pojawiło się stosunkowo niedawno. Stary pogląd „rak musi boleć” do dziś pokutuje w wielu środowiskach. Bywa, że pacjenci nie proszą o złagodzenie cierpienia. Wynika to z niechęci do zgłaszania dolegliwości i okazywania słabości, z uwarunkowań kulturowych typu: cierpienie uszlachetnia, przekonania, że ból ustąpi samoistnie, a także z obawy przed kosztami i uzależnieniem od leków, wreszcie z lęku przed wystąpieniem objawów niepożądanych. Nie zawsze zatem brak działania ze strony lekarza jest efektem jego niezrozumienia pacjenta czy niechęci do stosowania skutecznych leków przeciwbólowych.

Z drugiej strony prawdą jest też, że płatnik i administracje placówek ochrony zdrowia dobrze postrzegają leczenie bólu, ale bez dodatkowych kosztów. W przypadkach bólu pooperacyjnego spotyka się opinie: jeżeli wynik operacji jest dobry, ból ustąpi po kilku dniach. Po co stosować wymyślne i kosztowne techniki medyczne? Jednak liczba tak myślących zmniejsza się. Świadczą o tym coraz liczniej powstające szpitalne oddziały „leczenia bez bólu” oraz poradnie leczenia bólu w przychodniach.

– Pacjenci z bólem przewlekłym nienowotworowym w Polsce są leczeni głównie przez lekarzy rodzinnych, którzy nie zawsze mają dostateczną wiedzę na temat możliwości właściwego monitorowania i leczenia bólu – mówi **prof. dr hab. med. Jarosław Drobnik** z Katedry Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Należy znać stopnie drabiny analgetycznej, stosować nie tylko niesteroidowe leki przeciwzapalne i paracetamol, ale i opioidy, łącznie z silnymi. Te ostatnie są stosowane rzadko i – bez konsultacji ze specjalistami z medycyny paliatywnej – bardzo ostrożnie. Silne opioidy, np. morfina, często kojarzą się zarówno lekarzom, jak i pacjentom z uzależnieniem, stygmatyzacją, stanem terminalnym. A jednak lekarze medycyny paliatywnej zalecają ich stosowanie z zachowaniem zasad i po przełamaniu barier związanych z opioidofobią. ■ **mkr**



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 25.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Już blisko 2500 lat temu Hipokrates przysięgał: „Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawniać nie można, milczał o tym będę, za świętą tajemnicę to mając”.

Oczywiście obowiązek zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie i jego otoczeniu ma swoje granice. I jasne, że są okoliczności, w których nie tylko można, ale nawet należy je odpowiednim osobom ujawnić.

Po pierwsze, sam chory może lekarza zwolnić z obowiązku zachowania tajemnicy. Zwykle dotyczy to określonych osób, ale pacjent może także (udzielając wyraźnego upoważnienia) pozwolić na informowanie opinii publicznej o jego stanie zdrowia.

Po drugie, lekarz powinien (najlepiej uprzedzając o tym pacjenta) ujawnić fakty zwykle objęte tajemnicą, jeśli ich nieujawnienie w istotny sposób zagraża czyjemuś zdrowiu lub życiu.

I wreszcie po trzecie, są okoliczności, w których przepisy prawa zwalniają lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy: gdy badanie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych do tego organów i instytucji, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń, a także gdy tak stanowią ustawy.

Warto jednak pamiętać, że decydując się na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, lekarz zawsze powinien zachowywać daleko idącą wstrzeźliwość i ograniczyć to ujawnienie do rzeczywiście niezbędnego zakresu. ■





Tadeusz Tołłoczko

Cena postępu

Myśli technologiczna i techniczna są katalizatorami postępu w każdej dziedzinie życia, a więc zarówno w nauce, jak i w medycynie praktycznej. Obraz współczesnej ochrony zdrowia kształtowany jest również przez postęp techniczny. Dlatego umiejętności techniczne lekarza w coraz większym stopniu determinują poziom personalnej fachowości. Dzisiejszy lekarz musi umieć stosować nowoczesne metody i narzędzia, a uzyskane wyniki właściwie interpretować.

Nie można jednak zapominać, że medycyna kliniczna to nie tylko technika i technologia diagnozowania oraz leczenia, choć współczesność nadaje jej takie znamiona. Technika i technologia są pozbawione uczuć i empatii. Mogą więc być narzędziem czynienia i dobra, i zła. Bywają jednak nośnikami humanistycznych aspektów życia w przestrzeni choroby i śmierci. Poza tym nie czynią ludzi lepszymi wobec innych, ale mogą im w tym pomóc lub przeszkodzić, a nawet zaszkodzić.

Korzyści płynące z eksplozji postępu technicznego wiążą się z poważnym niebezpieczeństwem. Wpajanie lekarzom przekonania, że wszystko, co jest wykonalne technicznie, może być zastosowane w działalności klinicznej, choć człowiek nie ma do tego prawa w odniesieniu do innego człowieka, jest drogą na moralne manowce.

Ponadto ujawnia się tu wątpliwość, czy na pewno chcielibyśmy żyć w świecie sterowanym przez technikę i komputery, które typowo ludzkie uczucia, takie jak miłość, przyjaźń, współczucie, dobro, kwalifikowałyby według zasady „zerjedynkowej”, jako zysk lub stratę? Wyrządzone zło przynosić może zysk, a czynione dobro finansową stratę.

Widząc spowodowane postępu zagrożenie ekologiczne lub dla godności człowieka, należy uznać, że nieokiełnany postęp cywilizacyjny staje się chorobą. Według Alberta Einsteina „odpowiedzialność spada na tych, którzy robią użytek z nowych narzędzi, a nie na tych, którzy przyczy-

niają się do postępu nauki”. Odpowiedzialnością zatem obarcza polityków, nie uczonych. Negatywne skutki wlicza się jednak w „koszt postępu”. Postęp nauki i techniki nie czyni ludzi ani lepszymi, ani bardziej odpowiedzialnymi za odkrycia i sposób ich wykorzystania. Rodzące się moralne wątpliwości dotyczące postępu są zagłuszane, a zasady moralne liberalizowane. Ludzie ze swojej natury nie akceptują ograniczeń, poświęceń i starają się obejść stawiane im wymagania. Dlatego dochodzi do przewartościowania wielu podstawowych pojęć, takich jak wolność, godność, a nawet wartość człowieka, skoro dopuszcza się myśl, że może być traktowany jak surowiec do przeróbki.

Ponadto zawrotne tempo rozwoju nauki i techniki powoduje niedostateczną nad nim kontrolę, co stwarza okazję do omijania, a nawet lekceważenia obowiązujących zasad moralnych i kodeksu „etyki w nauce”.

Postęp naukowy i techniczny w medycynie przynosi niezwykłe korzyści, stwarza jednak również zagrożenia ekonomiczne. Są nimi m.in. lawinowo rosnące koszty wprowadzania w życie coraz skuteczniejszych, ale i droższych metod oraz procedur leczenia. Sprawić to może, że przyrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia przekroczy przyrost dochodu narodowego w najbogatszych nawet krajach.

Bardzo obrazowo problem ten przedstawiła przed laty E. Cichocka, pisząc, że system się zbilansuje dopiero wtedy, gdy wszyscy płacący składki umrą z głodu i zabraknie pacjentów.

Import technologii

Współczesna technologia wraz z telekomunikacją i informatyką rewolucjonizuje medycynę i stanowi siłę napędową jej postępu i sukcesów, ale my niestety stajemy się dla niej tylko rynkiem zbytu. Nie ma taniej medycyny w epoce drogich technologii, a ich import wymiennie zwiększa koszt świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak dehumanizacja medycyny nie osiągnęła u nas jeszcze szczytu czy raczej dna.

Lekarze polscy z zadziwiającą łatwością potrafią tropić i wykrywać nowe możliwości techniczne oraz, łącząc wielką odwagę z perfekcją, szybko wdrażać je do codziennej praktyki.

Sterowanie zapotrzebowaniem

W nie tak znów bardzo odległych, ale już „zamierzczłych” czasach wielcy przemysłowcy zastanawiali się, co konsumenci chcą mieć, co im się podoba, czyli co będą kupować. Współcześni producenci rozważają natomiast nie to, co konsumenci będą chcieli kupować, ale co mają chcieć kupować. Kreują ich preferencje, wpływają na gusty, pragnienia, upodobania. Planują produkcję przed popytem, aby nadażyć z nią w optymalnym czasie, przed konkurencją. Procesem tym kierują wyspecjalizowani menedżerowie. Sterują wzrostem zapotrzebowania na produkowane towary, a za pomocą rozmaitych zabiegów socjotechnicznych sprawiają, że będziemy zachłystywać się wolnością wyboru, racjonalnością zakupów i posiadaniem dobrego gustu, zgodnego z nową modą.

To skuteczna metoda zwiększania sprzedaży nowości technicznych, również aparatury medycznej oraz leków. Współczesne ośrodki naukowe stają się gałęzią przemysłowej przedsiębiorczości. Dla nich postęp naukowy jest etapem w drodze do celu, jakim jest finansowy zysk. Dysponując wielkim potencjałem finansowym, tworzą z kolei wielkie centra naukowych sukcesów. ■ red. kb

doniesienia naukowe



Defibrylator przedłuża życie

Konwertery-defibrylatory (ICD) u osób starszych są bardziej przydatne w ratowaniu życia niż podejrzewano. Z najnowszych badań wynika, że w ciągu dwóch lat po wszczępieniu takiego aparatu nadał żyło prawie 80 proc. pacjentów po 65. roku życia, którzy mieli to szczęście, że przeżyli nagłe zatrzymanie akcji serca lub ciężką arytmie.

Mowa o badaniach 12,4 tys. pacjentów, których dane zgromadzone w latach 2006–2009 w prawie tysiącu szpitali amerykańskich. Dotyczą osób, które przeżyły nagłe zatrzymanie akcji serca, a potem implantowano im defibrylator. Głównym autorem opracowania jest prof. Frederick Masoudi z University of Colorado.

Lekarza zaskoczyły tak dobre efekty terapii. Zwraca uwagę, że dane pochodzą sprzed kilku lat, a od tego czasu nastąpił dalszy postęp w konstrukcji konwerterów-defibrylatorów oraz ich wykorzystania w leczeniu. Przeciętna wieku badanych wyniosła 75 lat, co czwarty był przed siedemdziesiątką i tyle samo pacjentów przekroczyło 80. rok życia.

Śmiertelność wśród badanych w okresie dwuletnim wyniosła 21,8 proc., przy czym w młodszej grupie (przed siedemdziesiątką) nie przekraczała 15 proc., a w starszej (po 80. roku życia) sięgała 30 proc. W dwuletnim okresie obserwacji 65,4 proc. pacjentów wymagało hospitalizacji: w młodszej grupie 60,5 proc., a w starszej 71,5 proc. (styczeń 2017, „Journal of the American College of Cardiology” DOI: 10.1016/j.jacc.2016.10.063).

Za dużo astmy w astmie

Być może zbyt często stawia się diagnozę: astma, przynajmniej w Kanadzie. Dr Shawn Aaron z Uniwersytetu w Ottawie między styczniem 2012 r. i lutym 2016 w dziesięciu miastach kanadyjskich przebadał ponownie 613 osób, u których w ostatnich pięciu latach (licząc od postawienia przez niego diagnozy) wykryto tę chorobę. Aż u 203 chorych, czyli w co trzecim przypadku, specjalistyczne badania, m.in. przy użyciu spirometru, nie potwierdziły występowania astmy.

Oczywiście, można podejrzewać, że nastąpiło wyleczenie, czego nikt nie sprawdził i chory nadal był leczony farmakologicznie. To jednak się zdarza w około 12 proc. przypadków astmy. Kanadyjski specjalista przyznaje, że w jego badaniach nie dało się tego stwierdzić. Jednak uwzględniając to, można mówić o nadwykrywalności schorzenia najmniej u co piątego chorego.

Z badań dr. Aarona wynika, że spośród 33 proc. pacjentów, u których nie potwierdzono astmy, 28 proc. nie wykazywało żadnej choroby układu oddechowego. 80 proc. (źle zdiagnozowanych) zażywało leki przeciwastmatyczne, w tym 35 proc. robiło to codziennie. U 90 proc. chorych (brali leki, choć nie mieli astmy) w ciągu roku bezpiecznie można było odstawić farmakoterapię.

Jaki wniosek? Dr Aaron zwraca uwagę, że podejrzenia astmy należy potwierdzić specjalistycznymi testami, takimi jak spirometria. Należy je również powtórzyć kontrolnie. Z jego badań wynika, że w trakcie pierwotnej diagnozy w połowie przypadków nikt takich badań nie zlecił (styczeń 2017, „JAMA” 317(3):269-279. doi:10.1001/jama.2016.19627).

Delirium szpitalne grozi demencją

Należy większą uwagę zwracać na delirium szpitalne, które może występować nawet u co trzeciego hospitalizowanego pacjenta po 70. roku życia, szczególnie u chorych po operacjach lub przebywających na oddziale intensywnej terapii. Badania specjalistów University College London oraz University of Cambridge wykazały, że pogarsza ono zdolności poznawcze i przyspiesza rozwój demencji.

Dr Daniel Davis z UCL, który kierował badaniami, twierdzi, że delirium szpitalne jest niezależnym czynnikiem ryzyka demencji. Specjalista powołuje się na pośmiertne badania 987 mózgow osób w wieku co najmniej 65 lat, które za życia zgodziły się na autopsję. Poszukiwano u nich patologicznych białek świadczących o chorobie, takich jak beta amyloid. Występowały u 279 badanych, czyli u 28 proc. pacjentów.

Patologiczne białka znaleziono również w mózgach osób, u których nie dochodziło do delirium, ale u nich zmiany postępowały wolniej niż u pacjentów ze stwierdzonym zaburzeniem. Wiedzano o tym, ponieważ przed śmiercią chorzy ci byli regularnie badani na obecność delirium przez średnio pięć lat (za pomocą testu Mini-Mental State Examination score).

Dr Davis twierdzi, że większość przypadków delirium szpitalnego nie jest rozpoznawana, choć trwa zwykle od kilku dni do kilku tygodni. Jego zdaniem to błąd, podobnie jak ignorowanie tego stanu. Poza pogorszeniem zdolności poznawczych delirium zaburza krzepliwość krwi i sprzyja zapaleniom płuc (18 stycznia 2017, „JAMA Psychiatry”).

Mózg wcześniaka warto zbadać

Obrazowanie mózgu wcześniaka przy użyciu rezonansu magnetycznego pozwala wykryć niepokojące zmiany, które bywają zwiastunem zaburzeń rozwojowych. Chodzi głównie o uszkodzenia istoty białej, które mogą skutkować opóźnieniem w rozwoju motorycznym i intelektualnym. Wczesna diagnostyka daje szansę zapobieżenia im lub przynajmniej złagodzenia ich.

Tak uważa dr Steven P. Miller z Hospital for Sick Children w Toronto, który ze swym zespołem obserwował 58 wcześniaków z wykrytym uszkodzeniem substancji białej. Analizowano ich zdolności motoryczne, językowe oraz rozumowania w wieku 1,5 roku oraz po 7 latach od urodzenia. Badane dzieci przyjęto na oddział intensywnej terapii British Columbia’s Women’s Hospital and Health Centre w Vancouver.

Z ustaleń dr. Millera wynika, że występowanie uszkodzeń istoty białej w płacie czołowym może skutkować gorszymi zdolnościami rozumowania. Specjalista przyznaje, że wcześniaki, które przyszły na świat przed 31. tygodniem ciąży, z reguły gorzej rokują pod względem zdolności ruchowych, językowych i intelektualnych, jednak wczesne rozpoznanie uszkodzeń istoty białej pozwala podjąć właściwe działania zaradcze (24 stycznia 2017, „Neurology”). ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

O tajemnicy lekarskiej raz jeszcze

Filip Niemczyk, adwokat

Jakiś czas temu zgłosiła się do mnie pewna kobieta z prośbą o poradę prawną. W rozmowie telefonicznej poprzedzającej spotkanie oświadczyła, że doszło do naruszenia praw pacjenta. Z jej sprawą wiąże się ciekawy casus prawny, który pozwala sformułować kilka pytań i uwag dotyczących tajemnicy lekarskiej.

Osoba, której udzielałem porady, była pacjentką lekarza specjalisty. Nawiązała bliską relację z lekarzem, której efektem jest wspólne dziecko. Związek nie trwał długo, a po jego zakończeniu dziecko pozostało przy matce. W rezultacie pojawiła się kwestia alimentów, co do wysokości których rodzice dziecka nie byli w stanie się porozumieć. Sprawa trafiła do sądu rodzinnego. W toku procesu o alimenty formułowano różne argumenty. Pozwany lekarz w piśmie dowodził m.in., że alimenty na dziecko nie powinny być wysokie, ponieważ on nigdy tego dziecka nie chciał, a matka w okresie wspólnego pożycia wprowadziła go w błąd. Zapewniała mianowicie, że ze względów medycznych nie może zająć w ciąży. Lekarz już po rozstaniu z partnerką i w związku z toczącą się sprawą rodzinną sprawdził w dokumentacji z jej leczenia ginekologicznego, prowadzonego przez innego lekarza, aczkolwiek w tej samej placówce medycznej, że w tamtym czasie u pacjentki nie stwierdzono przeciwwskazań do zajścia w ciążę. Czy opisany stan faktyczny pozwala na sformułowanie wobec ojca, który jest lekarzem, zarzutu naruszenia tajemnicy lekarskiej?

Nie ulega wątpliwości, że tajemnicą lekarską objęte jest wszystko, o czym lekarz dowiedział się w związku z wykonywaniem zawodu. Mówi o tym zarówno art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak i art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej. „Wszystko” oznacza więc to, co lekarz usłyszał w wywiadzie z pacjentem, co sam spostrzegł w toku badania i czego dowiedział się z dokumentacji medycznej. Tajemnica obejmuje nie tylko informacje służące bezpośrednio diagnostyce i terapii zaordynowanej przez lekarza, ale wszelkie dane dotyczące pacjenta, chociażby dla procesu leczenia nie były istotne, takie jak stan rodzinny, sytuacja materialna, preferencje seksualne i inne, o ile uzyskane zostały w związku z wykonywaniem zawodu lekarza.

Wróćmy do opisanego przypadku. Czy ojciec lekarz miał prawo sięgnąć do dokumentacji medycznej dotyczącej matki swego dziecka, jeśli dokumentacja powstała w związku z leczeniem u innego lekarza? W moim przekonaniu, o ile nie chodziło o zdrowie lub życie dziecka lub matki, a zatem pewną wyższą konieczność, lekarz nie miał takiego prawa. Proces z matką dziecka z pewnością nie uzasadniał wglądu w jej dokumentację, w szczególności jeśli powstała w toku leczenia u innego lekarza. Na dostęp doń powinna wyrazić zgodę pacjentka, ewentualnie lekarz mógłby do niej sięgnąć wtedy, gdyby miało to znaczenie dla świadczeń medycznych

udzielanych tej pacjentce, np. podczas konsultacji z lekarzem ginekologiem. W braku takich okoliczności należy przyjąć, że lekarz sięgnął do informacji, do których nie miał prawa dostępu.

Załóżmy, że ojciec lekarz posiadał wiedzę dotyczącą leczenia ginekologicznego matki swego dziecka, która była jego pacjentką, w związku z opieką medyczną, którą osobiście sprawował, a zatem zgodnie z prawem. Czy tak uzyskane informacje mógł wykorzystać w procesie cywilnym dotyczącym alimentów na dziecko? Należy udzielić odpowiedzi przeczącej. Lekarz powinien zachować w tajemnicy wszystko, o czym dowiedział się w związku z leczeniem pacjenta, a z zachowania tajemnicy może zwolnić go wyłącznie pacjent lub stosowne przepisy prawne. Nie uzasadnia złamania tajemnicy lekarskiej prywatny interes lekarza, a są nim niewątpliwie jego sprawy rodzinne, chociażby nawet wiązało się z nimi postępowanie sądowe i roszczenia pieniężne wobec niego.

Należy bowiem odróżnić od opisanej sytuacji, w której lekarz pozywany jest przez pacjenta w związku z zarzutem błędu. Jeśli chory lub prokurator formułują zarzut nieprawidłowego leczenia i wnoszą sprawę do sądu, lekarzowi przysługuje prawo do obrony, którego realizacja w sposób oczywisty może wiązać się z ujawnieniem tego, czego lekarz dowiedział się w związku z wykonywaniem zawodu w zakresie związanym ze sprawą. Mówiąc krótko: pacjent nie może jednocześnie oskarżyć lekarza

o błąd i nakazać mu zachowanie tajemnicy. Opisana sprawa jest jednak inna. Lekarz posłużył się informacjami uzyskanymi z dokumentacji medycznej po to, aby uzyskać korzystny wyrok w sprawie, która w żaden sposób nie była związana z leczeniem matki lub dziecka. Posłużenie się informacjami dotyczącymi leczenia ginekologicznego matki było w tej sprawie tym bardziej nieuzasadnione, że argument dotyczący chęci posiadania dziecka lub jej braku ze strony rodziców w sprawie o alimenty nie ma według kodeksu rodzinnego i opiekuńczego żadnego znaczenia.

