

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

# POULS

maj - czerwiec 2017 nr 5-6

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

Wywiad  
z prof. Iwoną  
Grabską-Liberek,  
konsultantem  
wojewódzkim  
w dziedzinie okulistyki  
na Mazowszu  
[str. 14]

III Mazowieckie  
Spotkania  
Stomatologiczne  
[str. 1]

Głos w sprawie POZ  
[str. 9]

I Kongres Zdrowia  
Psychicznego  
[str. 10-13]



# III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



SPONSORZY BRĄZOWI:



Bank Polski



## 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

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

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–16.20 Wybrane błędy w leczeniu protetycznym  
– dr hab. n. med. Jolanta Kostrzeva-Janicka

16.20–16.30 Przerwa kawowa

16.30–17.30 Bruksizm – destrukcja ciała, ale zbawienie duszy  
– dr n. med. Piotr Jurkowski

20.00 Uroczysta kolacja

### SALA B

10.45–12.15 Zastosowanie laserów w praktyce klinicznej lekarza dentysty  
– lek. dent. Zbigniew Adamczyk

12.15–12.30 Przerwa kawowa

12.30–13.15 Możliwości i ograniczenia rejestracji centralnej  
– dr n. med. Andrzej Bożyk

13.15–14.00 Implantoprotetyka – możliwości oraz ograniczenia  
– ppłk. 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

17.15–18.15 Mikrochirurgiczna resekcja wierzchołka korzenia zęba, czyli leczenie kanałowe od wierzchołka  
– lek. dent. Hubert Gołąbek

18.15–19.00 Budowa przewagi konkurencyjnej w oparciu o modele biznesowe  
– lek. wet. Kamil Kuczewski

### 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 Sobeka



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 Nędzi-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. Aneta Praska-Jaros

#### 14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–18.00 Jak sprawnie wykonać zabieg szynowania zębów – zastosowanie włókien poliamidowych typu gąsienica  
– lek. dent. Aneta Praska-Jaros

### 10 czerwca 2017 r., sobota

#### SALA A

9.00–10.00 Nowoczesne materiały kompozytowe o niskim skurczu polimeryzacyjnym  
– prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski

10.00–11.00 Nowe lampy polimeryzacyjne – pułapki polimeryzacji  
– prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski

#### 11.00–11.15 Przerwa kawowa

11.15–12.00 Jak leczyć dziecko z niedoborem odporności  
– prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

12.00–12.30 Fluor w stomatologii minimalnie inwazyjnej  
– prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

#### 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 Jak poradzić sobie ze zwichniętym zębem  
– lek. dent. Emil Korporowicz

15.30–16.00 Rehabilitacja protetyczna pacjentów młodocianych  
– lek. dent. Elżbieta Wojtyńska

#### 16.00–16.15 Przerwa kawowa

16.15–17.30 Zakażenia w stomatologii i znaczenie biofilmów  
– dr hab. n. med. Marta Wróblewska

#### SALA B

9.00–10.00 Fotografia w stomatologii  
– dr n. med. Leszek Szalawski

10.00–10.45 Chirurgia stomatologiczna w zgodzie z biologią – CGF, piezochirurgia, komórki macierzyste oraz kilka modyfikacji  
– dr n. med. Maciej Michalak

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 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

15.00–16.00 Implanty jednoetapowe i dwuetapowe – równoległa rzeczywistość  
– lek. dent. Grzegorz Kruszczyński

16.00–17.00 Dylematy decyzji terapeutycznych – periodontologiczny punkt widzenia  
– dr n. med. Agnieszka Pawlik

17.00 Sesja samorządowa OIL w Warszawie

#### 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

15.00–18.00 Warsztaty chirurgiczne  
– dr n. med. Maciej Michalak.

\* Zgłoszenia na warsztat odbywający się podczas III MSS prosimy przesyłać pod adresem: [rejestracja.mss@oilwaw.org.pl](mailto:rejestracja.mss@oilwaw.org.pl)  
W warsztatach mogą wziąć udział wyłącznie osoby zarejestrowane na III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które w terminie 7 dni od daty rejestracji dokonały płatności. W tytule wiadomości należy podać dokładną nazwę wybranego warsztatu.

Rejestracja jest możliwa wyłącznie przez formularz na stronie: [www.izba-lekarska.pl](http://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](http://www.izba-lekarska.pl)

Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie.



Nr 5–6/2017 (265–266),  
maj – czerwiec 2017

Na okładce:  
prof. dr hab. n. med.  
Iwona Grabska-Liberek  
(fot. M. Beczek)

W numerze m.in.:

▶ III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	str. II okładki, 1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ Toną w długach...	4
▶ Dyskusji o POZ ciąg dalszy	9
▶ <b>opieka psychiatryczna</b>	10
▶ Musimy zmienić postrzeganie psychiatrii	10
▶ Jaskra nie boli, ale kradnie wzrok	14
▶ Narastający problem...	16
▶ <b>goniec medyczny</b>	17, 27
▶ Interna: nadzieja na przyszłość	18
▶ Oddziały nefrologiczne...	20
▶ Opieka paliatywna...	22
▶ <b>wybory</b>	25
▶ <b>leczyć ból</b>	26
▶ Wolny zawód	28
▶ <b>prawo i medycyna</b>	30
▶ <b>etyka</b>	31
▶ <b>z Mazowsza</b>	32
▶ Jak sobie radzimy	34
▶ <b>wędrówki po regionie</b>	36
▶ Pasjonaci w Druskiennikach	41
▶ <b>u nas w samorządzie</b>	42
▶ <b>doniesienia naukowe</b>	45
▶ <b>lektury</b>	48
▶ Rok Władysława Biegańskiego	51
▶ <b>sport</b>	52
▶ <b>literatura i życie</b>	56
▶ <b>wspomnienia</b>	58
▶ <b>nowe przepisy prawne</b>	60
▶ <b>felietony:</b>	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	7
▷ Walewski	24
▷ Ciepły	40
▷ Kowal	46
▷ Jankowska	47
▷ Müldner-Nieckowski	49

Fot. archiwum



## Dwa światy

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk  
redaktor naczelna

Od ponad półtora roku w naszym kraju dokonuje się dobra zmiana, która dotąd omijała skrupulatnie jedną z najważniejszych dla Polaków dziedzin życia, jaką jest bez wątpienia ochrona zdrowia. Dyskutowało się dużo, głównie w „kuluarach”, o konieczności zmian i ewentualnej realizacji programu wyborczego PiS (bo „dobrą zmianę” wprowadza się z pominięciem koniecznej debaty społecznej). Po co ten trud, ten stracony czas (na konsultacje, skoro i tak z góry wiadomo, że rozwiązania zaproponowane przez rząd muszą być zrealizowane – zastanawia się Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Nadal jednak nie mamy rozporządzeń i jasności, jak w szczegółach będzie wyglądało finansowanie placówek. Na razie NFZ nie płaci za nadwykonania, nawet te ratujące życie.

Dla przypomnienia: jedną z najważniejszych przedwyborczych obietnic Prawa i Sprawiedliwości była likwidacja kolejek do lekarzy i na operacje. Według ministra Konstantego Radziwiłła i polityków tego ugrupowania stanie się tak po zlikwidowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i wprowadzeniu budżetowego finansowania ochrony zdrowia. Jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki po wejściu w życie 1 października ustawy o sieci szpitali i po wprowadzeniu tzw. koordynowanej opieki – kolejki po prostu znikną. Ktoś, kto czekał pięć lat na operację endoprotezoplastyki stawu biodrowego, zostanie przyjęty do szpitala natychmiast, pacjent z chorym sercem, czekający nieskończenie długo na wizytę u kardiologa – już jutro stanie przed obliczem upragnionego specjalisty.

To wszystko oczywiście (jak to w bajce) nastąpi bez zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia oraz liczby lekarzy i pielęgniarek. Konstanty Radziwiłł jeszcze nie tak dawno twierdził, że bez podniesienia wydatków państwa nic na lepsze w sprawie kolejek się nie zmieni (co często przypominają mu to nie tylko media). Teraz, jako minister zdrowia, chyba niestety zmienił zdanie. Nagle pojawią się nowe zastępy lekarzy oraz pielęgniarek i wydarzy się kolejny cud nad Wisłą. – *Większość szpitali, które znajdują się w sieci, dostanie „gwarancję bytu” i większe pieniądze. Pacjenci zaś łatwiejszy dostęp do leczenia. Poważnie chorzy trafią na SOR, pozostali do przyszpitalnej przychodni, która ma świadczyć także pomoc nocną i świąteczną. To, co powtarzało wielu polityków – a w ślad za nimi także liczne media – o nieuchronnie zbliżającym się w służbie zdrowia Armagedonie, już dziś pachnie grubą przesadą, a z każdym dniem coraz bardziej okazuje się po prostu nieprawdą – mówi.*

Reasumując: mamy do czynienia z dwoma światami – światem „dobrej zmiany”, na którą z utęsknieniem czeka suweren i w którym wszystko jest jak w bajce, oraz ze skrzeczącą rzeczywistością, czyli pogarszającą się sytuacją finansową szpitali, coraz większym brakiem wykwalifikowanego personelu medycznego i poczuciem niepewności, co stanie się jesienią.

Być może za chwilę dowiemy się, że prawdą jest plotka o likwidacji resortu zdrowia i przejściu MZ przez resort pracy i polityki społecznej (czyli powstanie kolejne superministerstwo) z superminister Elżbietą Rafalską i wracającym za jej plecami, jak bumerang, ministrem Jarosławem Pinkasem. Czy coś nas jeszcze może zdziwić na tym świecie? ■

[e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl](mailto:e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl)



# Czas pokaże

**Andrzej Sawoni**

prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Teperek

**Nie** od dzisiaj wiemy, że system ochrony zdrowia potrzebuje pieniędzy i od lat cierpi na ich niedobór. We wrześniu 2016 r. przedstawiciele organizacji zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych manifestowali na ulicach Warszawy. Domagali się m.in. zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB. Deklarowana przez Ministerstwo Zdrowia perspektywa ich wzrostu do roku 2025 jest bardzo odległa i nie rozwiązuje bieżących problemów. Jednym z nich są wynagrodzenia przedstawicieli zawodów medycznych, a przecież godne płace to nie tylko poczucie bezpieczeństwa pracowników, nie tylko gwarancja stabilizacji kadr i powstrzymania wielu specjalistów przed wyjazdem za granicę. Brakuje lekarzy i pielęgniarek, personel medyczny często jest przemęczony, to rzutuje na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Pod obywatelskim projektem ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia PZM zebrało podczas szerokiej akcji prawie 240 tys. podpisów. Jakie będą dalsze losy projektu w Sejmie, czas pokaże. Jedno jest pewne: dotychczasowe propozycje resortu zdrowia w kwestii minimalnych wynagrodzeń nie są zadowalające. Budziły i wciąż budzą emocje środowisk medycznych i nie służą stabilizacji w codziennej pracy, tym bardziej że pozostaje jeszcze pytanie o źródła finansowania zmian wynagrodzeń, skoro budżety placówek ochrony zdrowia i tak są napięte, a szpitale zadłużone. Kwestie finansowe wiążą się też z uruchomieniem tzw. sieci szpitali. Pierwsze wykazy jednostek, które znajdują się w sieci od 1 października 2017 r., zostaną ogłoszone do 27 czerwca. Już widać, że na wejściu do sieci skorzystają oddziały internistyczne, chirurgiczne i ginekologiczno-położnicze w szpitalach powiatowych. Ale można się spodziewać, że nie wszyscy będą zadowoleni. To kluczowy moment zmian w systemie ochrony zdrowia. Ich efekty poznamy wkrótce.

Rok 2017 jest rokiem wyborów w naszym samorządzie. Na przełomie kwietnia i maja trafił do Państwa rąk informator z wykazem rejonów wyborczych i imiennymi listami głosujących oraz kartą zgłoszenia kandydata na delegata na okręgowy zjazd lekarzy. O tym, jak ważna jest samorządowa reprezentacja środowiska zawodowego, będziemy mówili na najbliższej konferencji Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, która odbędzie się 2 czerwca w Senacie RP. Tematem spotkania, w którym głos zabiorą przedstawiciele samorządów medycznych i niemedycznych zawodów zaufania publicznego, będzie podkreślenie roli samorządu jako gwaranta bezpieczeństwa jednostki. Chcemy wspólnie zaakcentować, że samorząd zawodowy, stojąc na straży bezpieczeństwa wykonywania zawodu przez działania na wielu polach, dba o przestrzeganie praw danej społeczności. Również w czerwcu odbędą się III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, których organizatorem jest nasza Izba. To znaczące wydarzenie, a jego bogaty program obejmuje różnorodne problemy stomatologii. Wpisało się już w kalendarium spotkań lekarzy dentyków i jest okazją do wymiany doświadczeń, dyskusji i integracji środowiska. ■

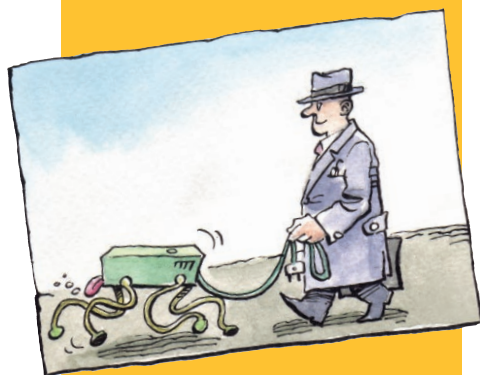
facebook.com/OILWarszawa



Toną w długach.  
Lepiej nie będzie?  
str. 4



Szpitale kliniczne.  
Niepokojąca cisza  
str. 6



Wolny zawód  
str. 28

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](mailto:p.rejestracja@oilwaw.org.pl)  
lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.



Fot. archiwum

# Szpitala toną w długach.

## Lepiej nie będzie?

Małgorzata Solecka

W III kwartale 2016 r. zadłużenie szpitali wyniosło 11,2 mld zł – to najwyższy poziom od dziesięciu lat. Fundacja Republikańska w zaprezentowanym na początku maja raporcie próbuje odpowiedzieć na pytanie o przyczyny nie tyle powstania, co narastania zadłużenia szpitali. A przede wszystkim znaleźć odpowiedź na pytanie, czy proponowane przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania, w tym sieć szpitali, pomogą placówkom służby zdrowia, czy wręcz przeciwnie. Odpowiedź nie jest ani jednoznaczna, ani zbyt optymistyczna.

Autorzy raportu nie mają wątpliwości: najważniejszą przyczyną zadłużenia szpitali są zbyt niskie nakłady na służbę zdrowia. Polska przeznaczająca na nią około 6,3 proc. PKB, ale tylko 4,8 proc. PKB to pieniądze publiczne, a szpitale finansowane są w lwiej części (praktycznie wyłącznie) z pieniędzy publicznych. Średnia unijna poziomu

finansowania (z publicznych i prywatnych środków) sięga niemal 9 proc. – To oznacza, że na ochronę zdrowia wydajemy o około 30 proc. mniej niż przeciętny członek OECD. Pod względem nakładów na nią zajmujemy zatem jedno z ostatnich miejsc w Europie – przypominał Dariusz Wasilewski, ekspert Fundacji Republikańskiej.

W systemie jest za mało pieniędzy. Za mało płaci NFZ za poszczególne procedury medyczne, nie za wszystkie, ale znaczącą część. Szpital udzielający świadczeń zakontraktowanych przez NFZ dostaje mniej pieniędzy, niż wynosi rzeczywisty koszt ich wykonania. W raporcie czytamy, że w 2015 r. tylko 27 proc. szpitali było rentownych na poziomie procedur. Autorzy zwracają uwagę, że wśród trzech najbardziej zadłużonych placówek (łącznie na ponad miliard złotych) są dwie pediatryczne – Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Powód? Przez lata procedury pediatryczne były niedoszacowane, a tym samym działalność szpitali deficytowa.

Problemem są również nadwykonania, a raczej niejasne zasady dotyczące regulowania należności za świadczenia wykonane ponad limit. Zarządzający szpitalami nie są w stanie przewidzieć, czy NFZ zapłaci za nie (i ewentualnie, jaką część). Tylko w 2015 r. toczyło się 589 spraw sądowych przeciwko NFZ o zapłatę za nadwykonania, a kwota roszczeń wynosiła blisko 1,5 mld zł.

Kolejny czynnik wpływający na wysokość zadłużenia szpitali to narzucanie jednostkom służby zdrowia wymogów, bez wskazania źródeł ich finansowania. Fundacja daje przykład: wprowadzenie w 2017 r. płacy minimalnej w wysokości 2 tys. zł i minimalnej stawki godzinowej w wysokości 13 zł. Narzuceniami z góry wymogami są też np. podwyżki dla pielęgniarek i pomysły wprowadzenia minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia – wskazują autorzy raportu. Tymczasem właśnie 9 maja pomysł ministra zdrowia stał się czymś więcej: projekt ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne został zaakceptowany przez Radę Ministrów i trafi pod obrady Sejmu. Podwyżki w służbie zdrowia są konieczne, bez nich trudno sobie wyobrazić zahamowanie odpływu kadr medycznych,



Fot. licencja Artmedia Partners



# Zebrałiśmy podpisy!

Blisko 240 tys. podpisów zebrano pod obywatelskim projektem ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia. Listy podpisów zostały złożone na ręce marszałka Sejmu 15 maja.

Zgodnie z przepisami, projekt ustawy złożony przez Porozumienie Zawodów Medycznych do łaski marszałkowskiej 16 lutego 2017 r., w ciągu trzech miesięcy musiał uzyskać poparcie ustawowo określonej liczby osób.

– *Potrzebowaliśmy 100 tys. podpisów, zebraliśmy 239 476* – podkreśla Tomasz Dybek, przewodniczący Porozumienia Zawodów Medycznych, dziękując wszystkim za poparcie inicjatywy.

W akcję aktywnie włączyła się Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. Podpisy były zbierane podczas XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Warszawie 1 kwietnia 2017 r.,



Fot. E. Szarkowska

a w kwietniowym wydaniu „Pulsu” znalazł się apel o wsparcie akcji i tabela do umieszczenia podpisów.

Obywatelski projekt ustawy został wypracowany przez całe środowisko medyczne. Określa płace minimalne w poszczególnych grupach zawodów medycznych w odniesieniu do średniej krajowej, dla osób zatrudnionych na umowach o pracę w publicznej ochronie zdrowia. Wzięto w nim pod uwagę niezbędne wykształcenie, specjalizacje, obciążenie i odpowiedzialność oraz staż pracy. ■

esz

ale projekt Konstantego Radziwiłła jako jedyne źródło finansowania podwyżek (w ciągu pięciu lat pochłoną niemal 9 mld zł) wskazuje „finanse NFZ” i wprost stwierdza, że koszty będą musieli ponieść świadczeniodawcy.

Ważną przyczyną pogłębiania się zadłużenia zdaniem ekspertów Fundacji Republikańskiej są: dotychczasowa, zbyt gęsta, sieć szpitali i zbyt częste wykorzystywanie leczenia szpitalnego w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Mówiąc wprost: szpitali w Polsce jest za dużo i pacjenci trafiają do nich zbyt często, podczas gdy mogliby być taniej leczeni (a przede wszystkim diagnozowani) w ramach opieki ambulatoryjnej. „W Polsce jest ponad 6 łóżek szpitalnych na 1 tys. mieszkańców, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników w Europie” – przypominają eksperci i podkreślają, że „szpitale rekompensują niedomagania innych placówek” (chodzi przede wszystkim o dostępność specjalistów i badań specjalistycznych).

Na zwiększanie się zadłużenia mają też niebagatelny wpływ rosnące koszty opieki medycznej związane z rozwojem technicznym oraz doraźność rozwiązywania problemu zadłużenia. Niekiedy decyduje też czynnik ludzki, czyli błędy popełniane przez zarządzających szpitalami.

Gdy szpital traci płynność finansową, zaczyna opłacać to, co bezwzględnie konieczne: wynagrodzenia pracowników, składki ZUS, podatki i zobowiązania wynikające z kredytów. Inne zobowiązania, np. faktury od dostawców, są regulowane z gigantycznym, sięgającym nawet roku, opóźnieniem. To swego rodzaju „kredyt kupiecki” (szpitale nagminnie zadłużają się u dostawców leków i materiałów medycznych oraz u podwykonawców, m.in. firm sprzątających).

