

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

**XXXVII
Okręgowy Zjazd
Lekarzy
OIL w Warszawie**
[str. 4]

**Płace
w służbie zdrowia**
[str. 8]

**Apel
Porozumienia
Zawodów Medycznych**
[str. 9]

**Gruźlica to problem
organizacyjny
– wywiad
z prof. Kazimierzem
Roszkowskim-Śliżem**
[str. 12]

**Wypalenie
zawodowe**
[str. 20]



III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Fot. licencja Artmedia Partners

PROGRAM

9 czerwca 2017 r., piątek

8.00–10.30 Rejestracja uczestników

SALA A

10.30–10.45 Otwarcie III MSS

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

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

12.15–12.30 Przerwa kawowa

12.30–13.30 Nowoczesne materiały kompozytowe o niskim skurczu polimeryzacyjnym
– prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski

13.30–14.15 Nowe lampy polimeryzacyjne – pułapki polimeryzacji
– prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski

14.15–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–16.30 Wybrane błędy w leczeniu protetycznym
– dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-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
– pptk. 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 Fotografia w stomatologii
– dr n. med. Leszek Szalawski

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

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 Nędzy-Góra
- 18.00–18.30 Wpływ czynników miejscowych na rozwój i leczenie chorób przyzębia
– dr n. med. Monika Borakowska-Siennicka

SALA WARSZTATOWA (grupa do 12 osób)

- 11.00–14.00 Jak odbudować brak pojedynczego zęba – wykonanie mostu adhezyjnego metodą pośrednią i bezpośrednią za pomocą 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

- 9.00–10.30 Endodoncja – leczmy pacjentów, a nie zdjęcia radiologiczne. Jak ja to robię? Od RTG do opracowania przestrzeni systemu korzeniowego
– dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk
- 10.30–11.00 Fluor w stomatologii minimalnie inwazyjnej
– prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk
- 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 Kobylińska,
– 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
– lek. dent. Elżbieta Wojtyńska
- 15.30–17.00 Zakażenia w stomatologii i znaczenie biofilmów
– dr hab. n. med. Marta Wróblewska

SALA B

- 9.00–10.00 Dylematy decyzji terapeutycznych – periodontologiczny punkt widzenia
– dr n. med. Agnieszka Pawlik
- 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
- 15.00–17.00 Sesja samorządowa

SALA WARSZTATOWA (grupa do 16 osób)

- 11.00–14.00 Warsztaty endodontyczne: Nawigacja endodontyczna – trzynarzędziowy system Endostar E3 B/S w akcji
– dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk
- 14.00–15.00 Przerwa obiadowa
- 15.00–18.00 Warsztaty chirurgiczne
– dr n. med. Maciej Michalak.

Rejestracja jest możliwa wyłącznie przez formularz na stronie:
www.izba-lekarska.pl

Gwarancją udziału jest dokonanie wpłaty (z podaniem imienia i nazwiska osoby, której wpłata dotyczy) na konto OIL w Warszawie: 27 1240 6247 1111 0000 4974 2369, z dopiskiem „III MSS”, w ciągu 7 dni od daty rejestracji.
Brak wpłaty w tym terminie spowoduje automatycznie wykreślenie z listy uczestników.

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

Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie.



Nr 4/2017 (264), kwiecień 2017

Na okładce:

prof. dr hab. n. med.
Kazimierz Roszkowski-Słiz
(fot. M. Beczek)

W numerze m.in.:

▶ III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	str. II okładki, 1
▶ powiem wprost	3
▶ Lekarze obradowali w Warszawie	4
▶ Płace w służbie zdrowia	8
▶ Zbieramy podpisy	9
▶ KOZ-y i ich POZ-y	10
▶ Gruźlica to problem...	12
▶ o tym się mówi	14
▶ lecmy ból	18
▶ Wypalenie zawodowe	20
▶ Choroby rzadkie...	22
▶ Odpowiedzialność cywilna...	24
▶ etyka	25
▶ goniec medyczny	26, 47
▶ doniesienia naukowe	27
▶ Ekspersi od cudzego cierpienia	28
▶ z Mazowsza	30
▶ Raport o zdrowiu Polaków	31
▶ walka z rakiem	32
▶ wędrówki po regionie	33
▶ W polskim systemie opieki paliatywnej wciąż są białe plamy	34
▶ u nas w samorządzie	38
▶ muzy i my	43
▶ ciekawe miejsca	44
▶ sport	45
▶ literatura i życie	48
▶ posłuchać, zobaczyć...	50
▶ Ułan, poeta, z zawodu lekarz	51
▶ wspomnienia	52
▶ nowe przepisy prawne	54
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	16
▷ Walewski	16
▷ Müldner-Nieckowski	36
▷ Ciepły	36
▷ Jankowska	37
▷ Kowal	50

Fot. archiwum



Jakości nam trzeba

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

W Biuletynie Informacji Publicznej KRM pojawił się pod koniec stycznia 2017 r. dokument „Założenia projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta” opracowany przez Ministerstwo Zdrowia, a dokładnie przez byłego już wiceministra zdrowia Piotra Warczyńskiego. Teoretycznie trwają konsultacje, ale w BIP nic o nich nie napisano. Ostatnia zmiana pochodzi z końca marca – dowiadujemy się jedynie, że obecnie za ten projekt odpowiada wiceminister Marek Tombarkiewicz.

O potrzebie jakości leczenia kogo jak kogo, ale lekarzy przekonywać nie trzeba. Ustawa jest oczekiwana od dawna zarówno przez pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów. Szkoda tylko, że od czasu odzyskania przez Polskę niepodległości nie możemy się doczekać jakości od polityków i jakości stanowionego przez nich prawa. Z roku na rok propozycje, niestety także zgłaszane przez resort zdrowia, są coraz gorszej jakości. Przykładem mogą być wspomniane założenia do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia.

Autorzy, omawiając aktualny stan stosunków społecznych, nie wspominają ani słowem o narastającym w społeczeństwie, również u większości osób wykonujących zawody medyczne, braku zaufania do państwa i jego instytucji. Nie zastanawiają się też, jak problemowi zaradzić. Ma to kolosalne znaczenie w omawianym dokumencie. Nie wspominają także o tym, że zwiększają się wydatki szpitali, związane z projektowaną koniecznością zatrudnienia we wszystkich placówkach zastępców dyrektora ds. jakości i bezpieczeństwa opieki. Nie uwzględniono również nakładów na „szkolenia i inne działania niezbędne do podnoszenia kompetencji personelu”.

Pojawia się obawa, że projektowane rozwiązania pozwolą wykorzystywać system autoryzacji do eliminowania finansowania ze środków publicznych podmiotów medycznych z innych powodów niż merytoryczne. Projekt nie przewiduje bowiem obiektywnego, zgodnego z zasadami państwa prawa, systemu odwołania się od odmowy przyznania akredytacji.

Zakłada się konieczność przesyłania informacji o wystąpieniu zdarzeń niepożądanych i dodatkowo wykazu tych zdarzeń. Obowiązek wypełniania kolejnych dokumentów przez i tak obciążonych nadmierną sprawozdawczością świadczeniodawców skróci (zwłaszcza w POZ) czas przeznaczony dla pacjenta.

Projektodawcy piszą: „*Nie będzie ponosił odpowiedzialności karnej [zgłaszający] (z wyłączeniem winy umyślnej lub zaniechania)*”. Pojawia się oczywiste pytanie, kto to będzie oceniał i skąd będzie posiadał informacje? Na to nie znajdujemy w tekście odpowiedzi. Zamiast zgłaszania prawdziwych zdarzeń niepożądanych rozkwitnąć może donosicielstwo w pełnym tego słowa znaczeniu.

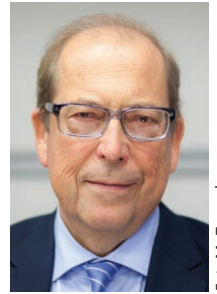
Poza tym dokument jest sporządzony bardzo niedbale, zawiera wiele literówek, błędów językowych i stylistycznych. Pozwala to podejrzewać, że tak naprawdę nikt go przed upublicznieniem nie przeczytał dokładnie ani pod kątem jakości rozwiązań, ani należytej staranności przekazu.

Wszystko więc wskazuje, że proponowane rozwiązania nie spełnią oczekiwań pomysłodawców projektu i oczekiwań społecznych (także środowisk medycznych) dotyczących poprawy jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów w Polsce.

Parafrazując wieszczka: Jakości nam trzeba jak powietrza i chleba. ■

Inwestując w przyszłość

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Teperek

Za nami XXXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Odbił się w dobrej, twórczej atmosferze. Dziękuję delegatom za obecność i aktywny udział w dyskusjach, za głos w sprawach ważnych dla naszego samorządu. Mimo zdarzających się między nami różnic w podejściu do niektórych poruszanych tematów, potrafimy rozmawiać i znajdujemy akceptowane przez wszystkich rozwiązania.

Jednym z zagadnień omawianych podczas zjazdu był wstępny projekt przystąpienia naszej Izby, a także Naczelnej Izby Lekarskiej z innymi samorządami zawodów zaufania publicznego, do budowy „miasteczka samorządowego”, którego pomysł zrodził się na Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. W powstałym kompleksie biurowo-konferencyjnym swoje siedziby miałyby poszczególne samorządy, a przestrzeń konferencyjna i szkoleniowa służyłaby wszystkim użytkownikom. Z naszego punktu widzenia, m.in. dlatego, że nie mamy wystarczająco dużej powierzchni do prowadzenia szkoleń, to bardzo dobre rozwiązanie. Pozwoliłoby na utworzenie nowoczesnej bazy szkoleniowej dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Oczywiście decyzja o przystąpieniu do tak znaczącego przedsięwzięcia wymaga jeszcze wielu analiz i dyskusji, które będziemy prowadzili. Dziękuję uczestnikom zjazdu za poparcie i „zielone światło” dla dalszych rozmów, gdyż „miasteczko samorządowe” to inwestowanie w przyszłość, kolejne dekady pracy naszego samorządu, z myślą o młodych kadrach lekarskich.

Ale w naszej pracy pamiętamy też o przeszłości, o zasłużonych postaciach medycyny. Senat RP rok 2017 ustanowił Rokiem dr. Władysława Biegańskiego, lekarza, etyka, społecznika. By przypomnieć jego sylwetkę, zorganizowano wystawę prezentowaną w Senacie i w Dziale Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej. Warto sięgnąć po aforyzmy dr. Biegańskiego o etyce lekarskiej aktualne i dziś. Na początku kwietnia odbędą się w Częstochowie uroczyste obchody 100-lecia jego śmierci, w które nasza Izba jest mocno zaangażowana.

Pielęgnując pamięć o wspólnej medycznej historii, podjęliśmy się również finansowego wsparcia renowacji płyty nagrobnej polskiego lekarza Feliksa Rymkiewicza, profesora medycyny pracującego w XIX w. w Wilnie i pochowanego na wileńskiej Rossie. Od lat podtrzymujemy kontakty z medyczną Polonią na Litwie, podobnie na Białorusi, Ukrainie i w Gruzji. Niedawno powołaliśmy w Izbie Ośrodek ds. Współpracy z Zagranicą, aby ułatwiać kontakty między organizacjami lekarskimi na Wschodzie i na Zachodzie. IX Kongres Polonii Medycznej, który odbył się w Warszawie w czerwcu 2016 r., był mocnym impulsem do intensyfikacji tych działań, szczególnie skierowanych do koleżanek i kolegów lekarzy z krajów, w których nie ma samorządu zawodowego lekarzy. Ta współpraca i kontakt są im bardzo potrzebne obecnie i w przyszłości.

Z okazji Wielkanocy składam Państwu serdeczne życzenia radosnych i pogodnych świąt. Dużo zdrowia i pomyślności. ■

Prosimy wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism).

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



KOZ-y i ich POZ-y
str. 10



Raport
o zdrowiu Polaków
str. 31



Ulan, poeta,
z zawodu lekarz
str. 51

Lekarze obradowali w Warszawie

XXXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie odbył się 1 kwietnia 2017 r. Zgodnie z regulaminem, poświęcony był przede wszystkim przyjęciu sprawozdania finansowego z wykonania budżetu OIL, sprawozdań z działalności organów Izby w 2016 r. oraz budżetu na rok 2017.

Na przewodniczącego Zjazdu został wybrany Romuald Krajewski, wiceprezes ORL w Warszawie.

Sprawozdania i absolutorium

Sprawozdanie Okręgowej Rady Lekarskiej przedstawił prezes Andrzej Sawoni. W prezentacji nawiązał do najważniejszych tematów i obszarów działań w roku 2016. Podkreślił, że prowadzony od 2015 r. program ubezpieczenia OC zawartego w składce na samorząd lekarski cieszy się dużym zainteresowaniem. Korzysta z niego 16 tys. członków OIL w Warszawie. Skala przedsięwzięcia pozwoliła na znaczące zmniejszenie składki ubezpieczeniowej, a ponadto uczestniczący w programie zyskują dodatkowe zniżki na ubezpieczenia komunikacyjne, majątkowe. Duże jest również zainteresowanie bezpłatnymi poradami prawnymi w ramach programu „Prawnik dla lekarza”, których w 2016 r. udzielono ponad 900. Z programu od ubiegłego roku mogą korzystać także lekarze i lekarze dentyści odbywający staż podyplomowy. Izba udziela wsparcia socjalnego lekarzom. Są to m.in. zapomogi losowe, pożyczki socjalne, odprawy pośmiertne. Rodzicom, którym urodziło się dziecko, wypłacane jest tzw. becikowe w wysokości 1000 zł. W 2016 r. wypłat z tego tytułu było 545.

Prezes Sawoni przypomniał o zaangażowaniu Izby w projekt szkolenia biegłych sądowych, a z czasem być może także powołania zespołu biegłych przy OIL w Warszawie. Izbowy zespół pracował również nad projektem rekompensowania pacjentom szkód związanych z leczeniem.

Ważnym obszarem działania były szkolenia dla lekarzy, za które odpowiada Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Zostało podpisane porozumienie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w sprawie szkoleń specjalizacyjnych, które nie wymagają zaplecza klinicznego.

W 2016 r. Izba otrzymała ponownie, po roku od pierwszego certyfikatu, potwierdzenie stosowania systemu zarządzania jakością – ISO 9001:2008.

Najważniejszym wydarzeniem ubiegłego roku był IX Kongres Polonii Medycznej, którego Izba była gospodarzem i współorganizatorem. Uczestniczyło w nim prawie 1000 osób, lekarze z Polski i ze świata, wielu wybitnych przedstawicieli światowej medycyny, m.in. prof. Zbigniew Wszotek i prof. Maria Siemionow.



Fotografie: egw i B. Siwek



W części sprawozdawczej Zjazdu zostały przedstawione sprawozdania z działalności organów Izby w 2016 r. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przedstawiła Janina Barbachowska, p.o. rzeczniczka, a Okręgowego Sądu Lekarskiego – jego przewodniczący Roman Jasiński. Sprawozdanie finansowe z wykonania budżetu OIL w Warszawie w roku 2016 i projekt budżetu na rok 2017 zaprezentował skarbnik Roman Olszewski, a sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej i opinię o wykonaniu budżetu OIL w Warszawie przedstawiła przewodnicząca OKR Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć. Po wysłuchaniu sprawozdań nastąpiła dyskusja, chwilami bardzo emocjonalna, w związku z oświadczeniem przedstawiciela OKR, że Komisja nie była w stanie wydać opinii w sprawie sprawozdania finansowego ORL za ubiegły rok. Po dyskusji, w której wyjaśniano zakres kompetencji OKR (ustawa o izbach lekarskich mówi, że OKR „przedstawia okręgowemu zjazdowi lekarzy opinię dotyczącą sprawozdania okręgowej rady lekarskiej z wykonania budżetu”), Zjazd zatwierdził sprawozdania, udzielił absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie za rok 2016 i przyjął budżet na rok 2017.

„Miasteczko samorządowe”, windykacja składek, uchwały i apele

W toku obrad delegaci zajęli się dyskusją nad wstępnym projektem wspólnego przedsięwzięcia samorządów zawodów zaufania publicznego, którego założeniem jest budowa obiektu biurowo-konferencyjnego, tzw. miasteczka samorządowego, w którym siedzibę znalazłyby liczne samorządy zawodów zaufania publicznego. Prezes Sawoni podkreślił, że pomysł, który zrodził się na Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, wymaga szczegółowych uzgodnień i analiz, ale wstępnie wydaje się bardzo korzystny dla Izby. Udział w budowie nowego obiektu, w którym części szkoleniowa i konferencyjna byłyby wspólne dla wszystkich użytkowników oraz zapewniono by dostateczną liczbę miejsc parkingowych, rozwiązałyby problem niedoboru powierzchni przeznaczanej na szkolenia w dotychczasowej siedzibie Izby.

Delegaci dyskutowali również o nieopłaconych składkach członkowskich. Zaległości z tego tytułu sięgają nawet roku 2006, ale ze względu na zmianę sposobu opłacania i księgowania składek (dawniej były to np. wpłaty zbiorowe

z przychodni czy szpitala za grupę lekarzy, obecnie – na konta indywidualne) w dużej mierze są już nieściągalne. Z uwagi na konieczność dostosowania zapisów o wymagalnych zobowiązaniach z tytułu składek członkowskich do obowiązujących przepisów rachunkowych, o czym mówiła obecna na Zjeździe biegła rewident Krystyna Krzysztofik-Pogoda, zaproponowano Zjazdowi, aby przedawnienie następowało z upływem 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności składki.

Po omówieniu wymienionych tematów Zjazd podjął:

- uchwałę w sprawie upoważnienia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podjęcia działań mających na celu przystąpienie do grupowej inwestycji pod nazwą „Miasteczko Samorządowe”,
- uchwałę w sprawie egzekwowania należności wynikających z tytułu nieopłaconych składek członkowskich, w której przyjęto, że zaległości będą umarzane po upływie 5 lat, o ile nie zostaną wcześniej podjęte działania w celu ich odzyskania.

Zjazd podjął również uchwały:

- w sprawie upoważnienia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do zakupu lokali wynajmowanych przez OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, według cen rynkowych na podstawie wyceny biegłych,
- w sprawie upoważnienia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do wyboru biegłego rewidenta w celu dokonania analizy badawczej rocznego sprawozdania finansowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
- w sprawie uchylenia uchwały nr 6/Z/IV/02 XIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 7 kwietnia 2002 r. w sprawie przyznania diet samorządowych członkom Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (t.j. wprowadzony obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 13 kwietnia 2011 r., zm. uchwałą nr 9/Z/VII/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r.).

Ponadto Zjazd przyjął apele:

- do ministra zdrowia w sprawie podjęcia działań zwiększających dostęp do kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentyistów w Polsce,



- do rządu RP i ministra zdrowia o podjęcie działań na rzecz poprawy zdrowia obywateli RP, uwzględniających postulaty środowiska lekarzy dentyków nieustannie podkreślających znaczenie zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego,
- w sprawie zwiększenia w planie finansowym budżetu NFZ na rok 2018 nakładów na gwarantowane świadczenia w rodzaju leczenia stomatologiczne w stosunku do przeznaczonych na ten cel środków w budżecie na rok 2017.

O samorządzie, systemie i zdrowiu lekarzy

Tradycyjnie w Zjeździe uczestniczyli zaproszeni goście. Byli wśród nich m.in. przedstawiciele władz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. Barbara Górnicka, prorektor ds. studenckich i kształcenia, prof. Paweł Włodarski, dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. Artur Mamcarz, prodziekan II Wydziału Lekarskiego, a także prof. Tadeusz Tołfoczek, były rektor Akademii Medycznej w Warszawie, oraz prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, prof. Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, i Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Na Zjeździe byli obecni również przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego, m.in.: Maciej Klockiewicz, sekretarz Warszawskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, Mieczysław Grodzki, prezes Mazowieckiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa, Hanna Szarpak, zastępca przewodniczącego Mazowieckiego Oddziału Krajowej Izby Doradców Podatkowych, Monika Całkiewicz, wicedziekan Okręgowej Rady Radców Prawnych w Warszawie. Wśród zaproszonych były też prokurator Ewa Kiec ze Stowarzyszenia Prokuratorów RP oraz prawnik prof. Dorota Karkowska.

Prezes Maciej Hamankiewicz przedstawił najważniejsze w ostatnim czasie działania Naczelnej Rady Lekarskiej i całego samorządu na rzecz swoich członków.

Prof. Dorota Karkowska w wykładzie na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowie mówiła m.in. o planach likwidacji NFZ, o koncepcji wprowadzenia sieci szpitali, o pytaniach i wątpliwościach, nie tylko środowiska medycznego, ale też prawników, jakie wiążą się z tymi działaniami.

Ładysław Nekanda-Trepka, przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie, przedstawił informacje dotyczące kalendarza wyborczego. 31 057 członków OIL w Warszawie posiada czynne prawo wyborcze: 24 173 lekarzy i 6884 lekarzy dentyków. Do podziału jest 400 mandatów (310 dla lekarzy i 90 dla lekarzy dentyków). Głosowanie w rejonach rozpocznie się 1 czerwca i potrwa do 30 września 2017 r. Zjazd sprawozdawczo-wyborczy odbędzie się 5–7 kwietnia 2018 r.

Bohdan Woronowicz, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków OIL w Warszawie, przekazał informacje o działaniach podjętych w 2016 r. Przedstawił wyniki ankiety dotyczącej sytuacji trudnych i stresogennych w pracy lekarzy. Według respondentów największym źródłem stresu jest dla nich obciążenie nadmierną biurokracją w pracy. Przypomniał też o broszurze „Pomagajmy sobie” na temat pomocy osobom uzależnionym, wydanej przez OIL w Warszawie, która trafiła do lekarzy i lekarzy dentyków.

„To był dobry Zjazd”

Podczas Zjazdu wręczono odznaczenia *Laudabilis*, uczczono też pamięć kolegów lekarzy i lekarzy dentyków zmarłych w 2016 r. Przed rozpoczęciem obrad wystąpił chór Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie *Medicantus*.

– *To był dobry Zjazd* – powiedział na zakończenie Andrzej Sawoni i podziękował delegatom za aktywny udział w obradach. ■

ach



Laudabilis

Na XXXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie uhonorowano odznaczeniem *Laudabilis* dwoje lekarzy.

Dr Magdalena Nehring-Gugulska jest absolwentką AM w Warszawie (dyplom w 1992 r.), dyrektorem Centrum Nauk o Laktacji, od kilkunastu lat prowadzi szeroką działalność naukową i edukacyjną w zakresie laktacji i naturalnego karmienia niemowląt. Jest autorką kilkunastu prac z tej dziedziny oraz pierwszego podręcznika dla profesjonalistów „Karmienie piersią w teorii i praktyce”.

Kazimierz Skubik to absolwent AM w Gdańsku (dyplom w 1968 r.), specjalista anestezjologii, intensywnej terapii oraz chorób wewnętrznych. Pracował w Płocku, a od 1993 do 2010 r. był kierownikiem Pogotowia Ratunkowego w Makowie Mazowieckim. W I kadencji Naczelnej Izby Lekarskiej pełnił funkcję zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a od II kadencji OIL w Warszawie jest sędzią Okręgowego Sądu Lekarskiego. W OSŁ ceniono za pracowitość, rzeczowość i skrupulatność. ■

mkr

Okręgowa Rada Lekarska ustaliła ostateczną liczbę rejonów wyborczych. Utworzono ich 204, obejmują od 80 do 284 członków naszej Izby, łącznie 31 057 lekarzy i lekarzy dentyistów, mających czynne prawo wyborcze.

Okręgowa Komisja Wyborcza sporządziła wstępne listy członków rejonów wyborczych.

Zgodnie z decyzją Okręgowej Komisji Wyborczej, ze względu na zakres działań organizacyjnych (listy lekarzy i lekarzy dentyistów uzyskano z około 2500 zakładów leczniczych) przedłużono okres składania wniosków o zmianę rejonu wyborczego do **24 kwietnia 2017 r.** Każdy członek Izby wpisany na listę głosujących z rejonu wyborczego otrzymał lub otrzyma w najbliższych dniach informację, wysłaną pod adresem korespondencyjnym, o nazwie i numerze rejonu, na który został wpisany, z załączonym wzorem wniosku o zmianę rejonu, do którego został przypisany. Wniosek ze wskazaniem innego rejonu należy odesłać do OKW w podanym terminie.

Po wskazanym terminie Okręgowa Komisja Wyborcza ustali uchwałą ostateczne imienne listy głosujących w każdym z rejonów wyborczych i opublikuje je na stronie internetowej Izby. Rozpocznie się okres zgłaszania kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. W pierwszych dniach maja każdy z nas

otrzyma dodatkowy numer „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej Puls”, w którym będą zamieszczone listy imienne wszystkich głosujących z rejonów wyborczych oraz wzór karty zgłoszenia kandydata. Każdy członek rejonu wyborczego może zgłosić innego lekarza lub lekarza dentyistę wpisanego na listę z tego rejonu, posiadającego bierne prawo wyborcze, jako kandydata na delegata na zjazd. Może również zgłosić swoją kandydaturę. Zgłoszenia należy dokonać na odpowiednim wniosku „**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY**”, na którym należy złożyć oświadczenie o niekaralności oraz zgodę na publikację swoich danych osobowych (standardowy druk zgłoszenia będzie zamieszczony w dodatkowym numerze wyborczym „Pulsu” oraz na stronie www.izba-lekarska.pl). Jeżeli chcemy poprawić lub zmienić działanie władz naszej Izby, uczestniczmy aktywnie w wyborach delegatów na nasz zjazd. ■

Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
w Warszawie



Wielkanocne przesłanie 2017 r.

Wielki Post to droga duchowego wzrastania, która jest miniaturą całego naszego życia, pogłębiania relacji z drugim człowiekiem i z Bogiem, stawiania sobie ważnych pytań, dopuszczania wątpliwości i szukania odpowiedzi, ale jednocześnie słuchania Boga i drugiego człowieka, pacjenta, małżonka i siebie. Relacje budujemy i pogłębiaamy nie tylko przez mówienie, ale i słuchanie.

Niedościgniony wzór, święty Jan Paweł II, miał ten szczególny dar słuchania. Umiał każdemu odpowiedzieć prostym gestem, słowem, które było przejmujące.

Sztuka medyczna polega na umiejętności słuchania. Postawienie prawidłowej diagnozy to umiejętność stawiania pytań i wsłuchiwanie się w odpowiedzi dawane słowami, gestami i mimiką twarzy. Pacjenci wielokrotnie wyrażają wdzięczność, że zostali przez lekarza wysłuchani. Wypowiadanie się i słuchanie ma wymiar terapeutyczny, istotny w całym procesie leczenia.

Niech święte Triduum Paschalne pomoże nam odnowić przymierze z Bogiem, pogłębić relacje z drugim człowiekiem i posłuchać swoich najgłębszych duchowych pragnień.

Niech Pan udzieli nam wszystkim daru skupienia, wyciszenia i miłości, pogłębienia więzi w naszych rodzinach.

Alleluja, Pan prawdziwie zmartwychwstał! ■

Ks. Arkadiusz Zawistowski
krajowy duszpasterz służby zdrowia





Fot. archiwum

Płace w służbie zdrowia

Małgorzata Solecka

Od lipca 2017 r. wzrosną najniższe płace pracowników służby zdrowia – zapowiedział w połowie marca Konstanty Radziwiłł. Jednak projekt ustawy, który przewiduje wprowadzenie płacy minimalnej dla etatowych pracowników medycznych, mimo zapewnień ministra nie może przebić się na posiedzenie rządu. I choć woli politycznej nie brakuje, wszystko wskazuje, że może zabraknąć armat. Czyli pieniędzy.

Temat ustawy o płacy minimalnej poruszano m.in. podczas marcowego posiedzenia Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia. Nie bez powodu – latem premier Beata Szydło obiecała przedstawicielom „Solidarności”, że ustawa wejdzie w życie w lipcu 2017 r. (pierwotnie zakładano, że w styczniu 2018). I co prawda tegoroczny wzrost płacy minimalnej ma być rzeczywiście minimalny (10 proc. różnicy między obecnym poziomem a wysokością docelową, wyznaczaną w relacji do średniej krajowej), ale – ma być.

Dla „Solidarności”, niechętniej podwyżkom wywalczanym przez poszczególne grupy zawodowe – lekarzy czy pielęgniarki – to kwestia „być albo nie być”. A i dla rządu, przynajmniej w obszarze ochrony zdrowia, to kluczowy problem. Szefowa „S” służby zdrowia, Maria Ochman, niejednokrotnie w ostatnich miesiącach dawała publicznie wyraz swojej dezaprobacji wobec reform Konstantego Radziwiłła. „Przeciąganie w czasie kwestii wzrostu mini-

malnych wynagrodzeń jako związkowca irytuje mnie najbardziej – mówiła w lutym Maria Ochman w rozmowie z „Rzeczpospolitą”. – Dysproporcje w obrębie samych grup są olbrzymie, czasami wręcz demoralizujące. Wystarczy porównać wynagrodzenie niektórych specjalistów i lekarzy rezydentów. Kandydat na senatora Radziwiłł deklarował, że trzeba jak najszybciej wyciszyć konflikty wokół tej kwestii. Mija półtora roku i minister proponuje podwyżki, których jako działacz izb nigdy by nie zaakceptował”.

Odstąpienie od projektu ustawy o płacy minimalnej mogłoby być dla „S” wystarczającym powodem do zorganizowania ogólnopolskiego protestu w służbie zdrowia. Tymczasem prace w rządzie nad projektem się przeciągają. W połowie marca projekt tkwił między Komitetem Stałym Rady Ministrów a Komitetem Ekonomicznym, który – jak przyznał Konstanty Radziwiłł – zgłasza do niego „pewne zastrzeżenia”.



Fot. licencja Artmedia Partners

Zastrzeżenia dotyczą m.in. oceny skutków regulacji. Resort zdrowia, przedstawiając projekt ustawy, koszty jej wprowadzenia obliczył na nieco ponad 11 mld zł w ciągu dekady. Tymczasem według najnowszych szacunków, o których partnerzy społeczni zostali poinformowani podczas posiedzenia Zespołu Trójstronnego, wyniosą około 18 mld zł w ciągu najbliższych pięciu lat (od lipca 2017 do końca 2021 r.). Skąd placówki służby zdrowia mają wziąć te pieniądze? Zarówno w uzasadnieniu ustawy, jak i w OSR ministerstwo wskazuje jednoznacznie, że zewnętrznego źródła finansowania podwyżek nie będzie, muszą wystarczyć środki z NFZ i jego ewentualnego następcy.

Konstanty Radziwiłł obiecuje jednak, że pieniędzy od publicznego płatnika będzie więcej. W wywiadach udzielanych w marcu mówił m.in., że podwyżki przewidziane w mechanizmie wyrównywania płac pracowników medycznych do poziomu wynagrodzeń minimalnych można będzie sfinansować dzięki rosnącym, zgodnie z założeniami „mapy drogowej”, nakładom publicznym na ochronę zdrowia. Problem w tym, że projekt ustawy, w którym zapisano „mapę drogową” (wzrost nakładów od 2018 r. o 0,2 punktu procentowego PKB aż do 2025 r. i osiągnięcia 6 proc. PKB), nie trafił jeszcze nawet do konsultacji publicznych. Minister odwołuje się więc do planów i zamiarów, które – najprawdopodobniej – nie mają nawet stuprocentowego poparcia w rządzie. Konstanty Radziwiłł o „mapie drogowej” i zwiększaniu nakładów na zdrowie mówi bowiem od lipca 2016 r. (pierwsza prezentacja całości reformy). Przez dziewięć miesięcy ani razu nie padło ze strony ministra finansów – ani gdy był nim Paweł Szałamacha, ani teraz, gdy jest nim Mateusz Morawiecki – stwierdzenie, które można by interpretować jako zgodę na ów scenariusz. Z uwag zgłaszanych przez resort finansów do kolejnych projektów ustaw zdrowotnych można wręcz wnioskować, że strażnicy budżetu nie przewidują zwiększenia finansowania ochrony zdrowia.