Podsumowując, należy zatem stwierdzić, że pod pojęciem tajemnicy lekarskiej kryją się przede wszystkim obowiązki lekarza. Pacjent powierza lekarzowi wrażliwe dane, a lekarz nie może ich ujawnić, nawet jeśli ma osobisty interes w ich wykorzystaniu. Dysponentem tajemnicy lekarskiej jest pacjent, który ma prawo zwolnić lekarza z tajemnicy, a w określonych sytuacjach, przewidzianych przepisami, ujawnienie tajemnicy może nastąpić ze względu na ważny interes społeczny. Lekarz może czuć się zwolniony z tajemnicy także wtedy, gdy zarzuca mu się błąd, ponieważ ma prawo się bronić. W innych sytuacjach może narazić się na zarzut naruszenia praw pacjenta, zasad wykonywania zawodu lub dóbr osobistych osoby, co do której dopuścił się ujawnienia informacji objętych tajemnicą lekarską. ■

„ Pacjent powierza lekarzowi wrażliwe dane, a lekarz nie może ich ujawnić, nawet jeśli ma osobisty interes w ich wykorzystaniu.



Fot. archiwum

Pacjent, którego nigdy nie zapomnę CZ. 2

Jarosław Kosiaty

Niemy świadkiem opowieści o dziwnych pacjentach, a także o tym, co ciekawego można wyciągnąć (w sensie dosłownym) z chorego, są często ściany dyżurek lekarskich. Do naszego Zakładu Radiologii przy ul. Banacha trafił kiedyś na badanie kontrolne mężczyzna po wszyciu perforacji w końcowym odcinku przewodu pokarmowego. Przyczynę urazu poznaliśmy dopiero później, od kolegi chirurga. Otóż pacjent ów usiadł na drążku skrzyni biegów małego fiata. Miał jednak pecha, gdyż kulka wieńcząca drążek odkręciła się i została tam, gdzie weszła. Nasz łowca dziwnych wrażeń wpadł na kolejny oryginalny pomysł, że – w celu wydobycia „zguby” – usiadzie ponownie na drążku i wykona obrót wokół własnej osi. Niestety, kulka zdążyła się obrócić i próba ślepego wcelowania w gwint zakończyła się przebiciem ściany okrężnicy. Zgodziliśmy się z chirurgiem, że tego nie wymyśliłby żaden scenarzysta filmowy.

W domowym archiwum radiologicznym mam wiele innych przypadków. Do dziś pamiętam poszerzony cień śródpiersia na zdjęciu PA klatki piersiowej u młodej dziewczyny i poważny dylemat diagnostyczny (pakiety powiększonych węzłów chłonnych?). Po obejrzeniu *face to face* (a raczej *face to back*) pacjentki i powtórzeniu badania, przekonałem się, że „winowajcą” był schowany za jej plecami piękny, długi warkocz. Na innym zdjęciu („przeglądówce” jamy brzusznej), na samym środku widoczny był... pocisk karabinowy. Zdziwiony nietypowym znaleziskiem zapytałem pacjenta, czy wie, co nosi w brzuchu. Starszy mężczyzna odpowiedział: – *A tak, to z Powstania Warszawskiego. Szedłem z kolegą i zaczął do nas strzelać snajper niemiecki. Mój przyjaciel zginął, a ja dostałem w plecy. Młody powstaniec miał niezwykle szczęście, że nie doszło do wewnętrznego krwotoku ani perforacji jelit.*

O innej przygodzie opowiedziała mi moja mama Jadwiga Kosiaty, pracująca jako internistka w przychodni rejonowej przy ul. Czerniakowskiej w Warszawie. Mieli tam problem z pacjentem, który w dwuznaczny sposób zaczepiał wszystkie kobiety z personelu. Ale nosił wilk razy kilka.... Jedna z pielęgniarek mimo młodego wieku miała sztuczną szczękę. Pewnego razu nasz bohater zwrócił się do niej z przymilnym uśmiechem: – *Czy dostanę od pani buzi na zakończenie?* Kobieta błyskawicznie wyjęła szczękę z ust i podając ją na dłoni pacjentowi, oznajmiła z kamienną miną: – *A płoszę pana bałdzo.* Musiało to być na tyle silne przeżycie dla naszego Don Juana, że próby zdobywania względów pań w białych fartuchach skończyły się bezpowrotnie.

Praktycznie każda specjalizacja ma własne perełki. Oto kolejne listy nadesłane do portalu Esculap.com z opisami pacjentów, którzy zostawili trwałe ślady w naszej lekarskiej pamięci.

• Oddział ginekologiczno-położniczy w dużym mieście. Karta gorączkowa przy łóżku kobiety po porodzie z napisanym rozpoznaniem: „(...) *Filia viva matura**”. Wizytujący

lekarz stwierdza, że słowo „matura” zostało przekreślone i w to miejsce ktoś wpisał: „mgr inż.” Okazało się, że zrobiła to pacjentka. Na pytanie lekarza, dlaczego? padła odpowiedź: – *Przecież ja mam wykształcenie wyższe, a wy napisaliście, że maturę.* (nadesłał A.A.)

• Każdego dnia w pracy spotykamy różnych, czasem dziwnych ludzi, taki to zawód. Zdarza się jednak, zwykle niespodziewanie, ktoś z różnych względów absolutnie wyjątkowy. Jedną z takich osób była pacjentka, która przed laty trafiła do naszej chirurgicznej izby przyjęć około trzeciej w nocy. Nie mogła zasnąć z powodu uporczywego świądu stóp, a jego przyczyną okazała się „kwitnąca” grzybica między-palcowa. Jako dyżurny chirurg zaproponowałem natychmiast leczenie operacyjne, do którego jednak pacjentka odniosła się dosyć sceptycznie. Chciała dać sobie trochę czasu do namysłu, na co ja po krótkiej chwili bardzo ochoczo przystałem.

• Pamiętam młodego człowieka, którego o podobnej porze przywiozła do szpitala karetka pogotowia ratunkowego. Wezwał karetkę z powodu utrzymującego się od kilku godzin bólu lewej stopy, bez urazu. Ani wywiad, ani badanie fizykalnie nie wykazały żadnych odchyśleń od stanu prawidłowego. Klinicznie zupełnie nic, za to pacjent odczuwał potrzebę kontaktu z promieniowaniem rentgenowskim („może zrobić zdjęcie, bo to może ścięgną”). Około 20 minut zajęło mi tłumaczenie, czemu nie odwiezie go do domu karetka. Miał prawdziwy problem ze zrozumieniem zależności: karetka wozi chorych, a on jest zdrowy (zdrowych zaś wozi przedsiębiorstwo taksówkarskie).

• Pamiętam również jeszcze innego pacjenta, któremu na wysokości prawej łopatki dojrzał soczysty ropień (na bazie zainfekowanego kaszaka). Młody ten człowiek cierpiał ogromnie z powodu bólu miejscowego, jak również gorączki, ale nadal konsekwentnie myślał, „że samo przejdzie”. Myślenie to zarzucił ostatecznie po trzech dniach, oczywiście około drugiej w nocy. (nadesłał R.G.)

• Na SOR przywieziono mężczyznę w silnym zamroczeniu alkoholowym. Po pewnym czasie nasz krótkotrwały spokój w dyżurce został przerwany strasznym wrzaskiem. Po moim pobiciu rekordu w biegu na 100 m okazało się, że pacjent, gdy zauważył podłączoną kroplówkę, zaczął krzyczeć, aby „fłaszke odwrócić, bo wódka mu ucieka”. (nadesłał A.M.)

• Niektórzy chorzy mają specyficzne poczucie humoru, przyprowadzające nas o nagłe zaburzenia rytmu serca i skoki ciśnienia. Jeden z pacjentów postanowił wykręcić numer naszej koleżance. Poproszony o dostarczenie do badania próbki moczu, nalał do dużej, litrowej butelki rozcieńczoną herbatę. Na delikatną sugestię „proszę pana, to za dużo, wystarczyłaby jedna czwarta szklanki”, odpowiedział: – *Pani doktor, nie ma sprawy.* Po czym otworzył butelkę i na jej oczach wypił prawie całą zawartość. (nadesłał J.W.)

* *Filia viva matura* (łac.) – córka żywa, donoszona.

• W przykopalnianych poradniach odbywały się rano dantejskie sceny. Zwłaszcza w okresie prac polowych chłopo-górnicy namiętnie naciągali na zwolnienia lekarskie. W pewnym momencie do poczekalni wyskakuje z gabinetu wkurzony doktor X. i wrzeszczy, pokazując wskaziciela z grudką stolca: – Co, k..., to jest biegunka?! Jaka, k..., biegunka!!! W ciągu minuty poczekalnia opustoszała. Nikt nie chciał się narazić na kontakt ze wskazicielem. (nadesłał W.G.)

• A ja mam coś może nie tyle śmieszno, co pouczającego. Leczyłem pacjenta, który wyglądał jak zawodowy bandyta z taniego kryminału o mafii. Nie był jednak przestępcą, pracował jako statysta w filmach. Aby grać takie role, oprócz „nabitego” wyglądu i podgolonej głowy, miał jeszcze charakterystyczny tatuaż na szyi – strzałkę z pętlą i napisem „tylko dla kata”. Każda praca kiedyś się kończy i akurat w ostatnim dniu mojego przyjmowania w przychodni, właśnie on przyszedł. Coś mu doradziłem, a później jak każdemu powiedziałem, że od tej pory już nie pracuję w przychodni, a nim jako pacjentem zajmie się koleżanka, która będzie kontynuowała leczenie. Wtedy ten, wyglądający jak wcześniej opisałem, „napakowany” czterdziestoletni mężczyzna rozplakał się i rzucił mi się na szyję. Wielokrotnie dziękując, z płaczem opuścił przychodnię. Nie należy sądzić ludzi po wyglądzie... A mojego byłego pacjenta jeszcze kilka razy widywałem w epizodach polskich filmów, zwykle przy butelce wódki i z papierosem w zębach, przyjmującego zlecenia od swojego „szefa” (na co dzień nie tylko nie pił, ale i nie palił). No i ten charakterystyczny tatuaż... Zawsze wyeksponowany w kadrze. (nadesłał K.K.)

• W latach 90., pełniąc ostry dyżur laryngologiczny, przyjąłem 80-letnią pacjentkę z ostrą dusznością krtaniową. W badaniu stwierdzono guz krtani piętra górnego, całkowicie zasłaniający szparę głośni. Wywiadu nie udało się zebrać. W pozycji siedzącej wykonano konikotomię, przez którą założono cienką rurkę intubacyjną. Uzyskano krótkotrwałe ustąpienie duszności, jednakże dalsze wsuwanie rurki ku naszemu zdziwieniu wywołało bezdech. Nadal wsuwana rurka zagięła się ku górze i wypchnęła przez usta na zewnątrz kawał niepogryzionego mięsa! Oddech powrócił, nastąpiło *restitio ad integrum*** , choć nie ukrywam, przeżyłem spory stres.

I jeszcze inny, podobny przypadek. Pogotowie przywiozło nam 60-letniego mężczyznę z ostrą dusznością krtaniową, z masywnym obrzękiem warg, języka i szyi. W pozycji siedzącej wykonano tracheotomię. Po steroidoterapii uzyskano szybką poprawę, już w drugiej dobie nastąpiła dekaniculacja. I wtedy okazało się, że pacjent omyłkowo wyczyścił protezy zębowe...

enerdowską pastą do odkażania sedesu. A wszystko przez żonę, która „przeznornie” przełożyła żrącą substancję do innego opakowania. (nadesłał P.T.-Z.)

Na zakończenie anegdoty dotycząca kontroli z Narodowego Funduszu Zdrowia.

• W szpitalu, w którym pracuję, jest oddział leczenia oparzeń. Jedna z pań wizytujących oddział zapytała kiedyś, gdzie jest terminarz przyjęć i jak długi jest czas oczekiwania na przyjęcie na oddział. Czyż to nie jest piękne? (nadesłał R.K.)

Serdecznie dziękuję za wszystkie listy i... proszę o następne. ■

e-mail: redakcja@esculap.pl



Rys. K. Rosiecki

** *Restitio ad integrum* (łac.) – całkowite wyzdrowienie, pełny powrót do zdrowia.



Fot. archiwum

Stare i nowe źródła wiedzy lekarza

Krystyna Knypl

Przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej i ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zobowiązują nas do stałego poszerzania i aktualizowania wiedzy. Zobowiązanie to doprecyzowuje rozporządzenie ministra zdrowia o obowiązku ciągłego szkolenia podyplomowego. Może z wykonaniem tych zobowiązań bywa różnie, ale świadomość potrzeby uczenia się w naszym środowisku zawodowym jest powszechna. Od ciągłego uczenia się nie ma odwrotu.

Klasyczne źródła wiedzy

Praźródłem wiedzy lekarskiej pozostaje „Corpus Hippocraticum”, najstarsze dzieło pisane, pochodzące z lat 440–350 p.n.e. Metoda Hipokratesa opierała się na zasadach racjonalnych. Na podstawie badania, obserwacji chorego oraz własnego doświadczenia lekarz wyciągał wnioski diagnostyczne i zalecał leczenie. To Hipokrates wprowadził do medycyny takie określenia jak diagnoza czy prognoza, jest także autorem ponadczasowo aktualnego powiedzenia „Primum non nocere”. Był mistrzem dla swoich uczniów, a także wielu kolejnych pokoleń lekarzy, oraz autorytetem dla chorych, którzy nie mieli dostępu do wiedzy medycznej.

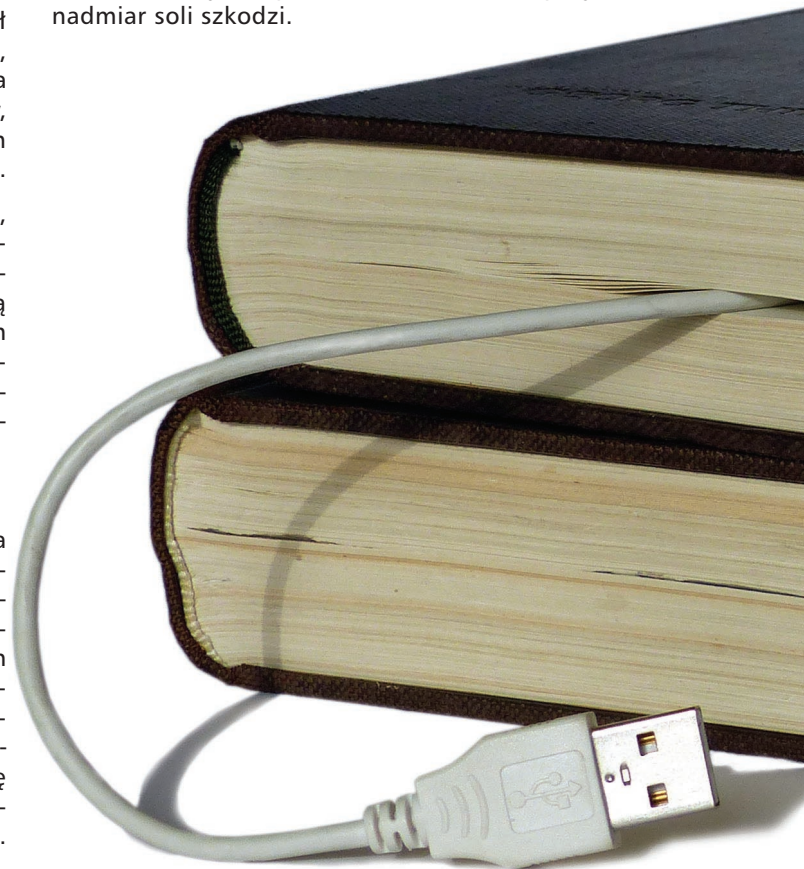
W ostatnim stuleciu podstawą działania lekarza były: intuicja, doświadczenie kliniczne oraz wiedza z biochemii i patofizjologii. Znajomość cyklu Krebsa, wykutego na drugim roku studiów, miała nas pasować na osoby obyte z medycyną kliniczną rozpoczynającą się w następnym sezonie akademickim. Z owym obyciem bywało różnie, a w niektórych przypadkach jego niedobór przybierał formy dość przewlekłe. Podpatrywaliśmy starszych kolegów, zdawaliśmy egzaminy i w naszym mniemaniu stawaliśmy się coraz mądrzejsi i bardziej doświadczeni.

Rewolucyjne lata 90.

Pewnie stan taki trwałby do dziś, gdyby nie rewolucyjne lata 90., które wyrzuciły wszystko do góry nogami. Przestaliśmy być służbą zdrowia, zostaliśmy ochroną zdrowia. Wybiliśmy się na pozycję nieluszną, więc nie wypadało, abyśmy zdobywali wiedzę w zgrzebnych salach wykładowych pamiętających wiek XIX, konieczne były nowe miejsca nauczania medycyny. Eleganckie centra konferencyjne z towarzyszącymi wykładom przerwami kawowymi i lunchami stały się naszymi nowymi uczelniami medycznymi. Ani się spostrzegliśmy, jak zaczęliśmy pochłaniać nową wiedzę między kęsami spaghetti bolognese a łykiem czerwonego wina.

Zewsząd płynął przekaz: „Oto nadeszła medycyna nowa, niech się stara schowa!”. Czym była owa nowa medycyna? To słynna Evidence Based Medicine, czyli medycyna oparta na faktach. Już sama nazwa jest bardzo przewrotna i sugeruje, że jest jakaś inna medycyna, oparta na fikcji.

EBM sięgała do danych epidemiologicznych i niewątpliwie wniosła wiele cennych informacji do medycyny (<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182722>). Największe w tym zakresie zasługi ma Framingham Heart Study, prowadzone na wybranej grupie mieszkańców niewielkiego miasteczka pod Bostonem. Na podstawie tych właśnie badań dowiedzieliśmy się o szkodliwości palenia papierosów i o konieczności leczenia nadciśnienia. Również badanie The Seven Countries Study, które dostarczyło danych o wpływie diety i stylu życia na nasze zdrowie, jest jednym z filarów EBM. Dzięki niemu wiemy, że nadmiar jonu sodowego w diecie jest bardzo szkodliwy dla naszego zdrowia. Wyniki tego badania na tyle zbulwersowały biznes solny całego świata, że poddano badanie ocenie sądu handlowego w Londynie. Znakomity profesor Graham Mac Gregor obronił fakty naukowe przed sądem i możemy bez przeszkód informować pacjentów, że nadmiar soli szkodzi.



Dalszy rozwój EBM związany był w mniejszym stopniu z jej pierwotnym rodowodem, czyli epidemiologią, w większym zaś z potężnym biznesem farmaceutycznym. Ustalenia czynione na podstawie badania starannie wyselekcjonowanych grup pacjentów, biorących udział w ocenie skuteczności działania wybranego leku, mają specyficzną wymowę i rozciąganie ich na wszystkich ludzi nie zawsze jest trafne. Bywa też, że na siłę lansuje się protokoły badań klinicznych przeczące wiedzy patofizjologicznej i zdrowemu rozsądkowi, co kończy się tragicznie, jak historia z rimonabantem lub ostatnio z preparatem BIA 10-2474.

Medycyna oparta na wiedzy z komputera

Rozpowszechnienie komputerów i Internetu zmieniło źródło wiedzy. Pacjenci nie pytają doktora, co im dolega, lecz po skontaktowaniu się z lekarzem pierwszego kontaktu, zwanym dr. Google, zawiadamiają swojego świadczeniodawcę o diagnozie i oczekiwanym leczeniu. Lekarze też nie w każdym przypadku posługują się osobistym doświadczeniem. Mogą, jako profesjonalści, korzystać z bardziej wyrafinowanych źródeł wiedzy, takich jak Medline (amerykańska narodowa biblioteka medyczna) czy baza artykułów Cochrane.