Fundacja Republikańska zwraca uwagę, że zarządzający szpitalami zwykle z problemem długu muszą sobie radzić (lub – nie radzić) sami. W nielicznych przypadkach z pomocą przychodzą podmioty tworzące, głównie samorządy. W szczególności trudnej sytuacji są szpitale powiatowe, niejednokrotnie ich zadłużenie stanowi przesłankę do ogłoszenia bankructwa jednostki samorządu terytorialnego. Zadłużone szpitale nie mają szans na uzyskanie kredytu bankowego, więc bywa, że jedynym realnym źródłem środków stają się instytucje parabankowe.

Czy reformy Konstantego Radziwiłła mogą zmienić na korzyść sytuację finansową szpitali? Autorzy raportu oceniają, że w tej chwili trudno przesądzić, jakie będą ich konsekwencje, tym bardziej że część jest nadal w fazie projektów. Najważniejsza wydaje się kwestia zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia – do 6 proc. PKB z pieniędzy publicznych. Ale eksperci podkreślają, że w świetle zapowiedzi resortu zdrowia (choćby dotyczących płac minimalnych dla pracowników medycznych) oraz presji płacowej ze strony zatrudnionych taki wzrost może się okazać niewystarczający. Zostanie bowiem skonsumowany przez podwyżki, a także konieczne inwestycje oraz inflację medyczną (m.in. typowy dla wszystkich rozwiniętych krajów świata wzrost kosztów świadczeń wywołany postępowaniem technicznym).

Raport „Sieć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy. Zadłużenie szpitali publicznych jako ryzyko funkcjonowania nowego systemu” został przygotowany na zlecenie Stratera Med – Związku Pracodawców na rzecz Równości Stron w Postępowaniach o Zamówienia Publiczne. ■

# Niepokojąca cisza

Ewa Książek-Bator

## O czym milczy Ministerstwo Zdrowia w sprawie szpitali klinicznych

Głośno jest o sieci szpitali, lekarzach POZ, ratownikach i pielęgniarkach. Obecne kierownictwo resortu zdrowia podjęło wiele tematów, pochyliło się nad wieloma sprawami od lat czekającymi na załatwienie. Ale gdy chodzi o szpitale kliniczne – zastanawiające milczenie. Skąd się ono bierze? Wielokrotne próby stworzenia jasnych przepisów dla tego typu jednostek nie przyniosły rezultatu. I trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego. Założenia pisali eksperci w ministerstwie, rektorzy uczelni medycznych, a także sami dyrektorzy, ale niestety nigdy nie doczekały się publikacji. Zastanawiające jest tylko, z czego to wynika.

## Oczekiwania a rzeczywistość

Szpitaly kliniczne na całym świecie mają zdefiniowaną rolę i określone zadania. Za ich wykonanie otrzymują wynagrodzenie z różnych źródeł, głównie od instytucji, które są zainteresowane zlecaniem szpitalowi klinicznemu innych zadań niż leczenie chorych. W Polsce mamy odmiennie realia. Szpitale kliniczne, będące kluczowym elementem systemu zabezpieczenia medycznego kraju, działają na zasadach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest uczelnia medyczna. Uczelnie natomiast, będąc jednostkami budżetowymi, nie dysponują środkami i nie czują się odpowiedzialne za realizowane przez szpital zadania i ich finansowanie. Oczekują od głównego płatnika, czyli NFZ, i ministerstwa sfinansowania potrzeb szpitala. I nie doczekują się.

## Wyjść naprzeciw

Teoretycznie wszyscy wiedzą, że nie ma nic za darmo, a jednak w praktyce liczą na takie działania. Wydawałoby się zatem, że wyjściem naprzeciw oczekiwaniom dyrektorów szpitali i rektorów uczelni medycznych będzie

ustawowe określenie zasad funkcjonowania i finansowania tych podmiotów. Szpital kliniczny to bowiem wyłącznie podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna. Wykonuje działalność leczniczą, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych przez uczelnię medyczną, w szczególności z kształceniem przed- i podyplomowym w zawodach medycznych oraz wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. I jako taki powinien być finansowany.





## Potrzebne zmiany

Wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale niestety nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych. Ponadto co roku niepewność co do zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit umowy destabilizuje finanse szpitali, często uniemożliwiając stworzenie racjonalnego planu rozwojowego jednostki. W poszczególnych kategoriach występuje wiele barier, które w mojej ocenie wymagają pilnych zmian:

### 1. PRAWNE – NIEUREGULOWANE:

- zatrudnianie nauczycieli akademickich i ich dostęp do danych pacjenta,
- zmiana formy prawnej – z zabezpieczeniem uczelni, finansów, pacjentów i wierzycieli oraz z określeniem zasad, na podstawie których byłyby podejmowane te decyzje,
- możliwość komercyjnego wykorzystania wolnego potencjału szpitala i nielimitowanie świadczeń zdrowotnych, wyłączenie z konkursów, gwarancja kontraktu,
- wprowadzenie stopni referencyjności szpitali, określenie wymogów i uprawnień dla nich,
- ustalenie, kto i w jakim zakresie wpływa na zarządzanie – minister zdrowia, minister szkolnictwa wyższego, minister skarbu lub inne organy,
- stanowiska, wynagrodzenia, kwalifikacje i wymogi jasno zdefiniowane, bez ingerencji zewnętrznej;

### 2. FINANSOWE – NIEUREGULOWANE:

- wyceny usług zdrowotnych winny być wyższe – adekwatnie do poziomu referencyjnego i rzeczywistych kosztów wykonanych świadczeń w oparciu o standard,
- brak planowego źródła finansowania zakupów aparatury i sprzętu medycznego, remontów i inwestycji,
- brak źródła i sposobu finansowania dydaktyki na terenie szpitala;

### 3. PODATKOWE – DO ZMIANY:

- wskaźnik do naliczania PFRON w szpitalach należy obniżyć przynajmniej do takiego poziomu jak na uczelniach,
- VAT i PDOP – zwolnienia lub preferencje,
- odpady – ustalić maksymalny poziom lub wprowadzić stawki preferencyjne,
- podatek od nieruchomości – zwolnić z opłat.

## Pora się tym zająć

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jedną z najtrudniejszych do rozwiązania kwestii w procesie zmian ochrony zdrowia jest reforma szpitali uniwersyteckich. Trudności te wynikają zarówno z wielkości tego typu szpitali, jak i z wielodyscyplinarnego charakteru ich działalności. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że różnorodność i liczba szpitali klinicznych w poszczególnych województwach jest zmienna. Pracują w nich wybitni specjaliści realizujący projekty badawcze i naukowe, a także określony proces dydaktyczny. Brak wyznaczonej ścieżki prawnej oraz spójnego i kompleksowego systemu finansowania szpitali uniwersyteckich powoduje często niski poziom ekonomicznej efektywności i niemożność połączenia wszystkich zadań w harmonijną całość. ■

*Autorka jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali. Przez wiele lat kierowała Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.*

Artykuł ukazał się w „Menedżerze Zdrowia” 2/2017.



Fot. archiwum

## Marek Balicki

Prof. Thomas E. Getzen w swoim podręczniku ekonomiki zdrowia przestrzega, że reforma połowiczna może być gorsza od zachowania *status quo*. Ilustruje to przykładem zaczerpniętym z Medicare, amerykańskiego rządowego programu ubezpieczeń społecznych.

W latach 80. XX w. niektórzy lekarze zwiększali dochody ze swojej praktyki, dodając narzuty do rachunków za badania laboratoryjne, które były wykonywane w pobliskich przychodniach. Chcąc zapobiec nadużyciom, Medicare zabronił stosowania tego typu narzutów i nakazał, aby laboratoria wystawiały rachunki bezpośrednio pacjentom. Chęć uniknięcia dodatkowych i zbędnych kosztów była dla wszystkich oczywista. Jednak rezultaty okazały się przeciwne do planowanych. W wielu przypadkach koszty wzrosły i pogorszyła się jakość świadczeń. Jak do tego doszło?

Część lekarzy przestała pośredniczyć w badaniach laboratoryjnych swoich pacjentów. Zawyżone opłaty znikły, a pacjenci szukali tańszych laboratoriów. I o to chodziło. Jednak wielu innych lekarzy, chcąc zrekomensować sobie utracone zyski, zaczęło wykonywać badania w małych laboratoriach, organizowanych przez siebie przy własnych gabinetach. Badania takie okazywały się z reguły niezwykle drogie, a ich jakość niska. Wykonywane były często przez niewykwalifikowanych techników, nie stosowano systemów monitorowania jakości. Nie występował też efekt skali. Ostatecznie, jak twierdzi Getzen, opieka stała się mało wydajna i niezwykle droga dlatego, że lekarze, czemu trudno się dziwić, dążyli do zwiększenia dochodów, a zmiana nie była do końca przemyślana i miała charakter fragmentaryczny.

Historia ta przypomina się w związku z wprowadzeniem przez rząd ryczałtowego finansowania szpitali. W strategii zmian ogłoszonej latem ubiegłego roku wskazywano wady systemu finansowania świadczeniodawców polegającego na płaceniu za poszczególne usługi i procedury, co przy różnych cenach prowadzi do podziału pacjentów na opłacalnych i generujących długi. Szpitale, dbając o wyniki finansowe, skupiają się głównie na rozwoju usług dobrze finansowanych i zaniedbują inne albo się zadłużają. Nowy sposób finansowania miał z tym radykalnie zerwać.

Jednak wprowadzany przy okazji powołania do życia sieci szpitali ryczałt wydaje się klasycznym przykładem rozwiązania połowicznego. Nie oznacza bowiem odejścia od zasady płacenia za usługę. Niby będziemy mieć stały roczny budżet globalny, ale podstawą jego określenia będzie liczba, rodzaj i cena usług wykonanych w poprzednim roku. W efekcie, podobnie jak dzisiaj, najbardziej będzie się opłacało wykonywanie świadczeń najlepiej wycenionych. Co się zmieni? Z pewnością nowy system będzie mniej przejrzysty. Sukcesu to wszystko nie wróży.

Tymczasem mamy w Europie udane przykłady innego finansowania niż płacenie za usługę, np. stanowiący całościową koncepcję hiszpański model Alzira. Na czym polega jego specyfika – następnym razem.

I na koniec: „Ekonomika zdrowia” Getzena została niedawno wznowiona. Warto do niej sięgać, planując kolejne reformy. ■

# Wiosenny PES w specjalnościach lekarsko-dentystycznych za nami

**W sesji wiosennej 2017 r. do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przystąpiło 101 lekarzy dentystów. Dla 71 egzamin zakończył się wynikiem pozytywnym.**

Sredni wynik z egzaminu testowego we wszystkich specjalizacjach lekarsko-dentystycznych wyniósł 84 proc. i był wyższy o 2 punkty procentowe niż w sesji jesiennej 2016 r. Testu nie zaliczyło prawie 22 proc. osób, które przystąpiły do egzaminu (22 ze 101 zdających), jesienią 2016 r. było to około 20,3 proc. (28 ze 138 zdających).

Najtrudniejsza okazała się chirurgia stomatologiczna – egzaminu testowego nie zaliczyło 8 osób na 17 przystępujących (74,6 proc.). Najlepszy wynik osiągnięto w periodontologii, odsetek ocen pozytywnych wyniósł 94 proc., test oblała tylko 1 osoba (na 7).

Części ustnej PES nie zaliczyło 16 na 87 osób zdających. Najwięcej niepowodzeń odnotowano na egzaminie z chirurgii stomatologicznej (5/11) i chirurgii szczękowej (4/10). Najskuteczniejsi na egzaminie ustnym byli lekarze dentyści ubiegający się o tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej (26/27) oraz protetyki stomatologicznej (18/20).

Z analizy wyników PES zdawanego przez lekarzy dentystów w latach 2003–2017, przedstawionej przez CEM, wynika, że istotnym problemem jest zjawisko wielokrotnych podejść do egzaminu kończących się niepowodzeniem. Najwyższy odsetek powtarzanych, a mimo to nieskutecznych podejść do PES (około 4 proc.) występował w chirurgii stomatologicznej i ortodoncji. W najmniejszym stopniu problem ten dotyczył periodontologii – tylko 1 proc.

W ciągu 15 analizowanych lat specjalistom z chirurgii stomatologicznej wydano 396 dyplomów. 31 osób nie uzyskało tytułu, co stanowiło 7,8 proc. zdających. 28 lekarzy dentystów nigdy nie zdało testu (w tym 1 osoba – czterokrotnie, 6 – trzykrotnie, 8 – dwukrotnie, 13 – raz), a 9 nigdy nie zdało egzaminu ustnego (w tym 1 osoba – trzykrotnie, 1 – dwukrotnie, 7 – raz).

W przypadku ortodoncji w latach 2003–2017 wydano 334 dyplomy specjalistów. Tytułu nie uzyskało 19 lekarzy dentystów (5,7 proc. zdających), w tym 17 nigdy nie zaliczyło testów (w tym 2 osoby – czterokrotnie, 5 – trzykrotnie, 6 – dwukrotnie, 4 – raz), a 4 osoby nigdy nie zdały egzaminu ustnego (1 osoba – trzykrotnie, 3 – raz). ■

Ewa Szarkowska

## Będzie łatwiej o rehabilitację na Mazowszu?

**– Chcemy poprawić dostępność rehabilitacji wszędzie tam, gdzie jest gorsza, oraz zwiększyć pulę pieniędzy na świadczenia realizowane w miejscu zamieszkania chorego – informuje Filip Nowak, dyrektor Mazowieckiego Oddziału NFZ.**

3 kwietnia 2017 r. minął termin składania ofert lekarskiej opieki rehabilitacyjnej w konkursie ogłoszonym 20 marca przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ. To pierwszy po sześciu latach konkurs na tego typu świadczenia na Mazowszu. Poprzedni, przeprowadzony w 2014 r., został unieważniony. Rozstrzygnięcie postępowania ma nastąpić 14 czerwca 2017 r.

– Zainteresowanie rehabilitacją na Mazowszu jest duże. Otrzymaliśmy 265 ofert świadczenia usług z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej. Placówki musiały rzetelnie opisać w ofercie kwalifikacje swoich pracowników, posiadany sprzęt, kompleksowość opieki – podkreśla dyrektor Nowak. – Chodziło o to, by komisja konkursowa rozpatrująca oferty mogła wybrać faktycznie najlepszego realizatora. W porównaniu z poprzednimi konkursami o połowę mniej punktów można zdobyć w kategorii cena, co pokazuje, że zależy nam na świadczeniach najlepszych, a nie najtańszych.

Aktualnie w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ ma zawarte

umowy ze 184 podmiotami, które realizują świadczenia w 222 miejscach.

20 marca mazowiecki NFZ ogłosił także konkurs ofert w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, ale 31 marca go odwołał. Powodem była informacja ministra zdrowia o potrzebie nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń, a w szczególności wymaganego personelu medycznego.

– Z uwagi na charakter planowanych zmian, mających bezpośredni związek z zapewnieniem właściwej realizacji umów oraz dostępności świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, postępowania konkursowe w tym zakresie zostaną ogłoszone ponownie po wejściu w życie znowelizowanego rozporządzenia – poinformował Michał Dzięgielewski, zastępca dyrektora Mazowieckiego Oddziału NFZ ds. medycznych.

W drugim półroczu 2017 mazowiecki oddział planuje wydać ogółem na świadczenia rehabilitacyjne ponad 200 mln zł. Z tego blisko 40 proc. jest przeznaczony na świadczenia lekarskiej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapię, pozostałe 60 proc. – na rehabilitację i fizjoterapię realizowane w szpitalach, zarówno tych, które trafią do sieci, jak i spoza niej.

Nakłady na rehabilitację na Mazowszu w 2017 r. wzrosły do ponad 425 mln zł z przeszło 409 mln zł w roku 2016. ■

esz



# Dyskusji o POZ ciąg dalszy

Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia



Fot. archiwum PPOZ

Zmiany systemowe w podstawowej opiece zdrowotnej są nieuniknione, co od dawna podkreślają lekarze Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jednak reforma wymaga doprecyzowania, a konkretów nadal brak! Reforma, a nie rewolucja – to podstawa oczekiwanych zmian. To również proces wieloletni, wymaga-

jący projektów rozporządzeń i aktów prawnych, czyli uszczegółowienia ustawy. Bez nich wskazywane zadania POZ, jako podstawowej dziedziny ochrony zdrowia w Polsce, są niemożliwe do zrealizowania. A dziś jest to, niestety, tylko mglisty zarys.

Braki organizacyjne, niedofinansowanie, ale przede wszystkim dramatyczny spadek liczebności kadr medycznych – tak dziś wygląda podstawowa opieka zdrowotna w Polsce! Tylko właściwa długoterminowa polityka kadrowa może zapewnić polskim pacjentom odpowiednią liczbę lekarzy, co jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania POZ.

30 marca 2017 r. przedstawiciele PPOZ po raz kolejny uczestniczyli w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia. Po uwagach kierowanych do resortu projekt ustawy o POZ w kilku punktach ulega zmianie. Po pierwsze, resort rezygnuje z opieki zintegrowanej. Szczegóły dotyczące opieki koordynowanej znane będą dopiero po przeprowadzonym pilotażu. Kiedy? Pilotaż ma rozpocząć się w przyszłym roku i potrwać do końca 2019. Resort zauważa też konieczność postawienia na kadry. Najbliższe osiem lat (do 2025 r.) ma

być czasem właśnie na kształcenie specjalistów medycyny rodzinnej. Tę sprawę ureguluje już nie ustawa o POZ, ale inne. Jak to zostanie zrealizowane, również nie wiemy.

Kolejnym problemem wymagającym uregulowania jest kwestia połączenia systemowego POZ w świetle ustawy o sieci szpitali oraz zmiany w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Nie wiadomo też, jak po reformie będzie wyglądać zespół POZ.

To tylko założenia i mgliste plany. Mamy wrażenie, że historia zatoczyła koło. To takie *déjà vu!* Wszystko już było. Znowu politycy widzą ratunek dla ochrony zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej. Przerabialiśmy już to w latach 90. Czy tym razem zapewnią bezpieczeństwo pacjentom? Czy pojawią się akty prawne, rozporządzenia? Czy wzrośnie liczba lekarzy, a za reformą pójdą środki finansowe? Chcemy, żeby podstawowa opieka zdrowotna w Polsce gwarantowała pacjentom wszechstronną, skoordynowaną i ciągłą opiekę. Ale czy tak się stanie? To zależy tylko od mądrych decyzji polityków! ■

„Menedżer Zdrowia”, 6.04.2017.

## Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



Projekt ustawy przewiduje pozbawienie prawa do pracy w POZ szerokiej rzeszy lekarzy, którzy dotychczas mieli to prawo na podstawie art. 14 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2007 r., poz. 1172). **Wszystkie te osoby nie będą mogły pracować w POZ, jeżeli nie posiadają tzw. listy aktywnej pacjentów. Większość z nich nie ma takiej listy.** Dotyczy to bardzo wielu specjalności. W ten sposób około 20 tys. lekarzy (wg oceny OZZL) straci pracę, pogłębiając tym samym deficyt lekarzy w POZ.

Projekt pozbawia możliwości pracy w POZ lekarzy (poza lekarzami rodzinnymi), którzy dotychczas nie pracowali

w POZ, a ze względu na swoje kwalifikacje mogliby tam pracować, np. pediatrów i internistów. Spowoduje to poważne trudności w funkcjonowaniu takiej opieki, ponieważ nadal większość w POZ stanowią lekarze innych specjalności niż medycyna rodzinna. Uniemożliwi się im zastępowanie lekarzy rodzinnych, co dzisiaj jest powszechną praktyką.

10 kwietnia 2017 r. Zarząd Krajowy OZZL zaapelował do Ministerstwa Zdrowia o zmianę wspomnianego projektu i przyjęcie zasady, że lekarzem POZ może być lekarz specjalista: medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, pediatrii lub interny, bez względu na rodzaj posiadanego dyplomu specjalizacji (I stopnia, II stopnia lub z tytułem specjalisty). ■

oprac. kb

NZOZ w Skarżysku-Kamiennej **zatrudni** specjalistę lub rezydenta w dziedzinie medycyny rodzinnej, internistę (etat, godziny), pediatrę (godziny).