Część polityków PiS ocenia, że ustawa o płacy minimalnej jest przedwczesna. Bolesław Piecha w wypowiedzi z 20 marca dla „Gazety Wyborczej” stwierdził, że najpierw rząd i Sejm powinny zająć się ustawą o Narodowej Służbie Zdrowia, by było wiadomo „ile będzie pieniędzy na zdrowie i kto je dostanie. Dopiero potem można narzucać szpitalom i poradniom podwyżki. Inaczej to się wszystko może nie poskładać i wtedy będzie skandal”. Inni politycy nie kryją obaw związanych z faktem, że ustawę o płacy minimalnej proceduje się w sytuacji podwójnie dla szpitali trudnej. Ich zadłużenie w III kwartale 2016 r. zwiększyło się dość gwałtownie (do ponad 11,2 mld zł, ale największym problemem jest wzrost zobowiązań wymagalnych), a jednocześnie od października zmienił się sposób finansowania świadczeń szpitalnych.

I choć Konstanty Radziwiłł zapewnia, że żaden szpital, który wejdzie do sieci, finansowo na tym nie straci, nie jest to – mówiąc oględnie – prawda. Kształt sieci poznamy dopiero w czerwcu, ale eksperci nie mają wątpliwości, że szpitale powiatowe, które prowadzą w tej chwili oddziały specjalistyczne, mogą stracić znaczącą część kontraktu. Jest jeszcze problem tych placówek – również publicznych – które w sieci się nie znajdują. Tymczasem zgodnie z prawem pracownicy już w lipcu będą mogli się domagać realizacji ustawy – podkreślają moi rozmówcy.

W teorii do szpitali (choć ustawa ma obowiązywać nie tylko w nich) w drugiej połowie roku mają trafić nieprzewidziane w kontraktach pieniądze. W sumie NFZ chce wydać dodatkowo nawet 3 mld zł, z których m.in. sfinansuje podwyższenie wartości punktu z 52 do 54 zł oraz rozliczy (przynajmniej częściowo) nadwykonania za pierwsze półrocze.

Jest jeszcze jeden aspekt tej sprawy: ustawa o płacy minimalnej będzie kosztowna. Ministerstwo Finansów kwestionuje prawidłowość obliczeń resortu zdrowia i podaje własne szacunki, znacznie przekraczające kwoty, o jakich mówi Konstanty Radziwiłł. To pokazuje skalę problemu niskich płac w ochronie zdrowia – z jednej strony. Z drugiej, wydaje się, że nikogo (może poza związkowcami z „Solidarności”) ustawa o płacy minimalnej nie satysfakcjonuje. Na pewno nie lekarzy, którzy wprost mówią o fikcji podwyżek. Ale i przedstawiciele innych zawodów medycznych nie kryją irytacji. Według siatki płac minimalnych technicy rentgenowscy czy ratownicy mają zarabiać 50 proc. średniej krajowej (obecnie to około 2050 zł), podczas gdy płaca minimalna wynosi w tej chwili 2 tys. zł. Tymczasem szpitale już obecnie mierzą się z problemami wynikającymi ze stosunkowo gwałtownego wzrostu płacy minimalnej, choć dotyczy to przede wszystkim pracowników niemedyycznych (ochrony, salowych etc.). Dyrektorzy podkreślają też, że ich koszty podniósł program 500+, bo większa jest m.in. absencja związana ze zwolnieniami lekarskimi na czas ciąży i urlopami macierzyńskimi. ■

ZBIERAMY PODPISY

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!

16 lutego 2017 r. marszałek Sejmu zatwierdził przyjęcie złożonego przez Porozumienie Zawodów Medycznych projektu ustawy obywatelskiej w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia. Do 16 maja mamy czas na przekazanie do Sejmu co najmniej 100 tys. podpisów!

Projekt dotyczy wprowadzenia płac minimalnych. Zaproponowaliśmy dwie średnie krajowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów bez specjalizacji i trzy średnie krajowe dla specjalistów. W okresie prezesury w NRL Konstantego Radziwiłła takie właśnie kwoty były sugerowane. Teraz Ministerstwo Zdrowia zmieniło zdanie i proponuje: 1,02 średniej krajowej dla lekarzy bez specjalizacji i 1,21 dla specjalistów. W dodatku zarobki mają osiągnąć tę wysokość w ciągu 5 lat.

Poszczególne związki zawodowe obliczyły współczynniki dla innych zawodów medycznych, o czym można szczegółowo przeczytać w projekcie ustawy na stronie:

www.rezydenci.org.pl

Zwracamy się do Was z gorącą prośbą o aktywny udział w akcji! Wydrukowaliśmy w tym celu ulotkę w postaci tabeli, którą załączamy do bieżącego numeru „Pulsu”. Podpisać się może każdy obywatel Polski, który ukończył 18 lat. Nie zapomnijcie o współpracownikach, rodzinie przy wielkanocnym stole i Waszych pacjentach! Bardzo ważne, by nie wpisywać liczb porządkowych w tabelach i nie dopisywać poprawek – wiersz z przekreśleniem staje się nieważny, w związku z tym należy wypełnić poprawnie kolejny. Pozostałe uwagi dotyczące prawidłowego uzupełniania tabel można przeczytać na stronie: www.rezydenci.org.pl.

Po zebraniu podpisów należy wysłać je najpóźniej do 1 maja 2017 r. do Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentyistów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie (02-512 Warszawa, ul. Puławska 18).

Akcja już się rozpoczęła, więc nie licz na innych, po prostu wesprzyj projekt wypełnieniem minimum jednej tabelki!

**Porozumienie
Zawodów Medycznych**

KOZ-y i ich POZ-y

Jacek Krajewski

prezes Federacji Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie

Przed nami proces legislacyjny ustawy o POZ. W projekt tego aktu prawnego wpisane zostały: koordynowana opieka zdrowotna (KOZ), rozstrzygnięcie roli, jaką mają w niej odgrywać pielęgniarki i wykonujący pozostałe zawody medyczne, a także sposoby ułożenia współpracy opieki podstawowej z innymi elementami systemu. [...]

Zagraniczne wzory

Odrębność POZ od reszty systemu w większości przypadków determinuje obecność strażnika systemu, jednak nie jest to reguła, tak jak w Szwecji, Czechach czy na Cyprze. Wśród 28 państw Unii Europejskiej w 17 funkcjonuje model ubezpieczeniowy ochrony zdrowia, natomiast w 11 model budżetowy. W 10 państwach o modelu ubezpieczeniowym istnieje strażnik systemu, natomiast w 7 – lekarz POZ nie pełni takiej funkcji. Jeśli chodzi o państwa z systemem budżetowym, strażnik systemu występuje w 9 z nich, a w 2 go nie ma. Mechanizm strażnika systemu (*gatekeepera*), który kieruje pacjentów do opieki specjalistycznej na podstawie własnego rozeznania, jest zatem najczęściej stosowanym rozwiązaniem.

Polskie zapotrzebowanie

System ochrony zdrowia w Polsce stoi przed poważnymi wyzwaniami. Analizując je, należy posłużyć się trzema wyzwaniami: zapotrzebowaniem, rozumianym jako potrzeby zdrowotne zgłaszane przez społeczeństwo, finansowaniem, czyli możliwością finansowania ochrony zdrowia z różnych źródeł, oraz podażą, czyli dostępnymi zasobami w ochronie zdrowia (liczbą lekarzy, szpitali itp.) [...] Przy założeniu utrzymania obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce do 2060 r. luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych ze środków publicznych może sięgnąć 4,4 proc. PKB. [...]

Obecnie POZ spełnia funkcję miejsca pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej, dostarcza świadczenia zdrowotne w podstawowym zakresie oraz jest strażnikiem większości usług specjalistycznych. Według planów

ministra zdrowia rola tego sektora ma zostać wzmocniona przez wprowadzenie m.in. budżetu powierzzonego.

Uwagi Porozumienia Zielonogórskiego

[...] Regulacja razi ogólnikowością i powierzchownością proponowanych rozwiązań, pokazuje raczej, którą drogą zmierzamy ku docelowemu modelowi, niż sam oczekiwany kształt POZ, odpowiadający wyzwaniom, w związku z którymi w ogóle zmiany są wprowadzane. Można zatem powiedzieć, że projekt jest wstępem do dyskusji i ma nas doprowadzić do wypracowania docelowego modelu POZ, który zostanie nakreślony zapisami ustawy ostatecznie uchwalonej przez parlament. [...]

Strażnik systemu

Federacja opowiada się za rolą strażnika systemu w zakresie skierowań do specjalisty oraz za promowaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej jako właściwej dla podstawowej opieki zdrowotnej. To ta specjalizacja zapewni wszechstronną, całościową, ciągłą i skoordynowaną opiekę, niezależnie od wieku pacjenta i problemu, z jakim zgłasza się po pomoc. W opinii federacji nasze państwo powinno zmierzać do takiego modelu opieki podstawowej. Trzeba zrobić wiele, aby obecna szczupłość kadr w POZ nie dominowała nad wizją przyszłości tego segmentu systemu opieki zdrowotnej, dlatego – jak się wydaje – w przewidywanym w projekcie okresie przejściowym konieczne jest zaangażowanie wszystkich lekarzy i pielęgniarek, którzy spełnią kryteria zakładane w dokumencie.

Relacja ze współpracownikami

Niezwykle istotna jest również relacja (którą zakłada projektodawca) lekarzy POZ z innymi współpracownikami (pielęgniarkami, położnymi) w ramach zespołu POZ w przypadkach współdziałania w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą, a także ze specjalistami i świadczeniodawcami, u których świadczą oni usługi medyczne. To lekarz POZ odpowiada bowiem za realizację kontraktu zawartego z płatnikiem. Tymczasem ta relacja zbudowana jest na zasadzie opozycji świadczeniodawca – lekarz POZ, świadczeniodawca – zespół POZ. Obecnie nic nie stoi na przeszkodzie, aby wszystkie obowiązki nałożone na lekarza i zespół POZ zostały nałożone na świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w zakresie POZ. To świadczeniodawca jest stroną umowy z płatnikiem (ktokolwiek miałby nim być – NFZ, budżet czy inny podmiot) i to świadczeniodawca odpowiada za realizację uprawnień świadczeniobiorcy do świadczeń z zakresu POZ. Nie ma żadnej potrzeby zapisywać w projekcie, aby świadczeniodawca „zapewnił możliwość realizacji postępowania odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ”. Skoro bowiem świadczeniodawca udziela świadczeń (art. 11 ust. 1 projektu), to jego wewnętrzną sprawą organizacyjną jest takie zorganizowanie tych świadczeń, aby wywiązał się z ciążących na nim obowiązków. Przecież zakres świadczeń POZ wymaga współpracy lekarza, pielęgniarki i położnej, więc świadczeniodawca, który podpisał kontrakt z płatnikiem, podczas jego realizacji jest zobligowany do takiego działania i do takiej organizacji swej pracy, aby każdy z wymienionych podmiotów w razie potrzeby tych świadczeń udzielił. Zatem ingerencja ustawowa tworząca zespół POZ powinna wskazywać tylko na formę organizacji tych świadczeń, bo w sytuacji braku jakichkolwiek przepisów normujących sposób i zasady funkcjonowania owej struktury zapis taki może wywołać chaos bądź stać się martwy ze

względu na brak możliwości działania. Brzmienie i umiejscowienie w projekcie ustawy art. 4 sugeruje, że w założeniach miał definiować koordynację, która jest zadaniem lekarza POZ w całym systemie ochrony zdrowia. Wynika to także z uzasadnienia do projektu ustawy, zgodnie z którym: „Przyjęto, iż koordynatorem pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ), którego podstawowym zadaniem, jako przewodnika pacjenta po systemie, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ, jest zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki”. W opiniowanym projekcie nie ma żadnego określenia zasad tej koordynacji ani sposobu jej wykonywania. Działanie w ramach systemu opieki zdrowotnej wymaga kontaktu ze specjalistami, szpitalami, rehabilitantami, dietetykami itd. [...]

Jeśli wziąć pod uwagę, że w ramach tej koordynacji (jak wynika z art. 15 ust. 1) poszczególni członkowie zespołu POZ mogą indywidualnie kontaktować się i współdziałać z innymi elementami systemu opieki zdrowotnej, to należy stwierdzić, że lekarz POZ nie ma żadnej możliwości spowodowania, aby koordynacja, do której jest zobowiązany, funkcjonowała. [...] Federacja opowiada się za tym, aby zespół POZ funkcjonował, obejmując opieką pacjentów znajdujących się na wspólnej liście aktywnej. Pacjent powinien składać deklarację wyboru do lekarza, pielęgniarki i położnej tworzących jeden zespół POZ.

Opieka zintegrowana

Kolejną kwestią opisaną w projekcie jest opieka zintegrowana nad pacjentem z chorobą przewlekłą. W obliczu doświadczeń krajów zachodnich, które wcześniej od nas wprowadziły opiekę koordynowaną (przy czym był to proces trwający latami, który np. w Niemczech i Wielkiej Brytanii wciąż jest niezakończony), należy to narzędzie wprowadzać fakultatywnie i pilotażowo. Pomimo prób sprzed kilkunastu lat większość lekarzy POZ w Polsce nie ma doświadczeń w pracy z budżetem powierzonym, a jeśli ma, to niekoniecznie pozytywne. Federacja jest przeciwna obligatoryjnemu (już od lipca 2019 r.) nakładaniu na lekarzy POZ obowiązku przyjęcia budżetu powierzonego POZ na opłacanie świadczeń specjalistów. Tak zdecydowane zmiany w ochronie zdrowia winny być wprowadzane stopniowo i poprzedzane pilotażami. W dokumencie nie ma też wzmianki o przepływie pieniędzy wraz z „poruszaniem się pacjenta po systemie” (czyli np. z koordynacją).



Rys. P. Woźniak

Zmiany oparte na wierze

W przypadku omawianego projektu ustawy o POZ trzeba powiedzieć, że żadna z kwestii, które mają zasadnicze znaczenie dla poprawy efektywności systemu, nie jest w wystarczającym stopniu uregulowana. Opieka koordynowana jest traktowana jak narzędzie, które ma wpłynąć na usprawnienie funkcjonowania opieki nad pacjentami, zwłaszcza zmniejszenie kolejek do specjalistów. Jest to jednak oparte raczej na wierze, że tak się stanie, a nie na istniejących polskich danych. Zanim te dane uzyskamy i kreatywnie zanalizujemy, minie dużo czasu. [...] W przypadku zbyt ogólnego traktowania powyższych kwestii, braku choćby naszkicowania preferowanych rozwiązań lub braku projektów aktów wykonawczych, do których omawiany projekt odsyła, trudno powiedzieć, czy przedstawiona regulacja odpowiada na jakiegokolwiek wyzwania. ■

Artykuł w pełnej wersji ukazał się w „Menedżerze Zdrowia” 2/2017 (skr. egw).

Przed zapowiedzianą przez MZ konferencją uzgodnieniową

Przede wszystkim domagać się będziemy doprecyzowania zapisów ustawy. Na co to się przekłada w praktyce? Cóż, szanujemy argument, że ustawa nie może być dokumentem zbyt szczegółowym, że te szczegółowe sprawy powinny regulować akty niższej rangi. A zatem chcemy, aby te akty powstały, byśmy mogli porozmawiać nie tylko o treści ustawy, ale i o szczegółowych rozwiązaniach proponowanych w projektach rozporządzeń. Bez tego rozmowa nie będzie miała pełnego sensu, będzie na zbyt

wysokim poziomie ogólności. [...] Nam zależy na doprecyzowaniu i odpowiednim zapisie terminów „koordynowana opieka zdrowotna” i „zintegrowana opieka POZ”. Definicja „koordynacji” określi zasady współpracy POZ z innymi podmiotami, zaś „integracji” – współpracy w ramach POZ. Stoimy na stanowisku, że osobą odpowiedzialną za tak pojętą integrację powinien być lekarz. ■

Jacek Krajewski

„Menedżer Zdrowia”, 14.03.17/egw

Gruźlica w liczbach

Według WHO w 2015 r. na świecie zachorowało na gruźlicę 10,4 mln osób, a 1,4 mln zmarło z tego powodu. 60 proc. chorych to mieszkańcy Indii, Indonezji, Chin, Nigerii, Pakistanu i RPA. U 480 tys. ludzi wykryto gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB), wywołaną przez prątki uodpornione na dwa najsilniejsze leki przeciwprątkowe. Szacuje się, że najwięcej chorych na MDR-TB mieszka w Chinach, Indiach i Rosji.

W 2014 r. w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zarejestrowano 58 tys. przypadków gruźlicy. Współczynnik zapadalności wyniósł 11,9 na 100 tys. mieszkańców. Krajem notującym najwyższą zapadalność była Rumunia (79,7 na 100 tys.), najniższą – Islandia (2,7 na 100 tys.). Połowa chorych na gruźlicę w UE/EOG pochodziła z Rumunii (27 proc.), Wielkiej Brytanii i Polski. 27 proc. przypadków gruźlicy w UE/EOG stwierdzono u osób urodzonych poza krajem zgłaszającym zachorowanie lub posiadających inne obywatelstwo. 74 proc. cudzoziemców chorych na gruźlicę, zarejestrowanych w UE/EOG, zgłosiły Francja, Niemcy, Hiszpania i Wielka Brytania. W Islandii wszyscy chorzy na gruźlicę (8 przypadków) byli cudzoziemcami. Cudzoziemcy stanowili też ponad 90 proc. chorych na gruźlicę w Norwegii, Szwecji i na Malcie. Najwyższy odsetek przypadków gruźlicy MDR-TB odnotowano w Estonii, na Litwie i Łotwie.

W Polsce w 2015 r. do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę, prowadzonego przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, zgłoszono 6430 przypadków, o 2157 mniej niż w roku 2006 i 268 mniej niż w 2014. Zapadalność wynosiła 16,7 na 100 tys., a średnia wieku chorych na gruźlicę – 53,7 lat. Mężczyźni stanowili 69,3 proc. chorujących. Najwyższą zapadalność na gruźlicę u mężczyzn i kobiet stwierdzono na Śląsku.

Gruźlicę wielolekooporną rozpoznano u 35 osób, w tym u 5 cudzoziemców. Ogółem wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2015 r. było 52 cudzoziemców (0,8 proc.).

Według danych GUS w 2014 r. gruźlica była przyczyną zgonu 526 osób. Nie doszło do zgonu w grupie dzieci do 14 lat, w grupie wiekowej od 15 do 19 lat odnotowano 1 zgon.

Celem WHO do 2035 r. jest redukcja o 95 proc. liczby zgonów z powodu gruźlicy w porównaniu z zanotowaną w 2015 r. i zmniejszenie średniej zapadalności na gruźlicę na świecie poniżej 10 przypadków na 100 tys. ludności.

Tegoroczny Światowy Dzień Gruźlicy, przypadający 24 marca, obchodzony był pod hasłem „Unit to End TB – Zjednoczmy się, by zwalczyć gruźlicę”. ■ *ach*

Gruźlica to problem organizacyjny

Z prof. dr. hab. n. med. **Kazimierzem Roszkowskim-Śliżem**, dyrektorem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, kierownikiem III Kliniki Chorób Płuc IGiChP, przewodniczącym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, rozmawia Anetta Chęcińska.

Polska jest krajem o niskim współczynniku zapadalności na gruźlicę, ale wciąż wyższym niż średnia w krajach UE. Czy da się poprawić sytuację?

Po II wojnie światowej mieliśmy w Polsce prawie 100 proc. zakażonej populacji. W 1957 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę wynosił 300 na 100 tys. mieszkańców. Dla porównania: w Niemczech – 100, w Danii – 60 na 100 tys. Punkt startowy jest zatem inny. Czynnikiem ryzyka zachorowania na gruźlicę jest wiek. Obecnie w najstarszych grupach mieszkańców w Polsce współczynnik zapadalności wynosi około 25 na 100 tys., a 30 lat temu przekraczał 60, gdyż wymiera populacja osób zakażonych. To naturalny czynnik mający wpływ na poprawę sytuacji. Niska jest zapadalność na gruźlicę wśród dzieci i ludzi młodych, co wskazuje na dalszy spadek odsetka zakażonych prątkiem. Nie spełniamy jeszcze kryteriów rezygnacji ze szczepień przeciw gruźlicy u noworodków, aczkolwiek są kraje, w których się ich nie wykonuje, a tempo spadku zapadalności jest takie samo jak w Polsce. Szczepienia nie mają wpływu na zapadalność na gruźlicę, ale eliminują jej ciężkie postaci u dzieci i dlatego je w Polsce stosujemy. Zatem perspektywy są obiecujące. Mamy też struktury przygotowane do monitorowania zjawiska gruźlicy i sytuacji epidemiologicznej.

Jakie czynniki mogą spowodować zaburzenie tej sytuacji?

Głównie migracja ludności, która jest w świecie zjawiskiem naturalnym, choć ma różne przyczyny. Z problemem zmierzyły się już kraje tzw. starej UE. Tam zapadalność na gruźlicę wśród imigrantów jest wyższa niż u miejscowej ludności. Na przykład do Holandii i Wielkiej Brytanii migrowali mieszkańcy z terenów dawnych kolonii, gdzie zapadalność na gruźlicę jest wysoka. W Wielkiej Brytanii u dzieci wynosi 3,6 na 100 tys. i są to wyłącznie przypadki występujące w środowisku imigrantów. W Polsce w 2015 r. wśród 6 tys. chorych na gruźlicę było tylko 52 cudzoziemców. Ich udział jest znikomy, ale to się zmieni. Przyczyną nasza demografia i wojna na wschodzie Ukrainy. Z tych powodów w ostatnich latach do Polski zza wschodniej granicy przyjechało około miliona legalnych imigrantów. Trzeba przypomnieć, że Ukraina ma dużo wyższy niż Polska współczynnik zapadalności na gruźlicę (80 na 100 tys., u nas – 16,7). Niepokoi, że prawie 30 proc. chorych na Ukrainie ma gruźlicę wielolekooporną MDR-TB.



Czy to sygnał ostrzegawczy dla służb sanitarnych?

W 2015 r. na 35 pacjentów z MDR-TB było 5 cudzoziemców, wszyscy mieli chorobę wtórną, będącą efektem przerwania terapii. Na Ukrainie tak wysoki odsetek osób z MDR-TB może być tylko efektem transmisji prątka. Przyjmując, że migrują osoby „zdrowsze”, a w tej grupie współczynnik zapadalności niech wynosi nie 80, ale – optymistycznie – 40 na 100 tys., to w populacji miliona przybyłych mamy i tak 400 potencjalnych chorych. Jeżeli u 30 proc. z nich występuje MDR-TB, to 120 osób może być źródłem transmisji. Sytuacja musi być monitorowana.

Czy jesteśmy przygotowani do leczenia gruźlicy wielolekoopornej?

Leczenie MDR-TB jest trudne, a pomyślne zakończenie terapii notuje się w około 40 proc. przypadków. W Polsce chorzy nie zawsze leczeni są optymalnie, głównie z powodów ekonomicznych. W finansowaniu leczenia gruźlicy nie ma rozróżnienia tzw. gruźlicy zwykłej i wielolekoopornej. W jednorodnej grupie pacjentów (JGP) są leczeni na gruźlicę oraz na mykobakteriozę, która nie jest zakaźna i chorzy na nią

mogliby być leczeni ambulatoryjnie, co byłoby tańsze. Nie mamy jednego ośrodka zajmującego się leczeniem gruźlicy wielolekoopornej. To choroba rzadka, zbyt mało mamy pacjentów. Chory, którego leczenie jest w tym przypadku szczególnie kosztowne, może znaleźć się zatem w każdym ośrodku leczącym gruźlicę. Minimalizuje się te obciążenia, leczy najtaniej, a zatem mniej skutecznie.

Chyba potrzebne są działania usprawniające?

Rozmawiamy z ministrem zdrowia, głównym inspektorem sanitarnym, przedstawiamy propozycje rozwiązań. Na pewno należałoby wyodrębnić jednorodną grupę pacjentów leczonych długoterminowo z powodu MDR-TB. Ze względu na rzadkość schorzenia są to niewielkie pieniądze w puli systemu ochrony zdrowia. Właściwie jeżeli porównać je ze środkami przeznaczonymi na programy terapeutyczne w innych obszarach medycyny, np. w onkologii. Musimy poprawić standard leczenia gruźlicy MDR-TB, chociaż trzeba mieć świadomość, że większości pacjentów nie da się wyleczyć i są skazani na izolację do końca życia.

Gruźlica to problem organizacyjny

Gdzie przebywają osoby izolowane?

W Polsce takich pacjentów jest niewielu i są przymusowo hospitalizowani w ośrodkach zajmujących się leczeniem gruźlicy, odseparowani od innych chorych. Natomiast np. w Niemczech istnieją oddzielne ośrodki, tzw. izolatoria. To niezwykle przykra sytuacja, tym bardziej gdy zakażenie jest wynikiem transmisji, a nie przerwania leczenia. Oczywiście pacjenci są informowani o konsekwencjach zaprzestania terapii, ale na ogół są to osoby trudno współpracujące z lekarzem, mające problemy alkoholowe, nieprzyjmujące racjonalnej argumentacji. Dlatego ważne, aby inspekcja sanitarna i ośrodki leczenia gruźlicy miały świadomość zagrożenia i działały tak, aby nie doszło do zakażenia populacji. Powinniśmy również ustawowo wprowadzić wymóg raportowania wyników leczenia, bo takiego obowiązku obecnie nie ma. W Polsce notujemy około 20 proc. wznów gruźlicy, wcześniej niedoleczonej, na szczęście bez wielolekooporności. Podkreślam, że gruźlica nie jest problemem zdrowotnym, ale organizacyjnym. Musimy o tym pamiętać.

Warszawa ma problem z gruźlicą? W kilku dzielnicach współczynnik zapadalności jest wyższy niż średni w kraju. To dane z raportu o stanie zdrowia warszawiaków w latach 2012–2014.

Metropolie zawsze charakteryzują się wyższą zapadalnością na gruźlicę. Mimo zamożności dużych miast jest w nich również większy odsetek ludzi o gorszym statusie materialnym, a gruźlica ma związek z sytuacją socjalną i ekonomiczną. Warszawa nie jest wyjątkiem. Patrząc na statystyki, musimy pamiętać, że w przypadku danych dotyczących zapadalności na gruźlicę bierzemy pod uwagę nie miejsce zamieszkania chorego, lecz adres poradni, w której został zarejestrowany.

Ze wspomnianego raportu wynika, że drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem w stolicy wśród mężczyzn i kobiet jest rak płuca, który obok raka oskrzeli i tchawicy otwiera statystykę onkologicznych przyczyn zgonów.

Nowotwór płuca to również choroba związana po części z życiem w aglomeracji miejskiej, ale przede wszystkim z konsumpcją tytoniu. Jediną skuteczną profilaktyką jest niepalenie tytoniu, dużą wagę mają więc kampanie antynikotynowe. W ostatnich latach odnotowujemy niewielki spadek konsumpcji tytoniu przez mężczyzn, przez kobiety – niestety nie. W populacji ogólnej występuje delikatny spadek zapadalności na raka płuca. Wyniki leczenia są złe i u nas, i na świecie, gdyż mija wiele lat od mutacji do ujawnienia objawów klinicznych, a jest to nowotwór o dużej skłonności do przerzutów odległych i rozsiewów wielonarządowych.

Jakie działania na rzecz profilaktyki i leczenia chorób płuc podejmuje Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia, której pan przewodniczy?

Gruźlica była niedawno tematem naszych obrad. Podobnie rak płuca i inne zagadnienia onkologiczne. Oczywiście przewodząc radzie, nie mogę zajmować się tylko problemami chorób płuc. Rada zajmuje się istotnymi kwestiami epidemiologicznymi i ważnymi zagadnieniami zdrowia publicznego. Jednym z nich jest uświadomienie, że styl życia każdego z nas decyduje o naszym zdrowiu w przyszłości. ■

Zły stan zębów dzieci



Fot. ach

Mamy olbrzymi problem ze zdrowiem jamy ustnej Polaków – mówiła prof. dr hab. **Dorota Olczak-Kowalczyk**, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM i krajowy konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej, zaproszona na posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej 24 marca 2017. – Problemem jest nie tylko próchnica, ale również choroby przyzębia. Bardzo potrzebujemy pomocy w walce z nimi ze strony całego środowiska lekarskiego, nie tylko lekarzy dentyistów. Choroba próchnicowa występuje już u małych dzieci. Ponad połowa przedszkolaków w wieku trzech lat ma ubytek próchnicowy, czyli stan zaawansowanej choroby. U pięcioletków zatakowanych jest ponad 70 proc. zębów mlecznych, ale pojawiają się też ubytki w zębach stałych. 90 proc. młodzieży w wieku 18 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Intensywność i częstość występowania próchnicy nie zmniejsza się znacząco. W latach 2009–2015 spadła zaledwie o 3 proc.

Jednym z mitów, który ciągle pokutuje wśród rodziców, jest przekonanie, że zębów mlecznych nie warto leczyć, bo i tak wypadną. Zdarza się, że i lekarze dentyści głoszą taki pogląd. Pediatrzy zwracają uwagę, że małe dzieci są odsyłane z gabinetów stomatologicznych z niewyleczonymi zębami. Chore zęby, niezależnie czy są mleczne, czy stałe, mogą spowodować infekcję dróg oddechowych, stany zapalne ucha. Nieleczona próchnica prowadzi do powstawania ropni, sprawia ból, przyczynia się do wad zgryzu i wad wymowy, utrudnia żucie. Udowodniono związek między próchnicą a niedożywieniem małych dzieci.

Zainfekowane zęby mleczne mogą zakazić zawiązki zębów stałych. Leczenie zębów stałych jest realizowane w około 60 proc., natomiast zęby mleczne są prawie nieleczone (6 proc. u dzieci trzyletnich, 20 proc. u siedmioletnich). Procedury profilaktyczne, przysługujące dzieciom, nie są w pełni realizowane. Rodzice niechętnie zgłaszają się do dentyistów z dziećmi. Drugi problem to niewystarczająca liczba stomatologów dziecięcych. Procedury w stomatologii dziecięcej są nisko wycenione, a koszyk świadczeń gwarantowanych ma wyraźne braki w tym zakresie.

Aby sytuacja się poprawiła, trzeba podjąć różnorodne działania, m.in. edukacyjne, które zmieniają podejście lekarzy stomatologów i rodziców, oraz systemowe – polegające na dowartościowaniu stomatologii dziecięcej w koszyku świadczeń finansowanych przez NFZ. ■

mkr

Na przewlekłą chorobę nerek (PChN) cierpi 4,5 mln Polaków. 90 proc. z nich o tym nie wie i nie leczy się, dlatego 5 proc. z tej grupy umrze przedwcześnie z powodu uszkodzenia różnych narządów. Większości tych zgonów można by uniknąć dzięki regularnym badaniom moczu i krwi – mówi Centrum Prasowemu PAP konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii prof. Ryszard Gellert z okazji Światowego Dnia Nerek, który przypada 9 marca.