Dziś praktyka lekarska na całym świecie jest nieodłącznie związana ze żmudnym wypełnianiem dokumentacji elektronicznej (ang. *Electronic Health Record*) dotyczącej przybywających do naszych gabinetów pacjentów. Lekarz, który widział ich wielu, jest doświadczonym lekarzem. Czy komputer, który zgromadził w swej pamięci dane wielu pacjentów, może zamienić się w superdoktora? Pokusa postawienia takiej tezy jest spora. Pierwsze kroki w kierunku praktycznego wykorzystania informacji z dużych baz danych poczyniono z jednym z amerykańskich centrów onkologicznych. Zebrano dane z historii chorób 25 tys. pacjentek z ra-

kiem piersi i usiłowano wyciągnąć wnioski diagnostyczne, jednak okazało się to niemożliwe do automatycznego zrealizowania. Podobna sytuacja ma miejsce z badaniami nad genomem ludzkim.

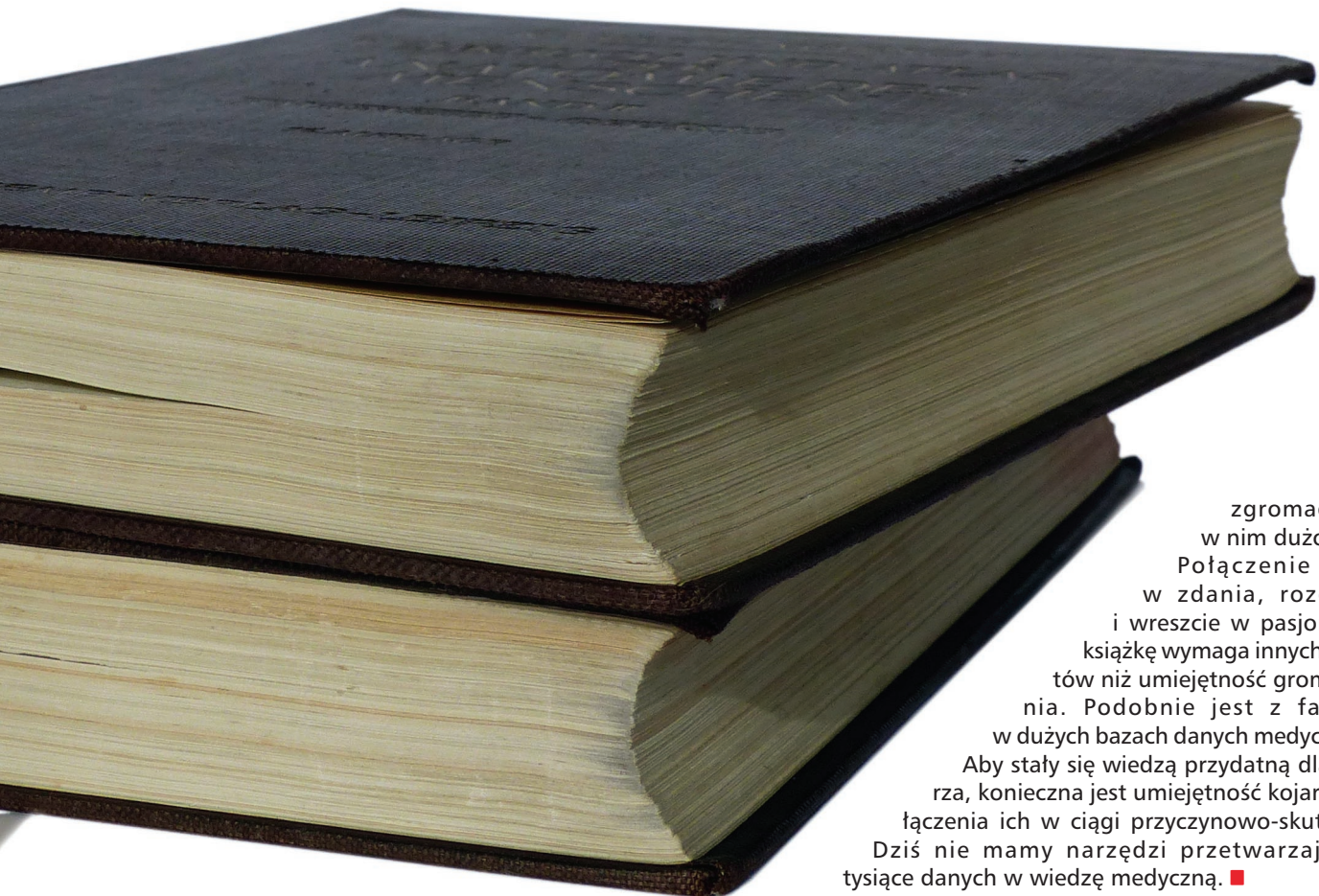
– *Zasoby dużych baz danych są w równej mierze ekscytujące i frustrujące* – powiedział przed kilkoma miesiącami dr Barrett Rollins, dyrektor naukowy Dana-Farber Cancer Institute w Bostonie. – *Wszyscy widzimy, jaki potencjał zawierają duże bazy danych, ale jesteśmy sfrustrowani, ponieważ nie mamy jeszcze wystarczających narzędzi i umiejętności, aby ten potencjał wykorzystać* (<http://www.modernhealthcare.com/article/20160409/MAGAZINE/304099981>).

Z podobną inicjatywą w sprawie wykorzystania dużych baz danych wystąpiono w kardiologii, jednak korzyści praktycznych nie widać. Zwolennicy wdrożenia do praktyki danych z dużych baz wyróżniają następujące ich zasoby: elektroniczne historie chorób, dane o genomie, dane z mediów społecznościowych, dane z gadżetów medycznych.

Czy wszystkie te źródła utworzą nową medycynę? Czy będzie ona na tyle zdigitalizowana i ujednolicona, że wszyscy jej zwolennicy będą wiedzieli to samo co lekarz? Czy zwolennicy przetworzenia baz danych na wiedzę praktyczną odróżniają takie segmenty analizy lekarskiej jak wywiad, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe? Czy rozumieją, że każdy z tych etapów dostarcza odmiennych jakościowo danych, niezbędnych do postawienia diagnozy i zaordynowania leczenia? Wydaje mi się, że entuzjaści wiedzy z dużych baz danych nie mają dziś tej niezbędnej świadomości.

Podsumowanie

Współczesny świat nieustannie się zmienia i wiele pojęć, kiedyś mających charakter *science fiction*, stało się codziennością. Nadal jednak każdy słownik językowy jest tylko słownikiem. Nie stanie się powieścią dlatego, że



Fot. licencja Artmedia Partners

zgromadzone w nim dużo słów. Połączenie słów w zdania, rozdziały i wreszcie w pasjonującą książkę wymaga innych talentów niż umiejętność gromadzenia. Podobnie jest z faktami w dużych bazach danych medycznych. Aby stały się wiedzą przydatną dla lekarza, konieczna jest umiejętność kojarzenia i łączenia ich w ciągi przyczynowo-skutkowe. Dziś nie mamy narzędzi przetwarzających tysiące danych w wiedzę medyczną. ■

Choroby tarczycy i trzustki w praktyce lekarza rodzinnego

Jarosław Kosiaty

„Niedoczynności tarczycy oraz subkliniczne postaci zarówno niedoczynności, jak i nadczynności tarczycy budzą niejednokrotnie wątpliwości lekarzy rodzinnych, zwłaszcza dotyczące diagnostyki oraz wskazań do rozpoczęcia terapii” – pisali dziewięć lat temu na łamach miesięcznika „Terapia” dr n. med. Donata Kurpas i prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko.

Krajowy konsultant w dziedzinie endokrynologii prof. Andrzej Lewiński poinformował niedawno na konferencji prasowej we Wrocławiu, że zaakceptował ustalone kryteria medyczne leczenia pacjentów endokrynologicznych. Przyjęte rozwiązania dotyczą kwalifikacji chorych do dwóch grup: tych, którzy byliby przyjmowani w trybie pilnym przez specjalistów endokrynologów, oraz tych, którzy po ustaleniu diagnozy mogliby być dalej leczeni przez lekarzy rodzinnych.

Jakie znaczenie ma ten fakt dla nas, lekarzy, oraz dla pacjentów? Obecny na konferencji Maciej Sokołowski, dyrektor Centrum Medycznego „Dobrzyńska” we Wrocławiu, opisał to następująco: – *Ideą naszą jest zamienienie się pacjentami z lekarzami rodzinnymi. Chodzi o to, by endokrynolodzy zajęli się tymi pacjentami, którzy czekają w długich kolejkach, a nie wiadomo dokładnie, na co chorują i jak ich leczyć. Natomiast lekarze rodzinni przejęliby opiekę nad tymi pacjentami, którzy są zdiagnozowani, mają już ustalone leczenie.*

Ustalone przez endokrynologów kryteria medyczne „będą jeszcze konsultowane ze środowiskiem lekarzy rodzinnych oraz ze wszystkimi gremiami działającymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Nie chcemy, by ta propozycja była jednostronna” – zapewnił prof. Andrzej Lewiński.

Tymczasem problem długich kolejek do endokrynologów jest bardzo poważny. Na konferencji jako przykład podano sytuację pacjentów we Wrocławiu, gdzie w ostatnim czasie trzy poradnie endokrynologiczne rozwiązały umowy z NFZ. W największej z działających tego typu placówek – Centrum Medycznym „Dobrzyńska”, kolejka oczekujących na wizytę liczyła pod koniec ubiegłego roku 1413 osób i sięgała... 2024 r. (*sic!*).

W szybkiej ankiecie, przeprowadzonej przez portal medyczny Esculap.com, wzięło udział 753 lekarzy. Głosy osób odpowiadających na pytanie: „Czy leczeniem zdiagnozowanych pacjentów endokrynologicznych powinni zajmować się lekarze rodzinni?”, rozłożyły się prawie równo. 48 proc. uczestników ankiety odpowiedziało twierdząco, a 43 proc. było przeciwnych takiemu rozwiązaniu. Niemal co dziesiąty (9 proc.) przyznał, że trudno mu udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

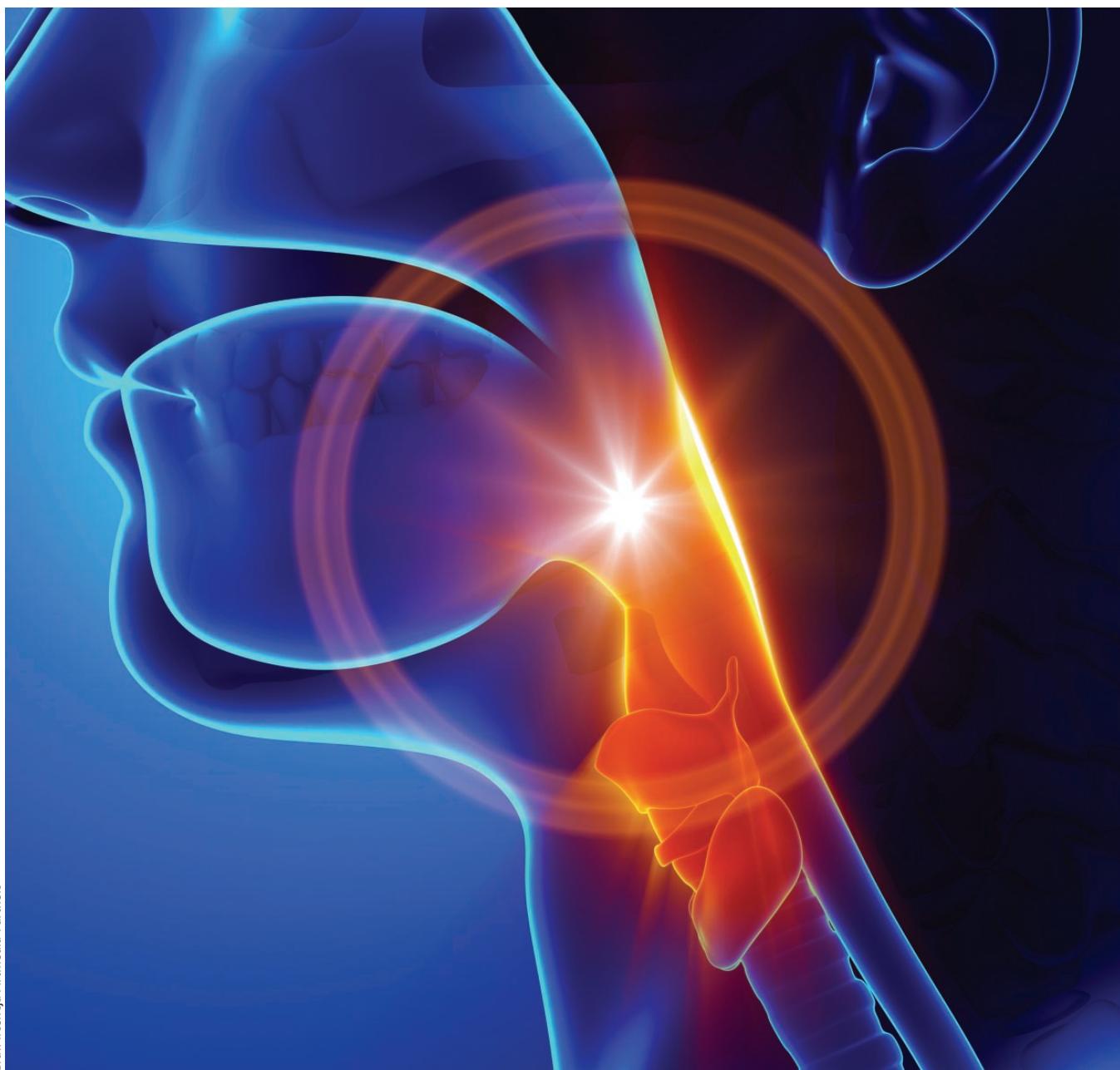
Oto niektóre wypowiedzi lekarzy z kraju i zagranicy, nadesłane do redakcji Esculapa bądź dopisane pod ankietą.

☀ „W Wielkiej Brytanii podział jest prosty: niedoczynność tarczycy i cukrzyce leczą (oprócz przypadków dzieci, ponieważ te często dostają pompę insulinową i są prowadzone przez pediatrów) wyłącznie lekarze rodzinni, natomiast innymi schorzeniami endokrynologicznymi zwykle zajmuje się endokrynolog. I to dobry podział, ponieważ większość przypadków endokrynologicznych stanowią właśnie dwie pierwsze choroby. Choć często musimy też zaczynać leczenie nadczynności tarczycy, ponieważ pacjent czeka w kolejce na wizytę u endokrynologa 6–8 tygodni. Poza tym większość pacjentów,

po potwierdzeniu diagnozy lub zdiagnozowaniu przez endokrynologa, wraca do swojego lekarza rodzinnego i jest przez niego dalej prowadzona” – podpisano: MRCGP (Membership of the Royal College of General Practitioners – przyp. red.).

☀ „Wszystko rozbija się o pieniądze. Przecież w diagnostyce oraz leczeniu chociażby patologii tarczycy to żadna sztuka zlecać badania hormonów, BAC (biopsję aspiracyjną cienkoigłową – przyp. red.) czy USG i to z odpowiednią częstotliwością. Jest tylko ważne pytanie, czy wszystko to należy wykonywać w ramach jednej stawki, jaką proponuje nam NFZ? Przecież o wiele taniej wychodzi wysłać do specjalisty. Nie dlatego, że specjalista zrobi to lepiej, tylko dlatego, że się za to nie zapłaci”.

☀ „Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien mieć narzędzia do wstępnej diagnostyki np. patologii tarczycy, z możliwością zlecenia BAC. W przypadku incydentaloma nadnerczy algorytm może opracować Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne. (...) Po wstępnej diagnostyce chory może zostać w POZ i być leczony na tym poziomie lub skierowany na konsultację do endokrynologa, lub przekazany na stałe leczenie specjalistyczne. Do tego potrzebne są pieniądze na diagnostykę, czas dla pacjenta, szkolenia z endokrynologii, algorytmy postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia wybranych sytuacji klinicznych. Jeśli płatnik zapewni to lekarzom POZ, będą sobie radzić z wieloma pacjentami. To samo dotyczy nefrologii, reumatologii, kardiologii,



gastrologii. Obawiam się jednak, że nic takiego nie będzie miało miejsca. Lekarzy jest za mało, a przekazanie AOS (Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej – przyp. red.) poradniom przyszpitalnym nie wystarczy. Ani pieniędzy, ani czasu nie przybędzie. Od mieszania herbata... itd.”
– podpisano: Endokrynolog.

☀ „Zwykła niedoczynność tarczycy lub choroba Haschimoto jak najbardziej mogą być prowadzone przez lekarza rodzinnego. Pacjenci blokują kolejkę do endokrynologa tylko po to, aby dostać receptę na euthyrox i skierowanie na USG tarczycy, które od jakiegoś już czasu może wypisać lekarz rodzinny”.

☀ „W podstawowej opiece zdrowotnej brakuje pieniędzy na rzeczowe

leczenie wielu przewlekłych chorób. Uważam, że przy obecnym stanie finansowania tego sektora nie jest możliwa właściwa terapia chorób endokrynologicznych, nie wspominając o niezbędnej diagnostyce”.

☀ „Człowiek to nie tylko tarczyca lub jakiś inny, pojedynczy narząd – z reguły jest leczony z powodu wielu różnych chorób jednocześnie. Nie uwłaczając nikomu, »specjaliści« zajmują się tylko pewnym wycinkiem, pomijając niekiedy spojrzenie na całość funkcjonowania organizmu danego pacjenta. Czasem dolegliwości mogą wynikać z interakcji i działań ubocznych leków, gdyż często chorzy leczą się u rozmaitych specjalistów, którzy nie wiedzą nawzajem o swoich zleceniach. A tak na marginesie – Polacy kochają

leczenie u »specjalistów«, nie doceniając wiedzy i umiejętności doświadczonego lekarza rodzinnego”.

☀ „Przecież lekarz rodzinny zrobi dokładnie to samo, co endokrynolog – zbada pacjenta, zleci badane TSH, zleci lub sam wykona USG tarczycy. Jak będzie coś niepokojącego, odeśle do endokrynologa. Jeśli lekarze rodzinni zaczną przyjmować pacjentów np. z chorobą Haschimoto, pacjenci będą mieli szansę dostać się do endokrynologa. I jeszcze jedno: w akademickim mieście jest szanowany endokrynolog, który leczy pacjentów e-mailowo (oczywiście odpłatnie). Nie badając, tylko na podstawie TSH, zmienia dawkę euthyroku i to nawet o 50 proc. Ciekawe, prawda? Na miejscu pacjenta wolałbym, aby lekarz leczył mnie, a nie moje wyniki”. ■

Profesjonalizacja zarządzania

Dwa lata temu eksperci z WUM i SGH powołali Radę Programową MBA, której celem było stworzenie programu kształcenia wyższej kadry menedżerskiej ochrony zdrowia. Program powstał i już rozpoczął się nabór zainteresowanych nauką. Patronują mu rektorzy obu uczelni: prof. Mirosław Wielgoś z WUM i prof. Marek Rocki z SGH. Studia prowadzone będą przez Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM, którego dziekanem jest prof. Bolesław Samoliński.

Zwiększenie oczekiwań co do jakości usług i skuteczności opieki zdrowotnej, rozwój technologii medycznych, a przede wszystkim wprowadzenie mechanizmów rynkowych do systemu ochrony zdrowia postawiły przed osobami kierującymi placówkami medycznymi trudne zadania z zakresu ekonomii i zarządzania. Tym, którzy już pracują, nadal potrzebna jest większa wiedza teoretyczna i praktyczna. Stąd powstanie projektu WUM i SGH.

Studia podyplomowe trwają cztery semestry i przeznaczone są dla: menedżerów, kadry kierowniczej prywatnych i publicznych placówek ochrony zdrowia, właścicieli tych placówek, samorządowców, pracowników administracji publicznej, czyli osób, które już mają pewne doświadczenie w zarządzaniu. Zainteresowani muszą przejść postępowanie konkursowe. Studia będą płatne, prowadzone w trybie weekendowym.

Ze strony SGH przygotowaniemi zajmował się m.in. prof. Rafał Mrówka, kierownik Master of Business Administration uczelni, mający duże doświadczenie w tej dziedzinie.

– Kształcenie w formule MBA to najbardziej prestiżowe studia menedżerskie na świecie, które zapewniają zdobycie zaawansowanej wiedzy – mówi prof. Mrówka. – Powstają według pewnych standardów, niezależnie od dziedziny, w której są prowadzone. Wiedza, z którą studium rozpoczynają naukę, pozwala na dzielenie się doświadczeniami zawodowymi. To równie ważne jak teoria przekazywana przez wykładowców, konsultacje, analizowanie przypadków. Studia składać się będą z dwóch elementów, trzon programu stanowi „niezbędnik menedżera”, podstawowe przedmioty biznesowe, np. zarządzanie strategiczne, finanse, ekonomia menedżerska, statystyka, zarządzanie zasobami ludzkimi, rachunkowość. Tego uczą się studenci na wszystkich studiach MBA na świecie. Unikalną częścią programu WUM i SGH są przedmioty specjalistyczne, charakterystyczne dla sektora ochrony zdrowia, który rządzi się innymi prawami niż standardowy biznes. Wykładowcami będą nauczyciele akademicy z obu uczelni oraz eksperci zewnętrzni. ■

mkr



mba@wum.edu.pl
www.sghwummba.wum.edu.pl

Jak szpital w Ostrołęce pieniądze szuka



Fotografie: archiwum szpitala

Przez kilka lat Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce należał do nielicznych placówek polskiej służby zdrowia, którym udawało się zachowywać płynność finansową. Niestety, wszystko wskazuje na to, że niebawem ją utraci. Jednak kierownictwo lecznicy nie rezygnuje z ambitnych planów rozwojowych.