Posiadamy akredytację do prowadzenia specjalizacji z medycyny rodzinnej. Kontakt: 604-447-707.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, pilnie **zatrudni** na stanowisku lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS lekarza specjalistę, w szczególności w zakresie: chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny pracy, ortopedii, psychiatrii, neurologii. Tel.: 22-590-20-09.

# Musimy zmienić postrzeganie psychiatrii

Z prof. nadzw. dr. hab. n. med. **Januszem Heitzmanem**, dyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozmawia Anetta Chęcińska.

## Czy przybywa pacjentów z problemami psychicznymi?

**W** Europie z powodu zaburzeń psychicznych cierpi około 50 mln ludzi, to 11 proc. populacji. Nie ma powodu myśleć, że w Polsce jest inaczej.

W ciągu ostatnich 10 lat liczba przyjęć do szpitali związanych z zaburzeniami po spożyciu substancji psychoaktywnych wzrosła o 800 proc., przyczyną jest dostępność używek. W lecznictwie ambulatoryjnym liczba przyjęć z powodu zaburzeń psychicznych zwiększyła się o około 130 proc., a hospitalizacji o 45 proc. Tylko psychoz leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym przybyło nam 220 proc. To jedynie przykłady, wiele dolegliwości o charakterze psychicznym wymyka się statystykom. Stwierdzenie, że wzrasta liczba przyjęć w poradniach zdrowia psychicznego i liczba hospitalizacji, co jest zauważalne, niewątpliwie nie odzwierciedla stanu zdrowia psychicznego populacji. Żyjemy w pośpiechu, jesteśmy przemęczeni pracą, boimy się o przyszłość zawodową, brakuje nam czasu na odpoczynek, na kontakty z dziećmi, z którymi dorośli nie znajdują porozumienia. Zmienia się model funkcjonowania rodziny, a rozmowę z przyjaciółmi zastępują portale społecznościowe. Nie mamy oparcia emocjonalnego, nie radzimy sobie z problemami, ale z tego powodu nie szukamy od razu pomocy psychiatry. Sami podejmujemy decyzje, które są przejawem słabości i nieumiejętności rozwiązania sytuacji trudnej. W Polsce u około 10 proc. młodych ludzi w wieku szkolnym ujawniają się zaburzenia depresyjne, lękowe, które rzutują również na 10 proc. rodzin. Depresja ujawnia się także u osób starszych, których przybywa w starzejącym się społeczeństwie. Przyczyną – samotność, bezradność, brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, przysłowiowy lęk o jutro, kłopoty zdrowotne.

## Dlaczego są problemy z dostępnością opieki psychiatrycznej?

Z ogólnej puli NFZ na leczenie, na psychiatryczną opiekę (bez kosztów leków) przypada około 3,4 proc. Średnia europejska to 5–6 proc., ale są kraje, w których na psychiatrię przeznaczają się 10–12 proc. środków. Równocześnie zła, zaniżona w stosunku do realnych kosztów (niedoszacowanie i minimalizm) wycena świadczeń powoduje stałe zadłużanie się szpitali psychiatrycznych. Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych bilansują się dzięki innym specjalnościom. Pacjenci i ich rodziny dopiero jak zobaczą, jakie są warunki leczenia na psychiatrii i co można im tam zaofero-

wać, dostrzegają marność tych świadczeń. Są słusznie wściekli i oburzeni, ale też czują się swoiście poniżeni. Dostępność świadczeń jest zróżnicowana, a część potrzebujących wsparcia wymyka się opiece psychiatrycznej. Po prostu wychodzą z założenia, że „wszystko, tylko nie szpital psychiatryczny”. I nie chodzi o to, że psychiatryczny. Standard przeciętnego polskiego szpitala psychiatrycznego jest fatalny i ponury. Stare mury, kraty, od lat nieremontowane wnętrza to codzienność. Pacjenta z zaburzeniami psychicznymi nie można umieszczać w sali kilkunastoosobowej, a gdy brakuje wolnego łóżka, kłaść na podłodze. NFZ nie finansuje inwestycji, tylko leczenie, a zakup nowych łóżek czy malowanie oddziału nie jest świadczeniem zdrowotnym.

## Czy Instytut Psychiatrii i Neurologii modernizuje się? Ilu pacjentów leży w jednej sali?

Jesteśmy w trakcie realizacji szerokiego programu poprawy warunków leczenia. Zależy on jednak od środków pozyskiwanych z Ministerstwa Zdrowia.

Przeprowadziliśmy termomodernizację, wykonywane są remonty bieżące, poprawiają się warunki bytowe chorych, właśnie zmniejsza się liczbę łóżek w salach (było 2–6), zwiększa liczbę węzłów sanitarnych. Wciąż jednak brakuje nam środków, aby radykalnie poprawić warunki pracy personelu. Potrzebujemy nowoczesnych sal terapeutycznych, wydzielonych miejsc do indywidualnych rozmów z pacjentami. Współczesna opieka psychiatryczna to przecież nie dziewiętnastowieczne łóżko z pasami, a taki stereotyp niestety jeszcze funkcjonuje. Zaczyna nam też powoli brakować kadr, z uwagi na bardzo niski poziom wynagrodzeń.

Jedynym nowym obiektem w instytucie jest Klinika Psychiatrii Sądowej. To była konieczność, aby pozyskać i przeznaczyć nadzwyczajne środki budżetowe na utworzenie miejsca dla chorych psychicznie, niepoczytalnych sprawców przestępstw, dla których brakowało miejsc szpitalnych. Udało nam się zrealizować nowatorski projekt oddziału oparty na najlepszych wzorach, których szukaliśmy, gdzie się tylko dało, na całym świecie. Oddział o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia ma 60 łóżek, które są w pełni wykorzystane. Trafiają na ten oddział osoby z postanowieniem sądu, nakazem przyjęcia i z opinią komisji psychiatrycznej. Gdy stan ich zdrowia się poprawi, są przenoszeni do innych szpitali, nie wymagają już bowiem specjalnych zabezpieczeń. Komisja psychiatryczna przy ministrze zdrowia





Fot. J. Zych

wskazuje określony oddział psychiatryczny i czuwa nad tym, by tzw. detencja, czyli zabezpieczenie, a także leczenie odbywało się najbliżej miejsc zamieszkania pacjentów, aby był możliwy kontakt z rodzinami, dla których są organizowane zajęcia psychoedukacyjne.

### **Czego potrzeba, aby uczynić opiekę psychiatryczną przyjazną?**

Musi się zmienić postrzeganie psychiatrii. Musimy zmienić wizerunek szpitali psychiatrycznych – doinwestować, wyremontować, z molołów przekształcić w przyjazne pawilony. Szpitale są i będą potrzebne, ale nie każdy pacjent z problemem psychicznym musi być leczony w szpitalu i nie każdy musi przebywać w nim długo. Obecnie stan przymusu psychiatrycznego trwa kilka godzin, kilkadziesiąt minut. Kaftan bezpieczeństwa zastępują środki farmakologiczne, które pozwalają na szybkie zniesienie stanu zagrożenia związanego z lękiem lub agresją chorego. O konieczności zmian środowisko psychiatryczne mówiło od dawna, ale nasze koncepcje nie zostały zrealizowane w ramach Narodowego Pro-

gramu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2011–2015. Zabrakło tego, co najistotniejsze – nie tylko finansowania, ale też woli i przekonania o konieczności i nieuchronności reformy. Ogłoszony na początku 2017 r. miażdżący raport Najwyższej Izby Kontroli unaoczniał skalę niepowodzenia. Jesteśmy znów w punkcie wyjścia. Postulaty naszego środowiska sięgają do dobrych, sprawdzonych wzorców europejskich, opartych na doświadczeniach krajów, w których jest prowadzona środowiskowa opieka psychiatryczna. Mówimy, w dobrym znaczeniu, o rejonizacji opieki psychiatrycznej, gdyż chory psychicznie nie będzie jeździł na leczenie 100 czy 200 km. Musi uzyskać pomoc jak najbliżej miejsca zamieszkania.

### **To zadanie dla planowanych centrów zdrowia psychicznego?**

Odpowiedzialny za utworzenie CZP powinien być minister zdrowia i samorząd terytorialny. Zakładamy, że taki ośrodek, np. jeden dla powiatu, a w dużych aglomeracjach miejskich – dla dzielnicy, otaczałby opieką od 30–50 tys. do 100–150 tys. mieszkańców. Chcemy, aby budżet CZP był populacyjny, czyli zależny od liczby ludności na podległym mu obszarze. Przy założeniu, że na osobę otrzymamy 60 zł, kwota dla stu tysięcy populacji wynosi 6 mln zł rocznie. Wystarczy na kontrakt z najbliższym oddziałem psychiatrycznym, a po hospitalizacji zapewnienie pacjentom opieki środowiskowej, pobyt na oddziale dziennym, terapię zajęciową, wizytę pielęgniarki środowiskowej

w domu. Aby przekonać do projektu nieprzekonanych, potrzebny jest program pilotażowy, który – mamy nadzieję – będzie wkrótce uruchomiony. Zachęcamy NFZ do współdziałania w rozdzielaniu środków dla kilkunastu, może kilkudziesięciu centrów zdrowia psychicznego w ramach tzw. pilotażu.

### **Jaką rolę w tym projekcie będzie spełniał Instytut Psychiatrii i Neurologii?**

Ktoś musi się zajmować projektem od strony moderującej, organizacyjnej, sprawozdawczej, finansowej czy interwencyjnej. Rola instytutu to koordynacja tych działań. Jesteśmy do niej przygotowani kadrowo, logistycznie, operacyjnie, bo wiemy, o co w tej reformie chodzi. Centrum koordynacyjne NPOZP, będące ramieniem sterującym ministra zdrowia, przy przydzieleniu na ten cel koniecznych środków będzie monitorowało wdrażanie programu. Ministerstwo Zdrowia wspiera koncepcję reformy, ale najważniejsze decyzje w tej sprawie muszą zapaść na szczeblu rządowym. Jeśli nie przeprowadzimy reformy psychiatrii dzisiaj, bezpieczeństwo



Fot. ach

zdrowotne obywateli w tym zakresie będzie zagrożone. Można to porównać z sytuacją niewyobrażalną: jak wyglądałoby bezpieczeństwo kardiologiczne obywateli, gdyby cofnąć się do stanu sprzed rozwoju intensywnej interwencji kardiologicznej, która ratuje życie setkom tysięcy osób?

### **Dlatego Porozumienie na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wystosowało list otwarty z apelem do premier Beaty Szydło?**

Jego sygnatariuszami są przedstawiciele środowiska psychiatrycznego, reprezentujący instytucje i organizacje zajmujące się opieką psychiatryczną, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Chcieliśmy zwrócić uwagę pani premier na konieczność przyspieszenia prac nad drugą edycją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Po niepowodzeniu pierwszej lata 2016–2017 są już stracone. Oczekujemy konkretnych działań, decyzji ustawowych, które będą skutkowały działaniami administracyjnymi. Oddziały psychiatryczne nie weszły do sieci szpitali, opieka psychiatryczna jest aneksowana do 2018 r. Nie mamy pewności, czy reforma psychiatryczna się rozpocznie, czy będą tworzone CZP. Wciąż nie dostrzega się, że zaburzenia psychiczne stanowią niebezpieczeństwo dla życia, że depresja to choroba śmiertelna, nie tylko z powodu ryzyka samobójstwa, ale z powodu powiązania zaburzeń depresyjnych z wieloma chorobami somatycznymi – cukrzycą, chorobami układu krążenia. Narastająca absencja pracowników, której przyczyną są zaburzenia psychiczne, to koszt ponoszony przez państwo. Osoby z problemami psychicznymi pracują nieefektywnie. Można powiedzieć, że 1–2 mln osób w Polsce w pięciodniowym tygodniu pracy efektywnie swoje zadania wykonuje tylko przez cztery dni.

### **I Kongres Zdrowia Psychicznego ma podobny cel – zwrócenie uwagi na problem opieki psychiatrycznej.**

Kongres to wydarzenie społeczne i medialne, pokazujące decydentom, ale też społeczeństwu, że problemy psychiczne mogą dotyczyć osoby z każdego środowiska i w każdym wieku. Nie mówi się o nich głośno, uważa za kłopoty intymne, indywidualne. Stygmatyzacja chorobą psychiczną przyczynia się do gorszego traktowania na rynku pracy, w odbiorze społecznym, niesie konsekwencje dla chorego i jego bliskich. Trzeba to zmienić.

### **Czy młodzi adepci medycyny garną się do psychiatrii?**

Od kilku lat obserwuję, jak zmniejsza się zainteresowanie psychiatrią wśród młodych lekarzy. Nie jest bowiem specjalnością atrakcyjną. Nie tylko jednak finanse, ale przede wszystkim warunki pracy nie zachęcają.

### **Polscy psychiatry znajdują pracę zagranicą?**

Jeżeli dobrze znają język obcy, bez problemu. Psychiatria jest specjalizacją deficytową w wielu krajach Europy Zachodniej.

### **Jest szansa, że dla psychiatrii w Polsce nadejdą lepsze czasy?**

Mam nadzieję, że reforma psychiatrii, mimo wielu trudności, zostanie wdrożona, a opieka psychiatryczna doceniona i dofinansowana, bo ten zastrzyk jest jej niezbędny. Mam nadzieję, że zostaną utworzone centra zdrowia psychicznego i będą służyły lokalnej społeczności, współpracując z podstawową opieką zdrowotną, z lekarzem rodzinnym, w otoczeniu najbliższemu pacjentowi. To będzie praktyczny sprawdzian kompleksowej opieki koordynowanej. Oby stało się to jak najprędzej. ■



# Czekając na zmianę

**I Kongres Zdrowia Psychicznego obradował w Warszawie 8 maja 2017 r. Jego celem było zwrócenie uwagi na znaczenie zdrowia psychicznego, ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi i konieczność zmian w systemie opieki psychiatrycznej w Polsce.**

**W** kongresie wzięli udział zarówno profesjonaliści w zakresie opieki psychiatrycznej, jak i osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, a także ich bliscy. Głos w debacie zabrali psychiatry, psychologowie, przedstawiciele instytucji i organizacji zajmujących się problematyką zdrowia psychicznego, decydenci. Swoje relacje i spostrzeżenia przekazywali również pacjenci. Uczestnicy rozmawiali o stanie polskiej psychiatrii i pilnej potrzebie wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, w tym powołania lokalnych centrów zdrowia psychicznego. Wiceminister zdrowia Zbigniew Król przypomniał, że głównymi założeniami NPOZP na lata 2017–2022 jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki (m.in. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej), prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji tych osób, a także bieżące monitorowanie i ocena podejmowanych działań w ramach programu. Rozporządzenie Rady Ministrów w tej sprawie zostało ogłoszone 2 marca 2017 r.

Podczas obrad poruszono wiele zagadnień dotyczących poszanowania praw i wolności osób z problemami psychicznymi, przeciwdziałania ich wykluczeniu z życia społecznego i zawodowego, dostępności terapii, warunków leczenia oraz odpowiedzialności za zdrowie psychiczne. Rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar wskazywał te kwestie jako pryncypia ochrony zdrowia psychicznego. Podkreślał, że osoby z problemami psychicznymi nie mogą być dyskryminowane, a wsparcie powinno być udzielane również ich rodzinom. – *Działania władz publicznych dotyczące ochrony zdrowia psychicznego powinny być nastawione na samorealizację osób dotkniętych problemami psychicznymi i poszanowanie ich prawa do prywatności* – mówił. Zaznaczył, że ograniczenie wolności (detencja) chorych powinno być ostatecznością.

– *Dzisiaj osoba wchodząca w kryzys zdrowia psychicznego nie może liczyć ani na powszechnie dostępną, ani na wielostronną pomoc* – podkreślał prof. Jacek Wciórka z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, jeden z inicjatorów kongresu. Jako cele reformy systemu opieki psychiatrycznej wskazał przejście od modelu azylowego do wspólnoty (aby potrzebujący otrzymał pomoc w lokalnej społeczności, a nie w odległym szpitalu), zastąpienie chaosu łańcem organizacyjnym (by pomoc była dostępna, skuteczna, godziwa), a wykluczenie – współobywatelstwem (które wymaga zmian w politycznym i społecznym podejściu do problemu zdrowia psychicznego). – *Kryzys zdrowia psychicznego może dotknąć każdego* – przypominał.

Jedną z sesji tematycznych dotyczyła sytuacji psychiatrii dzieci i młodzieży. – *10 proc. populacji ogólnej dzieci i młodzieży wymaga pomocy psychiatrycznej, w Polsce ten odsetek*

*wynosi 9 proc.* – mówiła prof. Małgorzata Janas-Kozik ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zwróciła uwagę, że mimo ogromnych potrzeb, dotąd nie zaplanowano centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. – *Powinno być 256 zespołów leczenia środowiskowego, a są pojedyncze, 3800 miejsc na oddziałach dziennych, a jest 1000* – podkreślała, wskazując niedobór kadr opieki psychiatrycznej młodych pacjentów. – *Z powodu samobójstw ginie obecnie więcej nastolatków niż w wypadkach komunikacyjnych, a samobójstwo jest przyczyną co piątego zgonu w grupie wiekowej 15–19 lat* – alarmowała prof. Agnieszka Gmitrowicz z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jej zdaniem konieczne jest rejestrowanie prób samobójczych i zamierzonych samouszkodzeń, a także opracowanie i wdrożenie strategii postępowania z nieletnim pacjentem, u którego występuje ryzyko samobójstwa. Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży zwracali uwagę, że potrzebna jest koordynacja działań i współpraca resortów zdrowia, edukacji i spraw społecznych.

Aktem kończącym obrady było przyjęcie deklaracji I Kongresu Zdrowia Psychicznego. Zostały w niej zawarte żądania dotyczące pełnoprawnego uczestnictwa osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego w społeczeństwie, wdrożenia programów edukacyjnych i profilaktycznych przeciwdziałających stygmatyzacji, uruchomienia lokalnych CZP oraz wprowadzenia w życie postanowień NPOZP oraz zapewnienia pacjentom godnych warunków leczenia, a zatrudnionym w ochronie zdrowia psychicznego – godnych warunków pracy. Z tym przesłaniem uczestnicy kongresu w Marszu o Godność przeszli ulicami Warszawy – z Pałacu Kultury i Nauki do Ministerstwa Zdrowia. ■ **ach**



REKLAMA

Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

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

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



**Motortest**<sup>®</sup>  
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 kołocowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w książce gwarancyjnej. Szczegóły oferty (programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai). Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla zaprezentowanego modelu Hyundai i30 wynosi od 3,6 do 5,6 l/100km, średnia emisja CO<sub>2</sub> od 95 do 150 g/km.

# Jaskra nie boli, ale kradnie wzrok

Z prof. dr hab. n. med. Iwoną Grabską-Liberek, kierownikiem Kliniki Okulistyki w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie okulistyki na Mazowszu, prezesem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, rozmawia Anetta Chęcińska.

**W marcu 2017 r. z okazji Światowego Tygodnia Jaskry Polskie Towarzystwo Okulistyczne zorganizowało badania przesiewowe w kierunku jaskry. Jaki był ich zasięg?**

**D**o akcji „Polscy okuliści kontra jaskra” zgłosiło się 60 ośrodków z różnych regionów Polski, w których łącznie przebadano ponad 1500 osób. Pacjenci mieli wykonany pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, a także badanie tarczy nerwu wzrokowego i grubości rogówki. Wyniki z tych trzech badań pozwalają wstępnie sprawdzić stopień zagrożenia jaskrą. Badanie przesiewowe nie było jedynym działaniem PTO związanym ze Światowym Tygodniem Jaskry. Odbyły się konferencje poświęcone temu schorzeniu. Apelowaliśmy do mediów o zwrócenie uwagi na rolę badań przesiewowych w kierunku jaskry i przekazanie informacji o możliwości skorzystania z takich badań podczas naszej akcji. O wsparcie prosiliśmy również wojewodów, przedstawicieli lokalnych samorządów – aby na internetowych stronach podległych im urzędów polecili zamieścić komunikaty o badaniach. Tegoroczne obchody Światowego Tygodnia Jaskry po raz pierwszy miały kompleksową formułę, którą chcemy stosować także w latach następnych, a przede wszystkim objąć badaniami przesiewowymi znacznie więcej osób.