Wiedza społeczeństwa na temat przewlekłej choroby nerek wciąż jest niewielka. O schorzeniu rzadko mówi się w mediach. Czy rzeczywiście jest to aż tak duży problem zdrowotny?

U 3 mln osób w Polsce choroba jest już tak zaawansowana, że stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia. Jednak 90 proc. z tej grupy w ogóle nie wie, że ma chore nerki, a – co najgorsze – 5 proc. umrze przedwcześnie z tego powodu.

Dlaczego PChN dotyczy tak wielu milionów Polaków? Kto jest nią najbardziej zagrożony?

Liczba chorych jest wysoka, ponieważ do rozwoju PChN przyczyniają się bardzo powszechne schorzenia, takie jak nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, które są silnie powiązane z otyłością. Dlatego w tym roku, z okazji Światowego Dnia Nerek, zwracamy uwagę przede wszystkim na otyłość jako przyczynę niewydolności nerek. Wśród pacjentów z chorobą nerek znacznie większy jest odsetek osób otyłych niż w całym społeczeństwie.

Do innych istotnych czynników ryzyka PChN zaliczamy też palenie papierosów i niedoleczone infekcje układu moczowego. Ponadto zwiększone ryzyko dotyczy osób, których bliscy krewni chorują na nerki. Ogółem jedna trzecia populacji dorosłej ma czynniki ryzyka PChN, a u co czwartej osoby z tej grupy, czyli u jednej na około 12 dorosłych, choroba się rozwinię.

PChN występuje w każdym wieku, ale najczęściej dotyczy osób po 60. roku życia. W młodszych grupach wiekowych występuje rzadziej i z reguły inne są też jej przyczyny – dominują choroby genetyczne i kłębuszków nerkowych.

Dlaczego PChN jest tak groźna, dlaczego skraca życie?

Nerki działają jak filtr, oczyszczają organizm. Gdy źle pracują, organizm jest zatruty. Chorują wtedy wszystkie komórki – nerwowe, sercowe, mięśniowe, jelitowe, płucne, kostne. Jeżeli PChN nie zostanie odpowiednio szybko wykryta i jeżeli nie rozpocznie się leczenia, które ją zahamuje, pacjenci umierają



Fot. P. Wierzbowski

przedwcześnie i to przeważnie nie w wyniku choroby nerek, ale z powodu zawału serca, udaru mózgu, infekcji, a także choroby nowotworowej. Niestety, wiedza na ten temat w społeczeństwie i wśród lekarzy jest wciąż niewystarczająca. [...]

Czy są jakieś objawy PChN, które powinny nas zaniepokoić, skłonić do wizyty u lekarza?

Niestety, ta choroba nie daje żadnych objawów. To jest cichy zabójca. PChN postępuje bardzo powoli. Nasz organizm jest zatrutowany stopniowo i przyzwyczajają się do tego. Chory zaczyna odczuwać dolegliwości dopiero w stadium schyłkowej niewydolności nerek, gdy są już nieodwracalnie zniszczone. Wówczas niezbędne jest leczenie nerkozastępcze, czyli dializoterapia bądź przeszczepienie nerki, które daje lepsze efekty. Ale jedynie 5 proc. osób z PChN dożywa tego momentu, większość umiera, nie doczekawszy diagnozy choroby. [...]

Centrum Prasowe PAP/egw

Czy będziemy odpracowywać studia?

Chcemy leczyć w Polsce – to było jedno z głównych haseł, które młodzi lekarze nieśli na sztandarach zesłorocznym manifestacji. Następnym razem będziemy musieli zmienić trasę przemarszu tak, aby zobaczył je także premier Gowin. Proponowane przez niego rozwiązanie należy uznać za nie do przyjęcia. Z Polski wyjeżdżają nie tylko lekarze, ale także inżynierowie, informatycy, naukowcy, a nawet piłkarze. Pieniądze, jakie Jarosław Gowin zamierza wydać na budowę kolejnego urzędniczego aparatu

opresji, liczącego wysokość długu, który lekarz zaciąga, spędzając młodość w bibliotekach, lepiej spożytkować na podniesienie wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Czy premier Gowin naprawdę uważa, że lekarze opuszczają ojczyznę, zostawiają rodziny i przyjaciół dlatego, że chcą? ■



Fot. egw

Filip Dąbrowski



Marek Balicki

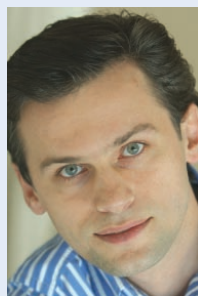
8 maja w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie odbędzie się I Kongres Zdrowia Psychicznego. Wezmą w nim udział zarówno profesjonaliści, jak i osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej oraz ich rodziny. To bezprecedensowe wydarzenie jest reakcją na dramatyczny stan psychiatrycznej opieki

zdrowotnej w Polsce i ciągle odkładanie przeprowadzenia jej systemowej reformy. Pacjenci są nadal leczeni w warunkach urągających ludzkiej godności, a w wielu miejscach kraju właściwa pomoc nie jest dostępna. Kongres ma na celu zwrócenie uwagi opinii publicznej na ten problem i zobligowanie władz do konkretnych działań. Patronat honorowy nad kongresem objął prezydent Andrzej Duda, a inicjatywę od początku wspiera rzecznik praw obywatelskich. W organizacji wielkiego spotkania pomagają też władze Warszawy.

Nadzieję na zmianę w psychiatrii obudził przyjęty w 2010 r. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Poprzedziło go prawie jednomyślne przyjęcie przez Sejm w 2008 r. nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która dała programowi umocowanie prawne. Głównym jego celem była reforma psychiatrii polegająca na odejściu od tzw. modelu azylowego, opartego na dużych szpitalach psychiatrycznych, na rzecz opieki środowiskowej, realizowanej przez lokalne (powiatowe, miejskie, dzielnicowe) centra zdrowia psychicznego. Centra, przewidziane na 50–200 tys. mieszkańców, powinny oferować skoordynowaną opiekę ambulatoryjną, domową, dzienną i całonocną. Wiadomo było, że kluczowe znaczenie będzie miał sposób finansowania opieki. Doświadczenia innych krajów dowodzą, że model środowiskowy sprawdza się, jeśli lokalne centrum otrzymuje określoną roczną „stawkę na mieszkańca” objętego opieką obszaru, np. powiatu lub miasta, a nie w zależności od liczby wykonanych usług, jak jest obecnie.

Niestety, realizacja programu zakończyła się fiaskiem. Taką ocenę potwierdziła na początku tego roku Najwyższa Izba Kontroli. Z jej raportu wynika, że wyznaczonych na lata 2011–2015 celów i przewidzianych zadań nie zrealizowała ani administracja rządowa, ani samorządowa. Nie udało się podnieść jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich. Nie poprawiła się dostępność opieki psychiatrycznej. Na psychiatrię przeznaczamy zaledwie 3,4 proc. wydatków NFZ (bez leków), podczas gdy średnia europejska wynosi 5 proc. Aż 70 proc. środków wydawanych jest na leczenie szpitalne, a tylko 30 proc. na pozostałe formy opieki, tymczasem proporcje powinny być odwrotne. Przyczyn porażki programu jest wiele, ale z pewnością decydujący był brak woli politycznej przeprowadzenia zmian. I o tę wolę kongres będzie się teraz dopominał.

Na zakończenie trzeba podkreślić, że to inicjatywa w pełni społeczna, finansowana ze składek osób wspierających i crowdfundingu. Działa strona internetowa www.kongreszp.pl. Ciężar organizacji dźwiga warszawska Fundacja eF Kropka. Obrady mają zakończyć się przyjęciem manifestu i marszem uczestników pod Ministerstwo Zdrowia. Będzie to „Marsz o godność”. ■



Nakaz pracy

Paweł Walewski

Płacić, czy nie płacić, oto jest pytanie.

A jeszcze lepiej: czy wprowadzać nakazy pracy dla absolwentów medycyny, by odpracowywali swoje studia i nie wyjeżdżali z kraju? Jarosław Gowin, wiceprezes Rady Ministrów i szef resortu nauki, lubi ostatnio zapuszczać się na nasze podwórko. A to solidnie skrytykuje projekt ustawy o sieci szpitali (słusznie), a to próbuje siłą zatrzymać młodych lekarzy, by nie wyjeżdżali zagranicę (niesłusznie). Problem w tym, że zestawione ze sobą obie koncepcje wicepremiera Gowina mogą wkrótce stać się przedmiotem politycznego targu: pozwolimy na zmiany dotyczące sieci szpitali, ale nie zgodzimy się trzymać pod butem młodych lekarzy. Albo odwrotnie: wara od naszej sieci, za to ukarzymy absolwentów obowiązkową pracą po studiach.

Należę do osób, które w czasach, gdy nie obowiązywał jeszcze Lekarski Egzamin Państwowy, zaraz po stażu zdecydowały się zmienić zawód. Ale nikt mi nigdy nie sugerował, że muszę ojczyźnie spłacać dług pozostaniem na etacie w szpitalu. Oddaję ów dług w formie przeróżnych składek oraz podatków i mam wrażenie, że pokrytem nimi czesne nie tylko swoje, ale przynajmniej kilku innych studentów. W tamtych czasach nie było jeszcze *exodusu* lekarzy na Zachód, tylko co to ma do rzeczy? Rząd powinien znaleźć inne sposoby zatrzymania kadry medycznej w kraju – aby absolwentom chciało się pracować i jednocześnie dokształcać niekonięcznie za własne pieniądze, aby mogli liczyć na etaty, a nie na wolontariat. Tymczasem sięgnięto po argumenty finansowe, rozumując opacznie: nie my podwyższymy ci pensję, ale my zmusimy cię do zwrotu zainwestowanych pieniędzy. Czysty absurd!

Ciekawe, że minister zdrowia wcale nie opowiedział się jednoznacznie przeciwko tej propozycji. Analizuje problem, radzi się ekspertów, znalazł już nawet przykłady zagranicą, które wychodzą naprzeciw koncepcji Jarosława Gowina. Oby nie była to kasandryczna przepowiednia, że poświęci młodych lekarzy z powodu swego przywiązania do sieci i, w podzięce za to, że stronnicy Gowina nie będą w niej grzebać podczas prac w parlamencie, wprowadzi jego pomysł.

Warto jednak zwrócić uwagę, że społeczeństwu wyrażającemu w sondażach sympatię wobec obecnego rządu płatne studia medyczne lub zmuszenie absolwentów tychże studiów do odpracowania stypendium bardzo się podoba. To tak, jak z Trybunałem Konstytucyjnym – spora część obywateli poparła jego uwięź, nie rozumiejąc, ile znaczy dla państwowości władza sędziowska. Jeśli ktoś więc teraz wymyślił, jak dokuczyć lekarzom, frajda będzie jeszcze większa. Wiwat politycy, brawo zdrowy rozsądek! ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

OPEL DRIVE PLAN

- » Niska rata
- » Assistance 24 h
- » Pełny pakiet serwisowy

Mokka X już od

699 zł netto/mies.



Nowa Mokka X

Recepta na sukces.

opel.pl



Wysokość raty na przykładzie Opel Mokka X Enjoy 1.4 Turbo MT6 140 KM S/S (cena samochodu: 67 235,77 zł netto; opłata wstępna: 10%; czas obowiązywania umowy: 36 miesięcy). W raty wliczona jest rejestracja pojazdu, serwis mechaniczny gwarancyjny i pogwarancyjny w ramach łącznego limitu kilometrów 60 000 km wraz z gwarancją mobilności Opel. Powyższa informacja ma charakter przykładowy i nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 i nast. Kodeksu cywilnego. Zawarcie umowy leasingu i jej warunki każdorazowo uzależnione są od wyniku badania zdolności leasingowej Klienta i ostatecznych warunków umowy dotyczących w szczególności długości okresu jej trwania, wysokości opłaty wstępnej. Oferta dotyczy wyłącznie przedsiębiorców. Szczegóły programu Drive Plan oraz ostateczne warunki finansowania są dostępne u Autoryzowanych Dilerów Opla.

Zużycie paliwa i emisja CO₂: Opel Mokka X: 6,7–4,3 l/100 km, 155–114 g/km; wg Rozporządzenia WE 715/2007 oraz WE nr 692/2008, w cyklu mieszanym, na podstawie oficjalnych testów w warunkach laboratoryjnych. Rzeczywiste wartości mogą różnić się od podanych w zależności od wyposażenia pojazdu, zachowania kierowcy, warunków atmosferycznych, nawierzchni, jak i innych czynników natury nietechnicznej. Informacje na temat złomowania samochodu, przydatności do odzysku oraz recyklingu są dostępne na www.opel.pl



Fot. archiwum

Farmakoterapia bólu przewlekłego w oparciu o drabinę analgetyczną WHO

cz. 5 (koanalgetyki)

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Leki przeciwdepresyjne (LPD)

LPD są wskazane w leczeniu bólu neuropatycznego (BN), a także w sytuacjach, kiedy ból współistnieje z depresją (I wg EBM; tabela 1.). Z uwagi na efekt hamujący wychwyt zwrotny serotoniny i noradrenaliny wzmacniają działanie zstępującego układu antynocyceptywnego, wykazując synergizm działania w szczególności z analgetykami opioidowymi. Potencjalizują analgezję opioidową, zmniejszają napięcie mięśni oraz działają przeciwłękowo, przede wszystkim te, które hamują wychwyt zwrotny serotoniny. Hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny oraz noradrenaliny ze szczeliny synaptycznej nie tylko ogranicza procesy nocycepcji na poziomie rdzenia kręgowego, ale też wpływa hamująco na kanały sodowe i na procesy aktywacji receptorów NMDA.

Tabela 1. Grupy leków przeciwdepresyjnych najczęściej stosowane

Grupa	Mechanizm	Nazwa międzynarodowa
Inhibitory wychwytu zwrotnego monoamin	trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD)	aminy trzeciorzędowe amitryptylina doksepina
		aminy drugorzędowe nortryptylina desipramina (nie dostępne w Polsce)
	czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne	maprotylina mianseryna (działa także antagonistycznie na receptor alfa-2)
	inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)	fluoksetyna fluwoksamina paroksetyna sertralina citalopram, escitalopram
	inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI)	wenlafaksyna duloksetyna milnacipran (nie dostępny w Polsce)
	inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (NDRI)	bupropion

	inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny (NRI)	reboksetyna
Inhibitory monoaminoooksydazy (MAO)	I generacja: leki nieselektywne, nieodwracalne	aktualnie I generacja nie jest stosowana w Polsce
	II generacja: leki selektywne, nieodwracalne	L-deprenyl selegilina
	III generacja: leki selektywne, odwracalne (RIMAO)	toloksaton befloksaton moklobemid
Inne (leki o receptorowym mechanizmie działania)	antagonista receptorów serotoninowych i inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny (SARI)	trazodon
	antagonista receptorów alfa-2 adrenergicznych, 5HT ₂ , 5HT ₃	mirtazapina

W leczeniu BN z tej grupy leków najczęściej stosowane są TLPD oraz SNRI. Natomiast w terapii niektórych zespołów bólowych, takich jak fibromialgia, wykorzystuje się także SSRI. Pomocniczo, w celu potencjalizacji analgezji opioidowej, stosuje się również mirtazapinę i mianserynę. TLPD, a w szczególności amitryptylina, są skuteczne w leczeniu BN – przewlekłych bólów głowy oraz dolnego odcinka kręgosłupa.

Dodatkowym efektem działania TLPD jest hamowanie kanałów sodowych oraz antagonizm w stosunku do receptora NMDA. TLPD są mało skuteczne w neuropatii w przebiegu infekcji HIV, w obwodowej neuropatii indukowanej chemioterapią onkologiczną oraz w radikulopatii po nieskutecznych operacjach kręgosłupa (I wg EBM).

Ostrożność w stosowaniu amitryptyliny należy zachować u pacjentów w podeszłym wieku, z chorobami układu sercowo-naczyniowego, jaskrą oraz u mężczyzn z przerostem gruczołu krokowego. Problemem może być także sedacja indukowana przez TLPD oraz wysokie ryzyko interakcji szczególnie farmakokinetycznych, których przyczyną mogą być te leki. Z grupy SNRI w praktyce wykorzystywane są

wenlafaksyna oraz duloksetyna. Leki te są skuteczne w terapii obwodowego bólu neuropatycznego oraz w leczeniu bólów dolnego odcinka kręgosłupa i barku, a także w fibromialgii (I wg EBM).

Leki z grupy SNRI charakteryzują się korzystniejszym profilem bezpieczeństwa niż TLPD. U pacjentów leczonych SNRI może występować podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi. U około 15 proc. chorych mogą wystąpić zaburzenia snu. Zaleca się także ostrożne stosowanie SNRI u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Leki przeciwdrgawkowe (LPD)

LPD wykazują skuteczność kliniczną w leczeniu BN. Mechanizm działania tej grupy leków polega na hamowaniu nadbudliwości neuronów, która – podobnie jak w padaczce – występuje w bólu neuropatycznym. Leki przeciwdrgawkowe charakteryzują się różną budową chemiczną i różnymi efektami farmakodynamicznymi, które korelują ze skutecznością w leczeniu bólu neuropatycznego. Mechanizm komórkowy działania tej grupy leków polega na zmniejszeniu stężenia jonów sodowych i/lub wapniowych w komórkach OUN. LPD nasilają procesy hamowania pre- i postsynaptycznego w strukturach OUN.

Leki te stosowane są w terapii obwodowych bólów neuropatycznych. Ich skuteczność w bólu ośrodkowym nie jest dobrze udokumentowana. W praktyce klinicznej najczęściej stosuje się leki oddziałujące na podjednostkę alfa-2 delta kanału wapniowego ze względu zarówno na wysoką skuteczność, jak i dobry profil bezpieczeństwa (pregabalina, gabapentyna).

Skuteczność gabapentyny wykazano w leczeniu neuropatii cukrzycowej oraz neuropatii obwodowej (I wg EBM). Najczęstszymi działaniami niepożądanymi stosowania gabapentyny jest nadmierna sedacja, zawroty głowy i zaburzenia równowagi.

Skuteczność pregabaliny wykazano w neuralgii popółpałkowej, neuropatii cukrzycowej, neuralgii trójdzielnej, przetrwałym bólu pooperacyjnym, a także w przypadku bólu w dolnym odcinku kręgosłupa (I wg EBM). Z najczęściej występujących działań niepożądanych należy wymienić obrzęki obwodowe, nadmierną sedację oraz zawroty głowy. Porównanie gabapentyny i pregabaliny przedstawiono w tabeli 2.

Z innych leków przeciwdrgawkowych wykorzystuje się karbamazepinę w leczeniu neuralgii trójdzielnej. U pacjentów opornych na leczenie karbamazepiną lub takich, u których w trakcie terapii wystąpiły objawy niepożądane, zaleca się stosowanie okskarbazepiny. Podczas stosowania okskarbazepiny rzadziej niż przy karbamazepinie występują działania niepożądane (hepatotoksyczność, hyponatremia).

Lamotrygina, lek hamujący powolne kanały sodowe typu IIA, jest skuteczna zarówno w bólu neuropatycznym obwodowym, jak i w bólu ośrodkowym. Potencjalizuje efekt działania karbamazepiny, jednak podczas takiego połączenia nie wolno zapominać o zwiększonym ryzyku wystąpienia zespołu Stevensa-Johnsona. Kwas walproinowy działa zarówno poprzez układ GABA-ergiczny, jak i poprzez hamowanie kanałów wapniowych i sodowych w neuronie. Podawanie rozpoczyna się od dawki 300 mg, najlepiej zaaplikowanej na noc, i zwiększa się co 3 dni do maksymalnej dawki 1500 mg na dobę. Kwas walproinowy wykazuje skuteczność w neuropatiach obwodowych, a także w bólach głowy migrenowym i klastrowym oraz w bólu ośrodkowym (II wg EBM). Najczęstsze działania niepożądane to sedacja i wypadanie włosów. Może także wystąpić hepatotoksyczność, dlatego podczas terapii przewlekłej należy monitorować funkcje wątroby. Działanie analgetyczne w bólu neuropatycznym może wykazywać także pochodna benzodiazepiny – klonazepam. Działanie hamujące na układ GABA-ergiczny ma baklofen. Jest stosowany w leczeniu bólu w dolnym odcinku kręgosłupa. ■

Tabela 2. Porównanie gabapentyny i pregabaliny

GABAPENTYNA

Niższa specyficzność wiązania z receptorem alfa-2 delta kanału wapniowego.

Wskazana w obwodowym bólu neuropatycznym, brak wskazań do leczenia bólu neuropatycznego pochodzenia ośrodkowego.

Nieliniowa farmakokinetyka, wraz z przyrostem dawki brak wprost proporcjonalnego przyrostu skuteczności w bólu neuropatycznym.

Większe ryzyko interakcji z innymi, równocześnie stosowanymi lekami – leki nasenne nasilają sennosć i ataksję po gabapentynie. Leki z grupy antacida zmniejszają wchłanianie gabapentyny z przewodu pokarmowego. Morfina zwiększa stężenie osoczowe gabapentyny, ma to szczególne znaczenie w leczeniu bólu o charakterze nocyceptywno-neuropatycznym, np. u pacjentów z bólem towarzyszącym chorobie nowotworowej.

Większe niż w przypadku pregabaliny ryzyko występowania działań niepożądanych, szczególnie ze strony OUN.

Nie zaleca się stosowania leku u chorych z niewydolnością nerek.

Wolny początek działania (po 30 dniach).

PREGABALINA

Wyższa specyficzność wiązania z receptorem alfa-2 delta kanału wapniowego, co jest związane z bardziej specyficznym w odniesieniu do dawki i skuteczności efektem działania przeciwbólowego w bólu neuropatycznym.

Wskazana zarówno w obwodowym, jak i ośrodkowym bólu neuropatycznym, co ma istotne znaczenie u pacjentów z bólem towarzyszącym chorobie nowotworowej.

Liniowa farmakokinetyka, wraz z przyrostem dawki wprost proporcjonalny przyrost skuteczności w bólu neuropatycznym.

Lek nie wchodzi w klinicznie istotne interakcje z innymi lekami stosowanymi w polifarmakoterapii.

Małe ryzyko występowania polekowych działań niepożądanych; lek z wyboru w bólu neuropatycznym u pacjentów w podeszłym wieku, z uwagi na niewielkie ryzyko indukowania objawów niepożądanych. Brak skuteczności działania gabapentyny w bólu neuropatycznym nie limituje skuteczności pregabaliny u tego samego pacjenta.

Preparat można stosować u chorych z niewydolnością nerek.

Szybki początek działania (po 7–10 dniach).

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



Wypalenie zawodowe



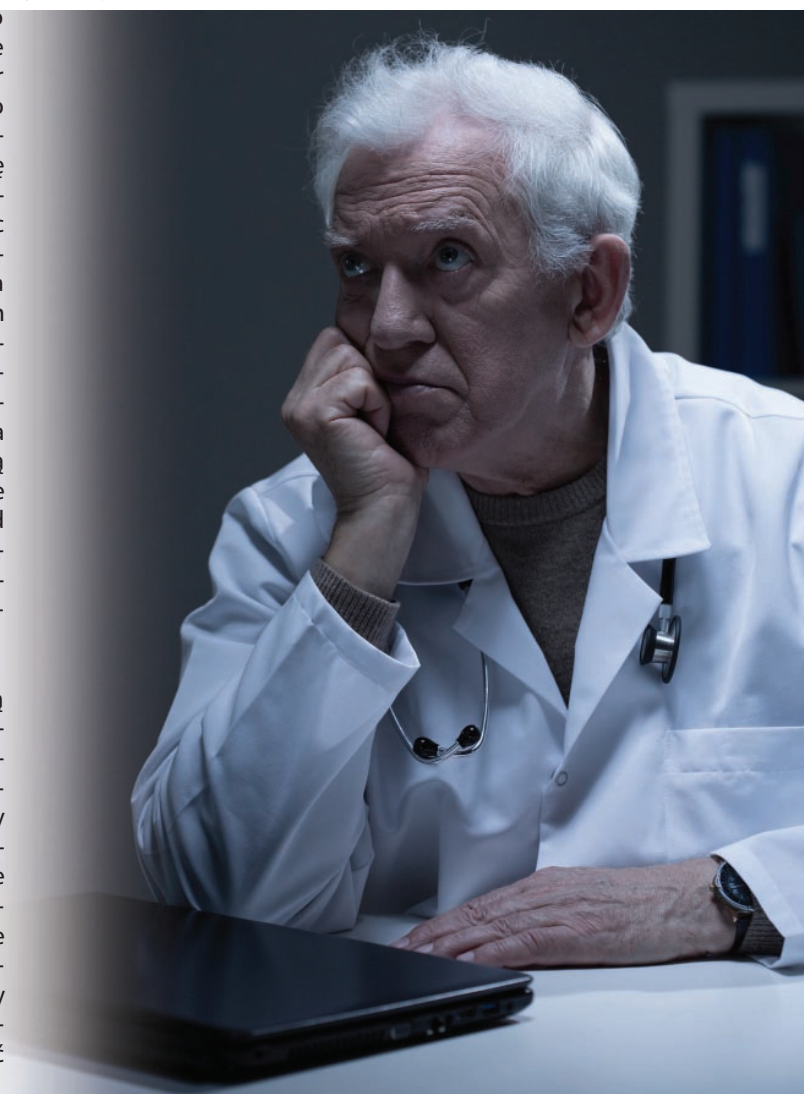
Jarosław Kosiaty

Portal Esculap zorganizował konkurs dla lekarzy „Mój sposób na stres i wypalenie zawodowe”. Przyszło mnóstwo listów. Zacytuję kilka z nich:

✱ „Zapewne znacie ten przesąd, że jeżeli śni się komuś zęby, oznacza to nieszczęście lub chorobę. A co jeżeli taki sen nawiedza dentystę? To znaczy, że jest przepracowany albo wypalony. Po 18 latach w zawodzie często zdarza mi się wpadać w takie czarne dziury, w których nawet dna nie widać. Wówczas oddałabym wszystko, aby chociaż na chwilę wyrwać się z tego żółtawym osadem pokrytego płotka o (standardowo) 32 sztachetkach, w który wbijam wzrok przez kilkanaście godzin dziennie. Gna mnie pragnienie, by uciec od protez, roszczeniowych pacjentów, bzdurnych nakazów NFZ, medycznych standardów, wzorcowych procedur tak odległych od nie zawsze pastą do zębów pachnącej rzeczywistości. Marzenia po dekapitacji... Do urlopu daleko, portfel zdrenowany przez zwykłe płatności. Wyjazd w grę nie wchodzi. Na spacer nie pójdę, bo dookoła znajome paszczęki i pełno takich, którzy i na środku ulicy gotowi demonstrować »zygający się kłumok« (czytaj: ruszający się ząb) albo żądać porady w temacie »jadowitych słów w gębie« (pieczenia w jamie ustnej). Cóż więc pozostaje spopielałemu w środku wiejskiemu dentyście? Alternatywny sposób podróżowania – książki. Kiedy zaszyję się w jakimś ustronnym kąciku mieszkania, akustycznie odizoluję od ukochanej rodziny, przemierzam epoki i tysiące kilometrów, przeżywam setki żyć, tak różnych od mojego, zastanawiam nad dylematami bohaterów, a moje zmory pozostają gdzieś poza ochronną otoczką fikcji literackiej. Szkoda tylko, że doby nie da się rozciągnąć, że te wyekstrahowane (zawód zobowiązuje, hi, hi) z rzeczywistości chwile są takie krótkie i trzeba wracać do kieratu z obowiązkowym uśmiechem firmowym numer pięć na twarzy”. M.M.

✱ „Kiedy stres przekracza moją wartość progową i czuję się jak wyczerpana bateria, sięgam po »Przepis na antystres«: 1 łyżka spokoju, porcja cierpliwości, około 10 cm uśmiechu, kilogram życzliwości, 3 ziarna nadziei, szczypta optymizmu, cały zapas dobrych wspomnień. Nie dodawaj uległości! Możesz przyprawić na śladko, ewentualnie ozdobić 1 listkiem czterolistnej koniczyny. Najlepiej podawaj natychmiast: wymieszaj to w sobie i wypij jednym haustem, jakbyś pił lekarstwo. Smakuje każdemu. Podziel się z bliskimi, może starczy i dla obcych. Delektuj się relaksem! Gorąco polecam. PS Można schować do słoika i stosować w miarę potrzeby”. B.K.

✱ „Wypalenie zawodowe – każdy z nas o tym słyszał i każdy ma ochotę co jakiś czas powiedzieć, że to właśnie jego największy problem. Ale jak martwić się swoimi problemami, jeśli inni mają większe? Jak zastanawiać się nad sensem pracy zawodowej, nad radością z życia rodzinnego i zawodowego, gdy walczy się o zdrowie i życie innych ludzi? Odejść i ich wszystkich zostawić? Czy pan w podeszłym wieku nie ma więcej problemów ze sztywnymi stawami niż lekarz zmęczony codzienną pracą? Jak wytłumaczyć matce chorego dziecka, że cierpię na wypalenie zawodowe i nie mam już siły, chęci i motywacji, żeby uśmiechnąć się do jej przestraszonego dziecka i okazać im wystarczająco dużo cierpliwości? Moim zdaniem wypalenie zawodowe może dotyczyć księgowej, nauczyciela, kucharza, ale lekarz to nie zawód, to służba. I choć czasem nie ma siły, bo w końcu jest się tylko człowiekiem, jednak decydując się wziąć odpowiedzialność za zdrowie i życie innych ludzi, trzeba mieć w sobie tę siłę,



która pomaga wytrwać w każdej sytuacji. Jeśli się jest po trzecim dyżurze i 12 godzinach pracy w ciągu doby, należy po prostu dobrze się wyspać, wyleżeć i odsapnąć, a spojrzenie wstecz na wszystkie uratowane istnienia i wszystkie osoby w ciszy i spokoju odprowadzone do bram niebios da siłę, aby jednak wstać i iść dalej. Kto inny jak nie my? Mój sposób na wypalenie zawodowe: wystarczy przypomnieć sobie, dlaczego jest się właśnie w tym miejscu, na tym stanowisku i dlaczego ci wszyscy ludzie czekają pod drzwiami naszego gabinetu. Wypalenie powinno dotyczyć raczej tego lekarza, który nie ma pacjentów, a nie tego, który nie ma czasu". A.Z.

✿ „Jestem lekarzem z 35-letnim stażem, w tym było parę lat dyrektorowania w dużym szpitalu i 10 lat szefowania koordynacją działań ratowniczych w roli naczelnika wydziału zarządzania kryzysowego. Stresów nie brakowało, wypalenia zawodowego też, a jak sobie z tym radzę, to poniżej...