Trudno być optymistą – przyznaje Wojciech Miazga, dyrektor Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Pisarskiego w Ostrołęce. – Już w 2016 r. nastąpiły zmiany w katalogu świadczeń, m.in. w zakresie kardiologii inwazyjnej i neonatologii, które dla szpitala oznaczały zmniejszenie przychodów o blisko 2 mln zł rocznie. Natomiast koszty pozostały na podobnym poziomie, bo musieliśmy obsłużyć taką samą liczbę pacjentów.

Poważnym problemem dla ostrołęckiej placówki okazało się również podniesienie od 1 stycznia pensji minimalnej i stawki godzinowej dla osób zatrudnionych na umowach-zleceniach. Wiele usług dla szpitala świadczą bowiem firmy zewnętrzne, gdyż wcześniej w celu obniżenia kosztów korzystano z outsourcingu m.in. ochrony obiektów, utrzymania terenów zielonych, sprzątania, prania, pomocy przy chorych.

– Dla wykonawców największym obciążeniem są zwykle właśnie koszty pracy. Nic dziwnego, że po informacji o zmianach przepisów wystąpili o renegotjację umów. Na szczęście pod koniec roku udało nam się zawrzeć korzystne

porozumienia, ale już postępowania przetargowe na tego typu usługi przeprowadzane w 2017 r. muszą zostać skalulowane zgodnie z nowymi stawkami – mówi Wojciech Miazga. Dyrekcja placówki szacuje, że będzie to oznaczać dla szpitala wzrost kosztów o 1 mln zł rocznie.

Przyszłość nie rysuje się więc w najjaśniejszych barwach. – W dodatku nie wiadomo, czego się spodziewać. Nasze umowy z NFZ obowiązują tylko do połowy roku, bo później zacznie działać tak zwana sieć szpitali, na razie owiana mgłą tajemnicy. Mam nadzieję, że wkrótce dowiemy się czegoś więcej na temat nowego systemu – dodaje Wojciech Miazga.

Jego zdaniem utrzymanie finansowania szpitala na poziomie zbliżonym do obecnego oznacza, że już w III kwartale 2017 r. zaczną się problemy z płatnościami. Na razie lecznica w Ostrołęce podpisała umowę z bankiem, który otworzył dla niej linię kredytową.

Placówka w Ostrołęce będzie się także ubiegać o dofinansowanie z RIT na zakup aparatury diagnostycznej do wykrywania chorób nowotworowych.

Lekarz pilnie poszukiwany

Szpital stara się znaleźć nowe sposoby oszczędzania. Dzięki pieniądзом pozyskanym z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska w 2017 r. nastąpi wymiana oświetlenia na znacznie bardziej ekonomiczne żarówki ledowe.

Prowadzony jest także audyt energetyczny, który ma wskazać możliwości dalszego obniżenia kosztów, choć dyrektor obawia się, że niewiele już da się zrobić. – Nasz obiekt oddano do użytku w 2009 r., czyli stosunkowo niedawno. Ma nową stolarkę okienną, przeszedł termomodernizację, zainstalowaliśmy panele słoneczne – wylicza Wojciech Miazga. – Jednak trzeba szukać oszczędności, gdzie tylko się da...



Projekty transgraniczne

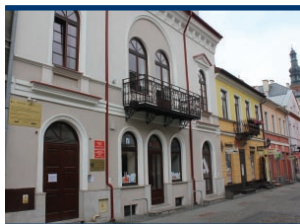
Mimo kłopotów, szpital stawia na rozwój i próbuje pozyskiwać jak najwięcej pieniędzy z funduszy zewnętrznych. Wspólnie z białoruskim Grodzieńskim Państwowym Uniwersytem Medycznym i ukraińskim Lwowskim Szpitalem Dziecięcym złożył dwa projekty w ramach Programu Współpracy Transgranicznej. Jeden wniosek dotyczy utworzenia w centralnej aptece ostrołęckiej placówki pracowni leków cytostatycznych, natomiast drugi – doposażenia bloku operacyjnego w aparaturę laparoskopową.

Duże nadzieje wiązane są również z konkursami ogłoszonymi w ramach unijnego programu regionalnych inwestycji terytorialnych. – Chcielibyśmy zrealizować potężny i ambitny projekt uruchomienia ośrodka rehabilitacji kardiologicznej, który znakomicie wpisuje się w mapę potrzeb zdrowotnych województwa mazowieckiego. Byłby uzupełnieniem istniejących już w naszym szpitalu: oddziału kardiologicznego, poradni kardiologicznej, elektrofizjologii oraz kardiologii interwencyjnej – wyjaśnia Wojciech Miazga. Szacowany koszt tej inwestycji to blisko 9 mln zł.

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce jest bez wątpienia jedną z najnowocześniejszych placówek w województwie. Dysponuje bardzo dobrze wyposażonym Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym z Izbą Przyjęć oraz 17 oddziałami. W ramach MSS pracuje także Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy. Na pacjentów czekają 564 łóżka. Opiekuje się nimi liczący ponad tysiąc osób personel, w tym około 200 lekarzy, których jednak ciągle brakuje. – Jesteśmy w stanie wchłonąć niemal każdy etat, bez względu na specjalizację – mówi Wojciech Miazga. Szczególnie duże niedobory kadry występują na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, urazowo-ortopedycznym, chorób płuc, otolaryngologicznym oraz kardiologicznym, gdzie potrzeby jeszcze wzrosną po uruchomieniu ośrodka rehabilitacji.

Szpital w Ostrołęce od lat przyjmuje wielu stażystów. – Liczymy, że koledzy po przejściu 12-miesięcznego okresu adaptacji zawodowej zechcą związać się z nami na dłużej. Niektórzy faktycznie zostają, ale fluktuacja kadry jest ogromna. Bliskość Warszawy też nam nie sprzyja. Stolica wchłania wszystkich – przyznaje Wojciech Miazga. ■

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

Pawilon kardiologiczny w Szpitalu Wolskim

Kardiologia w Szpitalu Wolskim im. Anny Gostyńskiej ma piękną tradycję. W latach 70. ubiegłego wieku pierwsze operacje kardiologiczne wykonywali tutaj prof. Wacław Sitkowski, prof. Zbigniew Religa, prof. Kazimierz Suwalski.

Teraz Oddział Kardiologiczny przeniesiono do nowo zbudowanego pawilonu z 66 łózkami, w którym znalazły się: Ośrodek Diagnostyki i Terapii Wewnątrznaczyniowej (koronografie i angioplastyki), Ośrodek Elektroterapii Serca (m.in. wszczepianie rozruszników serca i defibrylatorów), sale intensywnego nadzoru kardiologicznego, poradnia, pracownia kontroli stymulatorów serca oraz echokardiografii.



Fotografie: archiwum

– W planach mamy jeszcze uruchomienie ośrodka rehabilitacji kardiologicznej – mówi ordynator **Ryszard Wojciechowski**. – Wówczas świadczenia będą kompleksowe. Chorzy wypisani z naszego oddziału mają możliwość kontynuowania leczenia w poradni.

W tym samym budynku ulokowano zupełnie nową jednostkę – Pracownię Endoskopii. Są w niej dwa gabinety z pełnym, nowym wyposażeniem. We współpracy z chirurgami prowadzone są całodobowe dyżury endoskopowe, umożliwiające wykonywanie zabiegów w trybie pilnym.

Budowa i wyposażenie pawilonu zostały sfinansowane z budżetu m.st. Warszawy. Inwestycja kosztowała 25,5 mln zł, w tym wyposażenie około 5 mln zł. Pawilon otwarto 2 lutego 2017 r., ale już wcześniej przeniesiono do niego chorych.

Stary budynek Oddziału Kardiologii zostanie odremontowany i przeznaczony dla psychiatrii. ■ **mkr**

Nowy dyrektor szpitala w Ciechanowie

Konkurs na dyrektora szpitala w Ciechanowie wygrał Andrzej Kamasa.

Nowo powołany dyrektor pełnił wcześniej funkcję sekretarza Urzędu Miasta w Płońsku, był też szefem ciechanowskiej delegatury Urzędu Marszałkowskiego oraz dyrektorem Mazowieckiego Ośrodka Doradztwa Rolniczego w Warszawie. ■

Nowy ZOL w Otwocku

Przy Powiatowym Centrum Zdrowia w Otwocku rozpoczął działalność Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

ZOL w Otwocku znajduje się w budynku D szpitala przy ul. Batorego. Wyposażono go w 20 nowoczesnych łóżek przeciwoleżynowych w pokojach jedno-, dwu-, trzy- lub czteroosobowych. Jest przystosowany do przyjmowania pacjentów niepełnosprawnych i wymagających wzmożonego nadzoru medycznego. Na razie nie ma kontraktu z NFZ i będzie przyjmował pacjentów na zasadach komercyjnych. ■

Centrum Leczenia Mukowiscydozy w Dziekanowie Leśnym

Największy w Polsce, a zarazem jedyny na Mazowszu, dziecięcy ośrodek leczący mukowiscydozę otwarto w Dziekanowie Leśnym.

To efekt współpracy między Instytutem Matki i Dziecka, Samorządem Województwa Mazowieckiego, Polskim Towarzystwem Walki z Mukowiscydozą a miejscowym szpitalem. Mukowiscydoza to ciężka choroba genetyczna, która wymaga stałego i kompleksowego leczenia. Równie ważne jak leczenie są warunki, w jakich się ono odbywa. Nowe centrum zapewni młodym pacjentom doskonałą opiekę medyczną i odpowiednie warunki sanitarne. Szpital w Dziekanowie

Leśnym to od dziś najważniejszy ośrodek leczenia mukowiscydozy w kraju. Do niego bowiem została przeniesiona Klinika Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie – jedyna na Mazowszu placówka lecząca tę chorobę. Centrum Leczenia Mukowiscydozy mieści się w odrębnym szpitalnym pawilonie IVA. Świadczenia są udzielane w ramach NFZ. Na oddziale może przebywać 20 pacjentów, w tym nawet 12 z mukowiscydozą. W centrum stworzono pierwszą w Polsce poradnię leczenia mukowiscydozy przyjmującą pacjentów w systemie rooming-in. Oznacza to, że chorzy nie czekają na wizytę, ale zaraz po przyjeździe do poradni są umieszczani w jednym z pięciu pokoi, w których odbywają się konsultacje specjalistyczne. Takie rozwiązanie minimalizuje kontakt z innymi chorymi i ryzyko zakażenia krzyżowego. W szpitalu będzie działał również punkt wsparcia dla rodziców prowadzony przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą.

Leczeniem pacjentów zajmuje się zespół z Kliniki Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie pod kierownictwem prof. Doroty Sands. Kadra medyczna będzie nie tylko leczyć, ale także prowadzić działalność badawczą. Centrum obejmie opieką ponad 400 dzieci, które dotychczas leczone były w IMiD. ■

Pierwsze wnioski w ramach IOWISZ

Od momentu uruchomienia Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) do wojewody mazowieckiego wpłynęło siedem wniosków, wydano cztery opinie (trzy pozytywne i jedną negatywną) – podaje Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Wnioski dotyczyły m.in.: opieki onkologicznej, konieczności wymiany sprzętu medycznego w zakresie chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych. W trakcie opiniowania są wnioski dotyczące: wymiany wyeksploatowanego sprzętu medycznego, zakupu nowych urządzeń w zakresie onkologii, utworzenia oddziału z blokiem operacyjnym oraz pracowni rezonansu magnetycznego i rentgenodiagnostyki itd. Praktyczne aspekty funkcjonowania systemu IOWISZ, instrument oceny wniosków a priorytety polityki zdrowotnej, statystyki na Mazowszu – to główne tematy konferencji z udziałem ministra zdrowia Konstantego Radziwiła, wojewody mazowieckiego Dzisiaj Sipiery oraz podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztofa Łandy. System i formularz IOWISZ pozwala wypełnić wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wojewoda albo minister właściwy ds. zdrowia wydaje opinię o celowości inwestycji po zasięgnięciu opinii odpowiednio dyrektora oddziału NFZ albo jego prezesa. O opinię wojewody może wnioskować podmiot leczniczy lub podmiot zamierzający prowadzić działalność leczniczą zarówno w zakresie leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. IOWISZ ma usprawnić efektywność wydatkowania środków publicznych (szczególnie unijnych) przeznaczonych na inwestycje, które powinny przyczynić się do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej i unowocześnienia aparatury medycznej. ■

pk

II Kongres Żywieniowy



Tematowi żywności i żywienia w prewencji i leczeniu chorób był poświęcony II Narodowy Kongres Żywieniowy, który miał miejsce w Warszawie 27 stycznia 2017 r.

Przybywa dowodów naukowych na to, że zdrowe żywienie i aktywność fizyczna znacząco zmniejszają ryzyko zachorowania na większość nowotworów, a także zwiększają skuteczność leczenia osób już chorych – twierdzi prof. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia. – W ostatnim ćwierćwieczu 325 tys. osób uniknęło zachorowania, bo zmieniło nawyki żywieniowe i rzuciło palenie. W ciągu 30 lat zachorowalność na nowotwory zmniejszyła się trzykrotnie.

Otyłość często wiąże się z przewlekłym stanem zapalnym w organizmie, który może stać się przyczyną nowotworu. Dr Janusz Meder powiedział, że nowe badania dowodzą, iż otyłość typu brzuszego wiąże się z powstawaniem dziesięciu typów nowotworów. Warzywa i owoce likwidują stan zapalny, dlatego tak ważne jest dobre odżywianie, czyli bogata w te produkty dieta. Jednym z czynników chroniących przed rakiem zarówno dziecko, jak i matkę jest też karmienie piersią. Podczas konferencji padło kilka stwierdzeń, które nie są zgodne z obiegowymi opiniami na temat żywności. Ryby sprzedawane w Polsce nie zawierają niebezpiecznych ilości rtęci. Najwięcej rtęci kumulują ryby drapieżne, takie jak rekin, których nie ma na polskim rynku. Kawa jest zdrowa dla organizmu, dziennie można wypić trzy – cztery filiżanki tego napoju o średniej mocy. Nie ma pewności, że żywność ekologiczna jest zdecydowanie lepsza. Nie ma gwarancji, że jaja od kur z wolnego wybiegu są zdrowsze. Wszystko zależy od środowiska, w którym się je hoduje. Jeśli jest skażone (np. w okolicy przemysłowej), jaja mogą zawierać więcej dioksyn niż te z masowej hodowli.

Eksperti apelowali o nietworzenie mitów na temat niebezpiecznych artykułów spożywczych. Zapewniali, że polska żywność jest bezpieczna. Jej jakość poprawiła się po naszym wejściu do UE. W 2002 r. sanepid kwestionował jakość 14 proc. badanych próbek, obecnie mniej niż 3 proc. Najwięcej problemów stwarza złe oznakowanie produktów.

Dr Marek Woźniewski, pracownik AWF, stwierdził, że znacznie gorzej niż z żywieniem jest z naszą aktywnością fizyczną. Im wyższy rozwój społeczeństw, tym mniej ruchu. Od początku do końca XX w. użycie mięśni w codziennych czynnościach zmniejszyło się o 80 proc. Brak aktywności staje się źródłem wielu chorób cywilizacyjnych.

Poruszano też problem żywienia w szpitalach. Dr Stanisław Kłęk z Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu twierdzi, że w tej dziedzinie w Polsce nie ma dobrej praktyki. Przez okres dziesięciu lat nie zdołano zdefiniować statusu zawodu dietetyka. Porady dietetyczne w szpitalach nie są refundowane przez NFZ. Przepisy mówią, że w karcie pacjenta powinna znaleźć się jego ocena pod względem dietetycznym, ale nie przestrzega się ich. Na rynku pojawia się coraz więcej preparatów dla pacjentów niedożywających, mających problemy z jedzeniem, ale NFZ nie refunduje ich dla szpitali. Płaci jedynie za żywienie dojelitowe i pozajelitowe. Zdarzają się przypadki podawania do sądu szpitali, w których hospitalizowani byli rażąco niedożywieni i ponieśli z tego powodu szkody. ■

mkr

Międzynarodowy Tydzień Wiedzy o Szumach Usznych

W lutym przypada Międzynarodowy Tydzień Wiedzy o Szumach Usznych. W tym roku w jego obchody zaangażowany był Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.

Szacuje się, że szumów usznych doświadcza aż 20 proc. dorosłych Polaków. Odpowiednie rozpoznanie i podjęcie leczenia znacząco wpływa na jakość życia pacjentów.

– Prawie każdy doświadcza okresowego tzw. dzwonięcia w uszach. Szczególnie często zjawisko to występuje w ciszy. Istnieje nawet powiedzenie: „Cisza, że aż w uszach dzwoni”. Takie chwilowe, przemijające dźwięki zazwyczaj nie są dokuczliwe. Nie mają też znaczenia klinicznego i nie wymagają konsultacji lekarskiej. Diagnozować należy natomiast każdy rodzaj odczuwanych przez pacjenta szumów usznych trwających dłużej niż 5

minut i pojawiających się częściej niż raz w tygodniu – wyjaśnia dr n. med. Danuta Raj-Koziak z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

– W 2015 r. w cafej Polsce Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu zrealizował Program Przesiewowych Badań Słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że szумы uszne istotne kliniczne, czyli trwające powyżej 5 minut, występują u 6 proc. dzieci, a przemijające po np.: bardzo głośnej przerwie między lekcjami w szkole, aż u blisko połowy licealistów warszawskich. Problem szumów usznych jest więc nie tylko problemem ludzi starszych – mówi prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Dzięki właściwym badaniom możliwe jest wczesne wykrycie zagrażających zdrowiu lub życiu zmian organicznych, w tym nowotworowych, wymagających szybkiej interwencji chirurgicznej. W przyszłości diagnostyka i leczenie szumów usznych będą stanowić istotne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Wiedza na temat szumów jest zatem bardzo ważna, a podjęcie odpowiedniego leczenia znacząco wpłynie na jakość życia pacjentów cierpiących z tego powodu. ■

mkr

Uciszyć hałas – usłysz świat

– W raporcie Komisji Europejskiej (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Hazards and Risk) z 2008 r., opracowanym przez zespół ekspertów, w skład którego wchodziłam, wykazaliśmy, że ryzyko uszkodzenia słuchu związane ze stosowaniem osobistych odtwarzaczy muzyki występuje u 5–10 proc. nastolatków i młodych osób dorosłych – podkreśla prof. Mariola Śliwińska-Kowalska, krajowy konsultant w dziedzinie audiologii i foniatrii. – Muzyki przez słuchawki słucha nawet 88–90 proc. młodzieży, liczba narażonych na uszkodzenia słuchu jedynie z tego powodu szacowana jest na 2,5–10 mln. Uszkodzenie słuchu przy stałym narażeniu na hałas rozwija się powoli, na przestrzeni wielu lat.

Poważny uszczerbek słuchu ma 10–15 proc. światowej populacji. Szacuje się, że w Europie 80 mln osób, w Polsce około 900 tys. Na niedosłuch może cierpieć nawet 4–6 mln Polaków.

Powodów utraty lub upośledzenia słuchu istnieje wiele, ale najpoważniejszą przyczyną jest wszechobecny hałas. Urazy wywołuje słuchanie bardzo głośnej muzyki, zwłaszcza przez słuchawki.

Do podstawowych zasad profilaktyki eksperci zaliczają unikanie hałasu i nienadużywanie słuchawek, ale również m.in.: dokładne leczenie zapaleń ucha i infekcji górnych dróg oddechowych oraz szczepienie dzieci przeciwko chorobom zakaźnym, w których może dojść do powikłań w postaci upośledzenia słuchu (odrza i śwince).

Od dziesięciu lat prowadzona jest kampania społeczna „Usłysz świat”, która ma na celu nie tylko upowszechnianie wiedzy o protezach dla osób niesłyszących, ale też uświadamianie szkodliwości hałasu. ■

mkr

Laktoza na cenzurowanym

Do niedawna uznawano, że nietolerancja laktozy jest powodem jedynie dolegliwości jelitowych, tzw. zespołu jelita nadwrażliwego. Obecnie coraz częściej pojawiają się doniesienia naukowe mówiące, że może być także przyczyną chorób z grupy autoimmunologicznych.