**Czy jaskra jest problemem zdrowotnym wymagającym nagłośnienia?**

Zdecydowanie tak. Mówimy, że jaskra nie boli, ale kradnie wzrok. Upośledza go podstępnie, bardzo długo chory nie zdaje sobie sprawy z problemu. Trwa to do momentu, aż pole widzenia jest tak zawężone, że nie zauważa się już przeszkód na drodze. Chory zderza się np. z futryną drzwi. Są różne typy jaskry. Jaskra otwartego kąta, dość częsta, w której ciśnienie jest podwyższone, uszkadza wzrok latami. Łatwiej rozpoznawalna jest jaskra wąskiego kąta. W jej przypadku dolegliwości pojawiają się szybciej i są wyraźniej odczuwalne. Musimy pamiętać, że w jaskrze nie ma powrotu do zdrowia, uszkodzony nerw wzrokowy nie zregeneruje się. W Polsce na jaskrę cierpi około 750 tys. osób. Blisko 70 proc. przypadków jest wykrywanych zbyt późno, aby uratować wzrok.

**Działania profilaktyczne są możliwe?**

Przede wszystkim trzeba być świadomym zagrożenia. Jaskra nie jest chorobą dziedziczną, ale ma podłoże genetyczne. Jeżeli zatem już wystąpiła w rodzinie, bliscy chorego powinni zrobić badania. Bardzo ważna jest rola lekarzy medycyny pracy i okulistów. Wykonując badania wstępne i okresowe, powinni pytać o jaskrę w rodzinie, przeprowa-

dzić wywiad, a w razie podejrzenia choroby skierować pacjenta na dodatkowe badania. Również lekarz rodzinny nie robi jaskrowych badań przesiewowych, ale na podstawie wywiadu z pacjentem zdecyduje, czy konsultacja okulistyczna jest potrzebna. Są schorzenia sprzyjające jaskrze, która częściej występuje w przypadku dużej krótkowzroczności, niskiego ciśnienia tętniczego, cukrzycy. Współpraca okulistów z lekarzami innych specjalności jest potrzebna nie tylko w przypadku jaskry. Diabetolodzy wysyłają do nas pacjentów, gdyż obawiają się rozwinięcia zmian siatkówkowych, czyli retinopatii cukrzycowej. Kardiolodzy, jeżeli pacjent ma nadciśnienie, zlecają konsultację okulistyczną. Ważna jest rzetelność badania. Za każdym razem podkreślam, że jeżeli zbierzemy wywiad „od palca u nogi po czubek głowy”, to mamy 80 proc. rozpoznania okulistycznego, a wówczas możemy ukierunkować dodatkowe badania.

**Czy badania w kierunku jaskry są finansowane przez NFZ?**

Tak, ale nie odbywają się podczas jednej wizyty. Na pierwszym spotkaniu określamy, które badania muszą być wykonane. Trzeba brać pod uwagę czas oczekiwania, chyba że sprawa jest bardzo pilna. Żle się stało, że wprowadzono wymóg uzyskania przez pacjenta skierowania do okulisty. To utrudnienie, które niepotrzebnie wydłuża procedurę. PTO postulowało, aby odstąpić od tego rozwiązania, na razie jednak nie zostaliśmy wysłuchani. Problemów okulistycznych nie rozwiążemy, zamawiając nowe okulary u optyka, a panuje w społeczeństwie przeświadczenie, że skoro skontrolowaliśmy wzrok w pracowni optycznej, wizyta u okulisty jest niepotrzebna. To oczywiście błędne założenie. Okuliści, lekarze rodzinni, optycy powinni współpracować dla dobra pacjenta.

**Jakie są możliwości leczenia jaskry w Polsce?**

Jaskrę leczymy farmakologicznie, chirurgicznie i laserowo. Wybór metody leczenia zależy od wielu okoliczności, m.in. zaawansowania choroby, wieku pacjenta, schorzeń towarzyszących. Najczęściej na pierwszym etapie terapii stosujemy krople. Leczenie farmakologiczne może być łączone z laseroterapią. Etapem drugim jest operacja. Istnieją już techniki mikroinwazyjne, niestety dość drogie i nierefundowane.

**Czy są kolejki do operacji?**

Tak, ale nie można ich porównywać z kolejkami oczekujących na usunięcie zaćmy. Operacje jaskrowe powinny być zaliczane do pilnych. Po zabiegu pacjent wymaga wizyt kontrolnych, potrzebna jest obserwacja ciśnienia, kontrola podawania miejscowo sterydów. Opieka pooperacyjna jest





dużo bardziej skomplikowana niż w przypadku zaćmy, dlatego pacjenci nie wyjeżdżają leczyć jaskry zagranicę. Polska okulistyka stoi na bardzo wysokim poziomie, niestety w przypadku zaćmy wycenę procedury obniżono już dwukrotnie, a w przypadku jaskry nie było podwyżki. Nikt nie bierze pod uwagę rozwoju medycyny, nowych technologii, a to powoduje, że obniżają się standardy leczenia.

#### Jak ocenia pani, jako konsultant wojewódzki, dostępność świadczeń okulistycznych na Mazowszu? Co należałoby zmienić?

Liczba okulistów i ośrodków jest wystarczająca. Na leczenie zaćmy otrzymujemy więcej pieniędzy (wartość kontraktów została zwiększona), ale obniżenie wyceny procedur spowodowało, że musimy wykonać za te same środki o 40 proc. więcej zabiegów. Organizacyjnie jest to trudne, a lekarze nie mogą bez przerwy pracować od rana do wieczora. Zadłużone szpitale nie chcą dodatkowo wynagradzać okulistów. Współpracujemy z AOTM, aby zakup wiskoelastyków i soczewek był niezależny od procedury. Nie chcemy wszczepiać soczewek najtańszych, bo nie spełniają określonych standardów. Konsekwencją są powikłania, ponowne operacje, za które trzeba zapłacić, zwiększona liczba tzw. zaćm wtórnych. Jak się policzy koszty, okazuje się, że lepiej od razu wyłożyć pieniądze na zakup produktu wyższej jakości. Od lat niedoszacowana jest okulistyka dziecięca, procedury wycenione tak samo u dorosłych, a to, co można zrobić w ramach procedury jednodniowej u dorosłego, nie jest możliwe u dziecka. Nakłady muszą być zwiększone.

#### A dobre wiadomości, którymi warto się pochwalić?

W wyniku zwiększenia wartości kontraktów zdecydowanie skróciły się kolejki do operacji zaćmy, w niektórych ośrodkach – z 2 lat do 8 miesięcy. Realizujemy program lekowy leczenia AMD (zwyrodnienia plamki), dzięki któremu wiele osób uzyskało pomoc. W przyszłym roku wejdzie w życie program leczenia cukrzycowego obrzęku plamki. To dobra wiadomość, bo pacjentów z cukrzycą przybywa. Mamy nadzieję, że ruszy też program leczenia nieinfekcyjnego zapalenia błony naczyniowej. To są duże programy (np. w AMD uczestniczy około 12 tys. osób), wymagające ogromu pracy sprawozdawczej. Biurokracja, niestety, zabiera lekarzom cenny czas, który powinni poświęcać pacjentom.

#### Na jakich działaniach skupia się Polskie Towarzystwo Okulistyczne?

Głównym zadaniem PTO jest troska o okulistów i naszych pacjentów. Dbamy o edukację. Na naszej stronie internetowej są wykłady, filmy instruktażowe, kursy, informujemy o konferencjach, nowościach w okulistyce. Powstaje również strona edukacyjna dla pacjentów. Zależy nam, aby podnosić wiedzę społeczeństwa o chorobach oczu i profilaktyce. Akcja „Polscy okuliści kontra jaskra” stanowi przykład naszego działania. PTO jest liderem towarzystw lekarskich przygotowujących wytyczne postępowania w schorzeniach okulistycznych, współpracujemy także z innymi towarzystwami w tym zakresie. Doradzamy AOTMiT, wydajemy opinie dla Ministerstwa Zdrowia. Zrzeszamy ponad 2 tys. lekarzy. Jesteśmy ważnym głosem środowiska okulistycznego w Polsce. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki na Mazowszu: prof. dr. hab. n. med. **Iwona Grabska-Liberek**, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP, Warszawa, ul. Czerniakowska 231, sekretariat Kliniki Okulistyki: tel. 22-58-41-185.

# Narastający problem chorób oczu w obliczu starzenia się społeczeństwa



Fot. licencja Artmedia Partners

Artykuł powstał na podstawie raportu „Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji”, opublikowanego przez Instytut Ochrony Zdrowia.

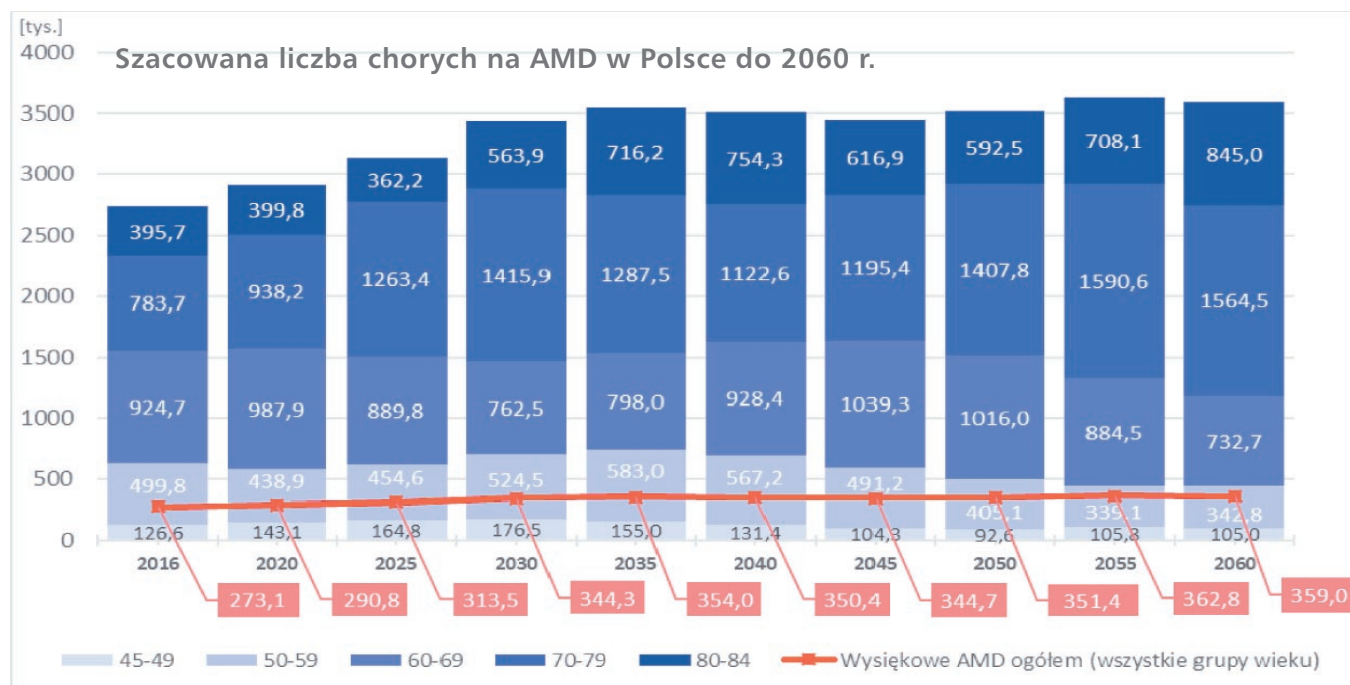
Polska weszła w fazę intensywnego starzenia się populacji. Obecnie średnia wieku wynosi 39,9 roku (wg Eurostatu), ale w 2035 r. sięgnie 48,6 roku, a w 2050 – 52,2 roku (wg GUS). Zachodzące zmiany będą miały bardzo istotny wpływ na wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w niektórych dziedzinach medycyny. Doskonałym przykładem są choroby oczu.

Nasz kraj należy jeszcze do grupy państw, które mają stosunkowo młodą populację. Sytuacja w najbliższych latach istotnie się zmieni, gdyż ludność naszego kraju należy do najszybciej starzejących się w Europie. Starzenie się mieszkańców wpłynie na wszystkie sfery funkcjonowania państwa, a także społeczeństwa. Dotyczy to również obszaru zdrowia. Okulistyka jest jedną z dziedzin medycyny, w której w związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medyczne.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń widzenia są wady refrakcji. Według danych GUS w 2014 r. ponad 52 proc. dorosłych mieszkańców Polski używało okularów lub szkieł kontaktowych w celu korekcji ostrości widzenia. O ile w grupie osób w wieku 30–39 lat odsetek ten wynosi blisko 27 proc., o tyle w grupie 50–59 lat sięga 76 proc.

Trudności z widzeniem zgłasza co czwarta (24 proc.) dorosła osoba w Polsce. W przypadku seniorów problemy nie tylko występują częściej, ale również mają poważniejszy charakter. Na duże kłopoty z widzeniem skarży się blisko 5 proc. sześćdziesięciolatków i ponad 9 proc. siedemdziesięciolatków. W grupie osób powyżej 80. roku życia ten odsetek przekracza już 17 proc.

Wpływ wieku na częstość występowania chorób oczu potwierdza również analiza hospitalizacji. Według danych NIZP-PZH na 10 tys. osób w wieku 65 lat i więcej przypada rocznie ponad 355 leczonych w szpitalach z powodu



Źródło: „Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji”, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016 r.



chorób oczu (dane za 2014 r.). Dla porównania w grupie 55–64 lat jest ich cztery i pół razy mniej (78/10 tys.). Informacja ta nabiera szczególnej wagi, jeśli uwzględnimy, że według przewidywań GUS w 2035 r. osoby powyżej 65. roku życia będą stanowiły ponad 24 proc. ludności Polski, a w 2050 blisko 33 proc. Dla porównania obecnie jest ich nieco ponad 16 proc.

Jako przykład choroby oczu silnie uwarunkowanej wiekiem można podać zwyrodnienie plamki żółtej (ang. *age-related macular degeneration* – AMD; ICD-10:H35.3). To nabyta, przewlekła choroba, która rozwija się w części siatkówki odpowiedzialnej za widzenie centralne (zwanej właściwie plamką żółtą). Występuje w dwóch postaciach: suchej i wysiękowej. Postać wysiękowa ma zdecydowanie bardziej gwałtowny przebieg oraz gorsze rokowania niż postać sucha. Stanowi 10–20 proc. przypadków AMD. Na zwyrodnienie plamki żółtej narażone są osoby po 50. roku życia. Choroba powoduje ponad 50 proc. przypadków upośledzenia wzroku (w tym ślepoty) w krajach rozwiniętych. Według szacunków problem zwyrodnienia plamki żółtej dotyczy około 1,9 mln osób w Polsce, z czego u ponad 30 proc. jest w stadium zaawansowanym. Co roku postać suchą AMD diagnozuje się u około 200 tys. rodaków, a postać wysiękową u około 20 tys.

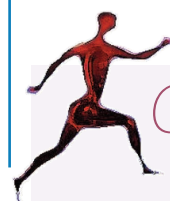
Starzenie się populacji będzie miało istotny wpływ na liczbę przypadków AMD. Z prognoz opublikowanych w „Lancet Global Health” wynika, że w skali świata liczba cierpiących na którąś postać zwyrodnienia plamki żółtej zwiększy się ze 170 mln w 2014 r. do blisko 288 mln w 2040. Szacunki dla Europy mówią o wzroście z 55 mln do 69,3 mln, a więc o 26 proc.

Podobna analiza dla Polski została przedstawiona w raporcie Instytutu Ochrony Zdrowia na temat chorób oczu. Oparto ją na danych z metaanalizy dotyczącej częstości występowania AMD w Europie według grup wieku oraz przewidywanej liczby ludności w naszym kraju. Zgodnie z przeprowadzoną symulacją grupa osób z jakkolwiek postacią zwyrodnienia plamki żółtej zwiększy się z 2,7 mln<sup>1</sup> obecnie do 3,5 mln w roku 2040 oraz 3,6 mln w 2060. Jeżeli ograniczyć analizę wyłącznie do postaci wysiękowej AMD, to w okresie 2016–2060 liczba chorych wzrośnie z 273 tys. do 359 tys., czyli o ponad 31 proc. Jednocześnie trzeba pamiętać, że zgodnie z prognozami w analizowanym okresie całkowita liczba ludności Polski zmniejszy się z 38,4 mln do 33,2 mln.

Również w przypadku innych często występujących chorób oczu uwarunkowanych wiekiem, takich jak jaskra, retinopatia cukrzycowa, zaćma, można spodziewać się istotnego zwiększenia liczby przypadków. Będzie to naturalne następstwo procesu starzenia się populacji. Samego procesu nie da się zatrzymać (możliwe jest tylko spowolnienie zachodzących zmian), ale ogromne znaczenie ma zapobieganie jego negatywnym następstwom lub przynajmniej ich ograniczanie. W przypadku chorób oczu można to osiągnąć m.in. dzięki efektywnej profilaktyce, wczesnemu rozpoznawaniu, a także dostępności skutecznego leczenia oraz rehabilitacji.

**Filip Raciborski**  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>1</sup> Nie ma dokładnych danych na temat liczby chorych na AMD w Polsce. Wcześniej przytoczone szacunki mówią o 1,9 mln. Jednakże w oparciu o dane dotyczące występowania AMD w Europie uzyskano wartość 2,7 mln.



## Goniec Medyczny

### Płatne egzaminy dla lekarzy

Za powtarzanie LEK i LDEK absolwenci medycyny zapłacą od tego roku 100 zł, za PES 700 zł. Urzędnicy mają nadzieję, że opłaty skłonią do nauki, zwłaszcza tych absolwentów medycyny i lekarzy, którzy podchodzą do egzaminów wielokrotnie. Rekordziści nawet po kilkanaście razy.

### Szczepmy się!

Samorząd lekarski ściga lekarzy wspierających ruchy antyszczepionkowe i namawiających do nieszczepienia dzieci. Są już pierwsze wyroki dyscyplinarne w takich sprawach, a kolejne postępowania się toczą. Ruchy antyszczepionkowe w Polsce wygrywają, odra razem z nimi. Polska znalazła się w niechlubnej dziesiątce państw, do których wraca ta choroba. Na początku 2017 r. zanotowaliśmy dwa razy więcej przypadków niż w analogicznym okresie 2016 – wynika z danych European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

### Fatszywki w legalnej dystrybucji

– *Skala fałszowania leków na świecie jest obecnie przerażająca. W Polsce jest w miarę bezpiecznie, ale tylko gdy mówimy o legalnej sieci dystrybucji, czyli aptekach* – przyznaje prof. Zbigniew Fijałek z Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

### Smog wchodzi w krew

Mikroskopijne cząstki zanieczyszczeń są w stanie przedostać się z płuc do krwi i tkanek, co może sprzyjać chorobom serca i udarowi mózgu – donosi czasopismo naukowe „ACS Nano”.

### Nierozpoznana astma lub alergia

Co druga osoba cierpiąca na astmę lub alergię w Polsce nie ma rozpoznanej choroby – alarmowali eksperci podczas warsztatów „Od alergii do astmy”, które odbyły się w Warszawie.

### Mordowali chorych psychicznie

Podczas II wojny światowej w Polsce z rąk Niemców zginęło około 20 tys. osób chorych psychicznie. Nie pamiętamy o tych ofiarach – mówił dr Tadeusz Nasierowski podczas konferencji w Senacie.

### Polski preparat w USA

W trzech ośrodkach w USA w marcu 2017 r. rozpoczęły się badania kliniczne polskiego preparatu na ostrą białaczkę szpikową – poinformowano na konferencji w Warszawie.

### Prof. Chorąży odznaczony

Nestor krajowej onkologii, wybitny uczony prof. Mieczysław Chorąży, twórca polskiej szkoły biologii nowotworów, a także powstaniec warszawski i społecznik, odebrał z rąk prezydenta Andrzeja Dudy Order Orła Białego.

### Nie wiedzą o tym, że są zakażeni

Od 50 do 70 proc. zakażonych wirusem HIV Polaków nadal nie zdaje sobie sprawy, że jest nim zainfekowanych. To najwyższy odsetek w Unii Europejskiej – powiedziała Irena Przepiórka ze Stowarzyszenia Wolontariuszy wobec AIDS „Bądźmy razem”.