Chyba nawet największy pasjonat, wykonujący najciekawszy zawód świata, ma takie chwile, gdy dopada go dodatkowy stres i znudzenie. Jeśli nie, to niebezpiecznie zaczyna ocierać się o pracoholizm, a to o wiele groźniejsza niż wypalenie zawodowe jednostka chorobowa, którą trudniej zwalczyć niż przejściową zawodową chandrę. Na chandrę istnieje bowiem wiele różnych sposobów. Od modnych i równie drogich zajęć z trenerami sukcesu przez dalekowschodnie terapie drgającymi misami po wszelkie odmiany ekstremalnej aktywności. Ponieważ nie mam zaufania do uśmiechniętych dwudziestokilkulatków, którzy uczą jak żyć, nie przemawiają do mnie mądrości z Państwa Środka, a na uprawianie triathlonu już jest niestety za późno, mam swój,

szalenie prosty sposób na radzenie sobie z chwilowym spadkiem entuzjazmu do pracy. Pomysł, którego nie promuje się w kolorowych magazynach i niewiele osób się do niego przyznaje. Sposób, który mało kosztuje i jeszcze mniej wymaga. Można go stosować zawsze i wszędzie. To słodkie nicnierobienie, które niektórzy nazwaliby lenistwem. Dwa tygodnie bez żadnego »muszę«, »powinienem«, »wypada« i »należy«. Dzień w dzień tylko »chcę«, »lubię«, »zobaczymy« i »dziękuję, ale nie«. Dwa tygodnie tylko dla siebie, a kiedy mam ochotę, to dla rodziny i przyjaciół. Bez planu i bez listy zadań. W domu, nad morzem albo w górach, w zależności od nastroju. Na pewno nie na Mazurach, bo po prostu nie lubię. Spanie do południa lub do 6.00 rano, jeśli tylko jest jakiś ciekawy powód, by wstać tak wcześnie. Kawa, gazeta, kontrolny rzut oka na ekran telewizora w poszukiwaniu paska z najnowszymi doniesieniami, książka, gazeta, melisa. Cały dzień w kapciach, bez wyrzutów sumienia. To dwa tygodnie, podczas których ze wszystkich kosmicznych i w większości niepotrzebnych funkcji telefonu najbardziej przydaje się przycisk on/off. Jeżeli Internet, to tylko po to, aby po raz kolejny ściągnąć wszystkie odcinki »Stawki większej niż życie« lub sprawdzić repertuar kin i teatrów. No i oczywiście zawsze znajdzie się jakaś zapomniana misja do przejścia w »Call of Duty«, na którą nigdy nie było czasu, gdy pierwsi pacjenci zapisani są na 7.30. Na grzyby, na ryby, na działkę, w zależności od sezonu. Takie dwa tygodnie z zespołem ABC, czyli »absolutnego braku ciśnienia«, to z reguły wystarczająca terapia. Gdy po kilkunastu dniach przerwy od codziennej rutyny zaczyna nam jej jednak brakować, to znak, że od najbliższego poniedziałku, od 8.00 rano, możemy wrócić do pracy. Na zdrowie". L.J.



V ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PALIATYWNEJ 2017

ELBLĄG, 8–10 czerwca 2017 r.

MIEJSCE

Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Elblągu
Hala Sportowo-Widowiskowa
ul. Grunwaldzka 135
82-300 ELBLĄG

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Krystyna DE WALDEN-GAŁĘSZKO

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

lek. Wiesława POKROPSKA

ORGANIZATORZY

Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego,
organizacja pożytku publicznego
Hospicjum Elbląskie im. dr Aleksandry Gabrysiak

Więcej informacji na www.Vzjazdptmp.pl





Fot. archiwum

Choroby rzadkie – co nowego w Europie?

Krystyna Knypl

Gdyby obietnice miały właściwości lecznicze, pacjenci z chorobami rzadkimi w naszym kraju byłiby najzdrowsi z całej Europy. Jesteśmy jedynym państwem z Unii Europejskiej, które dotychczas nie wprowadziło narodowego programu dla chorób rzadkich. Prace nad programem trwają – mówią kolejne ekipy ministerialne. Najwyższa pora zamienić obietnice na konkrety!

Diagnozowanie i leczenie chorób rzadkich należy do najtrudniejszych zadań dla lekarzy i systemów ochrony zdrowia we wszystkich krajach. Jednym ze sposobów poprawy jest łączenie sił i środków w systemy działające według wspólnie ustalonych zasad oraz współpraca międzynarodowa.

Liczba chorób rzadkich jest szacowana na 5 tys. – 8 tys. jednostek chorobowych. Na tego rodzaju schorzenia cierpi około 30 mln osób w krajach Unii Europejskiej. Różnorodność obrazu klinicznego, rzadkość występowania powodują, że nie wszyscy lekarze mają możliwość osobistego spotkania się z każdym tego rodzaju schorzeniem.

W Polsce żyje blisko 2 mln osób z chorobami rzadkimi, około 75 proc. stanowią dzieci. Główny ciężar opieki lekarskiej nad tymi pacjentami spoczywa zatem na pediatrach. Teoretycznie mogą liczyć na wsparcie akademickich placówek specjalistycznych, ale w codziennej praktyce lekarskiej nie zawsze jest to proste.

Czym są Europejskie Sieci Referencyjne?

Europejskie Sieci Referencyjne (European Reference Networks) są wirtualną strukturą skupiającą specjalistów w zakresie chorób rzadkich. W pracach uczestniczą przedstawiciele 900 jednostek medycznych z 313 szpitali zlokalizowanych w 25 krajach Unii Europejskiej. Koordynatorem sieci jest prof. Alberto M. Pereira z Leiden University Medical Center w Holandii.

Specjaliści tworzący ERN wyodrębnili następujące zespoły tematyczne: choroby endokrynologiczne, choroby nerek, choroby kości, choroby twarzowo-czaszkowe, padaczka, guzy łagodne u dorosłych, schorzenia hematologiczne, choroby moczowo-płciowe, choroby nerwowo-mięśniowe, choroby oczu, genetycznie uwarunkowane guzy, choroby serca, choroby wrodzone (np. wady przewodów pokarmowych), wady wrodzone i niepełnosprawność intelektualna, wrodzone choroby układu oddechowego, nowotwory pediatryczne, choroby wątroby, choroby tkan-

ki łącznej i mięśniowo-szkieletowe, niedobory immunologiczne, choroby neurologiczne, choroby skóry, transplantacja u dzieci, zaburzenia metaboliczne oraz choroby naczyń krwionośnych.

Problemy dotyczące osób z chorobami rzadkimi są zróżnicowane. Pierwszy to postawienie prawidłowej diagnozy. Często jest opóźnione, a w wielu przypadkach w ogóle się nie udaje. Szacuje się na przykład, że z ponad 500 tys. osób z rzadkimi schorzeniami neurologicznymi aż 60 proc. nie ma postawionej diagnozy. Celem ERN jest poprawa możliwości diagnostycznych, która pozwoli na skrócenie czasu hospitalizacji. Planowane jest też prowadzenie badań socjologicznych i ekonomicznych wśród osób cierpiących na schorzenia rzadkie. Ważnym aspektem będzie możliwość dzielenia się posiadaną wiedzą.

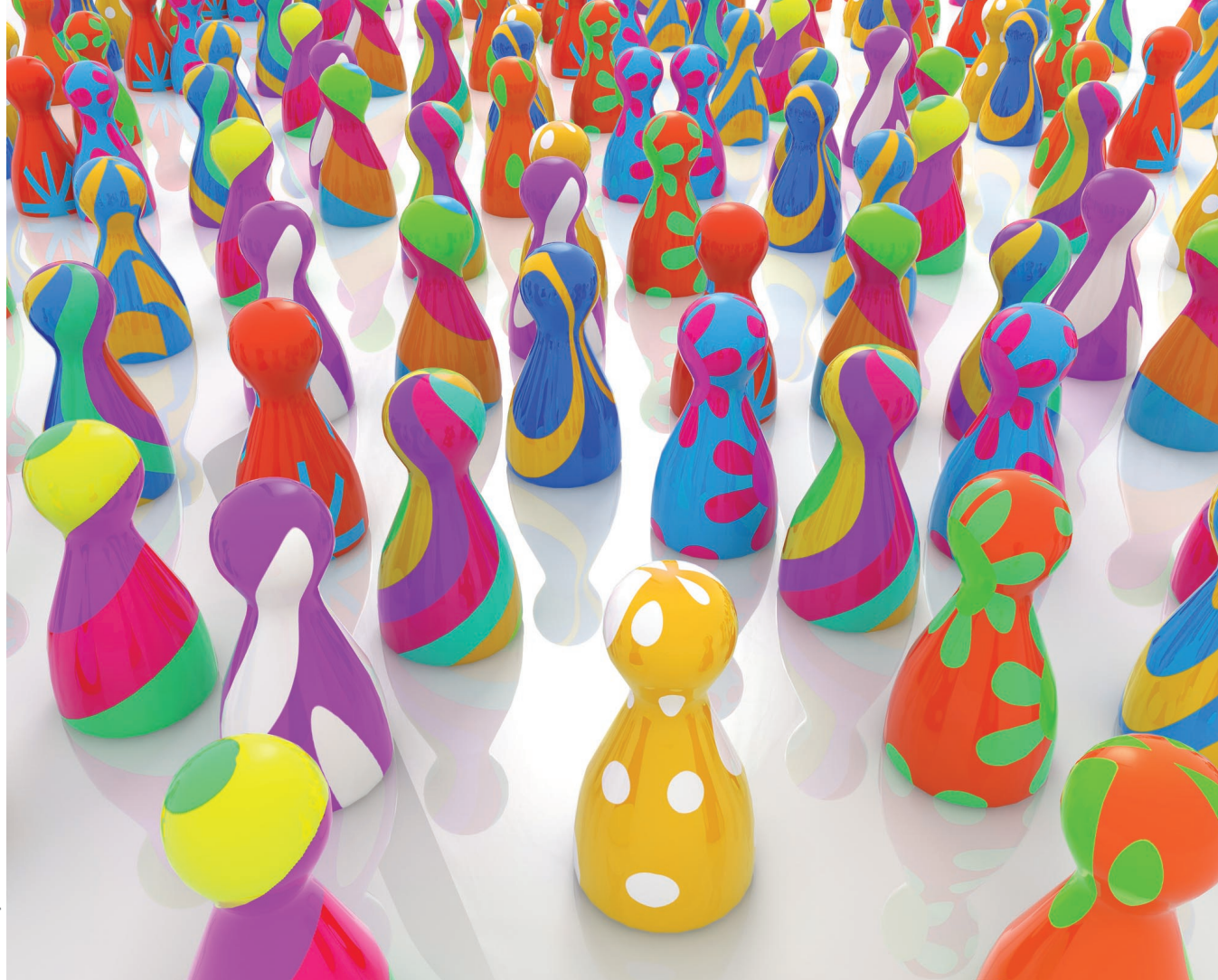
Główne ośrodki Europejskich Siet Referencyjnych

Konferencja inauguracyjna powstania Europejskich Siet Referencyjnych odbyła się 28 lutego 2017 r. w szpitalu uniwersyteckim w Leuven, największym belgijskim ośrodku leczniczym. Zakres działalności szpitala, który omówił jego dyrektor prof. Marc Decramer, ilustrują liczby: 57 438 hospitalizacji długoterminowych oraz 108 476 hospitalizacji jednodniowych w 2016 r.

W dalszej części obrad Xavier Prats Monne, dyrektor generalny Europejskiego Urzędu ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności, oraz Yann Le Cam z Europejskiego Stowarzyszenia Organizacji Pacjentskich przedstawili ogólne założenia dotyczące Europejskich Siet Referencyjnych. Dr Vytenis



Prof. Ruth Ladenstein z St. Anna Kinderspital w Wiedniu, koordynator ERN PaedCan, z autorką (z lewej)



Andriukaitis, europejski komisarz do spraw zdrowia i bezpieczeństwa żywności, powiedział: – *Dziś, w Europejskim Dniu Chorób Rzadkich, mam szczególną przyjemność zainicjować Europejskie Sieci Referencyjne. Jako lekarz zbyt często byłem świadkiem tragedii pacjentów cierpiących na rzadkie lub złożone choroby, żyjących w niepewności, którym lekarze nie potrafili postawić prawidłowej diagnozy i zaoferować leczenia. Widziałem także kolegów, którzy z powodu braku informacji i możliwości nawiązywania kontaktów mieli trudności z udzieleniem pacjentom pomocy. Sieci referencyjne skupią rozległą unijną wiedzę i doświadczenie, które są obecnie rozproszone w poszczególnych krajach. Będzie to namacalny przykład wartości unijnej współpracy.*

Jestem przekonany, że Europejskie Sieci Referencyjne utworzą drogę pacjentom cierpiącym na choroby rzadkie ku przełomowym rozwiązaniom ratującym i zmieniającym ich życie.

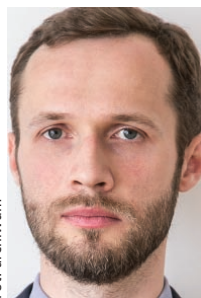
Natomiast w części naukowej konferencji przedstawiono stan dotychczasowych osiągnięć ERN w zakresie chorób naczyniowych oraz onkologii dziecięcej. Schorzenia naczyniowe zostały objęte programem ERN VASCERN, którego koordynatorem jest prof. Guillaume Jondeau z Hôpital Bichat-Claude Bernard w Paryżu. Specjaliści zrzeszeni w tej części sieci zajmują się następującymi schorzeniami: wrodzoną naczyniowatością krwotoczną, wrodzonymi chorobami aorty i tętnic średniego kalibru oraz wrodzonym obrzękiem limfatycznym, postacią naczyniową zespołu Ehlersa-Danlosa. Dzielą się wiedzą, opracowują wytyczne, przygotowywane są także wykłady o rzadkich chorobach naczyniowych publikowane pod adresem <http://vascern.eu/>.

Dziecięce schorzenia hematologiczne objęto natomiast programem ERN PaedCan, koordynowanym przez prof. Ruth Ladenstein z St. Anna Kinderspital w Wiedniu. Badania nad tą grupą schorzeń są szczególnie potrzebne, bo każdego roku w Europie u 20 tys. dzieci jest rozpoznawana choroba nowotworowa, a 6 tys. umiera z tego powodu. Specjaliści z sieci postawili sobie za cel podniesienie dostępności specjalistycznych metod leczenia dla dzieci z chorobami hematologicznymi oraz poprawę wyników terapii.

Podczas konferencji głos zabrali także młodzi pacjenci ze schorzeniami rzadkimi oraz ich rodzice. Dzielili się swoimi doświadczeniami, spostrzeżeniami, a także oczekiwaniami. Inicjatywa Europejskich Sieci Referencyjnych niesie nadzieję, że dzięki niej los pacjentów z chorobami rzadkimi oraz ich rodzin będzie lepszy niż dotychczas. ■



Prof. Guillaume Jondeau z Hôpital Bichat-Claude Bernard w Paryżu, koordynator ERN VASCERN



Fot. archiwum

Odpowiedzialność cywilna związana z naruszeniem praw pacjenta

Filip Niemczyk, adwokat

Kategoria praw pacjenta została wprowadzona do polskiego porządku prawnego w 1991 r. wraz z przyjęciem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 1991 r., nr 91, poz. 408 ze zm.). Ówczesnie obowiązująca ustawa wśród praw pacjenta wymieniała prawa do: świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, wyrażania zgody na określone świadczenia lub odmowy jej udzielenia – po otrzymaniu odpowiedniej informacji, uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i z zachowaniem godności. Na gruncie wspomnianej ustawy ukształtował się pogląd, a jednocześnie linia orzecznicza sądów powszechnych, że prawa pacjenta są elementem dóbr osobistych, w związku z czym podlegają ochronie przepisami prawa cywilnego. O ile ustawa o zakładach opieki zdrowotnej była skierowana, zgodnie ze swoim tytułem, do placówek medycznych, o tyle uchwalona w 2008 r. ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU z 2016 r., poz. 186) poszerzyła zarówno katalog praw pacjenta, jak i krąg podmiotów zobowiązanych do ich ochrony.

Obecnie obowiązujące uregulowania wśród praw pacjenta wskazują (art. 6–40 ustawy o prawach pacjenta): prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w tym do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, m.in. do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do poszanowania intymności i godności, prawo do dokumentacji medycznej, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Ustawa o prawach pacjenta zobowiązuje do ich przestrzegania organy władzy publicznej, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, a także – co istotne – osoby wykonujące zawody medyczne oraz inne, uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Szeroki katalog praw oraz podmiotów zobowiązanych do ich przestrzegania powoduje, że możliwości naruszenia praw pacjenta jest wiele. Przy czym naruszeniem praw pacjenta będą nie tylko sytuacje dość oczywiste, jak chociażby przeprowadzenie zabiegu bez zgody, naruszenie tajemnicy lekarskiej, odmowa wydania dokumentacji me-

dycznej, ale również nieuzasadniona odmowa kontaktu z rodziną lub osobą duchowną oraz stosowanie nieprzejrzyistych procedur ustalania kolejności korzystania ze świadczeń medycznych. Przepisy obowiązującej ustawy nie pozostawiają również wątpliwości, że odmowa odpowiednio wczesnego poinformowania pacjenta o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia go stanowi naruszenie praw chorego, niezależnie od motywacji lekarza, a zatem także w przypadku powołania się na klauzulę sumienia. Odpowiednio wczesne poinformowanie pacjenta powinno polegać bowiem na tym, że mimo odmowy ze strony lekarza będzie miał realną możliwość poddania się leczeniu u innego lekarza. Zbyt późne udzielenie informacji w świetle ustawy o prawach pacjenta jest naruszeniem jego praw i może skutkować odpowiedzialnością cywilną. Uwagi te odnoszą się przede wszystkim do szeroko dyskutowanych przypadków odmowy udzielania świadczeń medycznych z zakresu ginekologii i położnictwa.

Art. 4 ustawy o prawach pacjenta mówi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Pojęcie zawinionego naruszenia oznacza, że chodzi nie tylko o sytuację umyślności, ale również braku dbałości o ochronę praw pacjenta. Zobowiązaniem do zadośćuczynienia krzywdzie, w zależności od okoliczności konkretnego przypadku, może być w związku z tym zarówno lekarz, jak i ratownik medyczny, pielęgniarka, a nawet pracownik administracyjny.

W orzecnictwie sądów podkreśla się, że przesłanką roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta w żadnym razie nie jest szkoda na osobie w postaci rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała. Oznacza to, że do naruszenia praw pacjenta i odpowiedzialności odszkodowawczej może dojść również w sytuacji, kiedy przeprowadzono prawidłowy zabieg, korzystny dla zdrowia pacjenta, jednakże przy tej okazji np. nie odebrano zgody na operację lub nie sporządzono prawidłowo dokumentacji medycznej.

Z praktyki sądowej mogą wskazać przykład, kiedy zasądzono 5 tys. zł zadośćuczynienia dla pacjentki, która nie była prawidłowo poinformowana o możliwych powikłaniach zabiegu operacyjnego nosa, które w jej przypadku wystąpiły. Znam też sytuację, gdy szpital zapłacił małoletniemu i jego rodzicom 30 tys. zł z powodu naruszenia prawa do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych po otrzymaniu informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach. Warto przy tym odnotować, że aktywnym podmiotem w sprawach dotyczących naruszenia praw pacjenta jest rzecznik praw pacjenta, który w zakresie swojej działalności może wytaczać powództwa i przystępować do postępowań cywilnych, co niejednokrotnie zdarza mu się czynić. ■



Fot. egw

Postęp a mądrość i wyobraźnia

Tadeusz Tołłoczko

Stymulacja

Wiele czynników przyczynia się do postępu, lecz jedynym bezwzględnym warunkiem rzeczywistości, a nie pozorowanego postępu jest potencjał pracowników nauki zbudowany na prawdzie. Stymulatorami są także wiedza, wyobraźnia, odwaga, ciekawość oraz stabilne zaplecze finansowe.

Wyobraźnia

Przed wielu laty byłem zafascynowany myślą Alberta Einsteina: „Wyobraźnia bez wiedzy może stworzyć rzeczy piękne. Wiedza bez wyobraźni – zaledwie doskonałe”. Dotychczas sądziłem, że doskonałość jest celem ostatecznym, na samym szczycie hierarchii ludzkich osiągnięć. Jednak Einstein – ten genialny człowiek nauki, wyżej stawiał piękno niż doskonałość.

Sucha refleksja moralna czy intelektualna, także naukowa, nie wystarcza do rozwiązywania problemów życiowych. To wyobraźnia pomaga je rozwiązywać i tworzyć wielkie, nie tylko artystyczne, ale i naukowe dzieła. Znacząco rozszerza zakres naszych możliwości, przekraczając normatywną przestrzeń i ramy racjonalnego myślenia.

W dawnych czasach mówiono nawet: „wyobraźnia jest ważniejsza od wiedzy”, gdyż poszerza intelektualne horyzonty, a Einstein wręcz uważał, że „rządzi światem”. Istnieje też pogląd, że tylko nasza wyobraźnia określa granice nauki i postępu. W dyskusjach społeczno-politycznych uczestnicy odwołują się wszak raczej do masowej wyobraźni niż do rozumu, uzasadniając tym błędne decyzje.

Dziś nikt nie kwestionuje wiodącego wpływu nauki na rozwój cywilizacji. Nauka w roli stymulatora postępu znacząco wyprzedziła wyobraźnię. Toteż naukowe odkrycia i wynalazki, które niegdyś nikomu się nie śniły, zaistniały.

Jednak wyobraźnia nadal pozostanie potrzebna nie tylko artystom. Procesy myślowe pozbawione wyobraźni z pewnością nie osiągną nawet doskonałości.

Pieniądze

Same pieniądze nie gwarantują mądrości. A postęp tworzą tylko ci, którzy umieją myśleć rozumnie.

Pieniądze zapewniają jednak zdobywanie wiedzy oraz jej umiejętne wykorzystanie w celu tworzenia postępu. Określają możliwości i zakres prac naukowych. Siła pieniędzy, poza intelektualnym potencjałem badawczym, ma znaczenie dominujące.

Hamulce

Najczęstszym i najsukuteczniejszym hamulcem postępu jest lenistwo. Jego pochodną stanowi lęk i brak wiary we własny intelekt. Krytyka ze strony środowiska

i konkurentów potrafi zrujnować inicjatywę i twórczy zapał. Efektem są prace odtwórcze, rozmaite „wariacje na temat” pozbawione oryginalności. Gdy na początku edukacji tłamsi się oryginalność, zamyka się naukową drogę rozwoju prowadzącą do największych sukcesów i laurów. Znamienne dużą rolę mają tu do odegrania dyspozytorzy stanowisk i pieniędzy.

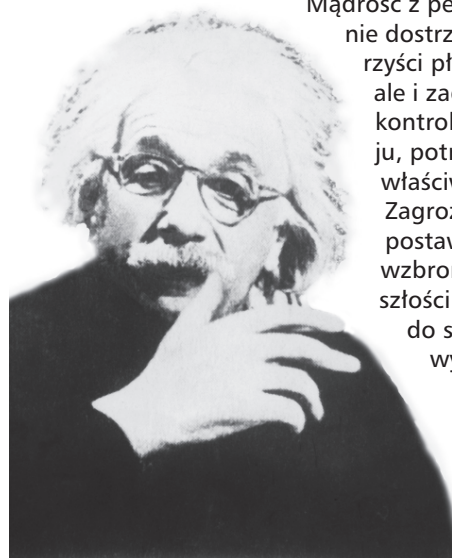
Mądrość

Postępu cywilizacyjnego nie da się zatrzymać. Będzie nam towarzyszył, jako warunek poczucia potrzeby poznawania świata. Historia nauki wykazuje, że wszelkie próby wstrzymywania rozwoju w długoterminowym wymiarze są nieskuteczne. Jednakże mądrość i moralność powinny kontrolować postęp.

Obserwuję trendy współczesnej mentalności, kreowanej przez egoizm, utylitaryzm oraz chęć bezwzględnego zysku, i dochodzę do wniosku, że w przypadku niewystarczającej kontroli moralnej nad organizacją życia społecznego i postępowo osiągnięty etap, w którym eutanazja będzie przymusowa.

Powinniśmy nie tylko nauczyć się sterować materią, aparaturą, narzędziami i prawami fizyki, ale również kreować kierunki myślenia, aby postęp służył człowiekowi, eliminując zagrożenia dla jego godności.

Znamienne duży wpływ techniki na wiedzę, naukę i standard ludzkiego życia rodzi pytanie, czy mądrość, a więc i moralność, wpływają w sposób wystarczający na zakres i kierunki rozwoju techniki? Brak rozsądku i sensu w dążeniu do nieograniczonego postępu technicznego niepokoi.



Mądrość z pewnością precyzyjnie dostrzega nie tylko korzyści płynące z postępu, ale i zagrożenia jego niekontrolowanego rozwoju, potrafi też znaleźć właściwe proporcje. Zagrożeniom powinna postawić znak „Wstępnie wzbroniony”, by w przyszłości nie doprowadzić do sytuacji bez wyjścia.

Zasada: myśleć ze sceptycyzmem, działać z optymizmem, zawsze będzie aktualna. ■



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 26.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.



Są okoliczności, w których lekarz mający wydać orzeczenie dotyczące zdrowia pacjenta robi to na zlecenie upoważnionej instytucji (np. sądu, prokuratury, policji, towarzystwa ubezpieczeniowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych itp.). Czasem pacjent dokładnie wie, jaki jest cel badania, niekiedy jednak nie do końca zdaje sobie sprawę z sytuacji, w jakiej się znalazł.

Bez względu na okoliczności lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta o celu badania i orzeczenia, które ma być wydane. Niezależnie od sytuacji, w jakiej odbywa się badanie, powinien zadbać o odpowiednie warunki i poszanowanie godności pacjenta.

Niekiedy to pacjent prosi o wydanie zaświadczenia, czasem nie rozumiejąc konsekwencji jego okazania w określonych okolicznościach. Także wówczas lekarz powinien wyczerpująco poinformować go o wszystkim.

Treść orzeczenia należy ograniczyć do minimum niezbędnego dla celu jego sporządzenia. Orzekający lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących pacjenta, a także okoliczności sporządzania orzeczenia. Powinien także czuć się odpowiedzialny za zachowanie tajemnicy przez asystujący mu personel medyczny, a także inne osoby towarzyszące.

W miarę możliwości, nawet w trudnych okolicznościach (np. gdy chodzi o ocenę stanu trzeźwości sprawcy wypadku), lekarz powinien zrobić wszystko dla poszanowania prawa pacjenta do godnego traktowania. ■



Goniec Medyczny

Klauzula *opt-out* na aucie

Coraz większa liczba lekarzy wypowiada klauzulę *opt-out*, która jest zgodą na pracę dłuższą niż pozwalają na to obowiązujące normy. Szefowie szpitali nie mają wyjścia, muszą dać podwyżki albo znaleźć dodatkowy personel. Problem dotyczy co najmniej kilkunastu szpitali. – *Nie chcemy podawać nazw placówek, ponieważ nie leży to w interesie naszych członków, ale np. w jednym z dużych szpitali cały blok chirurgiczny wypowiedział opt-out. Do rezydentów dołączyli doświadczeni lekarze i nie było jak ułożyć grafiku dyżurów. Ostatecznie dostali nawet 250 proc. podwyżki* – mówi Joanna Matecka, wiceszefowa Porozumienia Rezydentów działającego w ramach OZZL.

Punkty na szkoleniach zagranicą

Udział lekarzy w kursach zagranicą również powinien być premiowany punktami edukacyjnymi – apeluje do ministra Naczelna Rada Lekarska. Młodzi lekarze chcą jasnych przepisów w sprawie zagranicznych staży specjalizacyjnych.

Spadek umieralności okołoporodowej

– *Uzyskaliśmy spadek umieralności okołoporodowej w ciągu 10 lat o ponad 50 proc. Żaden kraj na świecie tego nie dokonał* – powiedział podczas II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii i położnictwa prof. Stanisław Radowski.

Test na chorobę popromienną

Wystarczy jeden dzień – a nie, jak do tej pory tydzień – aby sprawdzić, czy ktoś otrzymał groźną dla organizmu dawkę promieniowania i jakie są jego szanse przeżycia. Polscy i amerykańscy naukowcy odkryli markery we krwi, które odpowiadają za chorobę popromienną. O szczegółach przydatnego odkrycia opowiedział dr Wojciech Fendler z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

E-papierosy emitują rakotwórczy benzen

Badacze odkryli, że w e-papierosach ustawionych na wysoką moc powstaje duża ilość rakotwórczego benzenu. Artykuł na ten temat ukazał się na łamach czasopisma naukowego „PLOS ONE”.

Otyłość i rak

Istnieje silny związek między występowaniem otyłości a wyższym ryzykiem niektórych nowotworów złośliwych – potwierdza najnowsza analiza, którą publikuje „British Medical Journal”. Są to przede wszystkim nowotwory układu pokarmowego oraz zależne od hormonów.

Czy pot zastąpi krew?

Metoda pomiaru poziomu glukozy w pocie mogłaby uwolnić cukrzyków od codziennego klucia się w palec. O nowym pomysle naukowców informuje czasopismo „Science Advances”.

Aborcja we Włoszech

41-letnia Włoszka z Padwy odwiedziła 23 szpitale, by dokonać aborcji, która jest we Włoszech legalna do 12. tygodnia ciąży. We wszystkich odmówiono jej przeprowadzenia zabiegu. We Włoszech 70 proc. lekarzy odmawia wykonania zgodnych z prawem aborcji, powołując się na względy moralne.

doniesienia naukowe



Statyny i cukrzyca

U osób starszych zażywających statyny warto bardziej skrupulatnie kontrolować poziom glukozy. Z badań przeprowadzonych pod kierunkiem dr. Marka Jonesa z University of Queensland w Brisbane w Australii wynika, że przyjmowanie tych leków może podnosić ryzyko cukrzycy. Zagrożenie zwiększa się wraz ze wzrostem dawki preparatu.

Dotychczas na ogół nie analizowano skutków przyjmowania statyn przez osoby starsze, najczęściej obserwowano ludzi między 40. a 70. rokiem życia. Badania australijskich naukowców prowadzono między 2002 i 2013 r., objęto nimi ponad 8,3 tys. kobiet w wieku co najmniej 75 lat.

Żadna z kobiet w chwili rozpoczęcia badań nie chorowała na cukrzycę. Dr Jones twierdzi, że ryzyko tej choroby u osób zażywających statyny średnio zwiększało się o 33 proc., przy czym u kobiet, które stosowały wyższe dawki leku, było o 49 proc. większe.

Statyny uznawane są za jeden z najważniejszych leków w zapobieganiu chorobom układu krążenia, głównie zawałom serca i udarom mózgu. W USA porównano lata 1988–1994 z okresem 2005–2008, kiedy zużycie statyn zwiększyło się aż dziesięciokrotnie. W tym czasie spadł przeciętny poziom cholesterolu we krwi Amerykanów. Centrum Kontroli Chorób (CDC) w 2015 r. wydało oświadczenie, w którym przekonuje, że w Stanach Zjednoczonych leki te powinna zażywać dwukrotnie większa liczba osób niż obecnie.

(„Drugs & Aging Journal”, 16 marca 2017)

Autyzm można wcześniej wykryć

Jest wreszcie szansa na wczesne wykrywanie autyzmu u dzieci za pomocą testów krwi badających poziom odpowiednich biomarkerów. Były one od dawna poszukiwane, sprawdzano różne substancje, które mogłyby temu służyć. Ostatnio dużo mówiło się o metabolizmie tryptofanu i puryn.