Laktoza, cukier złożony, występujący w mleku ssaków, rozkłada się w jelicie cienkim na cukry proste najlepiej u noworodków i niemowląt, dzięki obecności enzymu

trawiennego – laktazy. Z wiekiem aktywność laktazy obniża się o około 75 proc., w organizmie dorosłego człowieka może osiągać zaledwie 10 proc. początkowej wielkości. Brak tego enzymu zaburza proces trawienny.

Dr Andrzej Marszałek, diagnosta laboratoryjny, twierdzi, że produkcja laktazy u dorosłych zależy też od pochodzenia etnicznego. W społeczeństwach, w których przyjmowanie mleka było ograniczone do okresu karmienia piersią, niedobór laktazy jest większy niż w grupach o długiej tradycji picia mleka.

Nietolerancja laktozy bywa przyczyną astmy, egzemy, zapalenia zatok, bólów stawów i kości. Choroby te mogą współistnieć z zespołem jelita nadwrażliwego. ■

mkr

Zdrowie warszawiaków – dane z raportu

Warszawiacy żyją dłużej niż przeciętny mieszkaniec naszego kraju, mieszkaniec polskiego miasta, także dużego, z wyjątkiem Krakowa.

Przeciętna długość życia warszawiaka w 2015 r. wynosiła 76,1 lat dla mężczyzn i 82,3 lat dla kobiet (w Krakowie, odpowiednio: 76,3 i 82,6). Najdłużej żyją mieszkańcy Wilanowa, a najkrócej Pragi-Północ. Różnica w długości życia mężczyzn z tych dzielnic wynosi około dziesięciu lat, kobiet – około sześciu, ale sytuacja stopniowo poprawia się, a dysproporcje maleją.

Raport o stanie zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 2012–2014 został przygotowany przez ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie. Dokument uwzględnia dane epidemiologiczne o najbardziej istotnych zagrożeniach zdrowia i życia warszawiaków na poziomie dzielnic i miasta. Najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców Warszawy, podobnie jak mieszkańców całej Polski, są choroby układu krążenia (45 proc.). Na drugim miejscu plasują się nowotwory złośliwe (26,9 proc.). Na trzecim – choroby układu oddechowego (9,6 proc.). Nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną zgonu kobiet poniżej 65. roku życia. Wśród dziesięciu najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych na pierwszym miejscu u mężczyzn był nowotwór gruczołu krokowego (21,5 proc.), u kobiet – nowotwór piersi (27,2 proc.), na drugim w obu grupach – rak płuca (16,3, 9,3), na trzecim – jelita grubego (10,4 i 8,7 proc.). W stolicy zmniejszyła się umieralność niemowląt, w tym noworodków, a także młodych warszawiaków w wieku do 18 lat. Współczynnik osób z zaburzeniami psychicznymi jest wyższy niż w Polsce – mieszkańcy stolicy w wieku 19–64 lat leczyli się głównie z powodu zaburzeń

nerwicowych i nastroju. W latach 2012–2014 o jedną trzecią zmalał współczynnik zaburzeń związanych z alkoholem, a dwukrotnie wzrósł związany z używaniem substancji psychoaktywnych. Współczynnik zapadalności na gruźlicę dla Warszawy wynosi 10,1, a najwyższy jest na Pradze-Północ – 38,3 na 100 tys. mieszkańców. Ten niekorzystny wynik dzielnicy wiąże się m.in. z trudnymi warunkami sanitarno-lokalowymi części praskich rodzin. – *To wykształcenie i struktura wiekowa mają największy wpływ na stan zdrowia* – mówił podczas prezentacji raportu Bogdan Wojtyniak, zastępca dyrektora NIZP – PZH.

W raporcie znalazły się m.in. dane o hospitalizacjach w Warszawie. W 2014 r. z leczenia szpitalnego w stolicy skorzystało 50,2 proc. warszawiaków, a 49,8 proc. hospitalizowanych stanowili przyjezdni. 9,2 proc. mieszkańców stolicy leczyło się szpitalnie poza Warszawą. W opracowaniu uwzględniono też dane dotyczące zgonów z przyczyn, których można było uniknąć, dlatego ważna jest promocja zdrowia i świadomość mieszkańców. – *Raport pokazuje, że stan zdrowia warszawiaków poprawia się* – podkreślał Dariusz Hajdukiewicz, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej stołecznego ratusza. – *Pomaga również określić potrzeby zdrowotne mieszkańców i podejmować konkretne działania, dotyczące m.in. organizacji świadczeń i profilaktyki zdrowia.* ■



Rys. K. Rosiecki

ach

„HCV – jestem świadom”

W latach 2012–2016 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH realizował program „Zapobieganie zakażeniu HCV”. Jest on zgodny ze strategią WHO, której główny (i niezwykle ambitny) cel stanowi eliminacja WZW do 2030 r. Projekt był współfinansowany z funduszy Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, a jego hasło brzmiało: „HCV – jestem świadom”.

Do podstawowych zadań programu należała edukacja i budowanie świadomości społecznej w zakresie problemów HCV i WZW typu C. W te działania angażowano lekarzy rodzinnych, przeprowadzono społeczną kampanię informacyjną, m.in. w radiu i telewizji. Edukację pracowników służby zdrowia, jako grupy szczególnie narażonej na zakażenia, w zakresie profilaktyki i epidemiologii prowadził Główny Inspektorat Sanitarny. Przeszkolono 1,5 tys. pracowników tego sektora oraz 5 tys. osób zatrudnionych w nim, a reprezentujących zawody pozamedyczne.



Narkomani także należą do grupy zwiększonego ryzyka. Dlatego PZH, wspólnie z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, zajęły się oszacowaniem liczby osób zakażonych w tym środowisku, oceną potrzeb i możliwości ich leczenia.

Przeprowadzono też pilotażowy program badania kobiet w ciąży w zakresie zakażenia wirusem HCV. Objęto nim ponad 8 tys. ciężarnych. Kobiетom i dzieciom zakażonym zapewniono specjalistyczną opiekę.

– *Ogólnokrajowa kampania społeczna dotarła do milionów odbiorców, co jest szczególnie ważne ze względu na fakt, że 55 proc. Polaków nigdy nie słyszało o wirusie zapalenia wątroby typu C* – powiedział Andrej Motyl, ambasador Szwajcarii w Polsce, na kończącej program konferencji naukowej.

Wyniki i wnioski z projektu zostaną wykorzystane w tworzeniu narodowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW typu C. ■

mkr


UCHWAŁA NR 62/R-VII/16
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 16 GRUDNIA 2016 R.
w sprawie ustanowienia honorowego tytułu „Mentor”

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t.) uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie ustanawia honorowy tytuł „Mentor”.

§2

Honorowy tytuł „Mentor” Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie przyznaje w drodze uchwały lekarzom i lekarzom denty stom, członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wyróżniającym się pasją i poświęceniem w nauczaniu zawodu i wychowywaniu młodych lekarzy i lekarzy denty stom.

§3

Przyznanie honorowego tytułu „Mentor” potwierdza imienny dyplom.

§4

Tryb postępowania w sprawie przyznania honorowego tytułu „Mentor” określa regulamin stanowiący załącznik do uchwały.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§6

Traci moc uchwała nr 40/R-VII/15 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 11 września 2015 r. w sprawie ustanowienia odznaczenia „Mentor”.

UCHWAŁA NR 4/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 STYCZNIA 2017 R.
w sprawie zmiany uchwały nr 58/R-VIII/14
Okreęgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 28 marca 2014 r. w sprawie powołania
przewodniczącego i Komisji ds. Warunków
Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Okreęgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
na okres kadencji 2013–2017

(zm. uchwałą nr 53/R-VIII/15 z 27 listopada 2015 r.)

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522, j.t. ze zm.) oraz §29 ust. 6 i 8 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w War-

szawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, oraz na podstawie protokołu komisji skrutacyjnej powołanej do wyboru przewodniczącego Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie kadencji 2013–2017 z 27 stycznia 2017 r. w związku z rezygnacją złożoną przez kol. Martę Starczewską z pełnienia funkcji przewodniczącej Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

W §1, ust. 1 uchwały nr 58/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 (zm. uchwałą nr 53/R-VII/15 z 27 listopada 2015 r.) otrzymuje brzmienie:

„1. Powołuje się kol. Juliana Wróbla na stanowisko przewodniczącego Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na okres kadencji 2013–2017”.

§2

Jednolity tekst uchwały nr 58/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

ORZECZENIE

Orzeczeniem z 25 sierpnia 2016 r. Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie, po rozpoznaniu sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lek. Włodzimierza Kopcia, nr prawa wyk. zawodu 2050495, obwinionego o to, że:

w okresie od 16 do 17 lutego 2015 r., podczas pełnienia dyżuru w Pogotowiu Ratunkowym w Otwocku, dokonał przywłaszczenia środków odurzających w postaci 5 ampułek o pojemności 2 ml dolarganu 50 mg/ml, 9 ampułek o pojemności 1 ml morfiny 10 mg/ml, 4 ampułek o pojemności 2 ml fentanylu 50 mg/ml, o łącznej wartości 19,67 zł, na szkodę Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Meditrans w Warszawie,

tj. popełnienie przewinienia zawodowego z art. 1 KEL w zbiegu z art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty, postanowił uznać lek. Włodzimierza Kopcia winnym przewinienia zarzucanego mu we wniosku o ukaranie i za to orzec zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat oraz opublikowanie treści niniejszego orzeczenia w trzech kolejnych biuletynach OIL w Warszawie. Orzeczenie jest prawomocne od 17 sierpnia 2016 r.

POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu, Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Okręgowy Warszawa-Praga, Sąd Okręgowy w Ostrołęce oraz Sąd Okręgowy w Płocku 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.

Koleżanki i Koledzy,
Okręgowa Komisja Wyborcza
prowadzi działania

WYBORY

mające na celu przygotowanie wyborów delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie.

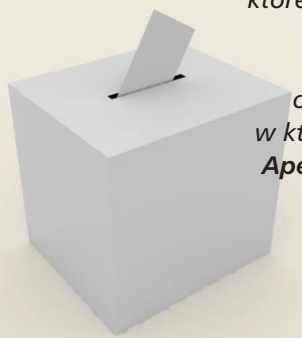
Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu 24 lutego 2016 r.

powołała rejony wyborcze na obszarze naszej Izby,
obejmujące zakłady opieki zdrowotnej, pojedyncze lub połączone terytorialnie grupy lekarzy,
indywidualne praktyki lekarskie wykonywane na obszarze powiatu,
grupy lekarzy niewykonujących zawodu.

Powołano 195 rejonów wyborczych.

Okręgowa Komisja Wyborcza ustala,
na podstawie informacji przekazanych
przez pracodawców lub zawartych w rejestrze praktyk lekarskich,
imiennie składy powołanych rejonów wyborczych,
które opublikuje na stronie internetowej Izby w pierwszej połowie marca.

Każdy członek Izby otrzyma pocztą informację
o wpisaniu go na listę określonego rejonu wyborczego
oraz wzór wniosku o przeniesienie do innego rejonu wyborczego,
w którym chce głosować lub mieć prawo do kandydowania na delegata.
**Apeluję o aktywny udział w wyborach i o świadomy wybór rejonu,
w którym chcielibyście uczestniczyć w wyborach.**



Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący

Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie



IV PRAKTYKA HEMATOLOGICZNA 2017

WARSZAWA, 7–8 kwietnia 2017 r.

MIEJSCE:
Warszawa, Airport Hotel Okęcie,
ul. 17 Stycznia 24

KIEROWNIK NAUKOWY:
prof. dr hab.
Wiesław W. Jędrzejczak

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:
Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL



termedia

Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań
| tel./faks +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

60 zł – podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy 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

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 dentystów.

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

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

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.



Koło Lekarzy Katolików organizuje spotkanie w Czerwińsku nad Wisłą, które trwać będzie od **17 do 19 marca 2017 r.**

Tematem spotkania z cyklu „Zatrzymaj się na chwilę” będzie:
„Co mówi nam Mama z Fatimy?”

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 10.02.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 19	epidemiologia 1	medycyna rodzinna 30	radiologia 1	stomatologia dziec. 3
alergologia 3	farmakologia 1	nefrologia 4	radiologia USG 1	stomatologia endod. 1
andrologia 1	gastroenterologia 9	neonatologia 3	rehabilitacja med. 3	stomatologia implant. 1
anestezjologia 6	geriatria 2	neurologia 10	reumatologia 3	stomatologia ortodon. 5
chirurgia dziecięca 1	ginekologia i poł. 14	neurologia dziecięca 9	stomatologia 13	urologia 4
chirurgia naczyniowa 2	hematologia 2	okulistyka 4	stomatologia chirurg. 1	USG 5
chirurgia ogólna 8	kardiologia 5	ortopedia 2		
chirurgia proktolog. 1	kardiologia dziecięca 1	ortopedia 8		
choroby płuc 2	laryngologia 6	ortopedia dziecięca 1		
choroby wewnętrzne 43	laryngologia dziecięca 1	patomorfologia 1		
dermatologia 5	medycyna paliatywna 2	pediatria 26		
diabetologia 1	medycyna pracy 7	psychiatria 10		
endokrynologia 6	medycyna ratunkowa 9	psychiatria dziecięca 4		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





24-godzinna opieka prawna
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
z Okręgowej Izby Lekarskiej
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



Z myślą o innych i przyszłości

Wydana niespełna rok temu książka „Biegański, Kramsztyk i inni” prof. Piotra Müldnera-Nieckiego jest niezwykle ciekawa nie tylko jako rys historyczny o deontologii, lecz także przez samonarzucającą się podczas lektury refleksję. Z pewnością bowiem każdego czytelnika, bez względu na poglądy i postawę wobec wyznaczników moralnych i pragmatycznych zawodu lekarza, najdzie refleksja o metamorfozie etyki, która nastąpiła w ciągu krótkiego okresu – życia trzech pokoleń. Również o jej wpływie na kształt obecnego systemu ochrony zdrowia. Można oczywiście podzielać rozpowszechniony pogląd o tym, że nowe pokolenia kontestują zwykle zastaną rzeczywistość, a ustępujące ubolewają nad zmianami z tej kontestacji wynikającymi. Niemniej jednak lektura prowadzi nas do zastanowienia się, czy poślednia rola etyki nie jest tym czynnikiem, który wpłynął na współczesne zawiłane problemy ochrony zdrowia. Demografia i komputeryzacja zdają się w świetle tej lektury nie być jedynym wytłumaczeniem powodów obecnej krytyki systemu leczenia. Wiele przytoczonych przez autora imperatywów, które postulowali wybitni lekarze XIX w., jawi się nam pod postacią podświadomie niekiedy oczekiwanych aksjomatów. Chcielibyśmy je przywrócić, lecz nie wiemy już jak.

„Dochodzi do zrywania więzi lekarz – pacjent, opartej na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu. Zanika funkcja autorytetu, zatracane jest znaczenie osobistego kontaktu pacjenta z lekarzem, niezależnie od typu opieki. Niebezpiecznej redukcji ulega czas poświęcony chorym”.

Nad dostrzeganiem wagi zdrowia konkretnego człowieka i empatią dla nieszczęścia, jakie dla każdego stanowi niemożność odzyskania zdrowia, przewagę zyskuje wartość zbilansowanych finansów szpitali i państwa. Bez troska elit prowadzi nas w niebezpiecznym dla cywilizacji kierunku. Bogacą się wąskie grupy, które potrafią zdominować przestrzeń gospodarczą, a co za tym idzie i społeczną. Książka ukazuje nam mechanizm ewolucji deontologii, który w powolnych trybach czasu zmienia ją w twór, który ze szczytnymi ideałami zaczyna mieć coraz mniej stycznych. ■

kb



Czas na gody

Puszczalskie. Gra wstępna. Pasy nocny. Seks z samym sobą. Transwestyci. Czy to rozszerzone i po raz kolejny uwspółcześnione wydanie „Sztuki kochania” Michaliny Wisłockiej? Nie! To tytuły rozdziałów zupełnie innej książki („Dziki seks”), poświęconej intymnemu życiu zwierząt.

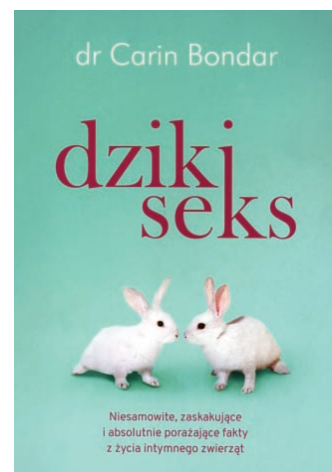
Autorka, biologka kanadyjska dr Carin Bondar, z humorem i znanstwem opowiada o tym, jak się kochają przedstawiciele najwymyślniejszych gatunków owadów, ryb, ssaków. Bez pruderii, bez przesadnej ironii. Ale też językiem naukowca, który potrafi przyciągnąć czytelnika kapitalnymi porównaniami i humorem. W świecie fauny seks oznacza to samo co u ludzi: miłość, namiętność, prokreację, a czasem zazdrość i fałsz.

Idzie wiosna, więc trudno o lepszy temat lektury na tę porę roku! „U człowieka seks jest prosty i raczej spokojny, by nie rzec nieciekawym, w porównaniu z tym, jak wygląda u innych kręgowców i bezkręgowców” – uprzedza Carin Bondar znana m.in. z Discovery Channel. Jednocześnie wychodzi z założenia, że jesteśmy ciekawi, jak ten proces odbywa się u innych istot – może z chęci dorównania mistrzom? Ptasi kawalerowie wyśpiewują trele godowe zupełnie inne niż ptaki, które już skojarzyły się w parę z samicą. Samce nadrzewnych żab z gatunku *Metaphrynella sundana* wzmacniają moc śpiewu, wykorzystując właściwości dziupli, w których gniazdują. Dziuple są na ogół wypełnione wodą, co powoduje zmiany w akustyce wynikające z określonej częstotliwości godowej pieśni. Obdarowywanie się prezentami przez zalotników, by udowodnić swoją przewagę nad konkurencją, to też norma. Samce pajaków z rodziny darownikowatych przynoszą samicom podarunki w postaci upolowanych owadów, tym cięższych, im większą mają średnicę. Wskazuje to, że nie chcą wcisnąć wybrankom napompowanej taniochy, tylko rzeczywiście wręczyć wartościowy prezent. Niekiedy samice żuków posługują się seksem, aby zdobyć jakąś korzyść materialną (co w ludzkim świecie nazywa się prostytucją), ale wyrozumiali biolodzy nazywają to „manipulowaniem prezentami ślubnymi dla własnego pożytku”.

Być może gdybyśmy żyli w bezpruderyjnym i tolerancyjnym świecie, książka dr Carin Bondar uznana zostałaby za idealny przewodnik miłosny i instruktaż zachowań seksualnych. Tyle w niej przykładów, wzorców, ale i ostrzeżeń! Wypada żałować, że nigdy pewnie nie trafi do szkół na lekcje biologii, choć byłaby z pewnością o wiele lepszym podręcznikiem niż wszystkie, z których kiedykolwiek uczyliśmy się tego przedmiotu. Na zachowania zwierząt wpływa wiele aspektów ich środowiska i ekologii, a człowiek jako istota rozumna urządził się dość wygodnie i w porównaniu z masą innych gatunków żyje mu się dość łatwo. W świecie, którego nie znamy, seks oznacza wciąż walkę o przetrwanie, w naszym ten cel prokreacji niespecjalnie bywa uświadomiony.

Poznając życie intymne zwierząt, można odkryć zaskakująco wiele prawd o ludzkich związkach, romansach, flirtach i pożądaniu. Ta lektura nie nuży, lecz często po prostu bawi lub zmusza do zastanowienia, jak niewiele różni nasze postępowanie od zachowań nietoperzy z Malezji albo modliszek z Afryki Południowej. A przykład świerszczy domowych (*Acheta domestica*) też może być podpowiedzią, jak robić „to” po ludzku. Tyle że z większą wyobraźnią! ■

Paweł Walewski





Goniec Medyczny

Maseczka chirurgiczna kontra smog

W okresach nasilenia się smogu na ulicach Warszawy coraz częściej można spotkać osoby w maskach na twarzy. Jednak większość z nich stosuje najtańsze maseczki chirurgiczne, w cenie około 1 zł, których skuteczność w filtrowaniu drobnych pyłów jest... zerowa.