# Interna: nadzieja na przyszłość

Małgorzata Skarbek

Corocznie w kwietniu w Radziejowicach konsultant wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie chorób wewnętrznych dr n. med. Marek Stopiński organizuje konferencję z ordynatorami oddziałów wewnętrznych.



Marek Stopiński

Fot. P. Wierchowski

W tym roku w spotkaniu uczestniczyli: konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. Jacek Imiela, prezes ORL Andrzej Sawoni, dyrektor MOW NFZ Filip Nowak i jego zastępca Michał Dziegielewski oraz dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy Dariusz Hajdukiewicz. Ich udział okazał się istotny w związku z planowanym wprowadzeniem sieci szpitali w Polsce i rolą interny w tej reformie.

Na SOR trafia pacjent w podeszłym wieku z podejrzeniem zapalenia oskrzeli, szybko okazuje się, że ma także wszczępione zastawki, cukrzycę i POChP. Na jaki oddział go skierować? Oczywiście na internę. 75 proc. osób tam kierowanych ma powyżej 60 lat, a prawie co trzeci ponad 80 lat. Zwykle ich problemy zdrowotne nie ograniczają się do jednej choroby, a nierzadko przywożeni są także chorzy w stanach terminalnych. Takich pacjentów jest wielu.

Wydawałoby się więc, że oddziały wewnętrzne powinny być w szpitalach co najmniej dobrze widziane. A jednak menedżerowie nieprzychylnie na nie patrzą, bo ich zdaniem przynoszą same kłopoty. Są przepełnione, a dostawki na korytarzach nie wyglądają dobrze i źle wpływają na poczucie bezpieczeństwa pacjentów. Interna jest kosztowna, za nisko opłacana przez NFZ, trudno więc znaleźć chętnych do pracy na oddziałach wewnętrznych. Interniści uciekają do podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych, zagranicę. Dlatego dyrektorzy szpitali starają się minimalizować liczbę łóżek internistycznych w swoich placówkach.

Jeden z uczestników spotkania „Interna na Mazowszu” nazwał tę dziedzinę „sponiewieraną specjalizacją”. Podczas obrad pojawiły się jednak informacje, że w związku z powstaniem sieci szpitali kondycja interny znacznie się poprawi. Czy tak będzie?

W województwie mazowieckim kontrakt z NFZ w zakresie chorób wewnętrznych mają podpisane 82 oddziały liczące 3,2 tys. łóżek (choć faktycznie prawdopodobnie około 3,5 tys.). Dlatego interna jest „dużym graczem” w systemie służby

zdrowia. Średnie wykorzystanie łóżek wynosi 80,7 proc. Takie są dane statystyczne, jednak w wielu szpitalach prawie stale na korytarzach stoją dostawki, co wskazywałoby, że ich możliwości wykorzystane są w ponad 100 proc. Zdarza się, że dyrekcja nie akceptuje takiego rozwiązania (np. w Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim) lub z braku miejsc na internie chorzy przyjmowani są na inne oddziały. Nie ułatwia to codziennej opieki, a średni czas hospitalizacji pacjenta wynosi 7 dni.

W Warszawie liczba łóżek internistycznych zmniejsza się, obecnie wynosi około 881 (bez szpitali MSWiA i MON). Ze względu na remonty w placówkach przy ul. Solec i na Bródnie faktycznie jest ich znacznie mniej. Remonty są wszak konieczne, nie tylko z powodu zużycia infrastruktury, ale także innych wewnętrznych problemów.

Rocznie hospitalizowanych jest na Mazowszu około 131 tys., w tym w Warszawie – 46 tys. osób. Liczba ta maleje w województwie od 2012 r. (143 tys. w 2012 r.), a rośnie w Warszawie (39 tys. w 2012 r.). Najczęstszą przyczyną hospitalizacji na internie jest niewydolność serca, drugą – ostra niewydolność nerek, trzecią – cukrzyca insulinozależna. W ostatnich latach prawie nie zmienia się wysokość finansowania tej dziedziny. Poza tym można powiedzieć, że NFZ tradycyjnie już nie płaci za nadwykonania i nie doszacowuje kontraktów. To z kolei skutkuje redukcją zatrudnionych lekarzy i ograniczaniem liczby łóżek.

Lekarze pracujący na oddziałach internistycznych obserwują zwiększający się napływ chorych w stanach zagrożenia życia, a jednocześnie bez podstawowej diagnostyki. Świadczy to o niewydolności systemu POZ i ambulatoryjnej specjalistyki. 80–85 proc. chorych przyjmowanych jest w trybie ratującym życie. To praktycznie uniemożliwia planową hospitalizację pacjentów. Napływ chorych i brak wolnych łóżek powoduje długie oczekiwanie na przyjęcie na oddział. Lekarze skarżą się również na brak sal intensywnego nadzoru, muszą bowiem szukać wolnych łóżek tego rodzaju na innych oddziałach.





W środku siedzą: Filip Nowak – dyrektor MOW NFZ, Dariusz Hajdukiewicz – dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy, i Andrzej Sawoni – prezes ORL w Warszawie

Fot. M. Jakubiak

Od 2015 r. nieco poprawiła się baza łóżkowa interny, przynajmniej w Warszawie. Szpital Bielański powiększył Klinikę Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, wyremontowano i otwarto nowoczesny oddział w Piasecznie, wyremontowano oddziały w Szpitalu Grochowskim, otwarto też oddziały geriatryczne w szpitalach Wolskim i Zachodnim.

– *Remonty mają dobrą i złą stronę. Są potrzebne, podnoszą komfort, ale w ich efekcie zwykle zmniejsza się liczba łóżek* – mówi Marek Stopiński. Tak było w Szpitalu Grochowskim, gdzie po remoncie liczba łóżek zmniejszyła się ze 105 do 70. Za to podniósł się standard sal, jest w nich więcej przestroni, są łazienki itp. Ale tuż po otwarciu oddziału powstał zator. Także Szpital Praski po remoncie w 2016 r. znacznie ograniczył liczbę łóżek (ze 142 do 84). Obecnie w przebudowie są dwa oddziały wewnętrzne w szpitalach przy Solcu i w Bródnowskim.

Następne zmartwienie interny to kadry. Od dawna brakuje specjalistów. Bywają tak dramatyczne sytuacje jak w Grójcu, gdzie na oddziale pracowało okresowo 3–4 lekarzy. Na Mazowszu pracuje 1350 specjalistów chorób wewnętrznych, co stanowi 12,2 proc. wszystkich specjalistów. Średnia wieku w przypadku internistów wynosi 55 lat.

Pojawiło się jeszcze jedno zagrożenie – brak chętnych do robienia tej specjalizacji. W 2016 r. po raz pierwszy nie wykorzystano wszystkich przydzielonych miejsc rezydenckich. Na 104 przyznane miejsca zakwalifikowano 58 osób, 16 otrzymało etaty. W rozdaniu wiosennym 2017 r. Mazowsze otrzymało 50 rezydentur, a tylko 13 osób złożyło wnioski. Zakwalifikowano wszystkie, a ponadto 5 osób otrzymało miejsca pozarezydencje. Obecnie w dziedzinie interny szkoli się 388 lekarzy.

Podczas radziejowickiego spotkania zarówno konsultanci – Marek Stopiński i Jacek Imiela, jak i szefowie mazowieckiego oddziału NFZ – dyrektor Filip Nowak i jego zastępca Michał Dzięgielewski, obszernie omówili projekt reformy sieci szpitali i wpływające z niego szanse dla interny.

– *Reforma to w pewnym stopniu powrót do starej koncepcji szpitala z czterema podstawowymi oddziałami: interną,*

*chirurgią, ginekologią z położnictwem i pediatrią* – powiedział dyrektor Nowak. Dodął, że oddziały, które poszły za daleko w stronę wąskiej specjalistyki, zwłaszcza w szpitalach powiatowych, będą traktowane jak interna. Zyskają prawo wykonywania procedur z zakresu węższych profili i w dużej mierze będą zajmować się pacjentami w podeszłym wieku. Będą miały SOR i OIOM. Proponuje się, aby świadczyły też nocną i świąteczną pomoc lekarską. Prawie żaden oddział internistyczny na Mazowszu nie został poza siecią. Z rozliczeń z NFZ znikną profile specjalistyczne, natomiast zachowany zostanie poziom finansowania z 2015 r. (nie poziom kontraktu, lecz wykonania). Cena punktu wzrośnie z 52 do 54 zł. Taki jest projekt.

– *Na razie jednak interna boryka się z problemami nierozwiązanymi od lat* – mówił prof. Jacek Imiela. – *Nadal nie została uznana za specjalizację priorytetową, mamy zbyt niskie kontrakty i wycenę procedur, bo nie uwzględnia się w niej wielochorobowości, co przy leczeniu osób w podeszłym wieku jest regułą. Lekarze, źle opłacani i przeciążeni pracą, odchodzą do placówek otwartych. Czy te kłopoty znikną po wprowadzeniu reformy, czas pokaże.*

W drugim dniu konferencji odbyło się sympozjum „Hematologia dla internistów”. Wykład inauguracyjny „Komu potrzebna jest interna?” wygłosił prof. Jan Duława, prezes-elekt Towarzystwa Internistów Polskich. Z wykładami wystąpili również: prof. Jadwiga Dwilewicz-Trojaczek („Zespoły miłodysplastyczne”), prof. Ewa Lech-Marańda („Nowotwory układu chłonnego”), dr n. med. Janusz Hałka („Makrocytoza”), dr n. med. Bożena Katarzyna Budziszewska („Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu niedokrwistości”), prof. Andrzej Deptała („Stany zagrażające życiu w hematologii i onkologii”) i prof. Ryszard Poglód („Zasady przetwarzania składników krwi”). ■

**Konsultant wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie chorób wewnętrznych: dr n. med. Marek Stopiński, Tel.: 22-755-90-10, interna@szpitalzachodni.pl**

# Oddziały nefrologiczne są niezbędne

Z prof. dr hab. n. med. **Magdaleną Durlik**, kierownikiem Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii WUM, konsultantem wojewódzkim na Mazowszu w dziedzinie nefrologii, rozmawia Małgorzata Skarbek.

## Pani profesor, jak wielu pacjentów jest dializowanych na Mazowszu?

W 2016 r. dializowano przewlekłe 2749 pacjentów (w tym 118 otrzewnowo), w 2012 – 2508, w 2013 – 2534, w 2014 – 2696, w 2015 – 2725. Dane te wskazują na niewielki systematyczny wzrost liczby dializowanych. Aż 1548 osób wśród nich ma powyżej 65 lat, co rokuje narastające problemy zdrowotne i opiekuńcze w tej populacji. Główne przyczyny konieczności stosowania dializ to obecnie cukrzyca typu 2, nadciśnienie i miażdżyca (częste w podeszłym wieku), a nie pierwotna choroba kłębuszków nerkowych.

Miejsc dializacyjnych na Mazowszu nie brakuje, mamy 35 stacji (34 hemodializy i 1 stacja dializ otrzewnowych), bez pediatrycznych, które od 2 lat stanowią oddzielne jednostki w związku z powstaniem specjalizacji z nefrologii dziecięcej. Po otrzymaniu w listopadzie 2016 r. kontraktu na przewlekłe dializoterapie przez 2 nowe jednostki: niepubliczną w Mińsku Mazowieckim i Szpital Czerniakowski przy ul. Stępińskiej w Warszawie, wszystkie tego typu placówki mają kontrakty z NFZ. Tylko niepubliczna stacja dializ w Kozienicach funkcjonuje bez kontraktu.

## Czy wszyscy pacjenci wymagający dializowania mają zapewnione te świadczenia?

Wszystkie potrzeby są zaspokajane. Stacji do hemodializ i na Mazowszu, i w całym kraju jest zdecydowanie więcej niż placówek obsługujących pacjentów dializowanych otrzewnowo. To racjonalne podejście. Starsi pacjenci, a tych jest więcej, nie kwalifikują się do dializ otrzewnowych. Ani oni, ani ich współmałżonkowie, tak samo zwykle schorowani, nie są w stanie sprawnie przeprowadzić zabiegu wymiany płynu dializacyjnego w domu. Nie mamy też sieci pielęgniarek, które mogłyby to robić w domu pacjenta. Kierownictwa placówek opieki, których pensjonariusze często cierpią na niewydolność nerek, twierdzą, że także nie mają warunków do bezpiecznego przeprowadzania dializ otrzewnowych.

Poza tym hemodializa ułatwia monitorowanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta, który trzy razy w tygodniu przyjeżdża na zabieg do szpitala, gdzie może zgłosić swoje dolegliwości lekarzowi. Niektóre statystyki pokazują, że przeżycie na hemodializach bardzo starych ludzi jest dłuższe niż na dializach

otrzewnowych. Częstość wykonywania przeszczepów u pacjentów dializowanych otrzewnowo wynika z faktu, że należą do innej populacji: są młodszy, zdrowsi. 65–75-latkowie nie kwalifikują się zwykle do przeszczepu.

Oddziałów nefrologicznych mamy na Mazowszu 13, z 263 łózkami. Najwięcej w Warszawie, ale też w Siedlcach, Radomiu, Płocku, Ciechanowie, Makowie Mazowieckim. Wszystkie są potrzebne, stanowią zaplecze nefrologiczne dla regionów województwa, w których pracują, oraz dla stacji dializ. Dializowani pacjenci często mają powikłania i lepiej, gdy trafiają na nefrologię, a nie na internę. Pojawiające się pomysły likwidacji oddziałów nefrologicznych w terenie są nieprzemysłane.

Przybywa osób chorujących na nerki, zatem zapotrzebowanie na łóżka nefrologiczne będzie rosnąć. Oddziały są sprawne, współpracują ze stacjami dializ, poradniami nefrologicznymi i część z nich wykonuje biopsje nerek, np. w Radomiu, Ciechanowie, Płocku. Liczba biopsji nerek wykonanych w latach 2009–2014 wyniosła 69 na milion mieszkańców, co lokuje województwo mazowieckie na drugim miejscu w Polsce (po województwie podlaskim). Wczesne wykonanie biopsji pozwala na zdiagnozowanie patologii kłębuszków nerkowych. Osoby z taką diagnozą można leczyć zanim dojdzie u nich do niewydolności nerek. Mają zatem szansę na poprawę rokowań i wydłużenie czasu do rozpoczęcia dializ.

Ze względu na niedostateczną liczbę poradni publicznych, a przede wszystkim ograniczenia związane ze zbyt niskim kontraktowaniem, nie poprawa się dostępność ambulatoryjnych świadczeń nefrologicznych. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty nefrologa przekracza pół roku.

## A jakim kadrami dysponuje nefrologia?

W stacji dializ może pracować wyłącznie lekarz ze specjalizacją albo w trakcie specjalizacji. Ale stacje niepubliczne, usytuowane poza szpitalami, mają duże kłopoty z zatrudnieniem odpowiedniej liczby nefrologów. Dlatego nie pracują w niedziele i w nocy. W ośrodkach akademickich nie ma braków kadrowych. W mojej klinice (łącznie ze stacją dializ) 15 lekarzy ma specjalizację z nefrologii.

Praca na oddziałach jest ciężka, dużo dyżurów, lekarze odchodzą do podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie mają wyższe wynagrodzenie, a soboty i niedziele wolne. Jest też problem z niedoborem pielęgniarek.



Według rejestru Naczelnej Rady Lekarskiej na Mazowszu mamy 224 nefrologów, ale nie wszyscy pracują w zawodzie. Rejestr nie wykazuje, którzy lekarze już nie pracują, bo są emerytami, którzy wyjechali zagranicę albo mają więcej niż jedną specjalizację i zajmują się inną dziedziną. Od kilku lat obserwuję brak chętnych do zdobycia naszej specjalizacji. 10 lat temu dostać się na specjalizację z nefrologii nie było łatwo z powodu dużej konkurencji. Dziś młodzi lekarze wolą być okulistami, urologami, kardiologami. Nefrologia nie jest dochodowa, stąd brak zainteresowania.

Na Mazowszu w tej chwili kształcą się 36 nefrologów. Nie ma też chętnych na specjalizację w nowym systemie – modułowym. Z ośmiu miejsc szkoleniowych, które dostaliśmy w tym podziale, tylko dwa są zajęte. W poprzednim było tak samo. Jest to niepokojące.

Sądziłam, że na te niezajęte miejsca zgłoszą się osoby, którym nie udało się dostać na specjalizację bardziej oblegane, np. kardiologię. Okazuje się jednak, że te miejsca nam zabrano i przyznano osobom odwołującym się w tych właśnie „modnych” dziedzinach. Efekt jest taki, że na jednym z oddziałów pediatrycznych na 25 łóżek ordynator ma 22 rezydentów. W rezultacie za kilkanaście lat będziemy mieć nadmiar kardiologów i niedobór nefrologów oraz innych specjalistów, których dziedziny nie cieszą się zainteresowaniem obecnych absolwentów. To zła polityka kadrowa. Miejsca powinny być dzielone na podstawie potrzeb zdrowotnych.

Innym naszym problemem jest zmniejszenie środków za hemodializy, z 414 zł do około 396 zł. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydała opinię, że należy obniżyć stawkę stacjom, które nie pracują w systemie 24-godzinny, a działającym 24 godziny przez 7 dni w tygodniu zwiększyć. One rzeczywiście mają wyższe koszty pracy niż stacje pracujące z przerwami. U nas w nocy i w niedziele musi być dyżurny lekarz i trzy pielęgniarki. Do nas trafiają w godzinach nocnych chorzy z ostrą niewydolnością nerek lub pacjenci z innych stacji. Konsultant krajowy otrzymał obietnicę podwyższenia środków.

### Czy kwalifikacje do przeszczepów są prowadzone w odpowiednim czasie?

Przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych do przeszczepu niektórym stacjom sprawia trudności. Badań jest dużo: układ krążenia, echo serca, koronarografia, próby wysiłkowe. Bez zaplecza szpitalnego to skomplikowana procedura, badania w ramach hospitalizacji są łatwiejsze. Chory wówczas nie czeka w kolejce w poradniach. Ale warunek NFZ jest dziwny: pacjenta można kwalifikować do przeszczepu tylko raz w jego życiu w trybie hospitalizacji. Nawet jeśli jest to chory, który czeka na drugi przeszczep. Wprowadzono procedurę ambulatoryjną do tego zabiegu, ale w praktyce trwa ona tak długo, że staje się bezużyteczna. Osoba ze skierowaniem do kilku lekarzy specjalistów (kardiologa, pulmonologa, ginekologa, stomatologa) będzie do każdego czekała po kilka miesięcy. A wyniki badań są ważne tylko rok, zdezaktualizują się zanim chory zostanie zgłoszony. W innych krajach do przeszczepu kwalifikuje ośrodek transplantacyjny, a nie stacja dializ. Chcemy, aby u nas było tak samo. Wymaga to etatu dla koordynatora w placówce transplantacyjnej, który będzie kierował takim pacjentem. Ale to postulat. Na razie regionalne ośrodki kwalifikacyjne pracują



Fot. archiwum

raczej dla idei, nikt ich nie finansuje. W mojej klinice to my pokrywamy koszty m.in. pracy lekarza obsługującego kwalifikację, koszty biurowe.

Na świecie do przeszczepu nadaje się 20–25 proc. dializowanych. U nas zakładamy, że powinno być 15 proc., ale jest około 12 proc. Krajowa Rada Transplantacyjna przygotowała, na zlecenie ministerstwa, projekt przeniesienia kwalifikacji do ośrodków transplantacyjnych. Drugi projekt dotyczy zmiany alokacji przeszczepu. Obecnie kandydat do przeszczepu jest wieszony do ośrodka, w którym pobrano nerkę, i tam przeprowadzana jest operacja. Powinno być odwrotnie – pobraną nerkę należy wieźć do placówki, gdzie czeka chory. Przeszczep w ośrodku, który dotychczas zajmował się pacjentem, ma wiele zalet. Czekamy na decyzję ministerstwa. ■

Konsultant wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie nefrologii: prof. dr hab. n. med. **Magdalena Durlik**, Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii WUM, Szpital Dzieciątka Jezus. Tel.: 22-502-12-32.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii: prof. dr hab. n. med. **Ryszard Gellert**, Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP, Szpital Bielański. Tel.: 22-569-02-06.