Specjaliści Rensselaer Polytechnic Institute w Nowym Jorku twierdzą, że jako biomarkerów można użyć ścieżek metabolicznych FOCM (folate-dependent one-carbon) i TS (metabolism and transsulfuration). Z dotychczasowych prób, jakie Juergen Hahn i Daniel Howsmon przeprowadzili u dzieci w wieku od 3. do 10. roku życia, wynika, że skuteczność testu sięga prawie 98 proc. – *Nie słyszeliśmy o żadnej innej metodzie polegającej na zastosowaniu biomarkerów, która dałaby taki efekt* – twierdzi Hahn.

Obiecujące są również badania obrazowe mózgu. Dr Heather Hazlett z University of North Carolina twierdzi, że autyzm diagnozowany jest najwcześniej w wieku 2 lat, a rezonans magnetyczny mózgu pozwala go wykryć nawet w pierwszym roku życia. Zdaniem brytyjskiej specjalistki tego rodzaju wyprzedzającą diagnostykę można przeprowadzić u dzieci zagrożonych autyzmem, na przykład

wtedy, gdy na tę chorobę mózgu cierpi ich starsze rodzeństwo. Skuteczność badania obrazowego mózgu ocenia ona na 80 proc.

(„PLOS Computational Biology” z 17 marca 2017 i „Nature” z 16.02.2017)

Stymulacja mózgu i pamięć

Pamięć roboczą można usprawnić za pomocą przeczaszkowej stymulacji mózgu prądem zmiennym (tACS). Wskazują na to badania specjalistów Imperial College London przeprowadzone na dziesięciu ochotnikach. Badacze mają nadzieję, że tą metodą w przyszłości nie tylko będzie można poprawiać zdolności intelektualne, ale też pomóc osobom z uszkodzeniami mózgu powstałymi na skutek urazów, udarów oraz ataków epilepsji.

Dr Ines Ribeiro Violante wyjaśnia, że u badanych osób stymulowano zakręt czołowy i płat ciemieniowy, ośrodki mózgu zaangażowane w działanie pamięci roboczej. W efekcie następowała synchronizacja fal elektrycznych mózgu, do której dochodzi wówczas, gdy wiele neuronów w tym samym czasie wysyła sygnały. Okazuje się, że wtedy nasza pamięć jest bardziej wydajna.

Brytyjscy specjaliści sprawdzili to, poddając ochotników coraz trudniejszym zadaniom wymagającym krótkotrwałego zapamiętywania. Ci, u których stosowano przeczaszkową stymulację, lepiej sobie radzili niż pozostali. Wykonywali zadania tym lepiej od innych, im były trudniejsze. Dr Violante zapowiada, że kolejne próby zostaną przeprowadzone u pacjentów z uszkodzeniami mózgu.

(„eLife” z 15.03.2017)

Nowy lek na raka piersi

W Wielkiej Brytanii aż 10 tys. kobiet z rakiem piersi będzie mogło skorzystać z leku o nazwie olaparyb, który dotąd stosowano u chorych z zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu oraz pierwotnego raka otrzewnej. W Polsce niedawno było o nim głośno, ponieważ m.in. Fundacja Alivia prowadziła starania mające na celu wprowadzenie go na listę refundacyjną. Lek jest u nas refundowany od jesieni 2016 r., w Unii Europejskiej zarejestrowano go w grudniu 2014.

Olaparyb to inhibitor enzymu PARP, może być stosowany u kobiet z mutacją BRCA1/2. Wkrótce najprawdopodobniej zyska nowe wskazanie – do stosowania w leczeniu raka piersi, do czego mają się przyczynić prowadzone w Wielkiej Brytanii badania kliniczne. Objęto nimi kobiety z tym nowotworem, które wykazują mutację genetyczną podobną do BRCA1/2.

Specjaliści Wellcome Trust Sanger Institute odkryli, że lek również u pacjentek z rakiem piersi może hamować rozwój komórek nowotworowych. Takie zaburzenie genetyczne ma podobno wiele kobiet. Brytyjczycy twierdzą, że olaparyb będzie mogła przyjmować nawet co piąta chora z rakiem piersi.

Dr Helen Davies z Wellcome Trust Sanger Institute twierdzi, że zastosowanie leku może być jeszcze szersze, ponieważ mutacja BRCA1/2 występuje także w innych nowotworach, np. u niektórych mężczyzn z rakiem prostaty. BRCA1/2 w populacji polskiej odpowiada za 60–80 proc. przypadków raka piersi i jajnika dziedzicznego pochodzenia.

(„Nature Medicine”, 13.03.2017, doi:10.1038/nm.4292) ■

Zbigniew Wojtasiński

Eksperci od cudzego cierpienia



Krystyna Knypl

Koniec ludzkiego życia bywa połączony z cierpieniem nierzadko ponad siły człowieka. Dlaczego ludzie cierpią? – zastanawia się wiele osób. Rozważania filozofa na ten temat to najczęściej przewaga teoretycznych dywagacji nad osobistym spotkaniem z cierpieniem. Dla wzmocnienia swojej pozycji w dyskusji publicznej niektórzy komentatorzy, mimo braku osobistego kontaktu z cierpiącymi, lubią tytułować się ekspertami.

Lekarz praktyk widzi nieporównanie więcej cierpienia, ale czy przychodzi mu do głowy tytułować się ekspertem? Nie spotkałam się z sytuacją, aby któryś z kolegów lekarzy uważał się za „eksperta” od cudzego cierpienia. Nawet nie słyszałam o takim przypadku.

O co proszą ciężko chorzy?

Zagadnienie sensu cierpienia ma wymiar filozoficzny. Najmądrzejsza wypowiedź na ten temat, jaką słyszałam, to słowa mojego wieloletniego pacjenta, doktora prawa kanonicznego. Padły w jednej z wielu rozmów, jakie

toczyliśmy, o sensie cierpienia, szczególnie cierpienia małych dzieci. Odpowiedź owego księdza brzmiała: sens cierpienia jest znany tylko Panu Bogu. Inaczej ujmując tę myśl, możemy powiedzieć, że sens cierpienia jest niemożliwy do poznania przez człowieka. Skłonna jestem podzielić ten pogląd, w istocie bowiem nie wiemy, czy nasze cierpienie ma sens, czy jest go pozbawione. Tym bardziej nie możemy wyrokować o sensie lub jego braku w przypadku cudzego cierpienia.

W ciągu dziesięcioleci mojej praktyki lekarskiej nie spotkałam się nigdy z prośbą pacjenta o skrócenie jego cierpień. Chorzy proszą o leki znoszące cierpienie, ale to nie oznacza, że proszą o zakończenie życia. Od kilkunastu lat pacjenci w Szwajcarii, Niemczech, Belgii, Holandii, Kanadzie, Japonii mogą prosić o skrócenie życia przez eutanazję. Najszerzy zasięg mają regulacje prawne obowiązujące w Belgii, gdzie eutanazji mogą poddać się osoby niepełnoletnie, a także pacjenci dorośli z takimi schorzeniami jak depresja.

Co jest prawem?

Ponadczasowym i najdoskonalszym zbiorem praw, których człowiek powinien przestrzegać, ciągle pozostaje Dekalog. Jest zrozumiały dla każdego, zwięzły i obejmuje najważniejsze dziedziny życia. Szóste przykazanie mówi „Nie zabijaj” i nie ma w nim dopisku „chyba że ktoś cię o to poprosi”! Nie czynmy więc zabijania bliźniego prawem człowieka!

Współczesny świat wariuje na tysiąc sposobów. Jedne pomysły są śmieszne, inne żałosne, ale nazwanie eutanazji prawem i propagowanie poglądu, że prawo to mają realizować lekarze, jest groźnym niehumanitarnym pomysłem. Zapewne promotorzy eutanazji mają różne powody, aby ją propagować. Filozofowie – bo lubią sobie pofilozofować, ale w praktyce to już niech lekarze zajmą się realizowaniem ich chorych pomysłów. Politycy – bo lubią sobie popolitykować i, żeby zadowolić gusty swoich wyborców, tworzą dziwne przepisy prawne.

Tymczasem dr François Damas, autor książki „Śmierć z wyboru”, jak donoszą jej reklamy w Internecie: „w zgodzie z prawem swojego kraju dokonuje eutanazji na żądanie ciężko chorych pacjentów”.

Czy pacjenci dr. Damasa mówią: „Żądam pozbawienia mnie życia”? Trudno mi to sobie wyobrazić. Raczej przekaz ciężko chorych pacjentów brzmi: „Już nie mam siły dłużej cierpieć”. Nie jest to jednoznaczne z prośbą o eutanazję, lecz pozostaje prośbą o zlikwidowanie cierpienia metodami terapeutycznymi, a nie przez pozbawienie życia.

W państwach, gdzie eutanazja jest dozwolona, istnieje *de facto* kuriozalna sytuacja „sumienia upaństwowionego”. Czym zaś jest sumienie? Jest naszym wewnętrznym mechanizmem etycznym. To może banalne spostrzeżenie, że wszystko co jest w nas, zarówno w postaci materialnej, jak i niematerialnej, stanowi wyłącznie naszą własność. Tak jak nie można upaństwić czyjegoś serca, płuca, nerek, tak nie można uczynić własnością państwową czyjegoś sumienia. Argument zgodności postępowania z doraźnie stworzonym prawem nie ma żadnego znaczenia deontologicznego. A już doczepianie wyświechtanego słowa „empatia” do kontekstów związanych z eutanazją wskazuje na totalne pogubienie się promotorów zarówno książki, jak i idei w niej zawartej.

Życie niewarte życia?

W historii ludzkości jest wiele haniebnych zdarzeń związanych z traktowaniem ludzi chorych lub niepełnosprawnych. Postawa Spartan wobec noworodków urodzonych z wadami na szczęście nie znalazła naśladowców. Eutanazja instytucjonalna prowadzona w Trzeciej Rzeszy jest i zawsze będzie największą hańbą dla narodu niemieckiego, niezależnie od tego, jakimi sztuczkami PR będą się posługiwać współcześni politycy. Nie wszystko w medycynie jest, nie wszystko powinno być na żądanie polityków, „autorytetów”, „ekspertów” i innych wmawiających lekarzom, co powinni robić.

Współczesne czasy stwarzają nieznane wcześniej olbrzymie możliwości propagowania wszelkich poglądów i pomysłów z uwagi na rewolucję informacyjną, jaką przyniósł Internet. Dostępność kanałów przekazu powoduje, że każda bzdura, podłość i małość niesie się szybko, daleko oraz zdobywa zwolenników. Słowa „ekspert” i „autorytet” pojawiają się w takich przekazach częściej niż znaki przestankowe. To znana metoda manipulowania ludźmi. Dobitną ocenę terminu „ekspert” podał swego czasu Niels Bohr, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizyki: „*Ekspert to taki człowiek, który popełnił wszystkie możliwe błędy w bardzo wąskiej dziedzinie*”. Nie możemy być propagatorami cudzych błędów.

Jako lekarze także jesteśmy poddawani różnego rodzaju manipulacjom. Obszarem szczególnie podatnym na manipulowanie są nasze powinności. Wszyscy wszystko na ten temat wiedzą, tylko my jesteśmy gapowaci i nie rozumiemy, że każdemu należy się nie tylko gwiazdka z nieba, ale i każdy zabieg medyczny. Żeby nie było wątpliwości – nie należy się! Placówki ochrony zdrowia nie są miejscami, w których za odpowiednią opłatą można sobie zamówić dowolny rodzaj usługi z długiej listy, na której eutanazja jest jedną z pozycji. Lekarz nie jest nikomu potrzebny do opuszczenia tego świata.

Recenzje książki „Śmierć z wyboru” F. Damasa, zamieszczone w Internecie oraz na łamach prasy, przywołują „ekspertów” krajowych i zagranicznych od eutanazji. Zgłaszam stanowczy sprzeciw! Nie istnieją tacy! Wszystkim tym „ekspertom” i „autorytetom” sugeruję roczną praktykę w charakterze wolontariuszy w hospicjum, odbywaną w milczeniu, bez prawa do indoktrynowania ludzi cierpiących pomysłami o eutanazji. Proszę grzecznie, acz stanowczo, aby wszelkiej maści „ekspersi” nie dopisywali do katalogu lekarskich powinności pozbawiania życia innych ludzi.

Medycyna i nasze powołanie

Życie ludzkie jest bezcenne w każdej formie, a to niesie nadzieję, że nikt nam nie nakaze działań niezgodnych z przysięgą Hipokratesa, tak chętnie przez wszystkich cytowaną. Przypomnijmy więc, co mówi ten ponadczasowy tekst: „*Nikommu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał*”.

Współczesny świat, z formami szybkiego i masowego przekazu informacji, stawia nas, lekarzy, wobec wielu dotychczas nieznanych wyzwań i dylematów. Konieczne jest zatem szerokie opracowanie naszego lekarskiego *credo*, przez które rozumiemy zbiór usystematyzowanych poglądów i systemu wartości wyznawanych i realizowanych przez nas od wieków, zbiór wolny od wszelkich doraźnych nacisków politycznych, pseudoetycznych i biznesowych. Medycyna to nie jest jeszcze jedna zbłąkana teoria polityczna ani cudzy biznes, lecz nasze osobiste powołanie. ■

Międzynarodowy Dzień Implantu Ślimakowego

25 lutego 2017, w 60. rocznicę pierwszej w świecie operacji wszczepienia implantu ślimakowego, obchodziliśmy Międzynarodowy Dzień Implantu Ślimakowego.

W Polsce pierwszą operację przywracającą słuch osobie niesłyszącej za pomocą implantu ślimakowego wykonał 16 lipca 1992 r., czyli 25 lat temu, prof. Henryk Skarżyński. Dzień później implant ślimakowy po raz pierwszy w Polsce otrzymało niesłyszące dziecko.

Prof. Henryk Skarżyński nie tylko dał szansę i nadzieję tysiącom niesłyszących pacjentów, ale także rozpoczął realizację programu leczenia całkowitej głuchoty w naszym kraju. Zabieg wszczepienia implantu był przełomem w polskiej otolaryngologii. Jego niepowodzenie oznaczałoby zaniechanie realizacji programu na kolejne lata, sukces stanowiłby niezwykle impuls dla rozwoju otolaryngologii, audiologii, rehabilitacji i wczesnej diagnostyki wad słuchu u noworodków. W niezwykle złożone, wielospecjalistyczne przedsięwzięcie włączyli się lekarze, psycholodzy, logopedzi, pedagodzy, inżynierowie i audioprotetycy. Przygotowania do pionierskiej operacji wszczepienia implantu osobie niesłyszącej trwały dwa lata.

Dzięki temu, że pierwsze operacje się powiodły, rozpoczęto realizację programu implantów ślimakowych, a następnie cały program nowoczesnej otolaryngologii i audiologii. Prof. Skarżyński doprowadził do powstania placówek medycznych o mię-

dzynarodowej dziś sławie – Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Światowego Centrum Słuchu, pod opieką którego pozostaje ponad 5 tys. użytkowników implantów słuchowych. W IFiPS zrealizowano ponad 400 tys. procedur chirurgicznych. W ciągu ponad 20 lat wprowadzono do codziennej praktyki blisko 200 nowych programów klinicznych, w tym praktycznie wszystkie innowacyjne rozwiązania dotyczące implantologii w otolaryngologii. Polscy pacjenci korzystają z najnowszych technik jako pierwsi lub jedni z pierwszych w świecie. IFiPS to także prestiżowe centrum dydaktyczno-szkoleniowe, do którego przyjeżdżają lekarze ze wszystkich kontynentów, aby uczyć się technik chirurgicznych i procedur medycznych opracowanych przez prof. Henryka Skarżyńskiego.

Obchody 25. rocznicy pierwszego wszczepienia implantu ślimakowego będą trwały przez cały rok 2017 i obejmą wiele spotkań naukowych i imprez artystycznych. **rk**

Naprotechnologia w Warszawie

Samorząd Województwa Mazowieckiego przeznaczył 300 tys. zł na realizację „Programu wsparcia leczenia niepłodności mieszkańców województwa mazowieckiego metodą naprotechnologii na lata 2017–2019”.

Główne założenie projektu to zapewnienie osobom bezskutecznie starającym się o potomstwo wsparcia leczenia niepłodności metodą naprotechnologii. Program będzie realizowany w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim. Warunkami uczestnictwa są m.in. stwierdzona niepłodność lub nieskuteczne, zgodne z zaleceniami i standardami praktyki lekarskiej, leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do programu oraz potwierdzenie płacenia podatków na terenie województwa mazowieckiego.

Program przeznaczony jest dla mieszkańców w wieku 18–40 lat w przypadku kobiet oraz 18–65 lat w przypadku mężczyzn. Będzie realizowany przez placówkę dwuetapowo. Skorzysta z niego około 120 par. Podczas pierwszego etapu prowadzona będzie akcja informacyjna oraz rekrutacja uczestników. Drugi etap zakłada działania edukacyjno-diagnostyczne.

Delegat krajowy w EBJIS

Decyzją Zarządu Europejskiego Towarzystwa Infekcji Kostno-Stawowych (European Bone and Joint Infection Society) dr hab. n. med. Ireneusz Babiak został polskim przedstawicielem w EBJIS.

EBJIS to międzynarodowe towarzystwo naukowe promujące wiedzę, badania naukowe, praktykę kliniczną oraz wymianę międzynarodową w dziedzinie infekcji układu kostno-stawowego.

Dr hab. n. med. Ireneusz Babiak – adiunkt w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – od roku 1997 kierował Oddziałem Zapaleń Kości. Od 2003 jest członkiem EBJIS. Opracował i wdrożył w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM algorytm leczenia zakażeń endoprotez stawów. W latach 2005 i 2008 razem z konsultantem krajowym w dziedzinie ortopedii i traumatologii oraz prezesem PTOiTr brał udział w opracowaniu i wydaniu „Zasad profilaktyki, rozpoznawania i leczenia nieswoistych zakażeń kości i stawów” obowiązujących w polskiej ortopedii. **pk**

REKLAMA



Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

Jak powstaje ideał samochodu? Ponadczasowy design to tylko punkt wyjścia. Doskonałe prowadzenie zapewni 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.



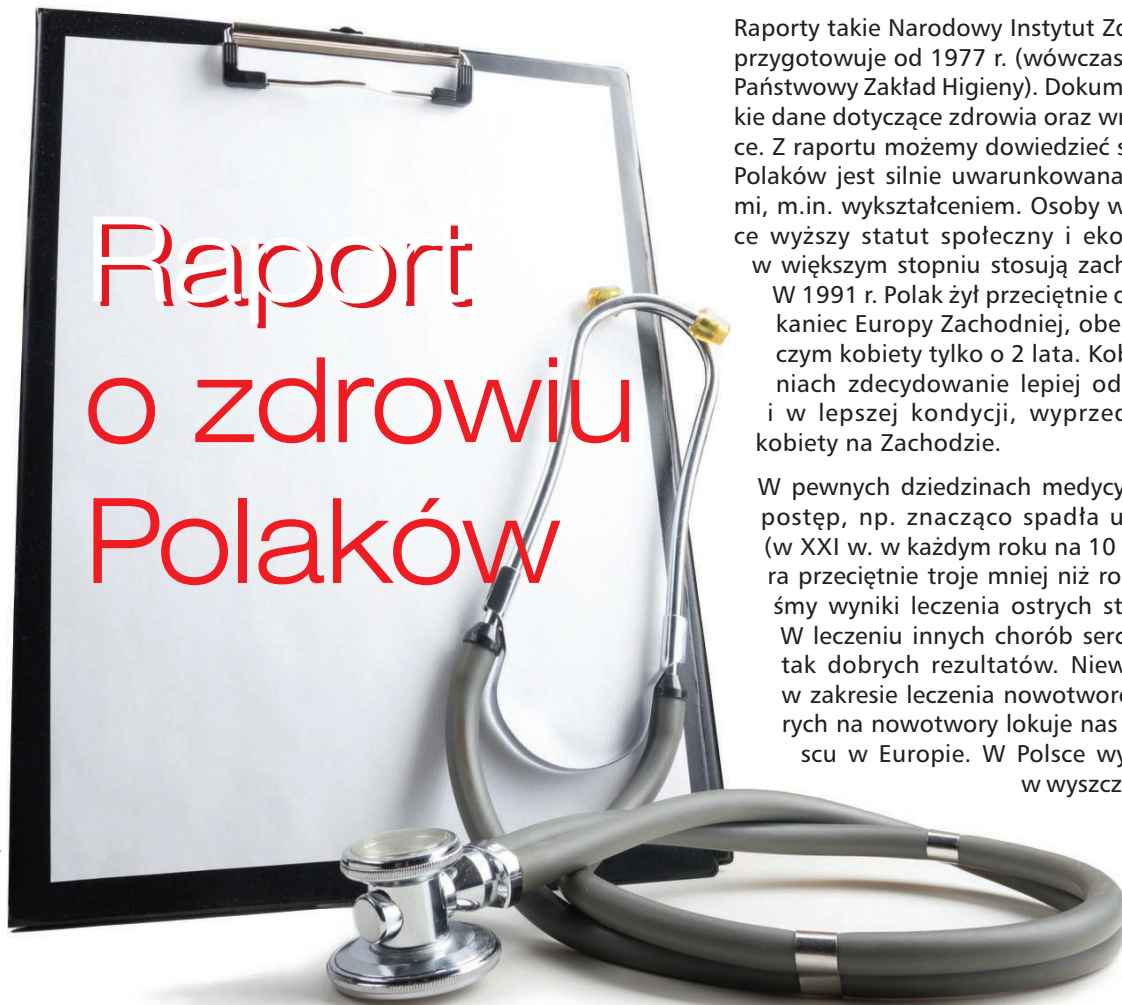
MotorTest Anna Szadkowska
ul. F. Hynka 2A, 02-149 Warszawa - Okęcie.
tel. 22 868 22 56, www.motortest.com.pl



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

Raport o zdrowiu Polaków

Fot.: licencja Artmedia Partners



W ostatnich latach stan zdrowia społeczeństwa polskiego systematycznie się poprawia. Wciąż jednak nie możemy dogonić Europy Zachodniej. Wpływ na to ma fakt, że w transformację wchodziliśmy w bardzo złej sytuacji służby zdrowia, a poprawa następuje zbyt wolno – twierdzi prof. Bogdan Wojtyński, redaktor raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”.

Raporty takie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH przygotowuje od 1977 r. (wówczas instytucja nazywała się Państwowy Zakład Higieny). Dokument przedstawia wszystkie dane dotyczące zdrowia oraz wnioski z nich wypływające. Z raportu możemy dowiedzieć się, że np. długość życia Polaków jest silnie uwarunkowana czynnikami społecznymi, m.in. wykształceniem. Osoby wykształcone, posiadające wyższy statut społeczny i ekonomiczny, żyją dłużej, w większym stopniu stosują zachowania prozdrowotne. W 1991 r. Polak żył przeciętnie o 15 lat krócej niż mieszkaniec Europy Zachodniej, obecnie tylko o 4 lata, przy czym kobiety tylko o 2 lata. Kobiety wypadają w badaniach zdecydowanie lepiej od mężczyzn, żyją dłużej i w lepszej kondycji, wyprzedzając w tym zakresie kobiety na Zachodzie.

W pewnych dziedzinach medycyny zrobiliśmy ogromny postęp, np. znacząco spadła umieralność niemowląt (w XXI w. w każdym roku na 10 tys. noworodków umiera przeciętnie troje mniej niż rok wcześniej). Poprawiliśmy wyniki leczenia ostrych stanów układu krążenia. W leczeniu innych chorób serca nie mamy już jednak tak dobrych rezultatów. Niewielkie efekty notujemy w zakresie leczenia nowotworów. Przeżywalność chorych na nowotwory lokuje nas na przedostatnim miejscu w Europie. W Polsce wystąpił trend spadkowy w wyszczepialności. Podobnie jak

mieszkańcom wielu innych krajów grozi nam otyłość. Naukowców niepokoi wzrost liczby samobójstw – większa liczba Polaków (mężczyzn) popełnia samobójstwo niż ginie

w wypadkach komunikacyjnych. W 2014 r. samobójstwo popełniło około 6 tys. osób (ponad 5 tys. mężczyzn).

Autorzy raportu zwracają szczególną uwagę na fakt, że statystyka przyczyn zgonów nie jest zbyt wiarygodna, ponieważ lekarze w aktach zgonów nie stosują jednolitego systemu kodowania ich przyczyn. ■ **mkr**

Epidemia otyłości

W Senacie odbyła się, pod patronatem marszałka Stanisława Karczewskiego, międzynarodowa konferencja „Profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – perspektywa lekarzy i pacjentów”. W spotkaniu, obok polskich ekspertów, wzięli udział przedstawiciele wielu krajów Europy, a także europosłowie. Inicjatorem konferencji była Koalicja na rzecz Walki z Otyłością. Punkt wyjścia do dyskusji stanowił raport zawierający analizę polityki reagowania na problem otyłości w Polsce, Rumunii i Republice Czeskiej.

W naszej części Europy otyłość nie jest jeszcze tak poważnym problemem jak np. w Niemczech lub Wielkiej Brytanii, ale sytuację pogarsza bogata w cukier i tłuszcze dieta, stereotypy społeczne (obfite posiłki są gwarancją zdrowia) oraz siedzący tryb życia. Zagroženiem są choroby współistniejące z otyłością: cukrzyca typu 2, nadciśnienie, choroby stawów i kręgosłupa, a także nowotwory. Rośnie liczba dzieci z nadwagą, a zjawisko to uznano za tykającą bombę zegarową dla systemów opieki zdrowotnej wszystkich krajów.

– Trudno wskazać punkt, od którego człowiek jest chory na otyłość – twierdzi prof. Wiesław Tarnawski, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego CMKP. – Ale otyłość z całą pewnością jest chorobą, w dodatku niełatwą do leczenia. Można człowieka odzwyczaić od palenia, nie można od jedzenia. Ponadto po schudnięciu trudno utrzymać wagę, udaje się tylko 2 proc. osób. Dlatego skuteczniejszą metodą zapewnia chirurgia – operacje bariatryczne.

Bariatryka nie jest zabiegiem tanim, ale w wieloletniej perspektywie zachowawczego leczenia powikłań otyłości ekonomicznie bardziej opłacalnym. Tyle tylko, że dostępność zabiegów jest ograniczona, do niedawna nie były refundowane. W 2016 r. wykonano w Polsce 2 tys. takich operacji, a czeka na nie 350 tys. otyłych.

We wnioskach kończących raport podkreślono przede wszystkim rolę edukacji, profilaktyki, zmiany nawyków żywieniowych i usuwania stereotypów dotyczących osób otyłych. Konieczne jest stworzenie długofalowych programów i podjęcie wielu innych działań, również ekonomicznych, np. opodatkowania niezdrowej żywności. ■ **mkr**

Nowoczesne terapie onkologiczne w Polsce



Efektywność systemu opieki onkologicznej w Polsce poprawia się bardzo powoli. Znacznie szybciej rośnie liczba zdiagnozowanych nowotworów złośliwych (w ostatnich 15 latach o 42 proc.). Zaniepokojeni pacjenci, zrzeszeni w licznych organizacjach, zlecili przygotowanie raportu na temat dostępności nowoczesnych terapii lekowych w Polsce. Z opracowania wynika, że chorzy onkologicznie w kraju są leczeni gorzej niż pozwalają światowe standardy.

Na taki stan rzeczy składa się wiele przyczyn. Od długiego oczekiwania na diagnozę z powodu złej organizacji systemu i braku specjalistów onkologów po trudny dostęp do terapii lekowych. Chorzy na nowotwory mają ograniczony (lub wcale nie mają) dostęp do 70 proc. leków zalecanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Ponad połowa leków onkologicznych zarejestrowanych w ostatnich 12 latach w Europie nie jest zarejestrowana, a zatem i stosowana, w Polsce.

– Rejestracja i wpisanie na listę refundacyjną trwa u nas tak długo, że w momencie gdy możemy je stosować, przestają

już być standardem – mówi prof. Cezary Szczylik. – Należałoby refundować przede wszystkim najnowsze leki. Zauważamy niedoskonałości w tworzeniu programów lekowych. Leki są przeznaczone niezgodnie z standardami opracowanymi przez towarzystwa onkologii klinicznej na świecie (ESMO, ASCO).

– Niekiedy lek zarejestrowany, ale nierefundowany, chce sfinansować sam pacjent, a jednak szpital odmawia podania tego specyfiku – dodaje prof. Wiesław W. Jędrzejczak. – Taka odmowa jest niezgodna z Konstytucją RP, pacjent powinien o tym wiedzieć.

Przyczyn ograniczonej możliwości korzystania z nowoczesnych metod leczenia przez polskich pacjentów jest wiele, m.in. szczupłość środków finansowych.

– Dane epidemiologiczne wskazują na znacznie gorsze wyniki leczenia w Polsce niż w innych krajach europejskich – mówi dr Elżbieta Senkus-Konefka. – Trudno mówić o bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym, ale wnioski nasuwają się same. ■ **mkr**

Nowy serwis onkologiczny

Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem uruchomiła internetowy serwis informacyjny poświęcony alternatywnym i komplementarnym metodom stosowanym przez chorych na nowotwory. Wzorem dla jego twórców był portal Complementary and Alternative Medicine prowadzony przez amerykański Narodowy Instytut Raka (National Cancer Institute). Liga Walki z Rakiem otrzymała licencję na publikowanie tłumaczeń ukazujących się w nim materiałów.

Internet jest pełen ogłoszeń o niekonwencjonalnych metodach leczenia wszelkiego typu nowotworów. Ogłaszają się osoby sprzedające środki lecznicze (zioła, diety, witaminy, różne preparaty), a także placówki oferujące zabiegi (np. hipnozę, leczenie ciepłem, czyli szczególnie ostatnio modną hipertermię). Reklamy tych metod są sugestywne, podają niesprawdzone lub wręcz nieprawdziwe dowody ich skuteczności. Propagatorzy, sami mianujący się ekspertami lub naukowcami, niekiedy obwiniają przedstawicieli konwencjonalnej medycyny opartej na faktach o zmyśle z korporacjami farmaceutycznymi, o umyślnie deprecjonowanie niekonwencjonalnych metod. Skutki stosowania alternatywnych metod są zazwyczaj kosztowne zarówno dla

pacjenta oraz jego rodziny, jak i dla budżetu państwa. A jednak prawdopodobnie 30–70 proc. leczących się korzysta z terapii alternatywnych, choć rzadko mówią o tym lekarzom. Lekarze zaś nie zawsze podchodzą z uwagą do tych informacji.

– Wiemy, że pacjenci szukają pomocy poza systemem – mówi prof. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Chcemy przekazywać rzetelną prawdę, wiedzę o metodach, które mogą przynieść pewne korzyści zdrowotne (łagodzenie bólu, hamowanie wymiotów, poprawę samopoczucia), mogą być obojętne, ale mogą też szkodzić. Zaniechanie leczenia zalecanego przez onkologów lub łączenie metody standardowej z niekonwencjonalną jest niebezpieczne.