Nowatorska operacja

Lekarze ze Szpitala Dziecięcego w Olsztynie przeprowadzili nowatorską operację kręgosłupa u 7-letniego chłopca. Był to pierwszy w regionie zabieg wszczępienia implantu, który będzie wydłużać się przez cały okres wzrostu dziecka, wykonany u tak małego pacjenta.

Zapadają w długi sen

Każdego roku w śpiączkę zapada w Polsce około 15 tys. osób. Część z nich dzięki wysiłkom lekarzy i rehabilitantów udaje się wybudzić. Pacjenci ci doznają rozległych urazów mózgu na skutek wypadku, udaru mózgu, podtopienia lub zachłyśnięcia się wodą.

Życie seksualne Polaków

Ze swego życia seksualnego zadowolonych jest zaledwie 42 proc. Polaków – wynika z raportu „Seksualność Polaków 2017” ogłoszonego w Warszawie przez prof. Zbigniewa Izdebskiego podczas IX Ogólnopolskiej Debaty o Zdrowiu Seksualnym.

Złapani w sieć

Rzecznik praw dziecka Marek Michalak przypomina, że niemal 100 tys. osób w Polsce jest uzależnionych od Internetu, a 750 tys. zagrożonych e-nałogiem. Blisko 40 proc. nastolatków jest on-line bez żadnych przerw.

(Nie) zdrowe uzdrowiska

Żadna z 11 kontrolowanych miejscowości uzdrowiskowych nie spełnia wymogów określonych dla uzdrowisk – wynika z raportu NIK. Żadna nie prowadzi również kompleksowych badań jakości powietrza, a normy stężenia zanieczyszczeń są przekraczane.

Sumienie po norwesku

Polska lekarka Katarzyna Jachimowicz od 2010 r. pracowała jako lekarz rodzinny w małej miejscowości na południu Norwegii. W 2015 została zwolniona z pracy, gdy odmówiła podpisania zobowiązania, że nauczy się zakładania spirali. Polka powołała się na klauzulę sumienia. W lutym 2017 r. norweski sąd dla regionu Telemark orzekł, że gmina Sauherad postąpiła słusznie, zwalniając polską lekarkę. Wyrok jest nieprawomocny.

„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 Kosiaty
redaktor naczelny Esculapa



Fot. archiwum

Pamięć jak szczepionka

Paweł Kowal

Najbardziej bodaj zaskakujący fragment wspomnień Jeana Monneta, jednego z twórców Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali, dotyczy motywów, jakimi kierowali się Francuzi, myśląc o założeniu Wspólnoty. Nie ma tam mowy o wielkiej idei braterstwa, jest mowa o twardej polityce. Francuzi już na początku lat 50. spostrzegli, że żywotność Niemiec po klęsce w 1945 r. jest nie mniejsza niż po I wojnie światowej, a posiadane zasoby pozwalają im szybko odbudowywać nie tylko gospodarkę, ale i potencjał wojskowy. Jedynym sposobem na zapobieżenie zagrożeniu było kontrolowanie produkcji stali i wydobycia węgla. EWWS nie była więc tylko francuskim pomysłem na zaczątek wspólnego rynku, ale metodą na poskromienie Niemców. Podobnie było w 1991 r., gdy Francuzi i Amerykanie naciskali, by zaraz po zjednoczeniu Niemiec utworzyć Unię Europejską. Kiedy więc nowy prezydent USA zabiega o to, by państwa na zachodzie Europy wydawały więcej na zbrojenia, Polska powinna temu przyklasnąć. Nam też zależy, by zachodnioeuropejscy sojusznicy wydawali więcej na wojsko. Pamiętać jednak wypada, że nie przez przypadek wielkie Niemcy nie wydają gros pieniędzy z budżetu na armię, ale koncentrują się na innych dziedzinach przemysłu, szczególnie dużo produkują na eksport przedmiotów cywilnego zastosowania. Pewne sprawy, które były oczywiste po wojnie, wyrastały z doświadczenia hitlerowskich Niemiec lat 1933–1945. Do niedawna były oczywiste, teraz odchodzą wraz z pamięcią o wojnie i jej następstwach.

Sami się dziwimy, jak wielkie znaczenie w naszym współistnieniu w Europie ma miniona wojna. Była jak szczepionka, która uodporniła kolejne pokolenia na różne społecznie niebezpieczne wirusy, takie jak wojny gospodarcze i spory na tle etnicznym. Jednak tworząc każdą nową wizję projektu historycznego, należy brać pod uwagę fakt, że żywa emocjonalna pamięć ludzka trwa maksimum 100 lat, czyli mniej więcej trzy – cztery pokolenia. Nawet jeśli osobiście nie braliśmy udziału w jakimś wydarzeniu, korzystamy z doświadczenia i pomocnej pamięci rodziców oraz dziadków. Właśnie minie 100 lat od rewolucji bolszewickiej i raptem dwie dekady mniej od początku II wojny światowej. Zniknie wrażliwość na bariery celne i gospodarcze, ludzie w różnych „izolacjach” zaczną dostrzegać złudną szansę. Tylko nieliczni będą wiedzieć, że budowanie murów w Europie to prośenie się o wojnę i konflikt. Ułuda nacjonalizmu w gospodarce przyjdzie zaraz po naprawdę niewinnych pomysłach, np. by było więcej „polskiego kapitału”. Niemcy rozpychające się w słabej Unii tym bardziej będą wzrastać w siłę bez Unii lub gdy będzie się ona politycznie wykrwawiać. Dopiero teraz odkrywamy, jak wiele daje nam pamięć o ostatniej wojnie, przed jakimi niebezpieczeństwami nas chroniła. ■



Fot. archiwum

Dzielność ukarana, czyli górą publiczna służba zdrowia

Janina Jankowska

Może już dość tej polityki – zdaje się mówić mina szefowej „Pulsu” czytającej kolejny mój felieton. Z pewnością ma rację. Może więc coś o służbie zdrowia? Nie, nie o reformie, bo tu znowu wyskoczy polityka, raczej drobne obserwacje sytuacji na linii lekarz – pacjent.

Moja przyjaciółka ma nieszczęście być osobą niepełnosprawną. Gdy miała pięć lat, amputowano jej nogę powyżej kolana. Mniejsza w jakich okolicznościach, bo to sprawy odległe, sięgające czasów słusznie minionych. Jednak w tamtych czasach, gdy jakość protezy wykonywanej przez polskich rzemieślników sprawdzały państwowe komisje lekarskie, przyjaciółka funkcjonowała w pełni jako znana dziennikarka telewizyjna specjalizująca się w programach popularnonaukowych.

Czas mijał. Wraz z transformacją odeszli rzemieślnicy ręcznie wykonujący protezy na miarę, odeszły komisje lekarskie sprawdzające ich jakość, z TVP – pogłębione programy popularnonaukowe. Pozostała natomiast niesłychana energia życiowa przyjaciółki, za co przyszło jej w pewnych okolicznościach zapłacić. Powiem szczerze, nie znam dzielniejszej osoby z tego pokolenia dziennikarzy. Jest ciągle aktywna. Wydaje książki, pisze scenariusze filmowe, prowadzi popularny blog. Było to możliwe dzięki systematycznym rehabilitacjom i dobrze dopasowanej protezie. Kiedy miejsce rzemieślników dopasowujących protezy do fizycznych warunków pacjenta zastąpiły duże markowe firmy produkujące nowoczesne protezy według standardów UE, przyjaciółka musiała zacząć wspomagać się kulami. Unijne standardy nie uwzględniają faktu, że ktoś stracił nogę powyżej kolana w wieku pięciu lat i nie ma wykształconego biodra. Zaczęły się wędrówki po różnych europejskich firmach. W niektórych uczestniczyłam jako osoba wspomagająca. Zauważyłam, że po badaniach lekarze, eksperci, zwracali się do mnie. Przyjaciółka, której problem dotyczył, była w rozmowie dziwnie pomijana.

Dlaczego? Pojawienie się osoby towarzyszącej jakby niepełnosprawną degraduje, sprowadza do roli chorego, który nie w pełni panuje nad rzeczywistością. W przypadku mojej przyjaciółki, która dzięki ćwiczeniom i systematycznej rehabilitacji pracuje, jest czynna w swoim środowisku, wygląda to kuriozalnie. Doszło do tego, że jej dzielność, żywotność została ukarana. Opowiedziała mi, jak przebiegała wizyta u lekarza programującego rehabilitację po złożeniu papierów do pewnego prywatnego podwarszawskiego centrum rehabilitacji.

„Trochę się spóźniłam na wyznaczoną godzinę, więc uznałam, że to dobry początek rozmowy. – *Bardzo przepraszam za spóźnienie, ale nie mogłam zaparkować samochodu...*

Lekarz łypnął na mnie znad okularów.

– *Panie doktorze – kontynuowałam – jestem osobą bez amputowanej w dzieciństwie nogi. Teraz mam trudności z dopasowaniem protezy, ze względu na przykurcz kikutu i niefunkcjonalne biodro. Będę wdzięczna za program rehabilitacji, który mi pomoże. Jestem dziennikarką z zawodu, wciąż aktywną, mam plany na przyszłość... Nie mam zamiaru siadać na wózek.*

– *To nie pani będzie decydowała o tym wózku – burknął lekarz, a następnie popatrzył na mnie z prawdziwą niechęcią i wyrębał: – Jeśli pani jeździ samochodem i jeszcze pracuje w tym wieku, to nie potrzebuje rehabilitacji. Do widzenia!*”

Podobno lekarz nawet nie odwrócił głowy na pożegnanie. Do niedawna wydawało mi się, że rehabilitacja przywraca inwalidę społeczeństwu. Koszty ponosi państwo, bo chce, aby inwalidzi żyli normalnie, pracowali itd. Czy ten lekarz z prywatnego ośrodka woli starszki w stanie terminalnym? Dlaczego przesładuje tych, którym praca jeszcze w głowie? Na szczęście jest wybór! Odrzucone papiery przyjaciółka przesała do publicznego szpitala w Zakopanem. ■



„Bogactwem nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje”

KRS nr: 0000250527

Przeznacz 1% swojego podatku na szczytny cel

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

tel. 668 398 719

e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl

tel. 22 542 83 02



Fot. P. Bieżański

Smog

Pisanie dzisiaj o smogu w Krakowie, Warszawie czy Zakopanem wydaje się łatwizną, wszystko widać gołym okiem i czuć na każdej ulicy. Niestety, stan obecny musiał nastąpić. W Krakowie kryzys produkcji stali przed ćwierćwieczem (minimalizacja Huty im. Sendzimira) oraz przeniesienie wytwarzania aluminium do Konina (z huty w Skawinie) wydawały się gwarancją wiecznie przyjaznej pogody. Tymczasem dzisiaj zamiast dwutlenku siarki mamy pyły zawieszane (*particulate matter*) i nawet z ich

ograniczenia nie wyniknie żadna Arkadia. Ilość toksyn pewnie uda się zmniejszyć, ale rodzajów zagrożeń ekologicznych naszej atmosfery jest około 13 tys. (!).

Zresztą Kraków zareagował na smog wyjątkowo dynamicznie. Maseczki dla policjantów, ustawy nakaz likwidacji do 2019 r. węglowych pieców i kotłowni oraz kategoryczny zakaz palenia węgłem. W komunikacji zbiorowej przestawienie się na autobusy hybrydowe, niskiemisyjne lub wręcz elektryczne. I cały szereg restrykcji. Ale oczywiście miasto pozostanie w niecce, którą niektórzy gotowi są zmienić w kocioł. Przykładem zamysł wzniesienia w centrum, na skrawku terenu (przy tzw. Szkieletorze), prawdziwego „Hongkongu”. Sprawa lokalna, ale problem globalny.

Natomiast pewne negatywne procesy w przestrzeni publicznej czy organizacji życia społecznego stają się nieuchronne, jeśli zlekceważymy pierwsze ich symptomy. Jesteśmy śmietnikiem Europy starych aut, więc mamy na ulicach to, co mamy. 15 lat temu zbagatelizowano ostrzeżenia dotyczące luki pokoleniowej w kształceniu specjalistów medycznych, mamy więc „wypracowany” deficyt i kolejki w przychodniach. Przyglądaliśmy się obojętnie dramatycznej walce Margaret Thatcher o likwidację kopalni węgla, mnożąc „czternastki” i deputaty, teraz mamy hałdy „czarnego złota”.

Samorząd lekarski wchodzi w fazę przedwyborczą VIII kadencji. Rozpisano kalendarz na przeszło rok, więcej uwagi przykładu się do terminów niż do kandydatów. Jak skłonić autorytety, postacie świata medycznego cieszące się powszechnym szacunkiem do startu w wyborach, to jedna kwestia. A druga, jeszcze ważniejsza: jak obudzić w środowisku świadomość, że nie tylko kontrakty i wycena procedur się liczą, ale także współodpowiedzialność lekarza obywatela za kształt demokracji.

A w izbie krakowskiej klimat przedwyborczy tłumiony jest lękami o skalę kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia. Tym razem społeczeństwo i środowisko lekarskie może tego nie przetrzymać. Wtedy rezultatem będzie zmiana nazwy „lekarz pierwszego kontaktu” na „lekarz ostatniego kontaktu”. ■

Stefan Ciepły

Muzyka Medicantus

M – jak muzyka, ale także i medycyna. Związki muzyki i medycyny są bardzo silne. Muzyka leczy... Muzyka łagodzi obyczaje... Zdziwiałoby się, jak wielu lekarzy interesuje się, a także czynnie zajmuje muzyką. Być może to nasz niełatwy przecież zawód, w którym spotykamy się z chorobą i cierpieniem, predysponuje nas do tego, by szukać piękna ukrytego w sztuce. Piękna, które leczy dusze – nasze, ale przez nas również naszych pacjentów. Muzyka koi, pozwala wznieść się ponad codzienność, poczuć radość kreacji – choćby była to tylko interpretacja muzycznego utworu. Śpiewając w chórze, jesteśmy za pan brat z największymi – Bachem, Mozartem, Haendlem, Brahmssem, Bernsteinem i wieloma, wieloma innymi. Otrzymujemy wspaniały muzyczny materiał, który możemy interpretować i poczuć, że uczestniczymy w procesie tworzenia. ■ **bh**

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



Fot. K. Bartyzel

dyrygent.smim@interia.pl

Zapraszamy na seminarium „Medical, ethical and legal aspects of experimental therapy”, które odbędzie się 19 maja 2017 r.

W ostatnich latach lawinowo rośnie zainteresowanie dostępem chorych do nowych leków oraz metod terapii, które nie zostały jeszcze oficjalnie zatwierdzone, ale są uzasadnione nadzieje na ich skuteczność. Istnieje więc pilna potrzeba przedstawienia sytuacji w tym zakresie z perspektywy polskiej i międzynarodowej.

Organizatorzy seminarium wyrażają nadzieję na wypracowanie rekomendacji odnośnie do harmonizacji istniejących w krajach UE regulacji dotyczących terapii eksperymentalnej, podobnie jak miało to miejsce w przypadku badań klinicznych. Może zatem konferencja przyczyni się do dalszego rozwoju badań nad nowymi lekami i szerszego ich udostępniania pilnie potrzebującym tej terapii chorym.

Szczegółowe informacje i wstępny program konferencji: <https://informacje.pan.pl/index.php/serwis-media>



Chilijskie rany

Jacek Walczak

Bombardowanie prezydenckiego pałacu La Moneda w chilijskiej stolicy Santiago de Chile rozpoczęło się w samo południe 11 września 1973 r. Wybuch około 20 rakiet powoduje ogromny pożar budynku. Ale szturm wojska wspartego przez czołgi zostaje odparty. Prezydent Salvador Allende kieruje obroną pałacu. O godzinie 13.30 decyduje się na podjęcie pertraktacji z zamachowcami. Zostają natychmiast aresztowani, bowiem pucyści oczekują bezwarunkowej kapitulacji. Allende wydał rozkaz walki do końca. Decydujący atak zbuntowanych oddziałów wojska rozpoczął się o godzinie 14. Kwadrans później prezydent zginął. Do dzisiaj nie ustalono prawdziwych okoliczności jego śmierci. Wielce prawdopodobne jest samobójstwo. Natomiast jego zwolennicy uważali, że został zastrzelony przez żołnierzy wkraczających do pałacu.



Szacuje się, że tylko w pierwszych 18 dniach po ataku na pałac La Moneda zginęło 15 tys. cywilów. Na czele wojskowej dyktatury stanął generał Augusto Pinochet. Wojskowi twierdzili, że użycie siły było niezbędne, ponieważ rządy Allende przyniosły chaos, prowadziły do obalenia porządku konstytucyjnego i były próbą podporządkowania kraju Związkowi Radzieckiemu. Faktem jest, że socjalistyczne próby Frontu Jedności Ludowej Allende były wyjątkowo nieudolne. Kraj poniósł zupełną klęskę ekonomiczną. Założenie przez państwo kontroli nad większością przedsiębiorstw i redystrybucji dochodu na ogromną skalę okazało się porażką. Doszło do niespotykanych wcześniej braków towaru na rynku, wielkiej inflacji i spekulacji. Spadła produkcja rolna i realne stało się widmo głodu. Podstawowe różnice między skrajną lewicą, która uważała, że tylko siłą można wprowadzić socjalizm, a skrajną prawicą, według której tylko siłą można temu zapobiec, były ostatnią iskrą, która przyczyniła się do krwawych wydarzeń z 11 września.



Augusto Pinochet miał spełnić nadzieje na zreformowanie gospodarki, polityki i szybki powrót do cywilnych rządów. Reformy i oczyszczenie Chile z sowieckiej agentury zajęły mu 16 lat, choć stosował głównie drastyczny terror. Wojskowi dopiero w 1980 r. przedstawili nową konstytucję, którą – mimo niskiej frekwencji głosujących – przyjęto, przedłużając jednocześnie prezydenturę dyktatora do 1989 r.

10 października 1998 r. byłego już wówczas prezydenta Chile Augusto Pinocheta aresztowano w londyńskiej klinice, dokąd przybył na operację. Kilka miesięcy później został zwolniony z aresztu domowego i powrócił do Chile. Mimo ciężących na nim ponad 300 zarzutów, nigdy nie został postawiony przed sądem. Zmarł 10 grudnia 2006 r.

Chile nie było krajem typowym dla Ameryki Łacińskiej. W XIX w. powstały tam pierwsze na kontynencie demokratyczne rządy, choć była to demokracja dla wybranych. Trzyletnia prezydentura Allende to czas radykalnych przemian społecznych, ale też katastrofy ekonomicznej. Bez wątpienia Chile zostało rozdarte na pół. Poglądy dzieliły przyjaciół, rodziny, przedsiębiorców, uczonych. Nikt nie wie, ile jeszcze pokoleń musi przeminąć, by Chilijczycy byli w stanie spojrzeć na swą historię chłodnym okiem i by zatępiły się podziały. Do dzisiaj niektóre rany sprzed lat krwawią. ■

www.jacekwalczak.com



Fotografie: J. Walczak



Katalog doktor Jolanty

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Jolanta Zaręba-Wronkowska (ur. 1937 w Milanówku, zm. 2012 r. w Warszawie) pracowała jako lekarz m.in. w warszawskiej filharmonii. Była pisarką, zdolną poetką. Namówiła mnie przed laty, żebym poszedł z nią do redakcji „Pulsu”, grzecznie przedstawił się pani redaktor naczelnej Ewie Gwiazdowicz-Włodarczyk i zaproponował stworzenie rubryki językowej. I rubryka, jak widać, jest.

Mija pięć lat od śmierci Doktor Joli, zjrzałem więc do starych listów i znalazłem wykaz błędów językowych, które mi kiedyś podsunęła do omówienia. Trzeba przyznać, że oko miała świetne i wrażliwość językową też nie od parady, bo ten katalog jest bardzo trafny i nic nie stracił na aktualności. Pisała: „Drogi Piotrze! Martwi mnie stan polszczyzny, a Ty, nietypowy internista (tak jak ja), ucząc i stojąc na straży naszego pięknego języka, możesz zrozumieć moje obawy. Gdy miałam pięć lat, byłam z tatą lekarzem u zaprzyjaźnionego szewca sąsiada. Proszę wziąć te buty, panie doktorze, rzekł pan Stanisław. Nie wytrzymałam: Mówi się *wziąć*! Skonfundował się pocziwy człowiek i rzekł: Drogie dziecko, ciebie miał kto uczyć pięknie mówić, ja nie miałem takiej szansy”.