# Opieka paliatywna na Mazowszu wciąż daleka od ideału

**Od 1 stycznia 2017 r. obowiązuje wyższa stawka bazowa dla hospicjów domowych i stacjonarnych. Na mapie województwa mazowieckiego pojawiły się nowe poradnie opieki hospicyjnej. Czy to wystarczy, by poprawić stan opieki paliatywnej na Mazowszu?**

W roku 2016 w województwie mazowieckim funkcjonowały – w ramach kontraktu z NFZ – 53 hospicja domowe dla dorosłych i 7 hospicjów domowych dla dzieci oraz 17 placówek stacjonarnych: 6 oddziałów medycyny paliatywnej w strukturach szpitali i 11 hospicjów stacjonarnych, których organami założycielskimi są podmioty prywatne i kościelne oraz samorządy.

Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz zawiera załącznik nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (DzU z 2013 r., poz. 1347 ze zm.). Chodzi głównie o jednostki chorobowe KOD ICD-10: C00–D48 – nowotwory, oraz choroby nienowotworowe: B20–B24 – choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności HIV, G09 – następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, G10–G13 – układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, I42–I43 – kardiomiopatia, J96 – niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, L89 – owrzodzenie odleżynowe.

– Większość dorosłych objętych opieką hospicyjną na Mazowszu to osoby z chorobą nowotworową. Wśród otoczonych opieką domową stanowią 98 proc., a opieką stacjonarną – około 85 proc. Inna jest sytuacja w przypadku dzieci. Tylko niespełna 30 proc. to pacjenci onkologiczni – wyjaśnia Magdalena Kwiatkowska, pełniąca funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

## Zmiany w finansowaniu

W opinii konsultanta wojewódzkiego aktualnie na Mazowszu praktycznie w każdym powiecie istnieje opieka hospicyjna domowa. Podstawowym problemem było jednak finansowanie tych placówek.

– Stawką rozliczeniową w opiece paliatywnej jest tzw. osobodzień (kwota przeznaczana na pacjenta na jedną dobę). Ponieważ stawki były niskie, a usługi zakontraktowane na określoną liczbę chorych, na objęcie opieką trzeba było czekać od kilku dni do kilku tygodni – tłumaczy Magdalena Kwiatkowska.

Od stycznia 2017 r. wycena świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na Mazowszu wzrosła. Kwota bazowa, która wynosi aktualnie 48,08 zł, jest mnożona przez odpowiednie współczynniki, co daje stawkę na osobodzień: dla hospicjum domowego dla dorosłych 1x 48,08 zł, domowego dla dzieci 1,6 x 48,08 zł, dla hospicjum stacjonarnego 6,1 x 48,08 zł, dla poradni paliatywnej 0,99 x 48,08 zł.

– Nie wydaje się, aby wyższe stawki znacząco poprawiły stan opieki paliatywnej. Po pierwsze nadal świadczenia są limitowane, po drugie obecna stawka jest niższa niż wycena usług dokonana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dla porównania w województwach sąsiadujących z Mazowszem, np. kujawsko-pomorskim i łódzkim, stawka bazowa sięga 56,19 zł. Jej wysokość zależy od indywidualnej decyzji oddziałów NFZ – podsumowuje Magdalena Kwiatkowska.

Andrzej Troszyński, rzecznik prasowy Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, potwierdza, że w przypadku wszystkich podmiotów oferujących świadczenia w zakresie opieki hospicyjnej i paliatywnej w województwie mazowieckim wartość punktu w 2017 r. wynosi 48,08 zł.

– Ze względu na sytuację finansową Mazowieckiego Oddziału NFZ podwyższenie stawki bazowej zostało podzielone na dwa etapy. Poziom wyceny AOTMiT, która zakłada stawkę bazową 56,19 zł, osiągniemy w 2018 r. – wyjaśnia rzecznik.

## Więcej poradni

W 2016 r. kontrakt z NFZ miały zaledwie 2 poradnie medycyny paliatywnej (w Warszawie i Wieliszewie). Od 1 kwietnia 2017 takich placówek jest już 9. Działalność rozpoczęły kolejne 2 poradnie w Warszawie, a także w Piasecznie, Otwocku, Płocku, Przasnyszu i Radomiu.

– Rzeczywiście podpisaliśmy kontrakt z NFZ dotyczący prowadzenia poradni opieki paliatywnej. Niestety, żadna poradnia nie jest w stanie utrzymać się przy zaproponowanej przez fundusz stawce. Musi przecież zatrudniać lekarza specjalistę, pielęgniarkę, psychologa, rehabilitantów, musi mieć odpowiednie pomieszczenia i sprzęt. Do tego dochodzi koszt wizyt domowych. Zgodziliśmy się jednak, ponieważ jesteśmy fundacją charytatywną i zależy nam, żeby poradnia opieki paliatywnej u nas istniała. Pomoc ambulatoryjna dopełnia spektrum opieki, którą powinniśmy zapewnić chorym – mówi dr n. med. Jerzy Jaroń, współzałożyciel Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie ([www.fho.org](http://www.fho.org)). Hospicjum oferuje 38 miejsc w ośrodku stacjonarnym, a około 200 chorych otacza opieką domową (ponad 2 tys. rocznie).





Fot. egw

Jerzy Jarosz

Dr Jarosz bardzo żałuje, że kontrakt z NFZ nie obejmuje prowadzenia poradni leczenia bólu, która w jego ocenie jest bardzo potrzebna chorym onkologicznie w Warszawie i na Mazowszu. Ocenia, że z zabiegowych metod leczenia korzystałoby 10–15 proc. chorych.

– *Poradnia opieki paliatywnej powinna oferować choremu każdą formę opieki, dlatego powinna współistnieć z poradnią wykorzystującą zabiegi stosowane w leczeniu bólu i innych uciążliwych objawów. To by się opłacało wszystkim. Najważniejsze, że moglibyśmy poprawić skuteczność leczenia bólu, ograniczając farmakologię i rozszerzając terapię o metody zabiegowe. Obecnie możemy podać chorym tylko leki, które nie są wcale tanie ani w pełni skuteczne* – uważa dr Jarosz.

– *Poradnia opieki paliatywnej powinna oferować choremu każdą formę opieki, dlatego powinna współistnieć z poradnią wykorzystującą zabiegi stosowane w leczeniu bólu i innych uciążliwych objawów. To by się opłacało wszystkim. Najważniejsze, że moglibyśmy poprawić skuteczność leczenia bólu, ograniczając farmakologię i rozszerzając terapię o metody zabiegowe. Obecnie możemy podać chorym tylko leki, które nie są wcale tanie ani w pełni skuteczne* – uważa dr Jarosz.

## Zbyt niskie limity

Hospicjum Płockie ([www.hospicjum.org.pl](http://www.hospicjum.org.pl)) oferuje cztery formy opieki: oddział stacjonarny, hospicjum domowe dla dorosłych, hospicjum domowe dla dzieci i poradnię medycyny paliatywnej. Oddział stacjonarny ma 14 łóżek, ale w ramach podpisanego kontraktu z NFZ może objąć opieką tylko 12 pacjentów.

– *Oczywiście jest hospitalizowanych 14 osób. I tak powstają nadwykonania* – twierdzi Magdalena Kwiatkowska.



Fot. archiwum

Magdalena Kwiatkowska

Hospicjum domowe dla dorosłych ma kontrakt na 20 pacjentów. Tutaj też są nadwykonania. Obecnie pod opieką jest ponad 30 pacjentów, a przeszło 20 czeka na przyjęcie. Okres oczekiwania wynosi kilka tygodni. Hospicjum domowe dla dzieci ma kontrakt na 10 chorych i tylu pacjentów jest pod opieką. Tu nie ma kolejki – dzieci otrzymują pomoc praktycznie z dnia na dzień.

Rzecznik prasowy MOW NFZ

twierdzi, że podpisane umowy zaspokajają potrzeby. Niektóre hospicja mają nadwykonania, ale inne nie wykorzystują możliwości kontraktu. – *Świadczenia tego typu traktowane są przez mazowiecki NFZ priorytetowo. Oznacza to, że wszystkie zrealizowane są sfinansowane* – zapewnia Andrzej Troszyński.

– *Nadwykonania są opłacane, ale tak nie można prowadzić placówki! Niepewność, czy otrzymamy pieniądze, nie pozwala na planowanie rozwoju hospicjum* – podkreśla Magdalena Kwiatkowska.

Konsultant wojewódzki zwraca też uwagę, że w regionie jest wciąż zbyt mało łóżek w opiece stacjonarnej.

– *Na Mazowszu na 100 tys. mieszkańców przypada średnio 4,5 łóżka, co wygląda słabo na tle innych województw. W 2014 r. dawało nam to czwarte miejsce od końca i sytuacja nie uległa zmianie. Zgodnie z zaleceniami EAPC łóżek powinno być 9–10 na 100 tys.* – mówi Magdalena Kwiatkowska. ■

Ewa Szarkowska



Fot. P. Wierchowski

Wojciech Marciniak

## OPINIA

Wojciech Marciniak, wiceprezes Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci ([www.hospicjum.waw.pl](http://www.hospicjum.waw.pl)):

W 2016 r. stawka za osobodzień wynosiła w przypadku naszej placówki 76 zł. W 2017 sięga 76,93 zł. Wzrost finansowania o 93 gr w żaden sposób nie wpływa na sytuację finansową hospicjum. Ponieważ udział NFZ w finansowaniu działalności Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci wynosi około 10 proc., stawka za osobodzień musiałaby wzrosnąć dużo bardziej, aby to było odczuwalne.

W 2014 r. przeprowadziliśmy kalkulację kosztów dla hospicjum domowego dla dzieci. Wynika z niej, że minimalny koszt osobodnia w placówce spełniającej wymagania stawiane przez NFZ powinien wynosić około 240 zł w przypadku kontraktu na opiekę nad 16 pacjentami i 198 zł w przypadku opieki nad 30 pacjentami.

Zakładając, że stawki we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ kształtują się podobnie, finansowanie ze strony państwa nie pokrywa nawet w 50 proc. minimalnych potrzeb domowych hospicjów dla dzieci. Dlatego opieką paliatywną w Polsce zajmują się organizacje pozarządowe, które na prowadzoną działalność pozyskują środki z innych niż NFZ źródeł. Mam na myśli darowizny, przekazany 1 proc. podatku, pieniądze z budżetu samorządów terytorialnych itp.

Organizacje, które potrafią pozyskać odpowiednie środki finansowe, mogą zaoferować podopiecznym wyższy standard opieki. Nasza fundacja zapewnia leki, produkty spożywcze, środki higieniczne i opatrunkowe, a także przeprowadza niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń, aby miejsce pobytu nieuleczalnie chorego dziecka było dla niego przyjazne, a już z pewnością nie stanowiło zagrożenia dla jego zdrowia (wilgoć, zagrzybienie itp.). Generalnie rodzice nie ponoszą żadnych kosztów związanych z opieką paliatywną nad dzieckiem.

Obecnie mamy pod opieką 30 pacjentów, a dwoje czeka na konsultację. Dzieci przyjmowane są na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego. Po otrzymaniu skierowania umawiamy się na konsultację, w której biorą udział lekarz prowadzący i rodzice, a ze strony hospicjum lekarz i pielęgniarka. W tym samym czasie pracownik socjalny przeprowadza wizję lokalną w miejscu zamieszkania dziecka. Po spotkaniu ustalany jest termin wypisu dziecka ze szpitala pod opieką hospicjum. W wyjątkowych wypadkach prosimy o wstrzymanie wypisu do czasu przeprowadzenia niezbędnych prac remontowych w mieszkaniu dziecka. ■

# Hospicja nie dostaną dodatkowych pieniędzy

Wojewodowie nie będą mogli dysponować rezerwami celowymi z budżetu państwa na wsparcie stacjonarnych hospicjów. Poselski projekt nowelizacji ustawy dającej urzędnikom taką możliwość przepadł w Sejmowej Komisji Zdrowia.

O zmianę przepisów zabiegał poseł PO Cezary Grabarczyk, który w 2015 r., podczas prac nad budżetem na rok 2016, zgłosił poprawkę przewidującą przeznaczenie 20 mln zł na hospicja w województwie łódzkim. Sejm poprawkę przyjął, ale z powodu braku przepisów kompetencyjnych dla wojewody do tej pory pieniędzy nie udało się wykorzystać.

*– I to był powód, który zainspirował moich przyjaciół, żeby przygotować tego rodzaju podstawę. Aby już nigdy nie zdarzyła się podobna sytuacja, że środki, które można skutecznie użyć na pomoc bardzo ciężko chorym pacjentom, są marnowane – tłumaczył Cezary Grabarczyk podczas pierwszego czytania w Sejmowej Komisji Zdrowia poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej.*

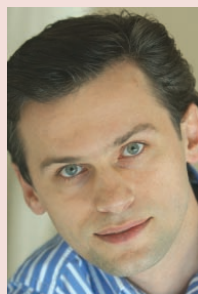
Obecny na posiedzeniu podsekretarz stanu MZ Marek Tombariewicz zwrócił uwagę, że proponowany zapis umożliwia przydzielanie środków z budżetu państwa na remonty lub inwestycje, tymczasem pieniądze powinny być przeznaczone na zwiększenie liczby hospicjów, a nie na ich modernizację.

*– Brakuje szacunku kosztów, które poszłyby za tą zmianą, i źródeł finansowania. Ministerstwo jest „na nie” – powiedział wiceminister Tombariewicz.*

Andrzej Sośnierz, wiceprzewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, stwierdził, że nie wystarczy wskazać wojewodzie, jaki ma być kolejny cel przeznaczenia pieniędzy. Trzeba także jasno określić model finansowania. Jego zdaniem nierównomierne rozłożenie hospicjów w Polsce wskazuje, że potrzebny jest rządowy program rozwoju tego rodzaju opieki w Polsce. Dlatego zgłosił wniosek o odrzucenie poselskiego projektu w całości, który zyskał akceptację większości członków komisji.

Według Beaty Małeckiej-Libery, posłanki PO i wiceprzewodniczącej Sejmowej Komisji Zdrowia, projekt przepadł tylko ze względów politycznych: *– Szkoda, że tak się stało, bo zmiana ustawy dotycząca finansowania hospicjów wprowadzała zapis umożliwiający wojewodom przekazywanie środków finansowych na hospicja stacjonarne w zakresie inwestycyjnym, m.in. na zakup aparatury i sprzętu medycznego. To rozwiązanie miało działać nie na zasadzie przymusu, tylko dawało pewną możliwość dofinansowania hospicjów. Jeśli wojewodowie mieliby wolne środki i uznali, że istnieje taka potrzeba, mogliby to zrobić. A teraz prawo im dofinansowania hospicjów zabrania.*

Posłanka wyjaśniła, że na tej samej zasadzie działa przepis ustawowy, w myśl którego NFZ może, ale nie musi, dofinansować program profilaktyczny realizowany przez samorząd terytorialny. Taki zapis na wniosek samorządowców pojawił się w ustawie o zdrowiu publicznym. ■ **esz**



Fot. archiwum

## Kto się wstawi za obywatelem?

Paweł Walewski

Włoska minister zdrowia oskarżyła twórców emitowanego przez kanał Rai3 popularnego cyklu dokumentalnego „Raport” o propagowanie szkodliwych, bezpodstawnych teorii dotyczących szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Zastanawiam się, jak zachowałby się nasz minister, gdyby telewizja publiczna TVP przedstawiła podobny program, i jak zareagowałaby premier rządu?

Pod koniec kwietnia premier Beata Szydło wezwała swoich ministrów na dywanik, by przypomnieć im o zasadzie lojalności (z której rzekomo wyłamała się minister cyfryzacji, krytykując publicznie reformy społeczne PiS). W związku z tym raczej marne są szanse na wystąpienie szefa resortu zdrowia przeciwko polityce informacyjnej szerzonej przez tubę jego własnej partii. Kiedy w ostatnim czasie w TVP można było obejrzeć programy skrajnie niesolidne, nawiązujące do niebezpiecznych fobii antyszczepionkowych, sprzeciwiał się im przede wszystkim samorząd lekarski. Minister – na szczęście! – dał dobry przykład, chwając się, że przeciwko grypie zaszczepił całą swoją rodzinę. Ale nie słyszałem, aby za promowanie treści sprzecznych z wiedzą medyczną i naukową ktoś poniósł przykładową karę. Albo by prezes TVP otrzymał przy ul. Miodowej stosowne przeszkolenie.

Tym bardziej więc byłoby ciekawe poznać stanowisko, jakie dr Konstanty Radziwiłł zająłby wobec szczepionki HPV, która jak wiadomo chroni kobiety przed brodawczakiem, a jest krytykowana przez środowiska uznające ją za zachętę do nawiązywania częstszych kontaktów seksualnych. Lekarzom wolno bronić klauzuli sumienia, ale jeśli wcielają się w urzędników państwowych, powinni mieć na względzie całe społeczeństwo, dla którego sprawują swoją służbę. Niestety, w polskiej polityce – i od lat także w resorcie zdrowia – o takiej ncoście rzadko się słyszy. Ministrowie rządzą, panują nawet, ale z czasem zapominają, że decyzje, którymi kształtują obraz opieki zdrowotnej, mają kolosalny wpływ na każdego obywatela. O służbie słysząc często tylko na konferencji inauguracyjnej kadencji, a potem już... idzie jak z płatką: nie wiadomo, w czym interesie i dla kogo sprawuje się swój urząd.

A zatem czy rząd, który m.in. zniósł finansowanie zabiegów *in vitro*, byłby w stanie zachęcać dziewczęta do szczepień przeciwko HPV, narażając się na gniew ortodoksów i fundamentalistów? Czy w imię ważnej profilaktyki byłby w ogóle gotów podjąć się tej roli na forum publicznym lub powierzyłby takie zadanie Ministerstwu Zdrowia? Na ile obywatel może u nas liczyć na ministra, który – tak jak we Włoszech – byłby skłonny bronić go przed moralizatorstwem i skrajną nieprawdą prezentowaną czasem w mediach? Na ile taka obrona byłaby skuteczna? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.





# Realizacja kalendarza wyborczego w toku

## ZGŁASZANIE KANDYDATÓW



24 kwietnia 2017 r. zostały ostatecznie ustalone przez Okręgową Komisję Wyborczą listy członków rejonów wyborczych na VIII kadencję. Uwzględniono wszystkie wnioski o przeniesienie do innego rejonu wyborczego, które wpłynęły w terminie.

Przynależność do rejonu wyborczego obowiązuje przez całą kadencję i ulega zmianie jedynie na skutek skreślenia lekarza/lekarza dentystry z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej. Zmiana liczby głosujących w rejonie nie skutkuje zmniejszeniem liczby mandatów. Otrzymałicie Państwo informator wyborczy zawierający spis wszystkich 204 rejonów oraz imienne listy głosujących. Czas na zgłaszanie kandydatów.

Znając skład głosujących w rejonie, występujemy do Koleżanek i Kolegów, którzy mają rezerwę czasową na aktywność oraz pomysły na działanie i chcieliby reprezentować swoje środowisko na okręgowym zjeździe.

Informuję ponownie, że każdy może zgłosić również siebie.

Zgodnie z poprzednią informacją, zgłoszenia należy przesać na odpowiednim wniosku – „Karcie zgłoszenia kandydata na okręgowy zjazd lekarzy” wraz z „Ankiętą kandydata”. Dokumenty z kopertą zwrotną (opłata przeliczona na adresata) są zamieszczone w informatorze wyborczym. Kartę zgłoszenia kandydata wraz z ankiętą należy przesać do Okręgowej Komisji Wyborczej.

**Okręgowa Komisja Wyborcza przedłużyła termin zgłaszania kandydatów do 31 maja 2017 r.,** pierwotnie ustalony w kalendarzu wyborczym na 15 maja 2017 r.