W serwisie używane są trzy określenia medycyny: komplementarna (metody stosowane razem z opieką standardową), alternatywna (stosowana zamiast standardowej), integracyjna (łącząca konwencjonalną z bezpiecznymi i potencjalnie przydatnymi elementami dwóch pierwszych). Informacje w serwisie będą co najmniej raz na miesiąc aktualizowane i uzupełniane. ■ **mkr**

www.ligawalkizrakiem.pl/rak-niekonwencjonalnie

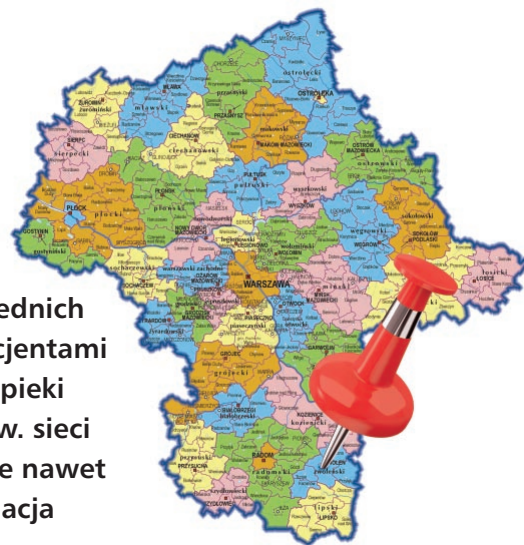
POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

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.

Zwoleń w sieci szpitali



Pod koniec ubiegłego roku mieszkańców Zwoleń oraz sąsiednich gmin Przyłęk, Policzna, Tczów i Kazanów, którzy także są pacjentami tutejszego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej, zaniepokoiły doniesienia dotyczące projektu tzw. sieci szpitali. Miało w niej zabraknąć miejsca dla kilku, a być może nawet kilkunastu placówek w województwie mazowieckim. Likwidacja groziła m.in. zwoleńskiemu szpitalowi.

Na szczęście dziś takie zagrożenie chyba już nie istnieje – mówi „Pulsowi” Krzysztof Jarosz, dyrektor SPZZOZ w Zwoleń. – Ministerialny projekt został zmodyfikowany i po zmianach jest dla nas korzystny. Znajdziemy się w sieci szpitali, choć jeszcze nie wiem, jak będzie funkcjonowała w praktyce.

Na razie szefa placówki cieszy fakt, że lecznica zakończyła miniony rok na finansowym plusie, choć w przeszłości bywało różnie. Zdaniem Krzysztofa Jarosza to efekt „wielokierunkowości” świadczonych usług. Dodatni bilans mają m.in. poradnie specjalistyczne, których w ramach SPZZOZ działa 15.

Szpital nie dokłada też do oddziału wewnętrznego. Straty jednak przynosi zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i oddział medycyny paliatywnej. – *Niestety, pieniądze pozyskiwane z NFZ nie pokrywają kosztów wykonywania świadczeń. To problem tego typu jednostek w całej Polsce* – podkreśla Krzysztof Jarosz.

Zwoleński szpital, podobnie jak cały krajowy system ochrony zdrowia, boryka się również z niedoborem lekarzy. Placówka ratuje się zatrudnianiem pracujących tu wcześniej specjalistów, którzy przeszli już na emeryturę. – *Tylko dzięki temu funkcjonujemy – przyznaje dyrektor. – Na różne sposoby szukamy młodych lekarzy. Bezskutecznie, chętnych nie ma.*

Brakuje nam szczególnie internistów, ale z otwartymi rękami przyjmujemy też lekarzy innych specjalności.

Niedługo personel zwoleńskiej lecznicy będzie mógł korzystać z nowoczesnej aparatury medycznej. Pozytywną opinię IOWISZ, czyli Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, otrzymał bowiem projekt SPZZOZ dotyczący wyposażenia szpitala w sprzęt potrzebny do lepszej obsługi pacjenta. Jego wartość przekracza 5 mln zł.

Placówka dobrze radzi sobie z pozyskiwaniem funduszy zewnętrznych. Dzięki nim udało się w ostatnim czasie przeprowadzić termomodernizację budynku lecznicy. Za ponad 2,5 mln zł docieplono ściany, wymieniono pokrycie dachowe i stolarkę okienną, a także zainstalowano ogrzewanie gazowe. Na dachu zamontowano ogniwa słoneczne. Obecnie podobne prace prowadzone są w budynku przychodni specjalistycznej. – *Zrealizowane inwestycje znacznie obniżyły koszty naszej działalności* – zapewnia Krzysztof Jarosz.

Dyrektor nie ukrywa, że jego marzeniem jest uruchomienie w SPZZOZ oddziału rehabilitacji. – *Jest bardzo potrzebny, o czym świadczy fakt, że nasz ośrodek rehabilitacji dziennej i pracownia fizjoterapii wykonują ponad 200 proc. usług kontraktowanych przez NFZ* – przekonuje Krzysztof Jarosz. Nie wiadomo jednak, czy projekt zostanie zrealizowany. Na razie brakuje na niego pieniędzy. ■

Rafał Natorski



Fot. R. Natorski



Fot. archiwum

Obecnie działa w Polsce 161 hospicjów stacjonarnych/oddziałów medycyny paliatywnej, 380 hospicjów domowych dla dorosłych i 55 hospicjów domowych dla dzieci oraz 130 poradni medycyny paliatywnej. Około 490 jednostek ma kontrakty z NFZ. W niektórych hospicjach funkcjonują oddziały pobytu dziennego, ale nie są finansowane przez NFZ, tylko przez fundacje lub stowarzyszenia. Najślabiej rozwinięte są poradnie medycyny paliatywnej. Wynika to z ich niedostatecznego finansowania, zwłaszcza wizyt domowych.

Aktualnie z opieki paliatywnej w Polsce korzysta około 100 tys. pacjentów rocznie. Na podstawie danych epidemiologicznych ocenia się, że zapotrzebowanie na nią w najbliższych latach wzrośnie o około 30 proc. Wiąże się to ze wzrostem liczby zachorowań na nowotwory i starzeniem się społeczeństwa. Myślę, że potrzeby w zakresie opieki paliatywnej już zaczęły się zwiększać, albowiem prawie wszyscy konsultanci wojewódzcy w swoich raportach zgłaszają kilkunasto-, a nawet kilkudziesięcioprocentowe przekroczenie limitu świadczeń. Najwięcej świadczeń ponadlimitowych zanotowano w województwach: mazowieckim, wielkopolskim, pomorskim i łódzkim, głównie dotyczy to hospicjów domowych. Już widać, że opieki paliatywnej wymaga coraz większa liczba pacjentów z chorobą nienowotworową. Obecnie objęcie ich opieką nie jest możliwe, ponieważ lista schorzeń uprawniających do tego, wskazana w załączniku do umowy z NFZ, jest krótka.

Według opinii Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC) z 2012 r. dobra opieka paliatywna jest wtedy, gdy na 100 tys. mieszkańców przypada 8–10 łóżek. Jak to wygląda w naszym kraju?

W polskim systemie opieki paliatywnej wciąż są białe plamy

O aktualnej kondycji opieki hospicyjnej w Polsce z **Wiesławą Pokropską**, dyrektorem Hospicjum Elbląskiego i konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej, rozmawia Ewa Szarkowska.

Według prognoz demograficznych w Polsce liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej zarówno domowej, jak i stacjonarnej będzie gwałtownie rosła. Czy jesteśmy na to przygotowani?

Średnio na 100 tys. mieszkańców przypada 5,7 łóżka stacjonarnej opieki paliatywnej. Najwięcej jest ich w województwach małopolskim i świętokrzyskim, odpowiednio 9 i 8 na 100 tys. mieszkańców. Najmniej w Zachodniopomorskim – 2,7 i Łódzkim – 3,5.

Idealnie byłoby, aby w każdym powiecie działało hospicjum domowe oraz przynajmniej jeden ośrodek stacjonarny na dwa powiaty. Niestety, obecnie domowa opieka paliatywna nie jest jednakowo rozwinięta we wszystkich województwach. Również jednostki stacjonarnej opieki paliatywnej nie są równomiernie rozmieszczone na obszarze poszczególnych województw. W województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim hospicja domowe funkcjonują prawie w każdym powiecie. Ale w nie-

których województwach, takich jak podlaskie, małopolskie, pomorskie, nie ma opieki w kilku powiatach.

Są zatem regiony, gdzie jest lepiej, i takie, gdzie jest gorzej. Są też nadal białe plamy. Z czego to wynika?

Do 2010 r. opieka paliatywna w Polsce rozwijała się dynamicznie. Od 2011 rozwój jest wolniejszy. Wiąże się to z niedostatecznym finansowaniem opieki paliatywnej i mniejszym zainteresowaniem tworzeniem kolejnych placówek lub rozszerzaniem działalności już istniejących, głównie z powodu braków kadrowych – wykształconych specjalistów, lekarzy i pielęgniarek.

Niejednakowa dostępność opieki paliatywnej jest również efektem zróżnicowanych nakładów finansowych w poszczególnych regionach. Najwyższy wskaźnik wartości kontraktów z NFZ na jednego ubezpieczonego notują województwa wielkopolskie i kujawsko-pomorskie, najniższy – zachodniopomorskie i lubelskie.

O zbyt niskim finansowaniu przez NFZ opieki paliatywnej mówi się od wielu lat. Od 2017 r. stawki jednak wzrosły.

Finansowanie opieki paliatywnej było rzeczywiście niskie. Środki nie wystarczały nie tylko na poprawę jakości opieki, ale nawet na zapewnienie standardu minimum, jaki określił NFZ. AOTMiT dokonała jednak wyceny kosztów naszej opieki. Nowa taryfa została ogłoszona w czerwcu 2016 r. i obowiązuje od stycznia 2017. Myślę, że są to dość realne stawki. Problem w tym, że utrzymuje się bardzo duża różnica w finansowaniu w poszczególnych regionach, gdyż nie wszystkie oddziały NFZ zaproponowały pełną stawkę bazową, czyli 56,19 zł za 1 pkt. W województwach śląskim, małopolskim, łódzkim, dolnośląskim obowiązuje pełne finansowanie, zgodne z taryfą. Ale są regiony, gdzie stawka bazowa daleko odbiega od kwoty ustalonej przez agencję. W Podlaskiem i Warmińsko-Mazurskiem wynosi 48 zł, w Lubuskim – 47 zł, a w Zachodniopomorskiem – 45 zł.

Czy przy obecnym finansowaniu polskie hospicja stać na zapewnienie kompleksowej opieki – prawidłowego leczenia bólu, żywienia dojelitowego i pozajelitowego, opieki psychologa itp.?

Uważam, że hospicja w regionach, gdzie została uwzględniona pełna taryfa AOTMiT, z kwotą bazową 56,19 zł za 1 pkt, powinny zapewnić kompleksową opiekę o dobrym standardzie, z uwzględnieniem żywienia i konsultacji specjalistów. Problemem nadal pozostanie finansowanie poradni

Na umieranie są limity

Na miejsce w hospicjum trzeba czekać w długiej kolejce. Jak można dać placówce kontrakt na 30 zgonów? I czepiać się o nadwykonania? Szokujące, ale to się zdarza. [...]

Hospicja to placówki, które nieustannie balansują na granicy bankructwa. To niejedyny absurd polskiej opieki paliatywnej – pisze „Dziennik Gazeta Prawna”.

Chodzi o kontrakty, które ośrodki czy hospicja podpisują z NFZ. Założmy, że kontrakt opiewa na 30 zgonów. Gdy jest ich więcej, placówka się zadłuża, bo ma „nadwykonania”. Kolejny przykład – ludzie umierają w kolejce do hospicjum, nie doczekawszy miejsca w placówce – dostrzega gazeta. [...]

Rocznie umiera w Polsce około 395 tys. osób, z czego niemal 25 proc. z powodu chorób nowotworowych.

„Menedżer Zdrowia”, 24.03.2017/egw

medycyny paliatywnej, głównie w zakresie wizyt domowych, ponieważ zostały wycenione tak jak zwykłe świadczenie w poradni.

Czy pani zdaniem nowe, wyższe finansowanie pozwoli skrócić kolejki do hospicjów domowych i stacjonarnych?

Nie wiem, bo to zależy od poszczególnych jednostek i województw. Środki przeznaczane na opiekę paliatywną przez NFZ w roku 2017 są rzeczywiście zdecydowanie wyższe. W niektórych województwach dynamika wzrostu wynosi powyżej 150 proc., a średnio w całej Polsce 142,39 proc. Należy mieć nadzieję, że pieniądze będą sprawiedliwie dzielone na poszczególne województwa, bo nierówność w finansowaniu powoduje ograniczenie dostępności świadczeń tam, gdzie jest ono niższe. ■

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej:
Wiesława Pokropska
tel./faks: 55-232-91-63, e-mail: dyrektor@ehospicjum.pl
Konsultant wojewódzki dla Mazowsza:
Magdalena Kwiatkowska
tel. 24-266-44-44, e-mail: konsultantmazowsze@gmail.com



www.lingwistyka.edu.pl

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)



Więcej informacji: tel. 501 306 102

Lokalizacja w centrum Warszawy

OGŁOSZENIE

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY
504 246 206



OGŁOSZENIE



Mowa żywieniowa

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Jest taka mowa, ponieważ istnieją branże żywnościowa i żywieniowa, są dietetycy i kucharze, są mody dietetyczne, ściśle powiązane z produkcją żywności, żywieniem, przyjmowaniem pożywienia, wchłanianiem pokarmu i w ogóle myśleniem o tym. – *O czym myślisz?* – pyta mąż. – *O torcie* – odpowiada żona. – *A ty o czym?* – *O knedliczkach.* – *Dzieci co robią?* – *Jedzą galaretki.* Tak brzmiał diagnostyczny dialog w jednym z czeskich filmów. Fernando Pessoa, wielki portugalski pisarz, powiedział swego czasu niby żartem, ale w rzeczywistości całkiem serio, a powtórzył inny wielki pisarz, ale włoski – Antonio Tabucchi, że niektórzy ludzie urodzili się po to, żeby jeść. Jak pies rasy labrador.

Ma to znaczyć, że życie gatunku *homo sapiens* jest przejawem jedzenia, a nie odwrotnie. Coś w tym musi być, skoro w takiej Ameryce gdziekolwiek się ruszysz, widać zwolenników tej tezy. Zrobiłem tam kiedyś serię zdjęć pod wspólną nazwą „Jej Szerokość Ameryka”, na których są często, za przeproszeniem, tyły i pupy, bo to one stały się symbolem tego państwa, szerokiego na cały kontynent. Wynik można zobaczyć w serwisie internetowym pod tym tytułem.

Tam też, w owej Ameryce, wciąż rodzą się dziwne, a czasem i dziwaczne teorie jedzeniowe, które – jak sugeruje złośliwa teza Pessoa – mają podłoże ideologiczne, ale najczęściej, co oczywiste, ekonomiczne. Zbyt wiele wskazuje, że tak jest – wszyscy o tym intensywnie myślą, kładąc się spać i rano się budząc, gluten jest wypierany przez niegluten, a produkcja laktazy z drożdży rośnie. To musi znaleźć odbicie w języku.

Uświadommy też sobie, ile słowotwórczo napracowali się ludzie umysłowo zajęci jedzeniem, skoro stworzyli następujące nazwy.

Frutarianizm (przyjmowanie wyłącznie owoców, w tym nasion). Wegetarianizm dzinijski (wyłącznie pokarmy mleczne i rośliny). Weganizm surowy (lub w. pokarmów surowych – roślinne surowe). Weganizm (rośliny). Owowegetarianizm (jaja i rośliny). Laktowegetarianizm (mleczne i rośliny). Owolaktowegetarianizm (lub laktoowowegetarianizm – jaja, mleczne i rośliny). Wegetarianizm (jaja, mleczne i rośliny). Pescetarianizm (też piscitarianizm, peskotarianizm, peskatarianizm, ichtiotarianizm – ryby, płazy, gady, rośliny, mięczaki, też owady itp.), pollovegetarianizm (też pollotarianizm, pulotarianizm – ptaki, mięczaki, ryby, płazy, gady, rośliny, owady), fleksigetarianizm (też semiwegetarianizm, półwegetarianizm, wegetarianizm względny, wegetarianizm elastyczny – wszystko, ale mięso ssaków tylko okresowo), lessetarianizm (wszystko, ale mięso ssaków w małych ilościach).

O niejedzeniu mięsa ssaków nic w tych nazwach nie ma. Zawiera się w nich tylko to, co (zgodnie z doktryną) wolno jeść. Znaczyłoby to, że żywieniowi ogranicznicy, to znaczy weganie-wegetarianie, zabiegają o przyjmowanie pewnych pokarmów, a nie o nieprzyjmowanie mięsa. To pocieszające. Z tego może wynikać, że nie powinni być agresywni wobec tych, którzy mięso jedzą. ■



Od Wachholza do Gaertnera

Cofnijmy się o 150 lat, do roku 1867, kiedy na świat przyszedł Leon Wachholz, jeden z najwybitniejszych polskich lekarzy. Jego ojciec był z pochodzenia Niemcem, ale fakt ten nie uchronił go przed wywiezieniem w listopadzie 1939 r. do obozu Sachsenhausen. Nie pomógł również wybór w 1938 r. w Bonn na wiceprezesa Międzynarodowej Akademii Medycyny Sądowej. Był wtedy światowym autorytetem, m.in. autorem nowoczesnych podręczników medycyny sądowej, wykorzystywanych w Danii, USA, Niemczech, Austrii. Już w 1899 r. wprowadzał lekarzy europejskich w arkana daktyloskopii.

Miał 28 lat, gdy został profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Napisał ponad 200 oryginalnych prac z zakresu kryminologii, toksykologii, mechanizmu utonięć i uduszeń, psychopatologii. Ponadto był poetą, tłumaczem literatury niemieckiej, m.in. Heinego, Schillera, Goethego, bliskim przyjacielem Wyspiańskiego, gospodarzem salonu literackiego, w którym bywali Malczewski, Wyczółkowski, Stanisławski, Axentowicz.

Kto dziś pamięta o Wachholzu? Oczywiście Henryk Gaertner. A pamięta, bo został przez niego protegowany na studia medyczne. Gdy zaniemógł, poszedłem do Szpitala im. J. Dietla odwiedzić go. Oznajmił, że w ciągu 95 lat życia napisał mnóstwo recenzji i nie będzie już stałym współpracownikiem „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” (biuletynu OIL w Krakowie). Nazajutrz wychodzi do domu i dość ma pisanina. To dotkliwa strata, bo kto jeszcze w Polsce pisze recenzje, w których po biogramie autora oceniana jest czcionka, papier, strona edytorska, okładka. Gdzie subtelnie wymienia się strony z błędami. Gdzie, po omówieniu każdego rozdziału, poleca się czytelnikowi co jeszcze powinien przeczytać, jeśli interesuje go określony temat.

Prof. Henryk Gaertner jest postacią renesansową. Stypendysta Fundacji Rockefellera, internista, hematolog, pierwszy kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi UJ, historyk i filozof medycyny, znawca medycyny chińskiej i indyjskiej, biograf dziejów Zakonu Bonifratrów, propagator myśli Alberta Schweitzera, a poza tym muzyk, nawet autor podręcznika do nauki gry na skrzypcach.

Jak i kiedy doszło do powstania tak znaczącego deficytu lekarzy specjalistów w Polsce?

W relacji z XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie, który odbył się w 2011 r. w Niepołomicach, czytamy (w wystąpieniu wiceprezesa OIL dr. Jerzego Friedigera: „W latach 1987–2000 (...) liczba kandydatów przyjmowanych na studia medyczne w Polsce zmalała ponaddwukrotnie. W 1987 r. przyjęto ich ponad 6 tys., (...) w 1990 około 3200, w 2000 – tylko 2 tys.”.

Potem limit miejsc nieco wzrósł, w 2016, po uruchomieniu kierunku lekarskiego na pięciu kolejnych uczelniach, przyjęto 3700 kandydatów, ale nadal o połowę mniej niż przed zmianą ustrojową. ■

Stefan Ciepły



Dobro wspólne

Janina Jankowska

Rzeczpospolita Polska jest wspólnym dobrem wszystkich Polaków – mówi nestor polskich prawników Adam Strzembosz w reklamie zachęcającej do wpłacania 1 proc. podatku na organizacje pozarządowe.

Dobro wspólne wszystkich Polaków... Mamy z tym kłopot. Podobnie jak z pojęciem „polska racja stanu”. Inaczej ją rozumie większość parlamentarna, inaczej opozycja. Nijak w tej podstawowej kwestii nie potrafią się porozumieć.

Wybaczenie, że wracam do czasów, gdy spory dotyczące fundamentalnych spraw kraju jeszcze mocniej iskrzyły. Odwołać strajk generalny, bo igra się z interwencją rosyjską, czy trwać w proteście i ryzykować przelew krwi? Kompromis z oszukańczą władzą – nigdy!, krzyczały jastrzębie. Wszyscy jednak mieli poczucie odpowiedzialności. Kiedy więc podpisano porozumienie, jastrzębie odczytywały w telewizji jego tekst. Wszyscy byli razem. Radykałowie i umiarkowani. Wspominam tu o słynnym konflikcie bydgoskim, bo w kwietniu mija 36. rocznica tego wydarzenia. Szkoda, że proces dochodzenia do konsensusu w takich momentach historycznych nie utrwalił się na dłużej w świadomości społecznej. Warto, żeby na takich przykładach młodzież szkolna poznawała nie tylko historię najnowszą, ale także jej mechanizmy sprawcze, ucieranie różnic dla dobra wspólnego.

Kto dziś pamięta „Etykę solidarności” ks. Józefa Tischnera? Jego kazania na I Zjeździe NSZZ „Solidarność”, gdzie definiował dobro wspólne jako działanie według reguły „jeden

drugiego ciężary noście”. Miałam szczęście w życiu, bo czułam się częścią ruchu, który łączył ludzi. Nie byliśmy targetem, masą potencjalnych wyborców. Najlepiej ujął to właśnie ks. Tischner w swojej filozofii solidarności, w której istotą tego pojęcia jest spotkanie człowieka z człowiekiem. Doświadczyla tego. Byliśmy różni, ale łączyło nas rozumienie dobra wspólnego. Dzięki temu rozmaite spory polityczne, które się wówczas toczyły, nie rozbiły wspólnoty.

Nie mogę zrozumieć dlaczego, gdy odnieśliśmy ogromny sukces, u zarania wolności, Lech Wałęsa, ikona „Solidarności”, sięgnął po siekierkę, by ogłosić „wojnę na górze”? Dlaczego rozwiązał komitety obywatelskie, które były ważnym oddolnym aktywności obywatelskiej w całej Polsce, także w małych ośrodkach? To one zdecydowały o zwycięstwie w wyborach w czerwcu 1989 r. Dlaczego żaden z ówczesnych autorytetów tego procesu nie zatrzymał?

Wybitne postaci pierwszej „Solidarności”, dawni społecznicy szybko odnaleźli się w nowych rolach. Już nikt nie myślał, by „jeden drugiego ciężary nosił”. Zmiana ustroju otworzyła nowe perspektywy. Dla jednych uwłaszczenia się na majątkach państwowych, dla innych budowania własnych biznesów lub areny walki o władzę. A reszcie, z rozwiązanych PGR-ów i zlikwidowanych zakładów pracy, rzucono hasło: „bierzcie życie w swoje ręce”. Nie w imię dobra wspólnego, ale dla siebie. Jednym się udało, innym mniej. Jedni stali się „moherami”, inni „Europejczykami”. I tak doszliśmy do czasów wojny totalnej w polityce. Te same słowa co innego znaczą, nie tylko w ustach polityków, także dziennikarzy, artystów, zwykłych ludzi, w zależności od tego, z jaką opcją się identyfikują. Rządową czy opozycyjną. Nie ma już dialogu. Jest zwarcie.

Co nas może uratować? Dobro wspólne. Dbałość o miejsce, w którym mieszkamy, o czyste powietrze. Walka o pejzaż kulturowy Mazowsza i podobne inicjatywy, włączenie się w ruchy miejskie itp. Wreszcie odwaga, by wbrew politycznym trendom podjąć rzetelny spór o polskość, czyli kształt naszej wspólnoty. Ona była zawsze otwarta na innych. To wyrasta z naszych chrześcijańskich korzeni. ■

Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim **zatrudni** specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w następujących dziedzinach: neurologii, pediatrii/neonatologii oraz ginekologii i położnictwie. Praca na oddziale z możliwością dyżurowania. Kontakt: 58-562-30-31.

Sprzedam USG Toshiba Nemio MX 2012 z 2 głowicami (endowaginalną i przezbrzuszną). Pierwszy i jedyny użytkownik. Stan idealny. Tel. 603-918-806.

Sieć placówek medycznych zakupi
w całości lub części przychodnię, POZ,
inną dowolną placówkę medyczną.

W przypadku zainteresowania
proszę o kontakt tel.: 530-90-77-55.



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





**UCHWAŁA NR 13/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 24 LUTEGO 2017 R.**

w sprawie powołania Komitetu Organizacyjnego XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Komitet Organizacyjny XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, w następującym składzie:

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego – lek. dent. Roman Olszewski,

Członkowie:

- 1) lek. dent. Ewa Miękus-Pączek,
- 2) lek. Ładysław Nekanda-Trepka,
- 3) p. Zbigniew Gałązka – Dyrektor Biura Okręgowej Izby Lekarskiej,
- 4) p. Marta Bodek,
- 5) mec. Jacek Nieścior.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 14/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 24 LUTEGO 2017 R.**

w sprawie utworzenia rejonów wyborczych

Na podstawie art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522 t.j. ze zm.) oraz § 13 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącej załącznik do obwieszczenia nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., w związku z uchwałą nr 10/Z/2013 XXIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z dnia 14 grudnia 2013 r. w sprawie liczby członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie - uchwała się, co następuje:

§1

1. Tworzy się rejon wyborczy na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji w latach 2018-2022, obejmujące określone powiaty w regionach: 1) Warszawa, 2) warszawski, 3) ciechanowski, 4) ostrołęcki, 5) radomski, 6) siedlecki.

2. Wykaz rejonów wyborczych, o których mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 15/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 24 LUTEGO 2017 R.**

w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentyistów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

(tekst uchwały zamieszczony w BIP Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub dostępny w biurze Izby)

**UCHWAŁA NR 16/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 24 LUTEGO 2017 R.**

w sprawie powołania przewodniczącego Rady Ośrodka Współpracy z Zagranicą

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.) w związku z § 8 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza - uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się kol. Krzysztofa Schreyera na przewodniczącego Rady Ośrodka Współpracy z Zagranicą.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 17/R-VII/17
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 24 LUTEGO 2017 R.**

w sprawie powołania Rady Ośrodka Współpracy z Zagranicą

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522 j.t. ze zm.) w związku z § 8 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza - uchwała się, co następuje:

§1

Powołuje się Radę Ośrodka Współpracy z Zagranicą w składzie:

- 1) lek. Krzysztof Królikowski,
- 2) lek. Michał Matuszewski,
- 3) lek. dent. Ewa Miękus-Pączek,
- 4) lek. dent. Roman Olszewski,
- 5) lek. dent. Dariusz Paluszek,
- 6) lek. Tadeusz Pawlikowski,
- 7) lek. Bożena Pietrzykowska-Bodnar,
- 8) lek. Piotr Winciunas.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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).

UWAGA!!!

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.

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 Rencistów

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

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików.

KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać.

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

Kontakt: R. Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

Zapraszam na spotkanie KLK, które odbędzie się 21 kwietnia 2017 r. o godz. 18.00 w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, w sali 501.

Gościem KLK będzie o. dr Remigiusz Trocki, franciszkanin zajmujący się tematem okultyzmu i zagrożeń duchowych. Temat spotkania „Leczyć czy egzorcyzmować?”.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 22.03.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 18	diabetologia 3	med. nuklearna 1	ortopedia dziecięca 1	reumatologia 3
alergologia 5	endokrynologia 8	med. paliatywna 1	pediatria 26	stomatologia 14
andrologia 1	endokrynologia/ginek. 1	med. pracy 7	proktologia 4	stomatologia chirurgia 2
anestezjologia 4	epidemiologia 2	med. ratunkowa 3	psychiatria 7	stomatologia dziec. 2
balneologia i med. fiz. 1	farmakologia 1	med. rodzinna 30	psychiatria dziecięca 3	stom. endod./implant. 3
chirurgia (proktologia) 3	gastroenterologia 8	mikrobiologia lekarska 1	radiologia 8	stom. ortod./protetyka 6
chirurgia dziecięca 2	geriatria 3	nefrologia 3	radiologia (USG) 1	urologia 8
chirurgia naczyniowa 2	ginekologia i poł. 20	neonatologia 5	rehabilitacja med. 5	USG 4
chirurgia ogólna 8	hematologia 2	neurologia 13		
chirurgia plastyczna 1	kardiologia 8	neurologia dziecięca 6		
choroby płuc 3	kardiologia/hipertens. 1	okulistyka 6		
choroby wewnętrzne 43	kardiologia dziecięca 2	okulistyka dziecięca 2		
choroby zakaźne 1	laryngologia 10	onkologia 2		
dermatologia 6	laryngologia dziecięca 3	ortopedia 6		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Konferencja „Ból i cierpienie”

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

VI Konferencję Służby Zdrowia
*Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności.
Zaburzenia psychiczne.*

22 kwietnia 2017 r.

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

Ks. Dariusz Pater

Medical, ethical and legal aspects of experimental therapy

19 maja 2017 r.

Seminarium o lekach i metodach terapii, które nie zostały jeszcze oficjalnie zatwierdzone, ale rokują uzasadnione nadzieje na skuteczność.

Organizatorzy seminarium wyrażają nadzieję na wypracowanie rekomendacji odnośnie do harmonizacji istniejących w krajach UE regulacji dotyczących terapii eksperymentalnej.

<https://informacje.pan.pl/index.php/serwis-media>

Prof. Andrzej Górski

Dzień św. Apolonii

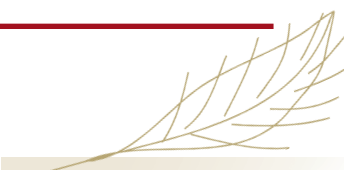
W lutym 2017 r. z okazji Dnia św. Apolonii, patronki stomatologów, tradycyjnie odbyło się spotkanie lekarzy dentystów z warszawskim duszpasterzem służby zdrowia, ks. prof. Stanisławem Warzeszakiem. Było okazją do wymiany doświadczeń, dyskusji o problemach zawodowych, a także integracji.

Spotkanie zostało poprzedzone mszą świętą w warszawskim kościele Niepokalanego Poczęcia NMP, odprawioną w intencji środowiska stomatologicznego. Okręgową Radę Lekarską w Warszawie reprezentowali wiceprezes ds. lekarzy dentystów Marta Klimkowska-Misiak i Roman Olszewski. Przybyli również przedstawiciele Komisji ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie.

ach



Fot. archiwum



*Lekarko rezydentko
walcząca o przetrwanie
składam Ci przyrzeczenie
bo zasługujesz na nie
Przyrzekam Ciebie wspierać
w każdym momencie pracy
Duchowo i modlitwą
– niech czynią to rodacy
aby młodzież medyczna
została z nami w kraju
nie porzucała rodzin
po egzaminie w maju
Rezydentko lekarko
młoda, rozsądna matko
niechaj Bóg Cię prowadzi
– zwycięstwo przyjdzie gładko
Rezydentko lekarko
walcząca o los swych dzieci
niech Bóg Cię poprowadzi
Jego mądrość oświeci!*

Aleksandra
Dziarczykowska-Kopec

Klub Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54

zaprasza

5.04.2017 r., godz. 18.00

„Oleje świata” – prezentacja multimedialna – Magdalena Bujnowska.