Wymieniła m.in. takie wyrazy i wyrażenia: *nie mieć wiedzy* [poprawnie: nie wiedzieć], *coś się zadziało* [stało się], *przyjacielom* [przyjaciółom], *zabezpieczyć* [niepoprawne w znaczeniu 'zapewnić, zapłacić'], *pieniążki* [pieniądze], *póltorej roku*, *póltorej litra* [półtora], kobiety z dziećmi *bez męży* [mężów], *ocenny opis* [ocena], *zła filozofia* robienia czegoś [niepoprawne w znaczeniu 'zły sposób'], *puszka z pandorą* [mitologiczna puszka Pandory], *karają* [karzą], *wygooglować* [znaleźć w Internecie], *formułowanie rządu* [formowanie, tworzenie], *szacun* [szacunek], ludzie *rozumią* [rozumieją], *dalej kontynuować* [kontynuować; znaczenie słowa 'dalej' już jest zawarte w 'kontynuować'], *dwie (trzy!) alternatywy* [alternatywa to 'możliwość wyboru jednego z dwojga', więc jest jedna], *rzeczywistość skrzeczy* [to z „Wesela” Wyspiańskiego, gdzie jako żywo skrzeczała pospolitość!], *dokładnie* [niepoprawne w znaczeniu 'oczywiście; tak'], *na dzień dzisiejszy* [niepoprawne w znaczeniu 'dziś, dzisiaj']. I wiele innych.

Duża dawka, każdy przyzna, ale przecież nie są to wszystkie błędy, które wciąż można zauważyć w prasie, radiu, telewizji, a nawet w tekstach naukowych nadsyłanych do czasopism. Nie bez kozery stworzono słowniki ortoepiczne, poprawnościowe, na przykład „Słownik poprawnej polszczyzny PWN”.



Jolanta Zaręba-Wronkowska, „Córka Arcimbolda” (gwasz)

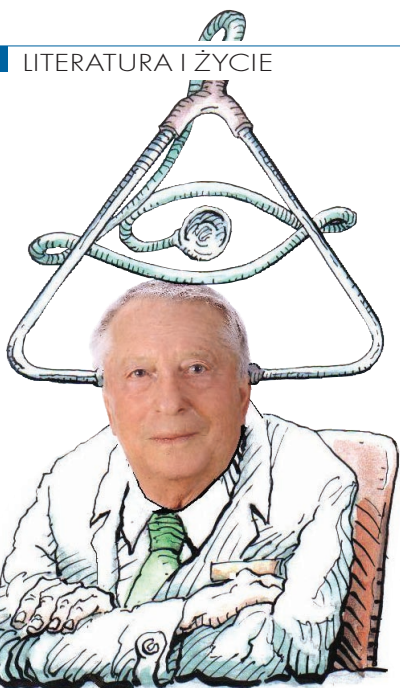
Jolanta Zaręba-Wronkowska nie chodziła ze słownikiem w torebce, bo księga taka waży kilogram, uważała natomiast, że języka, szczególnie rodzimego, należy się uczyć stale, zawsze. Jako osoba dojrzała nie zalecała poprawiania wszystkich, którzy nieładnie mówią, bo nie jest to ani eleganckie, ani miłe. Powinno się kontrolować przede wszystkim mowę swoją, teksty własne. Mawiała: chodzi o to, żeby był powód, aby inni uczyli się języka od ciebie. ■

Marii w hołdzie, największej uczonej świata

*Zdejmuję z ciebie fartuch,
stoisz w drzwiach
w czarnej sukni.
Wyrzucam za okno
laury i dyplomy.
Wynoszę twoje krzesło
z przyjęcia u króla.
Biegiesz bosą przez wydmy
z Ewą i Ireną.
Zabieram ci żałośnie welony,
jeszcze będzie miłość,
a ty Mario pofruniesz,
omijając uran,
ślądem rowerów
z podróży poślubnej
do róż kwitnących
u rodziców Piotra.*



Jolanta Zaręba-Wronkowska



Rys. K. Rosiecki

Artur Dziak

Konsultantem do spraw ortopedii i chirurgii urazowej na Warszawę i województwo zostałem w latach 80., wkrótce po otwarciu kierowanej przeze mnie kliniki. Powoli dogorywał socjalizm, więc rząd i partia usiłowały coraz częściej rozmawiać ze społeczeństwem w nadziei, że polepszenie opieki socjalnej i zdrowotnej zapobiegnie narastającemu niezadowoleniu. Stąd częste narady różnych gremiów, także w Urzędzie Rady Ministrów w Alejach Ujazdowskich lub w gmachu KC na rogu Nowego Świata i Alei Jerolimskich. Jedna z narad u premiera poświęcona była lecznictwu. Naturalnie, jak to do dzisiaj jest praktykowane, całe zło przypisywano leka-

Narada u premiera

„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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

rzom i pielęgniarce, którzy po prostu źle leczą! Każdy kolejny dyskutant z grupy lizusów dworskich usiłował zdjąć odpowiedzialność z rządzących i wszyscy prześcigali się w obrzucaniu błotem poniewieranych, przymierających głodem lekarzy i pielęgniarce.

W pewnym momencie w dyskusji padło słowo „marzenie”, na okoliczność o czym marzy przeciętny robotnik i chłop pracujący, którzy przecież „na swych barkach dźwigają cały kraj”! Kiedy więc wezwano mnie do głosu, oświadczyłem, że nam, lekarzom, też nieobce są marzenia i jedno z nich chcę na tej sali wspomnieć, nawiązując do mego stażowania w Anglii. Moim marzeniem – zaczynał bez ogródek – jest, by asystent mej kliniki w czasie między przyjściem do pracy i jej zakończeniem nie myślał o niczym innym, tylko o pacjencie. Gdy w Anglii przekroczyłem czerwoną linię szpitalnego korytarza, do chwili przekroczenia jej w drugą stronę, w okolicy godziny 18.00, myślałem wyłącznie o moim pacjencie. I to wychodziło na zdrowie zarówno mojemu pacjentowi, jak i mnie, gdyż nabierałem coraz to większej praktyki. – *Ależ towarzyszu doktorze* – przerwał mi jeden z bardziej zajętych ministrów, uczestników narady – *przecież to tylko od wasz zależy!* – *Nie ode mnie, ale właśnie od wasz, towarzyszu* – odpowiedziałem jego językiem, specjalnie cedząc słowa stanowiące zbitkę jadu ropuchy,

OGŁOSZENIE

**MIEJSCE:**

Golden Tulip Warsaw Centre
ul. Towarowa 2
Warszawa

KOMITET ORGANIZACYJNY:

prof. Maria Barcikowska
prof. Tomasz Gabryelewicz
dr Anna Barczak

PATRONAT MERYTORYCZNY**I NADZÓR NAUKOWY:**

Polskie Towarzystwo
Alzheimerowskie

ORGANIZATOR:

Wydawnictwo Termedia

WIĘCEJ NA WWW.TERMEDIA.PL



BIURO ORGANIZACYJNE: Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań | tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

witriolu i arseniku, i z nieukrywaniem obrzydzeniem popatrzyłem na mego interlokutora. – *W Anglii mogłem myśleć wyłącznie o pacjencie, ale tylko dlatego, że królowa brała na siebie wszystkie moje domowe kłopoty, uczciwie mi za moją pracę płacąc. Dopóki rządzący w Polsce nie złączą postępować identycznie, nie ma mowy o polepszeniu czegokolwiek. Mój asystent musi tyle zarabiać, by nie martwić się za co kupić buty dziecku na zimę. Oto moja recepta na powszechny dobrobyt. Ich recepta też była prosta – natychmiastowe skreślenie mnie z listy uczestników narad. Więcej już nie zostałem zaproszony!*

– *Z panem trudno dyskutować. Pan jest nazbyt konfliktywny –* oznajmił mi jakiś czas później kierownik Wydziału Zdrowia w Radzie Narodowej stolicy. Z dalszej rozmowy wynikało, że na moje miejsce zaproszono innego specjalistę, który „nie krytykuje, lecz stara się pozytywnie myśleć!”. Jeszcze trochę i w Polsce przeżywać będą jedynie ci, których stać na prywatne leczenie, gdyż społeczna służba zdrowia potrafi tylko sownie opłacać swych urzędników. Co najlepsze, to nadal nasz kraj jest szczerze poruszony i oburzony na lekarzy i pielęgniarki, że nie chcą pracować za darmo!

Dodać muszę, Czytelniku wielce łaskawy, że kilka dni przed moim wyrzuceniem z grupy doradców brałem udział w naradzie w Komitecie Centralnym partii. Dyskusja była podobnie pusta i głupia, przeto naturalnie naraziłem się jednemu z wyjątkowo zażartych napastników, którzy w pewnym momencie, nie znajdując merytorycznych argumentów, wykrzyczał w moją stronę:

– *Pracować się nie chce! A przecież wyście przysięgali, że będziecie leczyć!*



Rys. P. Woźniak

Wytrzymałem teatralnie małą chwilę, skierowałem się w jego stronę i, tłumiąc narastającą wściekłość, wycedziłem: – *Ponieważ towarzysz słyszał, że dzwonią, tylko nie wie gdzie, pragnę odpowiedzieć, że rzeczywiście składaliśmy przysięgę Hipokratesa. Przysięgaliśmy, że będziemy leczyć. Tylko proszę mi pokazać jakąkolwiek przysięgę czy kodeks, w którym stoi napisane, że mamy leczyć za darmo. – Życzę wyzdrowienia pańskiemu mózgowi!* – dopowiedziałem w myśli ulubione słowa wuja Leopolda! Tutaj też już więcej mnie nie zaprosili. [...] ■



Fot. archiwum rodzinne prof. A. Dziaka

Spotkań czar – Dziak

Ilekoć widzę rubrykę ze wspomnieniami prof. Artura Dziaka, przypominają mi się odległe już lata 60., kiedy w Państwowym Zakładzie Wydawnictw Lekarskich odwiedzałam moją matkę pracującą tam jako redaktorka. W całej redakcji był tylko jeden telefon i każdy, kto chciał zadzwonić, musiał skorzystać z aparatu stojącego na biurku szefa. Pan Artur po wykręceniu numeru mówił „Dzień dobry, tu Dziak”, a moje młode uszy słyszały „dzień dobry, tu dziad”. Nie mogłam się nadziwić, no ale z czasem wszystko się wyjaśniło.

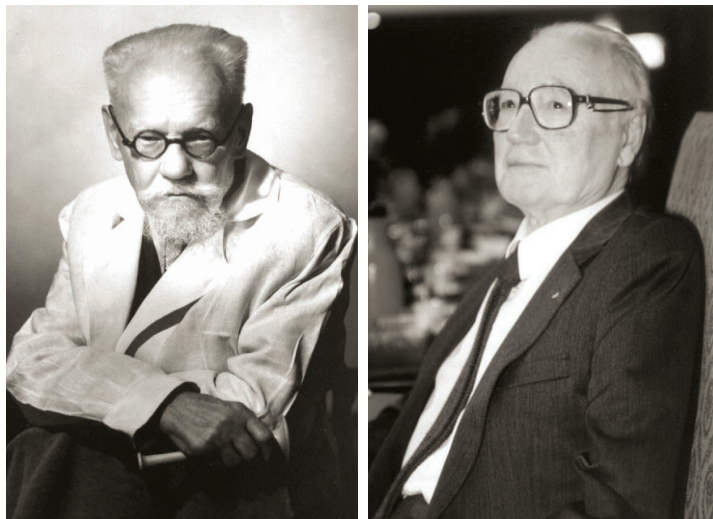
Energiczny krok doktora Artura, którym szybko przemierzał długie redakcyjne korytarze w pałacu Teppera-Dückerta przy ul. Długiej w Warszawie, był powszechnie znany. Można tak mknąć z jednej redakcji do drugiej, ale są sytuacje, gdy trzeba poruszać się bardziej dostojnie. Zbliżał się ślub doktora, a nie mógł przecież gnać jak wicher do ołtarza. Moja matka zasugerowała, że konieczne jest opanowanie bardziej stosownego kroku.

– *Już wiem, co powinienem zrobić!* – zawołał pan młody. – *Potrenuję właściwy krok z panią redaktor na korytarzu!*

I tak się stało. Ilekroć matka szła korytarzem, a znalazł się na nim doktor Artur, podbiegał do niej, brał ją pod rękę i ćwiczyli dostojne pokonywanie przestrzeni. Podobno w czasie ceremonii ślubnej wypadło znakomicie! ■

Krystyna Knypl

Witold i Tadeusz Orłowski – ojciec i syn



Fotografie: arch. prof. T. Orłowskiego

Dwie rocznice zbiegły się na przełomie lat 2016/2017: 50-lecie śmierci prof. Witolda Orłowskiego (1874–1966) i 100-lecie urodzin prof. Tadeusza Orłowskiego (1917–2008). Obydwaj zapisali się trwale w historii medycyny. Imię pierwszego nosi szpital przy ul. Czerniakowskiej, imię drugiego nadano Instytutowi Transplantologii, który stworzył.

Ich życie i osiągnięcia upamiętniono pod koniec listopada 2016 r. w Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podczas sesji naukowej, której towarzyszyła wystawa archiwaliów.

Uczony i menedżer

Pierwszy raz w życiu Witold Orłowski stanął na polskiej ziemi 1 lipca 1920 r., mając 46 lat. Od 1882 r., kiedy to rodzina Orłowskich przeniosła się do Wilna, mieszkał w Rosji. On i jego dwaj bracia ukończyli Wojenną Akademię Medyczną w Petersburgu, siostra szkołę dentystyczną.

Po kilku latach pracy na wolontariacie w akademii Witolda dopuszczono do habilitacji, co dla Polaka było niebywałym osiągnięciem. Zaczął być znany w Polsce jako założyciel koła lekarzy Polaków w Petersburgu.

Wciąż jednak pracował jako wolontariusz. Jego sytuacja zmieniła się dopiero wtedy, gdy wygrał konkurs na stanowisko profesora katedry ogólnej diagnostyki lekarskiej na Uniwersytecie Kazańskim. Był najlepszy, ale katedrę zawdzięczał prądom liberalnym 1906 r.

W dawnym mieście chanów tatarskich spędza 11 lat. Otrzymuje nominację na profesora zwyczajnego. Bierze udział w pracach Towarzystwa Naukowego Lekarskiego, Uniwersytetu Ludowego, w akcji przeciwgruźliczej. Uczestniczy w tworzeniu polskiego szkolnictwa. Kiedy wybuch rewolucja 1917 r., zgłasza pomysł powołania rady organizacji polskich i zostaje wybrany na jej przewodniczącego. Jest już wtedy dyrektorem Szpitala Gubernialnego ziemstwa kazańskiego.

We wrześniu 1918 r. prof. Witold Orłowski dostaje wezwanie do sztabu polskiego wojska tworzonego w Kazaniu,

w którym ma organizować służbę sanitarną. Jedzie z wojskiem na opanowaną przez „Białych” Syberię, do Tomsku, gdzie przez dziesięć miesięcy opiekuje się polskimi żołnierzami.

W sierpniu 1919 r. otrzymuje telegram od komisarza Wojska Polskiego przy admirałe Kołczaku z wiadomością, że polskie władze proszą go o szybki przyjazd do kraju. Został mianowany profesorem medycyny wewnętrznej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Podróżuje rosyjskim statkiem, zarekwizowanym przez Anglików po wycofaniu się Rosji z wojny, z resztą polskiej dywizji syberyjskiej. Płyną przez Hongkong, Singapur, Kolombo, Aden, Port Said, Gibraltar, Londyn i Kopenhagę do Gdańska, gdzie statek zawija 1 lipca 1920 r.

Po pięciu latach spędzonych w Krakowie obejmuje katedrę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Jego zdolności menedżerskie ujawniają się w pełni w Szpitalu Dzieciątka Jezus przy Nowogrodzkiej, gdy obejmuje katedrę patologii i terapii chorób wewnętrznych. Przeobraża szpital w nowoczesną placówkę, tworząc nowe oddziały i znakomicie wyposażone pracownie. Fundusze zdobywa w Kasie Chorych, ale również od firm farmaceutycznych i prywatnych donatorów. Jest pionierem patofizjologii klinicznej, twórcą pojęcia „utajonej niewydolności krążenia”.

O przedwojennych osiągnięciach swego mistrza napisał w 1968 r. w „Endokrynologii polskiej” Walenty Hartwig: „*Doznał rzeczy na owe czasy niezwykłych. Zachował solidne fundamenty tradycyjnej medycyny i na nich wybudował szybko narastające elementy nowoczesnej sztuki lekarskiej. Co raz odważniej odchodził od statycznego pojmowania zjawisk chorobowych, zastępując je badaniem procesów dynamicznych zachodzących w ustroju*”.

Pionier transplantologii

Tadeusz Orłowski, pionier polskiej transplantologii, był przez 72 lata związany ze swoją uczelnią – Uniwersytetem Warszawskim, potem Akademią Medyczną. Pracował do końca życia.

Tuż przed wojną prof. Witold Orłowski, jego ojciec i mistrz, tworzy zespół asystentów, który ma badać czynności różnych narządów. Synowi przydziela badania nerek – związku niewydolności krążenia z ich funkcjonowaniem, i te właśnie badania doprowadzą Tadeusza Orłowskiego do transplantologii.

W 1957 r., dzięki stażowi w Szwecji u prof. Alvála, uczy się dializoterapii. Potem, jako stypendysta Rockefellera, wyjeżdża do Saint Louis, do najlepszego na świecie ośrodka

patofizjologii nerek prof. Brickera. W latach 60. zdobywa dalsze doświadczenia na stażach w Londynie i Pizie.

W Warszawie już w latach 50. prowadził pionierskie próby leczenia przewlekłej mocznicy dializami otrzewnowymi, jelitowymi i dietą małowbiakową. W 1959 r. uruchomił ośrodek dializacyjny, tzw. sztuczną nerkę. Po raz pierwszy w Europie leczono tam przypadki schyłkowej niewydolności nerek amerykańską metodą powtarzanych dializ. Owocem działań jego zespołu było opracowanie, opatentowanie i wyprodukowanie polskiej sztucznej nerki arkuszejowej oraz dializatorów zwojowych.

W 1966 r. polska medycyna odnosi wielki sukces. Wraz z prof. Janem Nielubowiczem prof. Tadeusz Orłowski wprowadza program transplantacji nerek. On sam przyjmuje odpowiedzialność za stronę immunologiczną: dobór biorcy, monitorowanie go i leczenie. Opracowuje metodę otrzymywania króliczej globuliny antymocytarnej, stosując ją po raz pierwszy w zwalczaniu ostrego odrzucenia przeszczepu.

Inne pionierskie prace prof. Tadeusza Orłowskiego dotyczą metod immunosupresyjnego leczenia przewlekłych glomerulopatii.

Osiągnięcia naukowe zapewniły prof. Tadeuszowi Orłowskiemu trwałe miejsce w historii medycyny. Dla taterników jest on jednak przede wszystkim najlepszym wspinaczem swej pokolenia, odkrywcą wielu dróg w Tatrach.

Znany taternik Jakub Radziejowski w miesięczniku „Góry” (lipiec – sierpień 2004) pisze: „O drogach Orłowskiego mówi się, że prowadzą wyjątkowo estetycznymi formacjami, są doskonale logiczne i – podobnie jak inne drogi starych mistrzów – budzą respekt. Ubrany w najnowsze la sportywy, z kompletem friendzików dyndających przy



uprząży, drogę zaliczyłbym do nietrudnych; gdybym jednak miał ją zrobić wyposażony w sprzęt z lat 30., myślę, że szybko bym odpuścił”.

Kilka lat przed śmiercią Profesor wyraził żal, że za mało chodził po górach. „To jedyna rzecz, jaką bym w moim życiu zmienił, gdybym miał drugą szansę” – wyznał dziennikarce.

Podczas sesji w Muzeum Historii Medycyny WUM wiele mówiono również o dokonaniach ojca i syna podczas okupacji niemieckiej.

Wbrew zakazowi władz niemieckich klinika chorób wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, którą kierował prof. Witold Orłowski, już w listopadzie 1939 r., jako jedna z pierwszych rozpoczyna tajne nauczanie studentów. „Nauczania nie przerwałem, mimo otrzymania dwóch anonimowych ostrzeżeń i jednego jawnego” – odnotował Profesor we wspomnieniach. Działalność dydaktyczno-naukowa trwała przez całą okupację. W klinice pracowało i zdobywało wiedzę 244 studentów. 138 zdało końcowy egzamin z interny. Równocześnie prowadzono doszkalać lekarzy, odbywały się też posiedzenia naukowe.