Niezmiennie apeluję o aktywne uczestniczenie w wyborach delegatów na nasz zjazd. ■

**Ładysław Nekanda-Trepka**  
przewodniczący  
Okręgowej Komisji Wyborczej  
w Warszawie



UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Wydział Prawa i Administracji, Wydział Filozofii oraz Instytut Stosowanych Nauk Społecznych  
zaprasza na roczne, płatne

### **Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny**

Studium przeznaczone jest dla osób, które ukończyły studia wyższe I lub II stopnia. Liczymy w szczególności na udział przedstawicieli zawodów medycznych: lekarzy, pielęgniarek i położnych, farmaceutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, członków organów odpowiedzialności zawodowej (sądów, rzeczników odpowiedzialności zawodowej, członków komisji, komitetów etycznych, monitorów badań klinicznych, biegłych sądowych, orzeczników ZUS, menedżerów służby zdrowia, pracowników NFZ) oraz prawników zajmujących się sprawami medycznymi i innych osób działających w zakresie szeroko rozumianej opieki zdrowotnej.

**Początek zajęć – październik 2017 r.**

**Odpłatność za studium – 4000 zł** (w przypadku opłaty jednorazowej),

**w 2 ratach – 4200 zł,**

**w 4 ratach – 4400 zł.**

**Zajęcia odbywają się dwa razy w miesiącu (w soboty i w niedziele).**

Bliższe informacje można uzyskać

pod tel.: 22-552-43-18 lub 22-552-08-11

albo drogą e-mailową pod adresem: [klina@wpia.uw.edu.pl](mailto:klina@wpia.uw.edu.pl),

a także na stronie internetowej Wydziału Prawa i Administracji

**[www.wpia.uw.edu.pl](http://www.wpia.uw.edu.pl)** (szukać w rubryce Studia Podyplomowe).





Fot. archiwum

# Farmakoterapia bólu przewlekłego w oparciu o drabinę analgetyczną WHO

## cz. 6 (koanalgetyki)

**Małgorzata Malec-Milewska**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

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

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

## Kortykosteroidy

Hormony steroidowe powstają w korze nadnerczy, jajnikach i jądrach, gdzie w niewielkim stopniu są magazynowane. Substancją wzorcową do ich wytwarzania jest cholesterol. W chwili nagłego wystąpienia zapotrzebowania na nie są syntetyzowane z komórkowych zapasów cholesterolu. Dobowa produkcja kortyzolu, zgodna z rytmem dobowym (największa rano), która w warunkach podstawowych wynosi 10–30 mg/dobę, w sytuacji stresowej może wzrosnąć nawet dziesięciokrotnie. Podstawową rolę w regulacji wydzielania kortyzonu (w mechanizmie sprzężenia zwrotnego) odgrywają hormony podwzgórza i przedniego płata przysadki. U chorych na nowotwór stwierdza się zwykle zwiększone stężenie kortyzonu i zaburzenie rytmu dobowej jego produkcji, które jest wynikiem przewlekłego stresu metabolicznego i psychicznego. GKS wykazują silne działanie przeciwzapalne (hamują syntezę pozapalnych cytokin), przeciwobrzękowe i przeciwwymiotne, poprawiają nastrój i apetyt. Wykorzystuje się je zwłaszcza do leczenia bólu neuropatycznego, we wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym i w rozsiałym bólu kostnym. W medycynie paliatywnej, u chorych na nowotwór,

zwykle GKS stosujemy do końca życia, wykorzystując ich działanie w: obrzęku mózgu, kompresji rdzenia kręgowego, zapaleniu nowotworowym węzłów chłonnych, niedrożności (oskrzeli, moczowodu, jelit), krwawieniu z drzewa oskrzelowego, płynie w osierdziu, w leczeniu stanów zapalnych po radioterapii, hiperkalcemii, leczeniu zespołów bólu neuropatycznego, a także działanie przeciwnowotworowe. Preparaty te stosujemy również substytucyjnie w przypadku: braku apetytu, wyniszczenia nowotworowego, zmęczenia i obniżenia nastroju. Kolejnymi ważnymi wskazaniami są również: ból (mechanizm przeciwbólowego działania GKS związany jest z ich efektem przeciwzapalnym, przeciwobrzękowym oraz z bezpośrednim hamowaniem czynności elektrycznej uszkodzonego nerwu), duszność, nudności, wymioty, stany gorączkowe i świąd. Ze względu na siłę i czas działania GKS dzielimy na: krótko działające (hydrokortyzon, kortyzon, prednizon, prednizolon, metyloprednizolon), średnio długo działające (triamcynolon) i długo działające (betametazon, deksametazon). Analizując właściwości GKS, należy zaznaczyć, że hydrokortyzon wykazuje właściwości glikokortykosteroidu i mineralokortykoidu, prednizon i metyloprednizolon – silne działanie przeciwzapalne przy znikomym działaniu mineralokortykoidowym. Deksametazon silnie działa przeciwzapalnie, najsilniej hamuje też oś przysadkowo-podwzgórzową. Nie wykazuje natomiast działania mineralokortykoidowego, dzięki czemu połączenie tego preparatu z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (często stosowane w bólu kostnym) zmniejsza ryzyko powikłań związanych z przewodem pokarmowym. W praktyce klinicznej u chorego na nowotwór deksametazon jest najczęściej stosowanym preparatem (w dawce 2–24 mg/dobę).

Bez względu na przeciwwskazaniem do leczenia GKS jest nadwrażliwość na składniki preparatu, względne przeciwwskazania stanowią: grzybice układowe, czynna gruźlica, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, ciężka osteoporoza, cukrzyca, psychozy, zmiany skórne wokół ust, choroby wirusowe w fazie wirerii, jaskra i nadciśnienie tętnicze. Przed włączeniem GKS obowiązuje zawsze staranne przeanalizowanie wskazań i przeciwwskazań. Dawka leku musi być dobierana indywidualnie dla danego pacjenta. Zaleca się podawanie leku zgodnie z rytmem dobowym, czyli w jednorazowej dawce rannej lub 2 razy na dobę (nie wieczorem). W trakcie długotrwałej terapii należy monitorować: morfologię, stężenie glukozy we krwi i w moczu, stężenie cholesterolu we krwi oraz poziom elektrolitów (K<sup>+</sup>, Mg<sup>+</sup>2, Ca<sup>+</sup>2) i przeprowadzać okresowe badanie okulistyczne.



## Bisfosfoniany

Budową swoją przypominają hydroksyapatyt (tlen w cząsteczce hydroksyapatytu został zastąpiony atomem węgla). Tak zbudowana cząsteczka łatwo wbudowuje się w strukturę kości, zastępując naturalny hydroksyapatyt. W organizmie człowieka bisfosfoniany, dzięki temu, że nie ulegają metabolizmowi, utrzymują się w tkance kostnej długo i można je podawać rzadko. Im więcej bisfosfonianu wbuduje się w strukturę kości, tym bardziej stymuluje on osteoblasty do naturalnej śmierci. W zależności od tego, jak wokół podstawowego wiązania (fosfor-tlen-fosfor) rozbudowana jest cząsteczka bisfosfonianu, leki te dzielimy na trzy podstawowe generacje. Im wyższa generacja leku, tym większa siła jego działania. Najprostszym podziałem bisfosfonianów jest podział w zależności od drogi podania: na doustne i dożylny. Bisfosfoniany w formie preparatów doustnych bardzo słabo (poniżej 1 proc.) wchłaniają się z przewodu pokarmowego, dlatego ich dawki muszą być wielokrotnie wyższe niż leków dożylnych. Wchłanianie może pogorszyć przyjęcie leku po jedzeniu. Pokarm, a właściwie zawarty w nim wapń, wiąże bisfosfoniany. Są one solami sodowymi, które w kwaśnym środowisku żołądka tworzą kwas mogący uszkadzać śluzówkę przewodu pokarmowego. Chory przyjmujący preparaty bisfosfonianów doustnie po podaniu leku powinien chodzić przez 2 godziny, by pokarm nie zalegał w żołądku. Biodostępność bisfosfonianów po podaniu dożylnym jest stuprocentowa. W zależności od tego, czy zawierają w swojej cząsteczce azot, czy nie, dzielimy je na azotobisfosfoniany i bisfosfoniany niezawierające azotu. Im azot zawarty w cząsteczce bisfosfonianu jest bardziej obudowany (np. pierścieniem aromatycznym), tym mniejsza szkodliwość leku dla śluzówki przewodu pokarmowego.

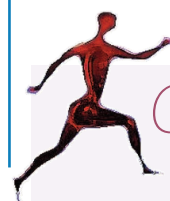
Rejestracyjnymi wskazaniami do podawania bisfosfonianów są, poza osteoporozą, choroba nowotworowa, a w niej osteolityczne przerzuty do kości, ból oraz hiperkalcemia. Bisfosfoniany powinny być jednak tylko jednym z elementów wielokierunkowego leczenia bólu kostnego. Z preparatów bisfosfonianów jedynie zoledronian ma wskazania również do leczenia przerzutów do kości osteoblastycznych. Wszystkie bisfosfoniany zwiększają gęstość mineralną kości (BMD) i zmniejszają ryzyko złamań. Wolno nam jednak w konkretnych jednostkach chorobowych stosować tylko te preparaty, które dla danej jednostki przeszły badania rejestracyjne. Bisfosfoniany działają w dwóch mechanizmach: wszystkie wbudowują się w miejsce hydroksyapatytu, zwiększając gęstość mineralną kości. Drugi mechanizm działania wykazują tylko związki, które mają w cząsteczce azot. Polega on na bezpośrednim hamowaniu aktywności osteoklastów.

Bisfosfoniany u chorych na nowotwór z przerzutami do kości hamują ich osteolizę i ograniczają konieczność stosowania radioterapii oraz leczenia chirurgicznego. Uzasadnione jest również ich stosowanie, gdy nie można opanować dolegliwości bólowych, zwłaszcza u pacjentów ze zmianami osteolitycznymi oraz w leczeniu hiperkalcemii. W chorobie nowotworowej stosowane są głównie formy dożylny leków.

Skutkami niepożądanymi mogą być: objawy grypopodobne, hipokalcemia, uszkodzenie śluzówki żołądka, pogorszenie funkcji nerek i martwica kości żuchwy.

Przeciwwskazaniami do podawania bisfosfonianów są: nadwrażliwość na lek, hipokalcemia, stan kliniczny pacjenta uniemożliwiający utrzymanie go przez co najmniej godzinę w pozycji stojącej (dla form doustnych), ostre stany zapalne przewodu pokarmowego, niewydolność nerek z GFR < 30 ml/min. ■

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



## Goniec Medyczny

### Klauzula sumienia farmaceutów

Nieprowadzenie przez apteki sprzedaży niektórych leków z uwagi na powoływanie się przez farmaceutów na klauzulę sumienia jest sprzeczne z prawem – stwierdził rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar.

### Może powodować nowotwór

Po raz pierwszy we Włoszech sąd uznał, że zbyt częste korzystanie z telefonu komórkowego może powodować nowotwór złośliwy mózgu. W Ivrei, na północy kraju, sąd pracy przyznał rentę pracownikowi, który zachorował na nowotwór po 15 latach częstego i długiego używania komórki.

### Rakotwórczy puder?

Ława przysięgłych w St. Louis (USA) przyznała 110 mln dol. odszkodowania kobiecie, która twierdzi, że zachorowała na raka z powodu używania pudru Johnson & Johnson. Firma zapowiedziała apelację.

### Tykająca bomba osteoporozy

Bezmleczna dieta, coraz bardziej popularna wśród ludzi młodych, może przyczyniać się do osteoporozy – alarmuje „BBC News”, powołując się na raport National Osteoporosis Society.

### Doustna antykoncepcja a depresja

Doustne pigułki antykoncepcyjne negatywnie wpływają na nastrój, poczucie samokontroli i poziom energii, ale nie zwiększają częstotliwości objawów depresyjnych – informują naukowcy z Instytutu Karolinska (Szwecja) na łamach czasopisma naukowego „Fertility and Sterility”.

### Gdy umiera mózg...

O śmierci mózgu będą orzekać dwaj lekarze specjaliści, a nie trzech, jak dotychczas – wynika z przepisów, które weeszły w życie. Dwaj lekarze będą także stwierdzać nieodwracalne zatrzymanie krążenia, jeśli od zmarłego mają być pobrane narządy.

### Sprowadzili groźnego wirusa

Renomowany Instytut Pasteura potajemnie sprowadził do Francji śmiertelnie niebezpiecznego koronawirusa, który powoduje ciężką infekcję dróg oddechowych i niewydolność nerek – podaje dziennik „Le Parisien”, informując o wszczęciu śledztwa w tej sprawie.

### Po udarze

Neuroprotektyna D1 pomaga chronić komórki nerwowe oraz komórki siatkówki po udarze niedokrwiennym mózgu – wynika z badań opublikowanych w czasopiśmie „Cell Death and Differentiation”.

„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](http://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

e-mail: [redakcja@esculap.pl](mailto:redakcja@esculap.pl)



Fot. archiwum

# Wolny zawód

Krystyna Knypl

**Na przestrzeni minionych dziesięcioleci zmieniły się warunki wykonywania większości zawodów uznawanych dawniej za wolne. Powodów tych zmian jest wiele, ale najważniejszym wydaje się zapał współczesnych organizatorów życia publicznego do tworzenia nadmiernie szczegółowych regulacji prawnych i administracyjnych.**

## Dawne dobre czasy przeminęły?

Pojęcie wolnego zawodu pojawiło się w Polsce dawno temu. Przed 82 laty, 23 kwietnia 1935 r. ogłoszono ustawę zasadniczą, zwaną popularnie konstytucją kwietniową, w której owo pojęcie występuje po raz pierwszy jako termin oficjalny. Dokument w imieniu Rzeczypospolitej podpisał prezydent Ignacy Mościcki, znany w świecie nie tylko jako polityk, ale także profesor chemii o międzynarodowej sławie. Nowe czasy przyniosły wiele nowych określeń. Pojęcie wolnego zawodu zastąpiono w konstytucji z 1997 r. określeniem „zawód zaufania publicznego”.

Niewątpliwie zaufanie jest ważnym składnikiem relacji pacjenta z lekarzem, korzystnym dla przebiegu procesu leczenia, ale niejedynym ani niewyłącznym. Toteż określenie nie zachwyca mnie i zgrzytam zębami, gdy słyszę słowa „zawód zaufania publicznego”. Nie leczę publiczności, lecz poszczególnych pacjentów.

Oprócz konstytucji napisano wiele szczegółowych regulacji prawnych, a ich objętość ciągle rośnie, od czasu kiedy postanowiono zreformować służbę zdrowia, przemianowując ją na ochronę zdrowia.

Kolejne reformy przyniosły możliwość zatrudniania lekarzy na kontraktach, z czym wiązała się konieczność uruchomienia własnej działalności gospodarczej. Kim jest lekarz prowadzący działalność gospodarczą? Wszystko zależy od kontekstu. Gdy ściga go kontrola z NFZ, jest tylko „świadczącym wykonywającym zawód zaufania publicznego”. Gdy ktoś zasłabnie w miejscu publicznym, rozlega się pytanie: czy jest tu lekarz?

Oczywiście może tak się zdarzyć, że lekarz udzielający pomocy w nagłym zdarzeniu będzie uważał się za „działacza gospodarczego” i wystawi fakturę instytucji, której pracownik zadał to pytanie. Zyska przelotną sławę w mediach i środowisku, ale wszak nie o taką sławę chodzi!

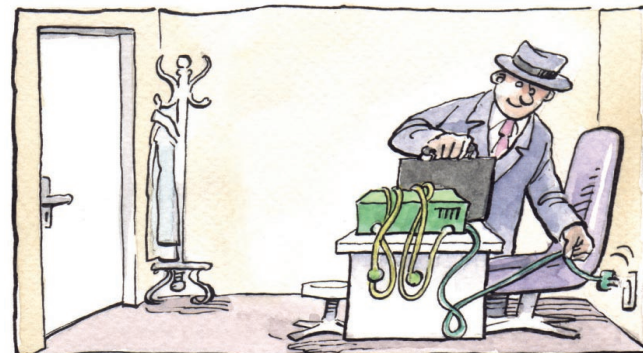
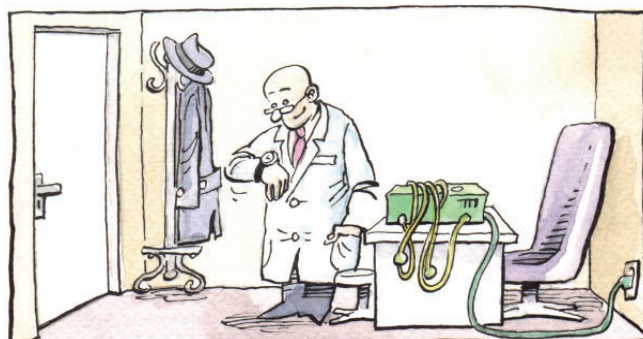
Osoba prowadząca działalność gospodarczą musi wystawiać wiele dokumentów w bardziej typowych okolicznościach związanych z pracą w gabinecie lekarskim. Jednak w kwestii wystawiania jakichkolwiek dokumentów poza gabinecie lekarskim konieczne jest zachowanie powściągliwości.

Trudno dziś wyobrazić sobie wypisywanie recepty poza gabinecie i nieudokumentowanie tego wydarzenia refundacyjnego w dokumentach. Jednak mimo stworzenia różnych współczesnych teorii o wzniosłości aktu wypisania recepty i jego znaczeniu dla praktyki lekarskiej, a także gospodarki narodowej, nikt z tego powodu nie czuje się szczęśliwszy.

Wszelkie przeregulowania prawne w medycynie przynoszą pożytek jedynie kontrolerom i twórcom wybujałych regulacji, nigdy beneficjentami nie są rzekomi adresaci docelowi, czyli pacjenci, ani osoby bezpośrednio pomoc niosące.

## Samorządy zawodowe

Nieodłącznie związane z wolnymi zawodami i ich współczesną wersją, zwaną zawodami zaufania publicznego, jest istnienie samorządów zawodowych. Historyczne, a także współczesne umocowanie prawne samorządów zawodo-



Rys. K. Rosiecki



wych jest wysokie, powołuje się je bowiem na podstawie konstytucji. Z tego powodu samorząd zawodowy ma konstytucyjny przywilej zezwalający na ograniczenie wolności wykonywania zawodu. Ma też samorząd silną podstawę prawną do występowania w imieniu środowiska do wszystkich organów państwowych.

Warto przy tym zauważyć, że wiele zawodów nadal praktykowanych w formule klasycznych wolnych strzelców nie jest objętych regulacjami nakazującymi przynależność do samorządów zawodowych. Nie ma np. izby dziennikarskiej ani izby twórców programów komputerowych.

## Pieniądże szczęścia nie dają?

Prawdziwa wolność w wykonywaniu zawodu ma wiele zalet, ale też swoją cenę. Wymaga odwagi, wytrwałości, odporności na pogoń za pieniędzmi, świadomości hierarchii celów życiowych i umiejętności opanowywania pokus. Gdy cała dyżurka lekarska dyskutuje o najnowszych modelach posiadanych samochodów, konieczne jest zachowanie dystansu do tej tematyki. Niezależnie od poziomu emocji, jaki samochody wywołują w każdym mężczyźnie (a także w wielu kobietach), ich posiadanie jest celem ulegającym szybkiemu przeterminowaniu. W takie cele nie warto inwestować! Masowy konsumpcjonizm, jak się okazuje, ma swoje granice, wyznaczone przez zdrowy rozsądek oraz przyrodę. Stan zatrucia środowiska spalinami samochodów i wzywaniami z kominów fabrycznych jest tego najlepszym przykładem.

Wykonując każdy zawód w jego wolnej formule, trzeba się liczyć z ograniczonymi możliwościami zarabkowania. Rzadko kiedy pojedynczo wytwarzane produkty osiągają wysokie ceny, czyniąc ich twórców bogaczami. Płacenie zawrotnych sum za obrazy rzadko zdarza się za życia artystów, podobnie honoraria za książki czy artykuły na ogół nie przynoszą autorom milionów.

## Współczesny wolny strzelec

Wykonywanie w tej formie zawodu lekarza jest prawie niemożliwe, zwłaszcza na wczesnych etapach kariery oraz w specjalnościach zabiegowych. Także znaczne sformalizowanie procesu kształcenia podyplomowego oraz przypisanie go do wybranych instytucji prowadzących edukację podyplomową utrudnia lekarzowi bycie wolnym strzelcem.

Dziennikarz, gdy ma komputer z dostępem do Internetu, niczego więcej do pracy nie potrzebuje. Oczywiście ważny jest talent i natchnienie, ale to inna kategoria dóbr. Podobnie malarz czy fotografik może się obyć bez wielkiego warsztatu pracy. Ształugi lub aparat fotograficzny w zupełności wystarczają do komfortowej pracy. Analizując to zagadnienie, doszłam do wniosku, że zakres wolności jest odwrotnie proporcjonalny do rozmiarów warsztatu pracy.