19.04.2017 r., godz. 18.00

„Podwieczorek przy mikrofonie” – opowieść o emitowanej ponad 30 lat audycji radiowej – Teresa Drozda.

26.04.2017 r., godz. 18.00

„Ach te baby” – koncert – Julian Latos (tenor).

Nie bójmy się dentystów!



Fot. R. Natorski

174 prace wykonane przez dzieci wieku od 4 do 13 lat wzięły udział w konkursie plastycznym zorganizowanym przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Młodzieżowy Dom Kultury.

Temat piątego już konkursu brzmiał „Żyj rozsądnie – dbaj o zdrowie jamy ustnej” i tradycyjnie nawiązywał do hasła Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, obchodzonego 20 marca. – *To nie jest święto lekarzy dentystów, ale właśnie młodych ludzi i ich rodziców. W ten sposób chcemy uświadamiać, że już od dziecka należy dbać o zęby, poczynając od ich dokładnego mycia po nabycie właściwych nawyków żywieniowych* – mówiła podczas uroczystego podsumowania konkursu jego inicjatorka,

lek. dent. Ewa Miękus-Pączek, która zasiadała też w jury oceniającym prace, obok dwójga artystów: Edyty Jaworskiej-Kowalskiej oraz Łukasza Rudeckiego.

Jedną z uczestniczek była 8-letnia Oliwia. – *Chciałam pokazać, że nie ma co się bać dentysty. A jak będziemy dbać o zęby, to nam na dłużej wystarczą* – tłumaczyła rezolutnie.

Jury zadanie miało trudne, ponieważ zgłoszono aż 174 prace rysunkowe i malarskie, większość na wysokim poziomie artystycznym. Można się było o tym przekonać, podziwiając pokonkursową wystawę prezentowaną w Filii nr 6 Miejskiej Biblioteki Publicznej. Jury z zadowoleniem odnotowało także ciekawą interpretację tematu, swobodne kompozycje bez schematów i dobry warsztat. ■

raf

Zapraszamy do udziału w XV Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się 21–26 maja 2017 r. w Klubie Lekarza w Łodzi

Koleżanki i Kolegów Lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie prac do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 8 maja**.

Obrazy mogą być wykonane dowolną techniką i w dowolnym formacie. Należy do nich dołączyć: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania.

Przyjmujemy maksymalnie **dwie prace** jednego autora.

Wernisaż wystawy odbędzie się **21 maja 2017 r.** (w niedzielę) **o godz. 17.00** w Klubie Lekarza w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3. Wystawa potrwa do 26 maja.

Kontakt: **Iwona Szelewa**, tel.: 42-683-17-01, faks: 42-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl

Absolwenci Warszawskiej Akademii Medycznej, rocznik 1977

Organizujemy spotkanie **27 maja 2017 r.** w Rajgrodzie. Zainteresowanych proszę o kontakt: Worona2@orange.fr

Wydział Stomatologiczny Gdańskiej Akademii Medycznej, lata 1987–1992

Z okazji 25. rocznicy uzyskania dyplomu lekarza stomatologa **11 listopada 2017 r.**, w hotelu Zamek Gniew, odbędzie się spotkanie absolwentów. Informacje: amgstomgniew@o2.pl lub tel. 601-680-626 (Piotr Skrzat), 603-944-468 (Dorota Skrzat).



Cesarskie grobowce

Jacek Walczak



Fotografie: J. Walczak

Miął niemal wiek panowania w Chinach mongolskiej dynastii Yuan, gdy Kubilaj-chan, wnuk Czyngis-chana, stał się pierwszym cesarzem nowej dynastii i stworzył największe imperium w historii ludzkości. Potem nadeszły czasy Zhu Yuanzhang, który jako osierocone dziecko został przyszyty przez buddystów i wychowywał się w klasztorze. W 1368 r. wybuchła wojna między mongolskimi wielmożami. Zhu Yuanzhang stanął na czele chińskiego tajnego Stowarzyszenia Białego Lotosu, które zainicjowało rewoltę, zwaną powstaniem czerwonych turbanów. Przepędził Mongołów z Chin i został pierwszym cesarzem dynastii Ming. Przyjął imię Hongwu, czyli Wielki Wojskowy. Panowanie dynastii Ming było jednym z najspokojniejszych okresów w historii Chin i w porównaniu z innymi trwało najdłużej. Na stolicę wybrano Nanjing (Nankin – Południowa Stolica). Dopiero kolejny władca, cesarz Yongle, rozpoczął budowę nowej siedziby na miejscu dawnej stolicy Mongołów – Dadu. Tak powstał Beijing (Pekin – Północna Stolica), który od roku 1421 jest stolicą Chin. W ciągu dwóch wieków cesarstwo stało się potęgą.

Zgodnie ze starożytnymi wierzeniami Chińczyków życie pozagrobowe było ważniejsze od doczesnego. Zatem władcy już za życia dbali o miejsce pochówku, nie tylko dla siebie, ale również dla licznych żon, konkubin, a nawet znacznej części dworu. W odległości 40 km na północny zachód od Pekinu, w rozległej dolinie, cesarze z dynastii Ming wybudowali nekropolię. Miejsce u podnóża wzgórz Tianshou zwane jest dzisiaj Shisan Ling (Trzynaście Grobowców), bo spoczywa tam 13 z 16 cesarzy dynastii Ming. Lokalizacja musiała spełniać zasady *feng shui*. Kotlina z trzech stron

otoczona jest wzgórzami, otwarta jedynie od południa. Dzięki temu złe duchy niesione północnym wiatrem nie miały dostępu do grobowców. W chińskich wierzeniach wszelkie zło pochodzi z północy, dlatego za wyjściami ze świątyń i pałaców budowano rodzaje ekranów, które miały utrudnić złym duchom dotarcie do wnętrza. Dodatkowym zabezpieczeniem były niezwykle wysokie progi w drzwiach i bramach. W grobowcach dynastii Ming, zgodnie z założeniem *feng shui*, front jest skierowany na południe, a tylną część zamknięcia niewielkie wzgórze. Tam, zwykle głęboko pod ziemią, znajduje się komora cesarska z doczesnymi szczątkami władcy i jego żon. W innych komnatach składano bogactwa, bez których cesarz nie mógł się obyć zarówno za życia, jak i po śmierci. Dostępu bronią długie podziemne korytarze oddzielane zmyślnie zamykanymi kamiennymi drzwiami.

Dotychczas odkopano i względnie dokładnie spenetrowano trzy kompleksy grobowe: Chang Ling, Ding Ling oraz Zhao Ling. Grobowiec Chang Ling zbudowano dla cesarza Yongle (1360–1424). Niedawno został odrestaurowany i udostępniony zwiedzającym. Jednak komnata cesarska, gdzie spoczywają szczątki cesarza, cesarzowej i prawdopodobnie 16 konkubin, jest nadal niedostępna. Inny kompleks, Ding Ling, grobowiec cesarza Wanli (1573–1620), najdłużego panującego władcy z dynastii Ming, skrywa komnatę cesarską, która ukazała się oczom archeologów w latach 50. XX w. Ku zaskoczeniu odkrywców wszystkie drzwi do komnat były nieknięte. Znalezione wewnątrz drogocenneści, obecnie prezentowane w trzech pawilonach, przerosły wcześniejsze wyobrażenia o bogactwie cesarzy, ale też dowodzą ich rozrzutności, która przyczyniła się do upadku dynastii Ming.

Wejściem do nekropolii jest Wielka Czerwona Brama, za którą znajduje się Pawilon Steli. W jego wnętrzu, na grzbiecie wielkiego kamiennego żółwia, umieszczona jest tablica z inskrypcjami w trzech językach, zawierającymi szczegółowe nakazy i zakazy obowiązujące na terenie nekropolii. Od Wielkiej Czerwonej Bramy do grobowców prowadzi 7-kilometrowa Droga Duchów strzeżona przez 12 par kamiennych zwierząt, mitycznych i realnych, oraz 6 par wojowników i urzędników. Drogę wieńczy Brama Smoka i Feniksa.

Ostatnie lata panowania dynastii Ming charakteryzuje przerosła ambicja władców. Korupcja, konserwatyzm intelektualny i kosztowne wojny doprowadziły do upadku. Głód w Shaanxi był zarzewiem buntu chłopskiego. Z północy nadeszli Mandżurowie, którzy od dawna obserwowali niepokoje u sąsiada i czekali na okazję do najazdu. Nie powstrzymał ich nawet Wielki Mur. Chiński generał przepuścił Mandżurów, którzy pomaszcerowali prosto na stolicę i w 1644 r. ustanowili dynastię Qing. Okazała się być ostatnią cesarską dynastią w Chinach. ■



Jak biegacz z lekarzem...

Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej została wyróżniona podczas uroczystości 5-lecia stowarzyszenia „Biegiem Radom!”. W czerwcu wspólnie zorganizują kolejne Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie. Zapisy już rozpoczęto.

W stowarzyszeniu aktywnie działa ponad 100 osób, co czyni „Biegiem Radom!” jedną z najliczniejszych tego typu organizacji w Polsce. Nic dziwnego, że podczas jubileuszowej gali sala widowiskowa Resursy Obywatelskiej zapelniała się widzami.

Pamiątkowymi dyplomami uhonorowano zarówno biegaczy, jak i przyjaciół stowarzyszenia, wśród nich Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej. – *Dziękujemy, że zawsze możemy liczyć na waszą pomoc w przygotowywaniu różnych imprez* – mówił prezes „Biegiem Radom!” Tadeusz Kraska, wręczając wyróżnienie Julianowi Wróblowi, przewodniczącemu delegatury. Podkreślał, że OIL jest m.in. jednym ze sponsorów nagród dla uczestników biegów dzieci i młodzieży, towarzyszących Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76.

Dyplom odebrał również Dariusz Orczykowski, znany radomski chirurg i członek zarządu stowarzyszenia, a także organizator Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie, które 25 czerwca odbędą się już po raz czwarty.

Zmagania na dystansie 21 kilometrów i 97,5 metra tradycyjnie mają towarzyszyć wspomnianemu już półmaratonowi. Trasa biegu, posiadająca atest Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, prowadzi najładniejszymi ulicami Radomia, a meta jest zlokalizowana na Stadionie im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. Każdy uczestnik może liczyć na okolicznościowe medale, koszulki i pakiety startowe. Nie zabraknie także nagród oraz upominków.

W 4. Mistrzostwach Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie mogą uczestniczyć osoby z całej Polski, warunkiem jest prawo wykonywania zawodu na terenie RP, posiadanie aktualnych badań lekarskich oraz podpisanie oświadczenia o stanie zdrowia.



Tadeusz Kraska i Julian Wróbel z dyplomem

Fot. R. Natorski

Zapisy chętnych prowadzone są do 22 czerwca na stronach internetowych: www.polmaratonradom.pl i www.sportmaniacs.com/pl/races/search/mazowieckie. 24 i 25 czerwca będzie można zgłosić swój akces w biurze zawodów. Opłaty startowe wynoszą: 30 zł – wpłata przelewem do 15 marca, 45 zł – wpłata do 15 maja, 60 zł – wpłata do 22 czerwca i 80 zł – wpłata gotówką w biurze zawodów. Każdy uczestnik otrzyma pamiątkowy medal i koszulkę.

Kontakt: timdor@poczta.onet.pl, 603-589-632, 48-331-36-62 (Delegatura Radomska OIL). ■

raf

Zawody w ringo

24 czerwca 2017 r. odbędą się XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo.

Zawody zostaną rozegrane na Stadionie MOSiR w Pułtusk, przy ul. I. Daszyńskiego 17a.

Serdecznie zapraszamy lekarzy, lekarzy dentystów oraz pracowników innych profesji ochrony zdrowia.

Dodatkowe informacje: Krystyna Anioł-Strzyżewska, e-mail: krystynaaniol27@gmail.com ■

Narty w Alpach

15–18.03.2017 r. w Canazei we Włoszech odbyły się 44. Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim.

Przy pięknej pogodzie wystartowało 122 zawodników. Rywalizowali w slalomie, slalomie gigancie oraz supergigancie. W polskiej ekipie najliczniejszą grupę stanowili alpejczycy z izb śląskiej i małopolskiej. Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowały trzy zawodniczki. Dzięki zdobyciu wielu medali i punktowanych miejsc, polski zespół stanął na najwyższym stopniu podium w klasyfikacji drużynowej. ■

Teresa Zasadzka



W środku Teresa Zasadzka

Fot. M. Zasadzka

Medicantus w Beskidach



Fot. K. Jemioł

Chórzyci Medicantusa, którym od niedawna kieruje prof. Krzysztof Bielecki, w tym roku pojechali na zimowe warsztaty wokalne w Beskidy. Do prowadzenia zajęć zaprosiliśmy dr Hannę Zajączkiewicz – laryngologą i śpiewaczkę, instruktorkę wokalną chóru Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej. Nie mogliśmy wymarzyć sobie lepszego maestra do poprawiania naszej techniki wokalne. W poznaniu muzyki regionu pomogły nam wykłady instruktorów Fundacji Golców, podczas których prezentowali, oprócz bogatego instrumentarium ludowego, techniki wykonawcze i artykulacyjne oraz różnice między muzyką Beskidu, Podhala, Spizu i Orawy.

Odbyły się dwa koncerty Oratio pod Pilskiem: w Kościele Dominikanów w Korbielowie i Kościele św. Wojciecha w Jeleśni. Chórowi towarzyszyła Orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z solistką Elżbietą Sandel, a Hanna Zajączkiewicz wykonała przepiękne partie solowe Mozarta, Francka i Lopeza. Na zakończenie koncertów zabrzmiało „Alleluja” z „Mesjasza” Haendla. ■

Krystyna Olenderek

Koleżanki i Koledzy, poszukujemy nowych chórzystów, jeśli dysponujecie odpowiednim głosem – serdecznie zapraszamy.
dyrygent.smim@interia.pl



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

KRS nr: 0000250527

Przekaż 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

DLA SMAKOSZY

Ciasteczka wprost z Toskanii

Pragnę zaproponować coś odpowiedniego na deser do wiosennego grilla. A z czym kojarzy się ciepło, do którego tak bardzo tęsknimy o tej porze roku? Mnie kojarzy się z Toskanią. Ona zaś, poza oliwą, serem pecorino i oczywiście tokańskim winem, z pysznymi słodkościami – prostymi i wykwinnymi zarazem. To one stanowią najlepszy dodatek do popołudniowego espresso albo ristretto (choć to ostatnie, prawdziwa „siekiera”, raczej budzi Włochów rankiem). I właśnie nimi możecie zaskoczyć znajomych na pierwszej plenerowej imprezie. Poza tym zalety orzechów i rodzynek, ważnych składników przepisu, są powszechnie znane.

Składniki: ◆ 100 g cukru ◆ 200 g mąki ◆ 150 g miękkiego masła ◆ 2 całe jaja ◆ 100 g kandyzowanej skórki pomarańczowej ◆ 100 g orzechów nerkowca (nie mogą być inne) ◆ 100 g rodzynek (można dodać trochę suszonej żurawiny) ◆ 150 g płatków kukurydzianych.

Wykonanie: Ucieramy mikserem masło, dodajemy cukier i jaja, a następnie mąkę. Dosypujemy bakalie (orzechy potłuczone, ale w grubszych kawałkach). Wszystko mieszamy. Do salaterki wrzucamy płatki kukurydziane. Porcje ciasta nabieramy dużą łyżką stołową i wkładamy do miski z płatkami. Obtaczamy. Delikatnie ręką formujemy ciastka (nie wciskając płatków w strukturę ciasta!) i układamy je na blasze wyłożonej papierem do wypieków. Pieczemy 10–15 minut w temperaturze 150–180 st. Uwaga! By przekonać się, czy są gotowe, sprawdzamy spód ciastek. Wierzch powinien być miękki, stwardnieje, gdy ciastka wystygną. Podajemy je zatem po godzinie lub później. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

„Zdrowie psychiczne i seksualne”

– recenzja książki

Szanuj pacjenta swego

Nie każdą książkę czyta się do poduszki. Niektóre mają wartość wyłącznie naukową lub są opisem rzeczywistości, w której żyjemy. I taki charakter ma monografia wydana przez PZWL, poświęcona w całości psychicznemu i seksualnemu zdrowiu polskich lesbijek, gejów oraz osób biseksualnych. W gronie autorów specjaliści oraz badacze problemu, czyli lekarze i psycholodzy. Napisałem „problemu”, bo choć homoseksualizm już dawno wykreślono z rejestru chorób (decyzją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 1973 r., a decyzją WHO – w 1990), to geje i lesbijki w zderzeniu z naszą ochroną zdrowia niestety wciąż napotykać na niezrozumiałe trudności.

Rozdział „Nierówne traktowanie osób LGB w opiece zdrowotnej” dobitnie pokazuje, jak przykre bywają w Polsce doświadczenia związane z ujawnieniem orientacji seksualnej. Aż 38 proc. respondentów zadeklarowało, że w kontaktach z personelem medycznym spotkały ich drwiny i śmiech, a nawet szykany. Przykłady są wstrząsające: stomatolog powiedział 25-letniemu mężczyźnie: „pedałów nie leczę, proszę wyjść”, lekarka nie chciała zbadać 29-latkę, twierdząc, że „osoby jego pokroju mają swoje szpitale i lekarzy”.

Autorzy przedstawiają również perspektywę pracowników ochrony zdrowia. Dowiadujemy się z tej części książki, jak silny może być wpływ stereotypów na kształtowanie poglądów na temat orientacji seksualnych. Wielu lekarzy prezentuje profesjonalną postawę, ale nie brakuje i takich, którzy nadal traktują homoseksualizm jako zaburzenie lub chorobę i nie zamierzają swojego podejścia zmienić pod wpływem żadnych klasyfikacji ani międzynarodowych ustaleń. Nie wiadomo, jak liczna jest ta część środowiska medycznego, ale bez wątpienia ona właśnie powinna przeczytać książkę, którą dzisiaj polecamy. Spełnia ona rolę podręcznika wyjaśniającego wątpliwości, który jednocześnie może być podpowiedzią, jakie standardy stosować w codziennej praktyce w postępowaniu z osobami z grupy LGB. Publikacja napisana jest językiem naukowym, co uważam w tym przypadku za walor, gdyż osoby mniej tolerancyjne i skłonne pomiatać homoseksualistami nie zarzucają autorom, że bronią tylko jednej opcji i sympatyzują z kulturą gender. Redaktorami naukowymi są znaczące postaci polskiej seksuologii: prof. Zbigniew Lew-Starowicz, dr Robert Kowalczyk oraz dr Remigiusz Jarosław Tritt. Chwała im za to, że postavili przed pozostałymi autorami zadanie przygotowania tekstów udokumentowanych naukowo, opartych na danych, a nie osobistych poglądach. Dyskryminacja ma na całym świecie długą historię, geje i lesbijki doświadczają jej w różnych aspektach swojego życia wielokrotnie. Placówki medyczne powinny zadbać o to, by w nich nikt nigdy nie czuł się szykanowany. Bo tu przecież obojętnie szacunek do drugiego człowieka. ■

Paweł Walewski



Goniec Medyczny

Lekarze pracują więcej

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku sprawdziła, ile pracują pomorscy lekarze. Etat – to podstawa, ale oprócz tego lekarze pracują na kontraktach, na których nie istnieją ograniczenia godzin pracy. 26 proc. badanych wykonuje swój zawód w ramach dwóch kontraktów, a 22 proc. podpisało więcej niż dwie umowy.

Suplementy diety

Według badań wydatki Polaków na suplementy diety przekraczają już 3,5 mld zł. Do 2020 r. ta liczba ma wzrosnąć o kolejne 2 mld – wskazuje poseł Nowoczesnej Maciej Ruciński w interpelacji do ministra zdrowia.

Smog niesie śmierć

Zanieczyszczenie powietrza zabija rocznie około 50 tys. Polaków i powoduje straty obliczane na 60–80 mld zł – mówili uczestnicy seminarium, które odbyło się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Zmienić świat

Dr hab. Joanna Sułkowska z Uniwersytetu Warszawskiego znalazła się w rankingu kobiet, które mogą zmienić świat – „2017 International Rising Talents”. Doceniono ją za rozwiązanie tajemnic zaplątanych białek.

Laska z GPS dla niewidomych

Lekką, wyposażoną m.in. w GPS laskę dla niewidomych i niedowidzących skonstruował Łukasz Kolman, student Politechniki Rzeszowskiej. Laska ułatwia poruszanie się w domu i poza nim. Jeśli jej testy zakończą się pomyślnie, Kolman chciałby ją wdrożyć do produkcji.

Fałszywy onkolog znowu w akcji

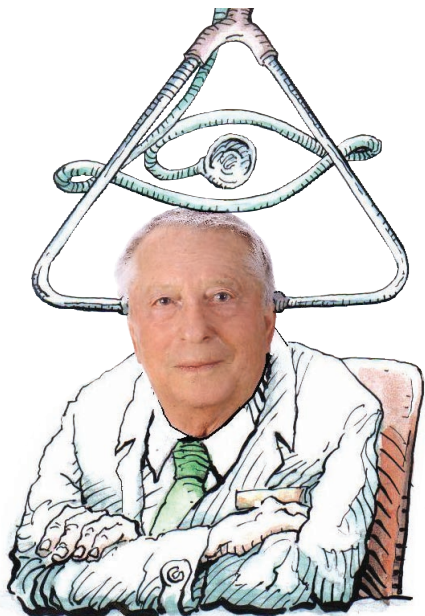
Kiedyś leczył orgazmami, teraz ma nowe metody. Diagnozował nowotwór, patrząc w oczy, leczył seksem. Po wyjściu z więzienia fałszywy hrabia dalej podaje się za światowej sławy onkologa i próbuje wyłudzać od kobiet pieniądze. Widziano go w Tychach, Warszawie i Wrocławiu.

Uwaga na dietę bezglutenową

Osoby stosujące dietę bezglutenową są narażone na zwiększoną ekspozycję na arsen oraz rtęć – dwa toksyczne metale ciężkie mogące prowadzić do rozwoju chorób układu krążenia, nowotworów i zaburzeń neurologicznych – wynika z badania opublikowanego na łamach czasopisma naukowego „Epidemiology”.

„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



Rys. K. Rostiecki

Gimnazjum Więcka

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

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

Artur Dziak

Miasto-ogród Anin nazwę swą wzięło od imienia Anny, żony Ksawerego hrabiego Branickiego. Anin był na dobrą sprawę wielkim sosnowym lasem, w którym jedynie gdzieniegdzie, ukryte wśród krzewów i kwiatów, wyrastały parterowe, najwyższej jednopiętrowe drewniane domy letniskowe, budowane przez utalentowanych cieśli i stolarzy, w stylu „nadwiślańskim”. Konstanty Ildefons Gałczyński, obywatel Anina w latach 30., określił ów styl dowcipnie: *świdermayer*. Miasto-ogród, stanowiące naturalne przedmieście stolicy, miało początkowo tylko dwie ulice – Parkową i Królewską, które poprzedzielane były 12 uliczkami, noszącymi nazwę Poprzecznych. Większość nielicznych budowanych willi i dworków znajdowała się właśnie przy Królewskiej i Parkowej.

Mieszkała tam inteligencja, m.in. wielu lekarzy, np. prof. Babecki, dr Żabicki, dr Helman, oraz przedstawiciele świata kultury: Maria Malicka, Ferdynand Ossendowski, Walerian Bierdajew, Mieczysława Ćwiklińska, Konstanty Ildefons Gałczyński, Jerzy Zaruba. W latach międzywojennych Anin powoli zamieniał się z miejscowości letniskowej w zamieszkaną przez cały rok. Miał doskonałe połączenie ze stolicą kolejką elektryczną i wąskotorową ciuchcią. W modzie było góralskie zdobnictwo, przeto domki, wille, dworki i pałacyki miały różnorodne wykusze, krużganki, ozdobniki, tarasy i balkony.

W Aninie przeżyłem najlepsze lata dzieciństwa i młodości. Jak zapisała moja matka w pamiętniku, Anin połączył na dobre naszą rozbitą przez wojnę rodzinę w pięknym, letniskowym drewniak, przy ulicy Parkowej. Po kilkumiesięcznej tułaczce między mieszkaniem babci Rozalii na Pradze a zniszczonym przez bombę domem w Międzyzlesiu ojciec (Józiek) został w końcu odwołany z pracy na ziemiach odzyskanych, gdzie przywracał do życia poniemieckie zakłady, i pracodawca zaoferował mu mieszkanie w dość zadbanym, jednopiętrowym drewniak letniskowym z werandami. Józio miał domem administrować, gdyż pozostałych trzech lokatorów podlegało fabryce, w której pracował. Z czasem planowaliśmy dom wykupić, gdyż miejsce było wymarzone, a budynek otoczony pięknym ogrodem.

Wkrótce zacząłem uczęszczać do Samorządowego Gimnazjum i Liceum Gminy Wawer w Aninie, które mieściło się w pałacu Więcka, co na owe czasy było dla mej matki prawdziwym wyczynem, z racji dosyć wysokiego czesnego. Była to właściwie decyzja babci Rozalii, która stwier-

dziła, że ponieważ z każdej wojny „wychodziliśmy z gołym kuprem”, trzeba mi dać jakieś przyzwoite wykształcenie, gdyż „tylko tego mu bolszewicy nie ukradną”! Kłopoty zaczęły się szybko, kiedy wyszły na jaw moje olbrzymie zapóźnienia, wynikające z tego, że moi koledzy zaczęli pobierać nauki o rok wcześniej, jak też i z tego, że zarówno w szkole podstawowej, jak i w technikum mechanicznym głównie grałem w piłkę nad Wisłą i wagarowałem! Natychmiast trzeba było brać korepetycje z angielskiego (uczyłem się do tej pory tylko rosyjskiego i francuskiego, w domu) oraz matematyki. Korepetycje z matematyki pobierałem zresztą prawie przez trzy lata, gdyż według prof. „Pęduszki”, nauczyciela matematyki, głębem byłem ponadwymiarowym. Co tu dużo mówić, prawdziwie dobry byłem jedynie w tabliczce mnożenia i tak zwanych słupkach, ale tylko do poziomu 6 x 6! Dalej musiałem się już namyślać.

Jeśli jakoś przechodziłem z klasy do klasy, to tylko dlatego, że byłem naprawdę dobry z nauk humanistycznych. Dobry do tego stopnia, że gdy nauczyciele wyjeżdżali na częste narady i konferencje ideologiczne, ja za nich prowadziłem w niższych klasach lekcje. Miałem solidne przygotowanie, w związku z tym, że od wczesnego dzieciństwa „niszczyłem” wszystkie biblioteki w zasięgu ręki – domową, w fabryce ojca – zakładach Szpotańskiego, Bibliotekę Publiczną w Wawrze oraz bibliotekę w gimnazjum Więcka. Poza tym miałem wyjątkowych nauczycieli, uczyli mnie wspaniali poloniści, m.in. okupacyjna „Ciocia”, matka poety Kamila Baczyńskiego, oraz doktor Mianowska. No i dobrze pisałem. Matematykę przeżyłem dzięki znakomitemu wspomaganemu przez kolegę klasowego Stefana Białasa, który umożliwił mi zrzynanie wyników prac domowych. Sprawa była opracowana do perfekcji. Na parę zaledwie minut przed pierwszym dzwonkiem otrzymywałem od Stefana zeszyt i w ciągu rekordowo krótkiego czasu przepisywałem wszystkie zadania. Nie wiem, jak to się stało, że przez cały okres szkoły nie zostałem złapany na oszustwie i nawet wywoływany do tablicy potrafiłem jako tako dać sobie radę.

Maturę zdałem chyba tylko dlatego, że dopiero na egzaminie ustnym „Pęduszko” zorientował się w sprawie, a wówczas w dobrze pojętym własnym interesie i interesie szkoły leżało sprawę zatuszować do końca. Udało się dzięki temu, że w komisji egzaminacyjnej nikt poza „Pęduszką” na matematyce się nie wyznawał. Wyposażony w wątpliwą wiedzę zapisywałem tablicę jakimiś wzorami, które przy akompaniamencie pseudomatematycznego bełkotu równie szybko scierałem. Nerwowo drgająca noga matematyka informowała mnie tylko, że trzeba prosić Boga o szybkie zakończenie egzaminu, gdyż przekroczenie bariery jego wytrzymałości groziło niewyobrażalnymi konsekwencjami.

Matematyk nie zamienił ze mną słowa przez parę tygodni. Dopiero w czasie balu maturalnego, kiedy wszyscy byli „po winku”, powiedział mi w cztery oczy: – Ty, Dziak, ty wiesz najlepiej, jakim nieprzeciętnym matematycznym szyderstwem jesteś. Ale w tym uroczystym dniu ja chylę czoła przed tak rzadkim oszustem! Wszystko układało się pomyślnie, mimo że miałem wpis „niepewny ideologicznie”, którą to etykietkę przypięto mi w roku 1948, gdy ojciec podpadł ludowej władzy.



foto. archiwum

Losy żołnierza

Jerzy Borowicz

W 1952 r. zdałem maturę, ale nie dostałem się na studia, za to otrzymałem wezwanie do WKR, czyli „propozycję” odbycia służby wojskowej. Stałem przed komisją lekarską. Byłem z natury chudy i zgarbiony, zrobiłem więc wrażenie negatywne. Przyznano mi kategorię „C” i odroczone służbę na rok. Po roku nadal nie byłem studentem, ale komisja powieliła poprzednią decyzję.

Wreszcie dostałem się na studia i podlegałem jurysdykcji Studium Wojskowego AM. W studium pokazałem książeczkę wojskową. Kategoria „C” zwalniała mnie z zajęć na rok. Chciałem oszukać komendanta studium i podsunąłem mu książeczkę z wpisem „C” jako podstawę zwolnienia z zajęć wojskowych na uczelni na stałe.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy komendant oświadczył mi, że jestem skreślony z listy studentów, bo moja kategoria „C” obowiązywała tylko rok. W międzyczasie nawiązałem kontakt z kancelistą WKR, dostarczałem mu zużyte klisze rentgenowskie, z których jego żona produkowała wiatraczki dla dzieci, on zaś przekładał moją kartotekę na koniec regału. W ten sposób kartoteka z moim nazwiskiem była dla WKR praktycznie niedostępna.

Musiałem jednak rozwiązać problem grożącego mi usunięcia z uczelni. Pracowałem wtedy jako technik rtg z płk. dr. Haduchem. Pełen obaw wyłożyłem mu swój problem. Okazało się, że płk. Doubrawa, komendant Studium Wojskowego AM, był jego przyjacielem. – *Panie Jurku* – rzekł dr Haduch – *niech pan biegnie z indeksem i książeczką wojskową do płk. Doubrawy*. Zameldowałem się u szefa studium, a on wpisał mi zwolnienie ze wszystkich zajęć do końca studiów. Byłem nadal studentem i to zwolnionym z wojska!

Następne wezwanie do wojska przyszło, kiedy już byłem lekarzem. Ponieważ uzyskałem doktorat, zrobiono mnie „ordynatorem interny” na okres ćwiczeń. Podlegało mi 12 żołnierzy. Wśród nich Jurek Zengteler w stopniu kapitana i Staś Rek, również oficer. Któregoś dnia na inspekcję mojego oddziału przybył generał. Wydałem komendę: – *Baczność, w dwuszeregu zbiórka!* Na to wizytator zwrócił się do mnie: – *Szeregowiec nie może dawać rozkazów oficerom*. Ja na to krzyknąłem: – *Kapitan Zengteler oraz Rek spocznij, a reszta żołnierzy – baczność!* Generał machnął ręką, widząc, że żołnierza ze mnie nie będzie.