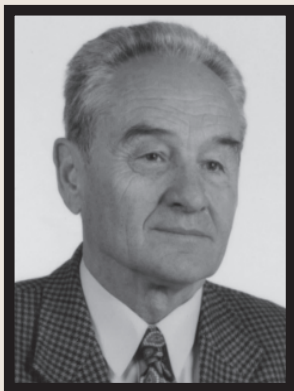
Tadeusz Orłowski rok po dyplomie lekarskim na Tajnym Uniwersytecie Warszawskim jest żołnierzem batalionu „Baszta”, od maja 1944 r. również w kontrwywiadzie Delegatury Rządu. Podczas Powstania trafia do II Batalionu Szturmowego ODWET AK. Ich wspólne przeżycia powstańcze opisała po latach sanitariuszka Zofia Straszewicz-Marconi, przedstawiając obraz dr. Orłowskiego, „Justyna”, jako człowieka działającego odważnie i błyskawicznie, potrafiącego też zachować zimną krew, co wielokrotnie ratowało życie żołnierzy batalionu.

Witolda i Tadeusza Orłowskich łączył szczególny dar przewidywania kierunków rozwoju medycyny. Obydwaj byli „mózgowcami”, wizjonerami, którzy wyprzedzali swoje czasy, propagując w Polsce medycynę nowoczesną, opartą na solidnych badaniach naukowych. ■



Prof. Tadeusz Orłowski (z lewej)
z prof. Janem Nielubowiczem

Ewa Dobrowolska



Tadeusz Kurek
(1930–2017)

Z ogromnym żalem i smutkiem pożegnaliśmy 9 stycznia 2017 r. dr. n. med. Tadeusza Kurka, wieloletniego ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala w Otwocku. Żegnaly Go tłumy mieszkańców

Otwocka, dając wyraz szacunku i uznania dla zasług dr. Kurka.

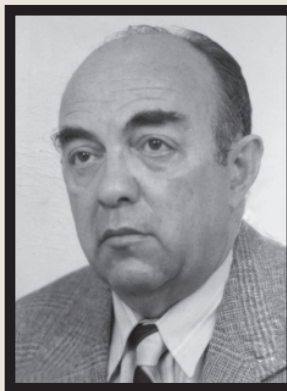
W otwockim szpitalu pracował od 1956 r. I stopień specjalizacji z ginekologii i położnictwa uzyskał w 1961 r., II stopień w 1967. Za ogromną wiedzę i sprawność operacyjną był wysoko ceniony przez dyrekcję szpitala, a przede wszystkim przez prof. dr. med. Małgorzatę Bulską oraz konsultanta wojewódzkiego do spraw ginekologii i położnictwa dr. med. E. Zachwieja, którzy w swej opinii napisali: „*Oddział położniczo-ginekologiczny szpitala w Otwocku, pod kierownictwem dr. Tadeusza Kurka, należy do większych na terenie województwa, liczy 75 łóżek, pod względem fachowości lekarskiej jest prowadzony na bardzo dobrym poziomie, a dr Kurek należy do najlepszych ordynatorów na terenie województwa mazowieckiego*”.

W 1976 r. obronił pracę doktorską, której promotorem był prof. dr med. Ireneusz Roszkowski. Dr Tadeusz Kurek był cenionym i ambitnym lekarzem. Pod Jego kierownictwem 18 lekarzy zdobyło I stopień specjalizacji, a 14 – II stopień. Wśród nich jest również Jego syn Grzegorz.

Od 1961 r. należał do Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i Ginekologicznego. Uczestniczył w licznych zjazdach i konferencjach szkoleniowych z zakresu ginekologii i położnictwa. Z żoną Barbarą, lekarzem pediatrą, ordynatorem oddziału pediatrii w szpitalu w Otwocku, założyli wspaniałą wielopokoleniową rodzinę, która kultywuje etos pracy lekarskiej.

Dr Tadeusz Kurek mimo ciężkiej choroby utrzymywał więź z kolegami lekarzami, służąc im radą i pomocą. Środowisko lekarskie bardzo odczuje brak tego zasłużonego lekarza, ale pamięć o Jego pięknej drodze życia trwać będzie długo.

Przyjaciele lekarze i rodzina



Leonard Józef Kompel
(1931–2016)

Urodził się w Warszawie 22 października 1931 r. i tam spędził dzieciństwo. W czasie okupacji hitlerowskiej został wywieziony z rodzicami do Niemiec na roboty przymusowe.

Świadectwo dojrzałości uzyskał w Liceum im. Stefana Batorego w 1951 r., w tym samym roku zdał egzamin wstępny na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie, ale nie został przyjęty „z powodu braku miejsc”. Z obawy przed powołaniem do wojska rozpoczęła naukę w szkole felczerskiej w Warszawie, a po jej ukończeniu został przyjęty na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1955 r. kontynuował studia w Warszawie. W czasie studiów pracował aktywnie w Studenckim Kole Naukowym w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, przy ul. Lindleya (kierownik: prof. E. Kodejszko). Absolutorium uzyskał w 1958 r., a dyplom lekarza w 1960 r. Po ukończeniu stażu podyplomowego odbył obowiązującą (wtedy) lekarzy dwuletnią służbę wojskową w Węgorzewie. W tym okresie dodatkowo pracował na Oddziale Wewnętrznym tamtejszego Szpitala Powiatowego oraz pełnił dyżury lekarskie w Pogotowiu Ratunkowym.

Po zwolnieniu z wojska podjął pracę w Przychodni Rejonowej w Warszawie, przy ul. Chocimskiej, i jako wolontariusz rozpoczął specjalizację z interny w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, przy ul. Lindleya. W 1966 r. w wyniku konkursu uzyskał etat asystenta w Klinice Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie przy ul. Goszczyńskiego (u prof. E. Żery). W czasie pracy w Klinice Kardiologii, gdzie przez wiele lat był adiunktem, uzyskał stopień doktora nauk medycznych oraz specjalizację z chorób wewnętrznych i z kardiologii.

Po przejściu na emeryturę pracował jako specjalista kardiolog w Przyszpitalnej Poradni Kardiologicznej w Warszawie przy ul. Goszczyńskiego. Przez 50 lat pracował także dodatkowo jako specjalista kardiolog w Lekarskiej Spółdzielni Pracy Medica w Warszawie, przy ul. Żąbkowskiej.

Zmarł 7 października 2016 r. Pochowany został w grobie rodzinnym na Cmentarzu Powązkowskim.

Śp. dr Leonard Józef Kompel był moim wieloletnim Kolegą i serdecznym Przyjacielem.

Janusz Racki z rodziną



Doktorowi Julianowi Wróblowi
wiceprezesowi
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają prezes,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
i pracownicy Biura Izby



„Czas jest najlepszym lekarstwem
na smutek”

Doktor Bożence Ositek

składamy wyrazy głębokiego współczucia
i szczerego żalu
z powodu śmierci

Mamy

Basia, Ania, Krzysia, Hania i Basia

O leczniczej marihuanie

Uważam, że w sprawie tak zwanej leczniczej marihuany należy oddzielić dwie niezależne od siebie kwestie. Pierwsza to możliwość terapeutycznego zastosowania nowej substancji czynnej, w tym przypadku THC. Druga to regulacje prawne dotyczące hodowli konopi indyjskich.

W mojej opinii proces rejestracyjny substancji czynnej, jaką jest THC, nie powinien w żaden sposób różnić się od procesu rejestracyjnego pozostałych substancji czynnych będących lub mających stać się lekami. Już nie takie narkotyki i nie takie trucizny od lat są zarejestrowane jako leki. Co więcej, bez części z owych narkotyków i trucizn dzisiejsza medycyna z pewnością wyglądałaby nieco inaczej. Wystarczy wspomnieć o zastosowaniu terapeutycznym opiatów, antagonistów witaminy K czy środków zwiotczających mięśnie.

Jeśli na podstawie badań klinicznych potwierdzone zostałyby bezpieczeństwo oraz skuteczność THC w terapii SM, padaczki lub innego schorzenia, nic nie stoi na przeszkodzie, aby substancja ta została dopuszczona do obrotu. Oczywiście wyłącznie w formie odpowiednio przygotowanego leku.

Rozważania dotyczące ewentualnej hodowli czy też posiadania konopi indyjskich nie mają i nie powinny mieć w tej kwestii absolutnie żadnego znaczenia. Prawo do posiadania konopi stanowi całkowicie oddzielne zagadnienie. Należy jasno rozdzielić pojęcie aktywnej substancji czynnej (jaką jest THC) od konopi indyjskich, czyli rośliny, której susz ma właściwości narkotyczne. Kwestia ewentualnego terapeutycznego zastosowania THC w formie leku powinna być rozpatrywana jedynie przez naukowców oraz klinicystów. Natomiast zagadnienia związane z hodowlą konopi indyjskich powinny być rozstrzygane przez prawników oraz specjalistów od uzależnień.

Lek. Piotr Sławiński

Absolwenci AM rocznika 1967

Zapraszamy wszystkie Koleżanki i wszystkich Kolegów, którzy rozpoczęli studia w 1961 r. albo dołączyli do nas w późniejszym okresie i uzyskali dyplom lekarza w 1967 lub 1968 r., na spotkanie **16 września 2017 r.**, które odbędzie się w gmachu WUM w Warszawie, przy ul. Księcia Trojdena 2.

Prosimy osoby zainteresowane odnowieniem dyplomu i/lub wspólnym świętowaniem o przesłanie pocztą zgłoszenia pod adresem: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18 (z dopiskiem: dla dr. n. med. Bohdana Woronowicza) lub e-mailem: b.woronowicz@oilwaw.org.pl

W imieniu organizatorów z nadzieją na spotkanie
Ładysław Nekanda-Trepka i Bohdan Woronowicz

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 śródowych: „Nie tylko jako lekarze ciała, ale i całego człowieka”

Serdecznie zapraszamy na spotkanie 22.03.2017 r.

18.00 – msza święta,

19.00 – prelekcja ks. Arkadiusza Zawistowskiego, pt. „Święty Ryszard Pampuri – szczęśliwy lekarz niosący ulgę ludziom”, w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – „Immaculata”.



Z ogromnym żalem żegnamy
naszą kochaną przyjaciółkę
dr Marię Jagowd-Wolską

Zmarła w Montrealu, ale zawsze
duchem i sercem była w Polsce.

Koleżanki i koledzy, rocznik 1945



Doktorowi Julianowi Wróblowi,
członkowi Kolegium Redakcyjnego „Pulsu”
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składa
redakcja „Pulsu”



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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 oraz

– 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-kredytowej, 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.

29 grudnia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 grudnia 2016 r. w sprawie sposobu pobierania materiału genetycznego oraz warunków i sposobów jego przechowywania, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2179.

Rozporządzenie określa:

– sposób pobierania materiału genetycznego od osób, których krewni stracili życie wskutek walki z narzuconym systemem totalitarnym lub wskutek represji totalitarnych lub czystek etnicznych w okresie od 8 listopada 1917 do 31 lipca 1990 r. i miejsce ich pochowania nie jest znane,

– warunki i sposób przechowywania materiału genetycznego pobranego od dawców oraz warunki i sposób przechowywania materiału genetycznego pobranego z ekshumowanych zwłok, szczątków lub prochów ludzkich ofiar walki z narzuconym systemem totalitarnym, represji totalitarnych lub czystek etnicznych w powyższym okresie.

30 grudnia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2245, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 2138.

Zgodnie ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący terytorialną służbę wojskową, służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu.

1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 16 grudnia 2016 r. o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy otoczenia prawnego przedsiębiorców, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 2255.

Zgodnie ze zmianą w ustawie – Kodeks pracy, odwołanie od wypowiedzenia umowy o pracę wnosi się do sądu pracy w ciągu 21 dni od dnia doręczenia pisma wypowiedzającego tę umowę.

Żądanie przywrócenia do pracy lub odszkodowania wnosi się do sądu pracy w ciągu 21 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia lub od dnia wygaśnięcia umowy o pracę.

Żądanie nawiązania umowy o pracę wnosi się do sądu pracy w ciągu 21 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o odmowie przyjęcia do pracy.



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

Zgodnie ze zmianą w ustawie – **Prawo ochrony środowiska** (DzU z 2016 r., poz. 672, ze zmianami), podmiot korzystający ze środowiska w terminie do 31 marca następnego roku przedkłada marszałkowi województwa wykaz zawierający informacje i dane wykorzystane do ustalenia wysokości opłat oraz wysokość tych opłat.

Nie wnosi się opłat z tytułu tych rodzajów korzystania ze środowiska, których roczna wysokość wnoszona na rachunek urzędu marszałkowskiego nie przekracza 800 zł. **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.**

Zgodnie ze zmianą **ustawy o swobodzie działalności gospodarczej**, przedsiębiorca niezatrudniający pracowników prowadzący działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres do 3 lat w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia. W przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki osoby prowadzącej działalność gospodarczą, osoba ta może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Wpisowi do CEIDG podlega m.in. adres do doręczeń przedsiębiorcy oraz adresy, pod którymi jest wykonywana działalność gospodarcza, w tym adres głównego miejsca wykonywania działalności i oddziału, jeżeli został utworzony. Dane te są zgodne z oznaczeniami kodowymi przyjętymi w krajowym rejestrze urzędowym podziału terytorialnego kraju, o ile to w danym przypadku możliwe.

Kontrolę planuje się i przeprowadza po dokonaniu analizy prawdopodobieństwa naruszenia prawa w ramach wykonywania działalności gospodarczej. Wymienionego przepisu nie stosuje się do kontroli:

- gdy organ kontroli poweźmie uzasadnione podejrzenie:
 - a) zagrożenia życia lub zdrowia,
 - b) popełnienia przestępstwa lub wykroczenia,
 - c) popełnienia przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego,
 - d) innego naruszenia prawnego zakazu lub niedopełnienia prawnego obowiązku – w wyniku wykonywania tej działalności,
- gdy jest ona niezbędna do przeprowadzenia postępowania w celu sprawdzenia wykonania zaleceń pokontrolnych organu lub wykonania decyzji nakazujących usunięcie naruszeń prawa, w związku z przeprowadzoną kontrolą.

1 stycznia 2017r. weszła w życie ustawa z 2 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 2250.

Rada oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia powołana przed 1 stycznia 2017 r. działa do dnia powołania rady oddziału wojewódzkiego NFZ przez właściwego wojewodę na podstawie znówelizowanych przepisów, nie dłużej jednak niż przez okres 3 miesięcy.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2216.

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2218.

Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji.

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oznacza lekarza, który:

- posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub
- uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Lekarz anestezjolog oznacza lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Kwalifikacja pacjentów do przyjęcia na oddziały anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się **oddziały anestezjologii i intensywnej terapii**, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się **oddziały anestezjologii**.

W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, tworzy się **oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci**, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się **oddziały anestezjologii dla dzieci**.

Rozporządzenie ustala trzy poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz pacjentów dorosłych oraz dzieci.

Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziałów anestezjologii lub oddziałów anestezjologii dla dzieci w szpitalach są określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach są określone w częściach II i III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Wymienionymi oddziałami szpitala powinien kierować lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Rozporządzenie określa standardy oraz wymagania dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia w ambulatorium lub zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne

i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, oraz w pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa, w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego z zakresu anestezji.

Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia bólu mogą być udzielane w szpitalu w ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, oddziału anestezjologii, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziału anestezjologii dla dzieci.

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejeżdża na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez **lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii**.

Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa wyżej, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3. roku życia, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem.

Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii może równocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej dwuletniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych pacjentów przez cały czas trwania znieczulenia.

Rozporządzenie ustala standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji oraz z zakresu intensywnej terapii na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

Podmioty lecznicze niespełniające wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż **do 31 grudnia 2018 r.**

Lekarz przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, który nie spełnia wymagań określonych w rozporządzeniu, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż **do 31 grudnia 2018 r.**

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań **do 31 grudnia 2018 r.**

Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które nie spełniają wymagań dotyczących wyposażenia stanowiąca znieczulenia, dostosują się do tych wymagań **do 31 grudnia 2018 r.**

1 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 21 grudnia 2016 r. w sprawie wzoru wniosku o jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 2234.

Do wniosku dołącza się następujące dokumenty:

- zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
- zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną, potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu - wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu ministra zdrowia z 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka (DzU z 2010 r., poz. 1234).

3 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 23 grudnia 2016 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności Systemu Obsługi List Refundacyjnych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1.

4 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 9.

11 stycznia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 63, obwieszczenie ministra zdrowia z 13 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”.

18 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 110.

Rozporządzenie określa:

- rodzaj, zakres i częstotliwość badań okresowych policjantów,
- wzór skierowania na badanie okresowe lub kontrolne,
- wzór orzeczenia lekarskiego.

19 stycznia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 125, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 16 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

20 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 119.

W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym minister zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających.

Przez zakład psychiatryczny, zgodnie z przepisami kodeksu karnego, rozumie się podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej.

Do zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających należy:

- wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych,
- analiza dostępnej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej,
- analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających,
- wizytacja i ocena zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których wykonywany jest środek zabezpieczający.

W skład komisji wchodzi przedstawiciele:

- ministra zdrowia – 2 osoby,
- Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – 2 osoby,
- Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – 1 osoba,
- Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej – 3 osoby,
- zgłoszeni przez Komisję do spraw Szpitalnictwa Psychiatrycznego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – 1 osoba.

24 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 44.

Ogłoszenie o postępowaniu w trybie konkursu ofert zawiera m.in. zastrzeżenie o prawie do odwołania postępowania do dnia składania ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania.

W zaproszeniu do rokowań określa się m.in. zastrzeżenie o prawie do odwołania rokowań do dnia składania ofert oraz do zmiany terminu przeprowadzenia rokowań i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań.

Komisja konkursowa może doręczać oferentowi oświadczenia i zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego, jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie, potwierdzenie doręczenia pisma pod wskazanym adresem.

Komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie:

- posiadanych przez NFZ ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych,



**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

- rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których NFZ ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

25 stycznia 2017 r. zostało opublikowane w M.P. z 2017 r., poz. 84, obwieszczenie ministra zdrowia z 23 stycznia 2017 r. w sprawie wykazu dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego.

Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry osobie, która włada językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania tego zawodu.

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

Załącznik do obwieszczenia ministra zdrowia zawiera następujący wykaz dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego:

- 1) świadectwo dojrzałości uzyskane po złożeniu egzaminu w języku polskim,
 - 2) świadectwo złożenia:
 - a) Lekarskiego Egzaminu Państwowego,
 - b) Lekarskiego Egzaminu Końcowego,
 - c) Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego,
 - d) Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego
- uzyskane po złożeniu, z wynikiem pozytywnym, egzaminu w języku polskim.

31 stycznia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia

obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 103.

Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego m.in. przez:

- udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności,
- udział w kursie medycznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej.

Za udział w obu typach kursów przysługuje 1 pkt. za 1 godz. Weryfikacja następuje na podstawie zaświadczenia lub dyplomu wydanego przez organizatora albo potwierdzenia przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobnym zaświadczeniu.

10 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 30 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 163.

Zmiany zostały wprowadzone w załącznikach do rozporządzenia określających:

- wykaz chorób i ułomności uwzględniany przy orzekaniu o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz do służby poza granicami państwa, a także o ograniczonej zdolności do pełnienia zawodowej służby wojskowej w poszczególnych rodzajach sił zbrojnych i rodzajach wojsk oraz na określonych stanowiskach służbowych,
- wykaz chorób i ułomności uwzględniany przy ocenie zdolności fizycznej i psychicznej do pełnienia zawodowej służby wojskowej w powietrzu, służby naziemnego zabezpieczenia lotów i służby inżynierjno-lotniczej oraz na okrętach wojennych i innych jednostkach pływających marynarki wojennej, a także w charakterze nurków i płetwonurków. ■

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

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy 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 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 Błaszczyk; 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 Sipsorska,

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

przewodniczący: Julian Wróbel

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

Ośrodek Współpracy z Zagranicą

kierownik Krzysztof Schreyer; tel. 22-542-83-81

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

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

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



W lutym br. odbyła się

X Charytatywna Gala Karnawałowa Przyjaciół Fundacji OIL w Warszawie *Pro Seniore*

Do wspólnej zabawy zaprosili gości prezes fundacji Andrzej Surowiecki, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Ewa Miękus-Pączek i skarbnik ORL Roman Olszewski. Wystąpił zespół Żuki. Na tegorocznym balu wręczono statuetkę Benevolenti (Łaskawcy, życzliwemu) wieloletniemu przyjacielowi fundacji Sławomirowi Apelskiemu, prezesowi April Medbroker Polska.

Tradycyjnie podczas imprezy odbyła się aukcja przekazanych przez darczyńców przedmiotów oraz loteria fantowa, w której rozdano ponad 120 nagród o łącznej wartości przeszło 25 tys. zł. Dochód z balu (z loterii, licytacji i darowizn w wysokości ponad 61 tys. zł) fundacja przeznaczy na turnusy rehabilitacyjne dla swoich podopiecznych.

Organizatorzy serdecznie dziękują gościom, darczyńcom i sponsorom.

kb