Podczas kolejnych ćwiczeń rezerwistów, zgodnie ze swoją specjalizacją, zostałem szefem ambulansu rentgenowskiego, lecz w dalszym ciągu byłem „oficerem bez stopnia”. Nużyły mnie codzienne odprawy u komendanta obozu. Mój serdeczny kolega kpt. Stefan Samosiej powiedział: – *Jurku, nie musisz przychodzić na odprawy i nikt cię do tego nie zmusi, bo jesteś żołnierzem bez przysięgi, a więc jesteś cywilem*. Od tej pory mogłem wysypiać się w swoim ambulansie.

Kilka miesięcy później zostałem wezwany do WKR Praga Południe w celu złożenia przysięgi wojskowej. Tak zostałem podporucznikiem Ludowego Wojska Polskiego. ■



Rys. P. Wozniak

Natomiast przygoda ze szkolnym teatrem o mało nie skończyła się dla mnie tragicznie, bo odmówiłem występu w rewolucyjnym sztuczyle „Tajna drukarnia”. Natychmiast zrobiono z tego sprawę politycznej wagi, okrzyknięto mnie wrogiem ustroju i zawieszono w prawach ucznia. Tymczasem moja odmowa nie miała nic wspólnego z ideologią. Po prostu „Tajna drukarnia” była wyjątkowym gniotem i na dobrą sprawę nie dało się tego żadną miarą wystawić! Na wieść o moim zawieszeniu babcia Rozalia, która organicznie nie znosiła bolszewii, bojąc się o mój los, oznajmiła: – *Każda władza pochodzi od Boga, przeto i tę trzeba szanować!* ■

Posłuchać, zobaczyć...

Japońskie drzeworyty *ukiyo-e*

„Podróż do Edo” w Muzeum Narodowym w Warszawie to wyjątkowa prezentacja pierwszych wydań prac wybitnych japońskich artystów *ukiyo-e*: Kitagawy Utamaro, Toshúsaia Sharaku i Utamaro Hiroshige. Ryciny przedstawiają pejzaże ze szlaków komunikacyjnych łączących Edo z Kioto z przełomu XVIII i XIX w., barwne sceny z życia mieszkańców Japonii i ich portrety. Prace pochodzą z kolekcji Jerzego Lewkowicza. Wystawa czynna do 7 maja.

www.mnw.art.pl

Muzyka w Wilanowie

„Triumf, chwała i sława – arcydzieła muzyki kameralnej” – taki tytuł nosi cykl koncertów w zażytkowych wnętrzach Muzeum Pałacu Króla Jana III w Wilanowie. W programie słynne dzieła wybitnych kompozytorów, m.in.: Chopina, Wieniawskiego, Szymanowskiego, Czajkowskiego i Verdiego. Najbliższe koncerty 9 i 23 kwietnia oraz 14 i 28 maja.

www.wilanow-palac.pl

Szafa grająca

Można tutaj posłuchać muzyki kantoralnej, piosenek teatru jidysz, popularnych utworów z filmów, rewii i musicali, a także folku i jazzu. Można obejrzeć fonograficzne archiwalia, płyty, wywiady, ale też gramofony i fonografy. Wystawa „Szafa grająca. Żydowskie stulecie na szelaku i winylu” to opowieść o rozwoju fonografii i muzyce popularnej w XX w. Muzeum POLIN, do 29 maja.

www.polin.pl

Gordon Parks w Zachęcie

Był pierwszym czarnoskórym fotografem magazynów „Life” i „Vogue”, reżyserem w Hollywood, pisarzem, poetą i kompozytorem. Jego fotografie przybliżają historię XX w. i przemian zachodzących nie tylko w Stanach Zjednoczonych. Na wystawie „Gordon Parks: Aparat to moja broń” zaprezentowano 80 wybranych prac artysty, które są świadectwem jego zdolności do odnajdywania się w skrajnych sytuacjach społecznych i kulturowych. Narodowa Galeria Sztuki Zachęta, do 21 maja.

www.zacheta.art.pl

ach

Fot. archiwum



Bitwa o bitwę

Paweł Kowal

Ossów nie odpuszcza Radzyminowi. A jeśli Ossów, to za nim Wołomin. Każdy chce, by w jego miejscowości powstało Muzeum Bitwy Warszawskiej. Bo muzeum oznacza pieniądze z Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Po otwarciu Muzeum Powstania Warszawskiego w 2004 r. powstało ponad pół setki podobnych obiektów w Polsce. Nie wszystkie mają dużą powierzchnię ekspozycyjną, ale dla wszystkich jest jasne, że muzeum to dzisiaj nie kapcie z wielkiej skrzyni i nuda, ale prawdziwa chluba lokalnej władzy. Pod Warszawą toczy się zatem jeszcze jedna historyczna batalia, czyli bitwa o bitwę. Tym razem zapowiada się zwycięstwo polskich przywar. Jest wielu zasłużonych miejscowych działaczy, a każdy chce mieć tak ważne dla historii świata muzeum na swoim terenie. W najlepsze trwa wymyślanie rozwiązań. Może zamiast jednego muzeum, według projektu, który zwyciężył przed kilku laty w konkursie, postawić dwa mniejsze: jedno w Radzyminie, a drugie w Ossowie? A może jeszcze inaczej: znaleźć miejsce pośrodku, w pół drogi i tam zrealizować projekt? Każdy w cichym sporze ma rację, za każdym stoją jacyś politycy i każdy „chce dobrze”. W Radzyminie jest cmentarz, na którym spoczywają polegli w tej bitwie, w Ossowie jest pole bitwy – wielki plac przypominający o wydarzeniach sprzed stu lat. 15 sierpnia staje się miejscem rekonstrukcji bitwy. Pasjonaci historii przebrani za bolszewików, wojsko Niepodległej i mazowieckie chłopstwo przybliżają nam przebieg Cudu nad Wisłą.

Muzeum Bitwy Warszawskiej musi mieć skalę: to nie może być większa izba pamięci. Warszawa ma już kilka świetnych, światowej klasy muzeów narracyjnych, które opowiadają o wydarzeniach jeszcze trwających w świadomości potomnych. Oprócz Muzeum Powstania Warszawskiego taką rolę spełnia POLIN, czyli Muzeum Historii Żydów Polskich, w którym współczesne wątki są szczególnie wyeksponowane. Nadchodząca setna rocznica Bitwy Warszawskiej to okazja, by powstało muzeum pola bitwy, jak wielkie podobne placówki na świecie. Nie będzie dobrego muzeum bez spojrzenia na przestrzeń głównych działań wojennych z 1920 r., bez dotknięcia pola walki. Muzeum Bitwy Warszawskiej to nie kufer podróżny, który można postawić w dowolnym miejscu Mazowsza. Jeśli opowiadamy wszystkim, że bitwa z 1920 r. była jedną z najważniejszych w historii świata, to muzeum musi przyciągać odwiedzających spoza Polski. Jeśli władze Wołomina (Ossowa) nie porozumieją się z Radzyminem, a ktoś z polityków nie wytłumaczy im, że Bitwa Warszawska 1920 r. to nie sprawa lokalna, lecz narodowa, i nie tylko dlatego, że koszt budowy muzeum daleko przewyższa możliwości podwarszawskich gmin, to na stulecie bitwy pozostanie nam po raz kolejny odtworzenie przebiegu bitwy i wysłuchanie wykładów o wyższości Wołomina nad Radzyminem lub odwrotnie. ■



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

Ułan, poeta, z zawodu lekarz

Małgorzata Skarbek

W historii II Rzeczypospolitej był postacią szczególną, wybitną osobowością, po wojnie usuniętą w cień, jak większość wysokich oficerów i polityków tamtego czasu. Generał Bolesław Wieniawa-Długoszowski był nie tylko oficerem. Także tłumaczem, poetą, malarzem, a ponadto wesołym i dowcipnym uczestnikiem życia towarzyskiego przedwojennej Warszawy. Mało kto pamięta, że z wykształcenia był lekarzem.

Pochodził z ziemiańskiej, patriotycznej rodziny z Kresów Wschodnich, z Galicji, należącej w tamtym czasie do Austro-Węgier. Urodził się 22 lipca 1881 r. Z pewnym trudem ukończył szkołę średnią. Nie ze względu na brak zdolności, ale z powodu zbyt wielu pokus życia towarzyskiego Lwowa. Na życzenie ojca wybrał studia medyczne na Uniwersytecie Lwowskim, później nazwanym imieniem Jana Kazimierza. Tytuł doktora wszechnauk lekarskich otrzymał, z wyróżnieniem, w 1906 r. Późniejsze jego kontakty z medycyną ograniczają się do krótkiego wolontariatu na paryskiej Sorbonie.

Pociągały go sztuki piękne. Dlatego wyjechał z żoną Stefaną Calvas do Berlina, gdzie przez rok studiował malarstwo. Potem przenieśli się do Paryża, w tym samym celu. Tutaj również pochłaniało go życie towarzyskie tamtejszej socjety, ale do czasu.

Spotkanie z Józefem Piłsudskim, który w Paryżu wygłaszał odczyt o polskim ruchu strzeleckim, skierowało uwagę młodego człowieka na sprawy polskie. Ponadto zafascynowała go postać przyszłego naczelnika państwa polskiego.

Po wybuchu I wojny światowej przyjechał do Krakowa. Od tam był przybocznym, później adiutantem, a nawet człowiekiem do specjalnych poruczeń Józefa Piłsudskiego. Można też powiedzieć: jego wiernym druhem, ale w stosunku zwierzchnik – podwładny. Niektórzy mówili, że relacja ta przypominała raczej układ ojciec – syn.

Wstąpił do Związku Strzeleckiego, następnie był w I Kompanii Kadrowej Legionów, by wreszcie na stałe trafić do 1. Pułku Ułanów, dowodzonego przez Władysława Belinę-Prądmowskiego. Brał udział w potyczkach i bitwach Legionów, m.in. w bitwie pod Kostiuchnówką. Z tego czasu datowała się wzajemna niechęć legionistów i Władysława Sikorskiego, która zaciążyła na ostatnim okresie życia Bolesława Długoszowskiego.

Druga część wojny obfitowała w zadania dyplomatyczne. Najpierw Piłsudski wysłał swego adiutanta na rozmowy w Warszawie w 1916 r. Później Długoszowski wyjechał jako przedstawiciel Polskiej Organizacji Wojskowej do już zrewolucjonizowanej Rosji. W Moskwie został aresztowany, osadzony na Łubiance. Pomoc małżeństwa Berensonów (Leon był adwokatem, m.in. Feliksa Dzierżyńskiego) doprowadziła do uwolnienia Polaka. Po powrocie do Warszawy i rozwodzie ze Stefaną Długoszowski ożenił się z piękną i również rozwiedzioną Bronisławą Berenson.

Brał udział w wojnie polsko-bolszewickiej, otrzymał wysokie odznaczenia wojskowe: Virtuti Militari i Krzyż Walecznych. W latach 1921–1923, znów jako wystannik Piłsudskiego,

prowadził rokowania w Bukareszcie (nad konwencją polsko-rumuńską) i w Paryżu (nad traktatem wersalskim).

Ale najbardziej kochał wojsko. Służył kilkanaście następnych lat, zawsze jako adiutant marszałka, prywatnie i w oficjalnych wystąpieniach. W tym charakterze towarzyszył Piłsudskiemu podczas zamachu majowego w 1926 r.

Ze stolicą odrodzonego państwa polskiego wiąże się druga część legendy generała (od 1931 r.) Wieniawy-Długoszowskiego. Należał do najbardziej pożądanych uczestników życia towarzyskiego i kulturalnego, wszelkich spotkań, rautów i balów. Przyjaźnił się w wieloma literatami, m.in. z poetami Skamandra, z którymi odbywał słynne spotkania w kawiarni Ziemiańska. Sam także pisał wiersze, teksty do „Szopek Pikadora”, przekładał powieści i poezję francuską na polski. Współtworzył scenariusz filmu „Ułani, ułani, chłopcy malowani”. Z jego inicjatywy sprowadzono do kraju prochy Juliusza Słowackiego.

W 1935 r. zmarł marszałek Piłsudski. Gen. Wieniawa-Długoszowski towarzyszył mu w ostatniej drodze.

W 1938 r. został ambasadorem RP we Włoszech. Był nim do czerwca 1940 r., gdy musiał opuścić stanowisko. Wcześniej, we wrześniu 1939 r., prezydent Ignacy Mościcki wyznaczył go na swego następcę. Jednak wobec sprzeciwu wojskowych, skupionych wokół gen. Władysława Sikorskiego, którzy nie chcieli zaakceptować jego kandydatury, Wieniawa zrzekł się stanowiska, a prezydentem został Władysław Raczkiewicz.

Po klęsce Francji udał się do USA. Oczekiwał, że jego wojskowe doświadczenie przyda się tworzącemu się na obczyźnie rządowi polskiemu. Jednak gen. Sikorski był pamiętliwy. Zaproponował Długoszowskiemu jedynie stanowisko ambasadora na Kubie.

Dokładnie nie wiadomo, jakie były motywy samobójczego kroku gen. Długoszowskiego, gdy 1 lipca 1942 r. zdecydował się na skok z tarasu mieszkania w Nowym Jorku. Pochowano go w USA, w 1990 r. prochy sprowadzono do Polski.

Nie uprawiał zawodu lekarza, ale był nim z wykształcenia. Pozostała świetna legenda o pierwszym ułanie Rzeczypospolitej, człowieku wielu pasji.

W Muzeum Historii Medycyny 22 lutego 2017 r. zorganizowano spotkanie poświęcone osobie gen. Bolesława Wieniawy-Długoszowskiego. Jego barwne życie przedstawił prof. Edward Towpik. ■



Fot. archiwum



Jan Bartel (1930–2016)

4 kwietnia 2017 r. mija pierwsza rocznica śmierci dr. Jana Bartla.

Urodził się 23 maja 1930 r. w Skrzywnie nad Radomką. Był synem Jadwigi z Sikorskich i Bronisława Bartla. Naukę w szkole powszechnej w Skrzywnie rozpoczął przed wybuchem II wojny światowej, kontynuował ją na tajnych kompletach. Blisko miejsca, gdzie mieszkał, działały liczne oddziały partyzanckie, w których jako młody chłopak pełnił rolę łącznika. Tuż po zakończeniu działań wojennych podjął naukę w Radomiu, w Seminarium Nauczycielskim. Po ukończeniu I klasy doszedł do wniosku, że Jego powołaniem jest medycyna, a nie nauczanie. Jednak ten rok przydał Mu się bardzo w przyszłości w pracy dydaktycznej z młodzieżą. W 1947 r. rozpoczął naukę w Liceum im. Jana Kochanowskiego w Radomiu, a po jego ukończeniu zdał egzaminy na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Łodzi. W 1955 r. uzyskał dyplom i otrzymał nakaz pracy w radomskim szpitalu (który obecnie nosi nazwę Radomski Szpital Specjalistyczny, przy ul. Tochtermana), gdzie rozpoczął specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. Już jako lekarz specjalista podjął pracę na stanowisku kierownika Przychodni Medycyny Pracy przy Radomskich Zakładach Przemysłu Skórzanego „Radoskór”.

W 1959 r. ożenił się z Alicją Małgorzatą Jankowską, również lekarką, specjalistką chorób zakaźnych. Mieli troje dzieci, dwóch synów i córkę – Jana Krzysztofa, Marcina i Halinę. Lekarską tradycję rodzinną podtrzymuje najstarszy syn Jan Krzysztof, specjalista chorób zakaźnych i epidemiologii.

Dr Jan Bartel podjął dalsze kształcenie i w połowie lat 60. uzyskał specjalizację II stopnia z medycyny pracy w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. W tym okresie aktywności zawodowej pełnił dyżury w szpitalu, pogotowiu ratunkowym, udzielał się społecznie, np. w PCK. Rozbudowywał zakładową służbę zdrowia „Radoskór”, tworząc pełnoprofilową przychodnię specjalistyczną. Przez kilka lat był wykładowcą w Liceum Pielęgniarskim w Radomiu. Pisał artykuły o tematyce zdrowotnej do codziennej prasy lokalnej, ogólnopolskiej i branżowej, m.in. „Służby Zdrowia”, „Żyjmy dłużej”.

Pracował również jako lekarz orzecznik ZUS. Po upadku „Radoskór” wprawdzie przeszedł na emeryturę, jednakże kontynuował pracę zawodową w Przychodni Spółdzielni Spółdzielni Lekarsko-Dentystycznej przy ul. Żeromskiego w Radomiu. Był aktywny zawodowo do 75. roku życia. W czasie tych lat pracy został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i Złotym Krzyżem Zasługi oraz, przed emeryturą, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Otrzymał również liczne odznaczenia resortowe.

Był lekarzem z wykształcenia i powołania, ale przede wszystkim z zamiłowania. Kochał swoją pracę, wielką satysfakcję sprawiało Mu słuzenie pacjentom. Był im szczerze oddany i wyczułony na ich potrzeby. Gdyby stan zdrowia Mu na to pozwolił, z ochotą pracowałby do końca życia. W czasach, kiedy środowisko inteligencji radomskiej było mniejsze, brał czynny udział w jego życiu.

Dr Jan Bartel lubił poezję, wiele wierszy recytował z pamięci, uwielbiał czytać, nie wyobrażał sobie życia bez książek, sam pisał fraszki. Cenił muzykę, interesował się historią. Był również zagorzałym kibicem sportowym. Jego ogromną pasją była fotografia. Jako wielki miłośnik przyrody, wyznawał zasadę: „nie będzie nas, będzie las” i zasadził własnoręcznie z żoną Małgorzatą przeszło hektar lasu.

Dr Jan Bartel był dobrym człowiekiem, wspaniałym lekarzem oraz kochającym Mężem, Ojcem i Dziadkiem. Był bardzo szczęśliwy, kiedy pojawiły się wnuki, którym poświęcał każdą chwilę.

Cześć Jego Pamięci.

Inka, Marcin, Jan Krzysztof



Kochana koleżanka, wspaniały lekarz,
niezapomniany człowiek

dr Agnieszka Tymińska

Będziesz zawsze w naszej pamięci!

Koledzy i przyjaciele
ze Szpitala św. Rodziny
przy ul. Madalińskiego

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 26.04.2017 r.

18.00 – msza święta,

19.00 – wykład księdza Jacka Mroczkowskiego, kapelana Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego,
pt. „Opieka duchowa w hospicjum”, w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – „Immaculata”.



Danuta Sarnecka-Stefanowicz (1926–2017)

Danuta Elżbieta Sarnecka-Stefanowicz urodziła się 18 października 1926 r. w Łodzi. W 1938 r. Jej rodzina przeniósł się do Warszawy. Od 1941 do 1944 r. była członkiem Szarych Szeregów, zastrępu Andromeda, w drużynie Gwiazda. Brała udział

w ruchu oporu na Żoliborzu. Działała jako łączniczka, a po przeszkoleniu sanitarnym także jako sanitariuszka przy plutonie 204. W czasie Powstania Warszawskiego została przydzielona do punktu sanitarnego AK nr 1 przy ul. Mickiewicza 20. Przybrała pseudonim „Magdalena”. Wywieziona do obozu pracy, od 20.10.1944 do 2.05.1945 r. przebywała w Wessenbergu i Neustrelitz. Były to najtrudniejsze chwile Jej życia.

Od najwcześniejszych lat marzyła, by zostać lekarzem. Było to Jej powołanie. Od 1.10.1945 studiowała na Wydziale Medycyny (na kierunku lekarskim) Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom lekarza uzyskała w 1952 r. W 1958 zdobyła specjalizację I stopnia z chirurgii urazowej, a w 1966 – II stopnia w dziedzinie chirurgii plastycznej. Tytuł doktora nauk medycznych otrzymała w 1967 r.

Pracowała jako chirurg ortopeda w wielu szpitalach warszawskich: w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Warszawie, przy ul. Lindleya (1956–1961), na stanowisku adiunkta i starszego asystenta, w Centralnym Szpitalu Klinicznym WAM przy ul. Filtrowej, w Katedrze Chirurgii Kostno-Urazowej i Ortopedii (1962–1967), w Szpitalu Miejskim nr 1, przy ul. Solec 93 (1967–1971).

W tym czasie wykazała duże umiejętności w chirurgii plastycznej, a szczególnie chirurgii ręki. Do 1982 r. pracowała w Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej, przy ul. Szaserów w Warszawie, jako starszy asystent i adiunkt. Pracowała też dla Ministerstwa Oświaty jako lekarz szkolny i sportowy.

12.10.1979 r. Ministerstwo Obrony Narodowej przyznało Jej Nagrodę zespołową I stopnia w dziedzinie medycyny woj-

skowej za opracowanie wdrożenia alloplastyki w leczeniu pourazowych i zwyrodnieniowych zmian w stawach.

Była specjalistą w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W dorobku ma liczne

prace naukowe publikowane w kraju i zagranicą. „Była doskonale wyszkolonym, utalentowanym, pomysłowym i dynamicznym chirurgiem, z dużym talentem organizacyjnym. Zawsze niezwykle oddana, sumienna i dbająca o każdego chorego. W stosunku do kolegów życzliwa, w stosunku do przełożonych lojalna” – napisał o Niej prof. Adam Gruca w 1966 r.

Po zakończeniu pracy w szpitalach w grudniu 1996 r. otworzyła w Warszawie, przy ul. Marszałkowskiej 84/92, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Pracowała niemal do 82. roku życia.

20.02.2003 r. Danuta Sarnecka-Stefanowicz została mianowana na stopień podporucznika Wojska Polskiego. Uhonorowano Ją m.in.: Medalem Wojska (Londyn, 15.08.1948), Warszawskim Krzyżem Powstańcym (5.05.1982), Srebrnym Krzyżem Zasługi (22.09.1982), Krzyżem Armii Krajowej (Londyn, 30.05.1984), Srebrnym Krzyżem „Za zasługi dla ZHP” (17.12.1988), Odznaką „Weteran Walk o Niepodległość” (1995).

W 1950 r. wyszła za mąż za inż. Andrzeja Zbigniewa Stefanowicza. Miała dwoje dzieci: Małgorzatę i Jacka. Była osobą o niespożytej energii. Lubiła grać na pianinie, interesowała się sztuką, tworzyła piękne prace tkackie. Miała długie i bogate życie. Kochała podróże, zwiedziła wiele ciekawych miejsc na świecie. Pełna radości życia, pozytywnego myślenia, ciepła i optymizmu. Była towarzyską, przyjaźniwie z młodzieńcych lat utrzymywała do końca życia. Jeszcze w październiku 2016 r. w gronie rodziny i przyjaciół obchodziła 90. urodziny. Spotkania z Nią były zawsze pełne mądrych dyskusji o świecie, polityce. Była osobą bardzo charyzmatyczną, wspaniałą, silną i piękną, nowoczesną kobietą.

Miała chorobę nowotworową. Odeszła od nas 11 stycznia 2017 r. Będzie nam niezwykle brakowało Jej uśmiechu, mądrych rozmów, krytycznych uwag o świecie i niespożytego apetytu na życie. Pozostanie w naszej pamięci i sercach na zawsze.

Małgorzata Stefanowicz

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że
7.03.2017 r. zmarł

Zdzisław Sękowski

Lekarz, ginekolog położnik.

Długoletni pracownik ostrowskiej służby zdrowia. Zastępca dyrektora ds. opieki zdrowotnej i zastępca ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Życie zawodowe poświęcił pracy w szpitalu.

Straciliśmy wspaniałego Kolegę, szlachetnego, prawego Człowieka.

Cześć Jego Pamięci.

Dyrekcja, koleżanki, koledzy i pracownicy Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

Nowy rok przyniósł smutną wiadomość o śmierci Redaktora

Andrzeja Kormana

wieloletniego rzecznika prasowego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Przez wiele lat redagował i wydawał pismo „Więści PTL”.

Dzięki znakomitym umiejętnościom dziennikarskim i celnym spostrzeżeniom informował ciekawie i na bieżąco o istotnych wydarzeniach w środowisku lekarskim.

Znakomity Dziennikarz, Serdeczny Kolega.

Prezydium i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

31 stycznia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 193, obwieszczenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

3 lutego 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 211, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 17 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wyrobach medycznych.

10 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 237.

Zmiany zostały wprowadzone w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia określającej warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, m.in.: w poz. **39. położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny** w części „pozostałe wymagania” dodano:

- stosowanie standardów postępowania medycznego z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań, oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych,
- stosowanie standardów w łagodzeniu bólu porodowego,
- w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu – zapewnienie dostępności leczenia wewnątrzmacicznego,
- w przypadku zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu powstałych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – zapewnienie dostępności opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

Świadczeniodawcy, którzy nie spełniają w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia określonych w nim wymagań, realizują świadczenia opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach przez okres, na jaki zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie dłużej jednak niż do 1 sierpnia 2017 r.

10 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 236.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia **perinatalna opieka paliatywna** oznacza zapewnienie:

- a) wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej,
- b) opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej,
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia,
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej,
- perinatalnej opieki paliatywnej – w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym,
- porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym,
- koordynację opieki przez:
 - a) zapewnienie współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej,
 - b) zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
 - c) zapewnienie współpracy z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki,



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

Pracownik biura Daniel Jarosz, tel.: 22-542-83-33, d.jarosz@oilwaw.org.pl

- d) poinformowanie rodziców dziecka o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz o sposobie pochówku,
- e) przekazanie informacji dotyczących postępowania w przypadku zgonu dziecka,
- f) zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, a w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:

- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- wskazanie medyczne, przede wszystkim fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej nierokującej nadziei na wyleczenie, a w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej – ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, określone jednostkami chorobowymi, o których mowa w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

W załączniku nr 2 dodano część IV Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej.

Wymagania dotyczące personelu obejmują m.in. zatrudnienie:

lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, perinatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, medycyny paliatywnej albo medycyny rodzinnej, posiadającego udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w opiece paliatywnej oraz co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną.

10 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 lutego 2017 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi lub jej składników wykonania zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości rekompensaty, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 235.

14 lutego 2017 r. weszło w życie zarządzenie nr 9/2017/DWM prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 lutego 2017 r. w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawanej w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA.

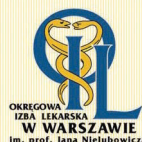
Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest na 12 miesięcy w związku z pobytem czasowym w innym państwie członkowskim UE/EFTA, który nie jest związany z wykonywaniem pracy:

- ubezpieczonym pracownikom,
- prowadzącym pozarolniczą i rolniczą działalność gospodarczą,
- pobierającym świadczenie rentowe,
- studentem zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię,
- członkom rodziny ubezpieczonego zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast osobom pobierającym świadczenie emerytalne karta wydawana jest na 5 lat, a bezrobotnym zarejestrowanym w urzędzie pracy na 2 miesiące. Podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, którzy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, karta wydawana jest na 2 miesiące. Osobom posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i obywatelstwo polskie, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej, karta wydawana jest na okres wskazany w decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jednak nie dłużej niż na 90 dni. Ponadto osobom będącym świadczeniobiorcami, innymi niż wymienieni wyżej:

- posiadającym obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia, karta wydawana jest na 6 miesięcy, jednak nie dłużej niż do dnia ukończenia 18. roku życia,
- mającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży albo porodu, karta wydawana jest na 6 miesięcy, a w okresie połogu na 42 dni.

14 lutego 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 250, obwieszczenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.



**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

16 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 7 lutego 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych funkcjonariuszy Straży Granicznej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 266.

Rozporządzenie określa:

- rodzaj i zakres badań okresowych,
- wzór skierowania na badania okresowe i kontrolne,
- wzór orzeczenia lekarskiego.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia określony jest zakres podstawowy badań okresowych oraz ich rodzaje dla funkcjonariuszy Straży Granicznej.

Rozszerzony zakres badań okresowych oraz ich rodzaje dla funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących służbę:

- w strzeżonych ośrodkach, aresztach dla cudzoziemców, pomieszczeniach dla osób zatrzymanych, komórkach organizacyjnych właściwych w sprawach doprowadzeń cudzoziemców oraz dla funkcjonariuszy Straży Granicznej przyjmujących wnioski cudzoziemców o ochronę międzynarodową – jest określony w załączniku nr 2,
- w wydziałach realizacji i zabezpieczenia działań oraz na stanowisku pirotechników – jest określony w załączniku nr 3,
- w warunkach morskich na jednostkach pływających Straży Granicznej, w laboratorium kryminalistycznym, jako eksperci kryminalistyczni, radiometryści i kierujący pojazdami służbowymi oraz pełniący służbę w warunkach narażenia na inne czynniki szkodliwe i uciążliwe – jest określony w załączniku nr 4.

16 lutego 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 10 lutego 2017 r. w sprawie kształcenia na studiach doktoranckich w uczelniach i jednostkach naukowych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 256.

Rozporządzenie określa:

- reguły kształcenia na studiach doktoranckich,
- zajęcia fakultatywne rozwijające umiejętności dydaktyczne lub zawodowe, minimalny wymiar zajęć oraz liczbę punktów ECTS,
- wymiar praktyk, także realizowanych w formie zajęć dydaktycznych na studiach doktoranckich prowadzonych w uczelni,
- wymagania dla poszczególnych form studiów doktoranckich.

21 lutego 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 304, obwieszczenie ministra zdrowia z 30 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.

21 lutego 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 311, obwieszczenie ministra zdrowia z 2 lutego 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności aktywnych wyrobów medycznych do implantacji.



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 Paluszkiewicz, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepły, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiątko, 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. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL

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

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej

Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

asystentki: Ewa Nagiel, Magdalena Goździk

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

faks 22-542-83-41

asystentka prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie

Marta Bodek; tel. 22-542-83-50

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

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka

tel. 22-542-83-31

asystentka: Katarzyna Kalinowska

tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

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

Dyrektor biura Zbigniew Gałazka

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

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

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

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

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

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

Składki – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-28

Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska

22-542-83-39, Agnieszka Tkaczyk; 22-542-83-78

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

p.o. Janina Barbachowska

biuro: p.o. kierownika Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-22

Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24

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

Okręgowy Sąd Lekarski przewodniczący Roman Jasiński

kanc.: Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz

tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

prac. biura: Julita Kwatyniec; tel. 22-542-83-90

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

tel. 22-542-83-90, 22-542-83-91

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

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

prac. biura: Artur Obzejta, Dominika Síporska,

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

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska

tel. 22-542-83-18, 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

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała

tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentyków

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-81

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentyków

przewodniczący: Julian Wróbel

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

Komisja Legislacyjna

przewodniczący Aleksander Kotlicki

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

Ośrodek Współpracy z Zagranicą

kierownik Krzysztof Schreyer

prac. biura: Joanna Kalupa; 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. 22-542-83-91

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

przewodniczący Adam Górski

prac. biura: Daniel Jarosz; tel. 22-542-83-33

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. 22-542-83-71, 22-542-83-75; 22-542-83-76,

22-542-83-77, faks 22-542-83-65

e-mail: odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-69

Marketing i reklama

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

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Koordinator Mediów

Mirosław Usidus; tel. 22-542-83-83;

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

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

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

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

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

Klub Lekarzy

kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82

Fundacja „Pro Seniore”

Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02

XXXVII OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OIL W WARSZAWIE