Uwiedzenie doraźnym zyskiem finansowym dotyka wielu osób, jednak nie dzisiejszy stan konta bankowego warto uważać za sukces, lecz dobrą kondycję zdrowotną, rodzinną oraz zawodową mierzoną w dłuższej perspektywie. ■

**PTHiT**

**XXVII ZJAZD  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
HEMATOLOGÓW I TRANSFUZJOLOGÓW**

WARSZAWA, 21–23 września 2017 r.

**MIEJSCE**  
Warszawa, Centrum Konferencyjne  
Hotelu Hilton  
ul. Grzybowska 63

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU  
NAUKOWEGO I ORGANIZACYJNEGO**  
prof. dr hab. n. med.  
Wiesław W. JĘDRZEJCZAK

**PATRONAT NAUKOWY I NADZÓR MERYTORYCZNY**  
Polskie Towarzystwo Hematologów  
i Transfuzjologów

**PATRONAT HONOROWY**  
Minister Zdrowia  
Konstanty RADZIWIŁŁ

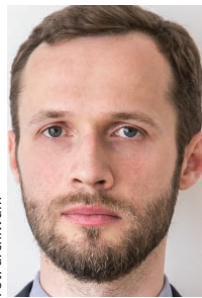


Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Maciej HAMANKIEWICZ



UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA  
[WWW.XXVIIJAZDPHTIT.PL](http://WWW.XXVIIJAZDPHTIT.PL)  
ORAZ NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)  
W ZAKŁADCE KONFERENCJE



Fot. archiwum

# Odpowiedzialność pielęgniarki i ratownika medycznego – wybrane aspekty prawne

Filip Niemczyk, adwokat

W współczesnej medycynie leczenie szpitalne pacjenta odbywa się zazwyczaj w dużych placówkach zatrudniających ratowników medycznych, pielęgniarki oraz lekarzy. Osoby te, w zależności od szczebla, funkcji i specjalności, mogą wspólnie lub indywidualnie ponosić prawną odpowiedzialność za określone aspekty procesu leczenia pacjenta. Chorym w szpitalu może zajmować się od kilku do kilkudziesięciu osób, począwszy od lekarza i ratownika w karetce, przez pracowników SOR, personel oddziału, na który zostaje przyjęty, po specjalistów konsultujących jego przypadek.

Kiedy dochodzi do zdarzenia medycznego, którego skutkiem jest śmierć lub uszczerbek na zdrowiu pacjenta, konieczne staje się ustalenie, czy ktoś z personelu medycznego ponosi zań odpowiedzialność. W zależności od okoliczności sprawy ustalenia takie mogą być czynione przez organy ścigania, Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, sąd w procesie cywilnym lub właściwego rzecznika dyscyplinarnego. Jedynie w sytuacji podejrzenia powstania tzw. zakazenia szpitalnego odstępnie się od poszukiwania indywidualnie odpowiedzialnej osoby, a postępowanie koncentruje się wokół zagadnień związanych z warunkami sanitarnymi placówki.

Błąd medyczny lub naruszenie praw pacjenta związane jest z określonym działaniem lub zaniechaniem, które następuje wbrew wiedzy medycznej, woli lub prawom chorego. Winna błędu może być zatem konkretna osoba, która swym postępowaniem uchybiła zasadom wykonywania zawodu. Biorąc pod uwagę fakt, że w proces leczenia szpitalnego zaangażowanych jest zazwyczaj wiele osób, pojawia się pytanie o granice odpowiedzialności poszczególnych uczestników tego procesu. W niniejszym artykule wskażę kilka aspektów odpowiedzialności za zdarzenia medyczne pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych.

W pierwszej kolejności wskazać trzeba, że zarówno pielęgniarka, położna, jak i ratownik medyczny odpowiadają za popełniony błąd lub naruszenie praw pacjenta na podobnych zasadach jak lekarze. Odpowiedzialność ma charakter cywilnoprawny (odszkodowawczy) lub karny. Ponadto pielęgniarka i położna stają przed sądem odpowiedzialności zawodowej w związku z naruszeniem etyki lub zasad wykonywania zawodu.

Możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności wymienionego personelu medycznego wynika z faktu znacznej samodzielności tych zawodów w zakresie udzielania świadczeń medycznych, szerokiego zakresu czynności pielęgniarskich i ratunkowych, ustawowego wymogu ich wykonywania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązku przestrzegania praw pacjenta oraz obowiązku doskonałości zawodowego.

Błąd ratownika medycznego może mieć charakter diagnostyczny, jeśli np. nie rozpozna stanu zagrożenia zdrowia w wyniku błędnej interpretacji zapisu EKG, lub terapeutyczny, gdy np. wykona kardiowersję zamiast defibrylacji, poda leki nieadekwatne do stanu zdrowia pacjenta lub zaaplikuje je niewłaściwą drogą albo w niewłaściwej dawce. W ramach ratownictwa medycznego istotne znaczenie mają również decyzje o sposobie i miejscu transportu pacjenta.

Analogiczne uwagi odnoszą się do pielęgniarki i położnej. Przedstawicielkom obu zawodów można postawić zarzut błędu w czynnościach medycznych wykonywanych samodzielnie w zakresie diagnostyki, terapii i organizacji procesu leczenia oraz pielęgnacji, np. przez niepoinformowanie lekarza prowadzącego o istotnej zmianie stanu pacjenta lub niewłaściwe przekazywanie poleceń pielęgniarki oddziałowej pielęgniarkie odcinkowej. Na obu grupach zawodowych ciąży również obowiązek ochrony praw pacjenta, chociażby przez prawidłowe sporządzanie dokumentacji medycznej i odpowiednie traktowanie chorego.

Istotnym aspektem realizacji procesu leczenia przez personel medyczny jest nadzór, jaki sprawuje lekarz nad pielęgniarką i ratownikiem medycznym. Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej polega m.in. na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Ratownik medyczny udziela świadczeń medycznych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza. Wynikająca z tych reguł hierarchia służbowa ma znaczenie w ocenie błędu i ustaleniu osoby, która go popełniła. Może być bowiem tak, że błąd popełni lekarz, zlecając wykonanie niewłaściwych czynności pielęgniarkie, np. wpisanie niewłaściwej dawki leku do karty zleceń. Pielęgniarka ma obowiązek wykonać zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, a jedynie w przypadku uzasadnionych wątpliwości może domagać się od lekarza potwierdzenia potrzeby jego wykonania. Jeśli lekarz podtrzyma zalecenie, pielęgniarka nie ma prawa odmówić jego wykonania, o ile nie jest to sytuacja rażąca i oczywista. Ratownik medyczny, co do zasady, nie ma uprawnienia do żądania uzasadnienia potrzeby wykonywania poleceń, a w konsekwencji jest obowiązany polecenia wykonywać. Ratownik medyczny i pielęgniarka, którzy wykonali błędne polecenie lekarza, nie ponoszą za nie odpowiedzialności prawnej.

Opisane zależności między personelem medycznym prowadzą do wniosku, że – mimo nadrzędnej roli lekarza w procesie leczenia – zakres odpowiedzialności i rola ratowników medycznych, pielęgniarek i położnych są znaczne, a ze względu na samodzielność i poziom wiedzy medycznej mogą oni ponosić indywidualną odpowiedzialność za popełnione błędy. Nie zmienia to jednak faktu, że w zakresie czynności wykonywanych na zlecenie i pod nadzorem lekarza zasadniczy ciężar odpowiedzialności wobec pacjenta za postawioną diagnozę oraz zalecone czynności terapeutyczne spoczywa na lekarzu. ■





Konstanty  
Radziwiłł

## Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 27.

*„Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka”.*



Kodeks Etyki Lekarskiej bardzo poważnie traktuje sprawę przestrzegania tajemnicy lekarskiej. Aż siedem artykułów jest poświęconych jej szczegółowemu omówieniu. Jednak art. 27 w jednym zdaniu podaje szczególny przypadek sytuacji, w której lekarz może naruszyć świętą zasadę zachowywania w tajemnicy wszystkiego, czego dowiaduje się w związku z wykonywaniem swojego zawodu. To sytuacja, w której lekarz jest świadkiem faktów mogących zagrażać czyjemuś zdrowiu lub życiu przez naruszenie praw człowieka. Wydaje się, że artykuł ten, mówiący o prawie do ujawniania wspomnianych faktów, w istocie należy rozumieć jak zobowiązanie lekarza do zastanowienia się, czy nie jest ono jego obowiązkiem. Wskazane okoliczności są na pewno wyjątkowe, ale na tym także polega wyjątkowość zawodu lekarza, że ma on obowiązek podejmowania właściwych decyzji nawet w szczególnie trudnych i nietypowych sytuacjach. Na co dzień lekarz skupia się na dobru indywidualnego chorego, którym się opiekuje. To on jest podmiotem, na który nakierowane muszą być wszystkie wysiłki profesjonalne lekarza. On również ma prawo do bycia traktowanym z poszanowaniem wszystkich należnych mu praw indywidualnych. Lekarz musi jednak także być gotowy do wzięcia pod uwagę takich okoliczności, które należy ujawnić dla ratowania innych. To trudny, wyjątkowy, ale bezwzględny obowiązek lekarza. ■



## Postęp a standard opieki zdrowotnej

Tadeusz Tołłoczko

Postęp w zakresie medycyny klinicznej polega na tym, że rozpoznanie choroby następuje wcześniej, szybciej, jest bardziej precyzyjne, leczenie staje się skuteczniejsze i tańsze, a ochrona zdrowia coraz bardziej efektywna i coraz bardziej dostępna.

Niestety, postęp w medycynie wyzwała wiele nowych problemów: klinicznych, moralnych, prawnych, społecznych i ekonomicznych. Ich rozwiązanie bywa zwykle opóźnione w odniesieniu do momentu klinicznego wdrożenia wynalazków i usprawnień. W tej przestrzeni czasu dochodzi do chaosu moralnego i prawnego. Ponadto tempo rozwoju nauki i techniki powoduje niedostateczną nad nimi kontrolę. Istnieje więc niebezpieczeństwo, że proces wdrażania nowości będzie sprawnie omijać obowiązujące zasady moralne, etyczne oraz przepisy prawa. Rozwój medycyny niesie ze sobą coraz więcej problemów, co do rozwiązania których lekarze, prawnicy i etycy nie zawsze zgadzają się nawet ze sobą. Utrzymajmy jednak starożytną zasadę – „myśleć i rozumieć”. To najlepsza droga do porozumienia.

Wraz z niezwyklejmi osiągnięciami terapeutycznymi, znacząco zwiększającymi skuteczność współczesnej medycyny, powinno się pojawić zasadnicze pytanie: czy postęp w nauce i technice medycznej wpływa pozytywnie na dostępność ochrony zdrowia i na jej standard? Czy wspaniałe osiągnięcia naukowe sprawiają, że automatycznie medycyna kliniczna staje się coraz lepsza i bardziej dostępna dla wszystkich obywateli?

Pierwszym objawem rozwarstwienia społeczeństwa jest brak równych szans skorzystania z dobrodziejstw postępu. Powód stanowi bariera finansowa. Większe szanse mają kraje i ludzie bogaci. W publicznej ochronie zdrowia rodzi się szara strefa. Biedniejsi skazani są na długie kolejki, by uzyskać pomoc medyczną, która w ich przypadku cechuje się szerokim zakresem rozmaitych limitów. Nie jest to wina naukowców ani organizatorów, ani lekarzy, bowiem od zarania dziejów przywileje i możliwość korzystania z dobrodziejstw życia i postępu były zawsze proporcjonalne do posiadanej władzy lub zasobów finansowych. Ta życiowa zasada sprawia, że publiczna ochrona zdrowia przyjmuje „charakter klasowy”.

Kolejki są w wielu krajach, nawet bogatych, ale czas oczekiwania na lekarską pomoc nie obejmuje podstawowej opieki zdrowotnej i nie doprowadza do znaczącego pogorszenia stanu zdrowia pacjentów.

O niewydolności opieki zdrowotnej możemy mówić wówczas, gdy w okresie oczekiwania na lekarską pomoc dochodzi do znaczącego, a zwłaszcza nieodwracalnego postępu choroby. Oznacza to, że niewydolne jest państwo albo nieudolni są organizatorzy opieki zdrowotnej. Standard w tym zakresie zależy najczęściej od przeznaczanych na opiekę zdrowotną funduszy i sprawnej organizacji.

Lekarze w biednych krajach borykają się z niemożliwym do rozwiązania problemem finansowego wykluczenia z badań naukowych, dostępu do wiedzy i technologii. Są automatycznie odcięci od postępu.

Czy może istnieć skuteczna organizacja ochrony zdrowia, o wysokim standardzie, która byłaby wydolna przy niedostatecznym finansowaniu? A na takim założeniu oparty bywa budżet ochrony zdrowia. Jednocześnie mówi się wówczas, że potrzeby zdrowotne społeczeństwa są w pełni zaspokojone, i winą za niedociągnięcia obarcza się lekarzy. ■

## Wsparcie siedleckiej onkologii

**W Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. podpisano umowę o dofinansowanie budowy Siedleckiego Ośrodka Onkologii.**

Wymieniona w dokumencie kwota prawie 56 mln zł pozwoli na wybudowanie pięciokondygnacyjnego budynku o powierzchni 7785 mkw. Ośrodek zostanie połączony z głównym budynkiem szpitala podziemnym tunelem. W nowym obiekcie znajdzie się m.in.: kompleks 84-łóżkowy dla pacjentów leczonych stacjonarnie, przychodnia onkologiczna, stanowiska do chemoterapii dziennej, pracownia cytostatyków, zakład medycyny nuklearnej oraz infrastruktura towarzysząca. Siedlecki Ośrodek Onkologiczny obejmie opieką mieszkańców subregionu ostrołęcko-siedleckiego i powiatów garwolińskiego oraz mińskiego. Taki obszar działania pokrywa się z „Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego”.

## Mazowiecki NFZ ma nową radę

**Wojewoda mazowiecki Zdzisław Szipera wręczył powołania przedstawicielom Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – poinformował Urząd Wojewódzki w Warszawie.**

Podczas pierwszego w tym roku posiedzenia na przewodniczącą rady wybrano wicewojewodę Sylwestra Dąbrowskiego. Wiceprzewodniczącymi rady zostali przedstawicielka Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego Joanna Like i przedstawiciel organizacji działającej na rzecz pacjentów Wiesław Czarnecki. W posiedzeniu uczestniczyli również m.in.: dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Sawoni.

Kadencja Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ trwa cztery lata, licząc od dnia jej pierwszego posiedzenia.

## Będzie lądowisko w Wołominie

**W połowie 2017 r. przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Wołominie powstanie nowoczesne lądowisko dla śmigłowców. Szpital otrzymał na ten cel dofinansowanie z Unii Europejskiej.**

Budowa lądowiska wpisuje się w koncepcję rozbudowy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Powstanie ono na tyłach szpitala, za budynkiem stacji dializ, i zapewni szybki transport pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia, poszkodowanych m.in. w wypadkach komunikacyjnych. Projekt jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Ope-

racyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020. Unijne środki pokryją 80 proc. kosztów kwalifikowanych projektu, czyli sięgną kwoty 1,6 mln zł.

## Honorowy tytuł Lekarza i Pielęgniarki Roku 2016

**7 kwietnia 2017 r., w 12. rocznicę śmierci patrona Szpitala Zachodniego świętego Jana Pawła II, po uroczystej mszy świętej odprawionej w kaplicy szpitalnej odbyło się ogłoszenie wyników konkursu na Lekarza i Pielęgniarkę 2016 Roku.**

Tytuł Lekarza Roku 2016 zdobył dr Leszek Pawłowski pracujący na Oddziale Kardiologii Inwazyjnej, Pielęgniarką Roku 2016 została Lidia Kossakowska ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Honorowe tytuły przyznano za troskliwą i profesjonalną opiekę nad pacjentami. Wyróżnienie otrzymała także Anna Porajska, zastępca kierownika Ośrodka Rehabilitacji Diennej, „za uśmiech dla małych pacjentów”.

## Medycyna na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego

**UKSW nawiązał współpracę z Wojskowym Instytutem Medycznym.**

Współpraca uczelni umożliwi stworzenie nowoczesnego ośrodka dydaktyczno-badawczego. Główną ideą placówki będzie kształcenie kadr medycznych wyróżniających się szczególną postawą etyczną. Absolwenci będą też przygotowani do mierzenia się ze współczesnymi wyzwaniami, jakie niesie terroryzm i konflikty o charakterze hybrydowym. List intencyjny o wsparciu idei i realizacji planu utworzenia wydziału medycznego na UKSW podpisali rektor UKSW ks. prof. Stanisław Dziekoński oraz dyrektor Warszawskiego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. Grzegorz Gielera. Dotychczas w województwie mazowieckim medycynę można było studiować na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W 2015 r. na kierunkach medycznych studiowało ponad 9,5 tys. osób, a ukończyło je około 2,5 tys. Od 2017 r. kształcenie lekarzy rozpocznie się w kolejnych dwóch szkołach wyższych – Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym w Radomiu oraz Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

## Patron szkoły w Płońsku

**Szkoła Podstawowa nr 2 w Płońsku nosi imię słynnego płońskiego lekarza i astronoma Jana Walerego Jędrzejewicza.**

Patron został wybrany przez rodziców, nauczycieli, burmistrza i Radę Miasta Płońska. Jan Walery Jędrzejewicz mieszkał w Płońsku w latach 1862–1887. Jest autorem pierwszego podręcznika astronomii w języku polskim, pt. „Kosmografia”. ■ **pk**



## APRIL POLSKA MEDBROKER

program wsparcia finansowego  
w trakcie pobytu na zwolnieniu lekarskim

Zmieniamy  
oblicze ubezpieczeń

### Szczegóły i możliwości zawarcia ubezpieczenia:

· Bezpośrednio w siedzibie OIL w Warszawie  
Punkt Obsługi Lekarzy APRIL Polska Medbroker  
Tel. +48 508 504 318 lub +48 508 504 332  
e-mail: lekarz.medbroker@ppl.april.com

· Centrala APRIL Polska Medbroker  
uL. Sienna 73, 00-833 Warszawa,  
tel. | 22) 295 80 50, 295 80 51



## Co obejmuje program ?

Przedmiotem programu jest wypłata zasiłku dziennego  
za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w następnym:

- ✓ wypadku środka transportu: komunikacyjny, lotniczy, morski, kolejowy
- ✓ obrażenia ciała powodujące naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia w wyniku czynu niedozwolonego w rozumieniu art. 156 i 157 KK

**Program obejmuje zdarzenia, które powstały podczas wykonywania pracy,  
podczas drogi do/z pracy oraz w życiu prywatnym (ochrona całodobowa)**

## Jaka jest kwota zasiłku ?

- ✓ 300 PLN za każdy dzień pobytu na zwolnieniu
- ✓ 9.000 PLN miesięcznie
- ✓ 12.000 PLN w okresie ubezpieczenia,  
lub inna kwota ustalana indywidualnie

Wypłata zasiłku nie jest dochodem,  
nie podlega obciążeniom podatkowym

## Kiedy następuje wypłata zasiłku ?

- ✓ Max do 7 dni od zgłoszenia szkody
- ✓ wypłata jest z góry tj. ilość dni pobytu na zwolnieniu x 300 PLN
- ✓ wypłata jest dokonywana przelewem na konto poszkodowanego

Wypłata jest natychmiastowa, nie jest zależna od przeprowadzenia  
badań lekarskich, określenia uszczerbku na zdrowiu itp. procedur

**Preferencyjna składka dla członków OIL w Warszawie – 195 PLN rocznie.**



Fot. archiwum

# Jak sobie radzimy



cz. 2

Jarosław Kosiaty

Nadzieja podobno umiera ostatnia. A co się dzieje, gdy tracimy wiarę w to, co robimy? Gdy praca przestaje nam dawać satysfakcję, czujemy się wyczerpani licznymi obowiązkami i nadmiernymi wymaganiami? Gdy stale towarzyszy nam znudzenie i zniechęcenie, często boli nas głowa, stajemy się drażliwi, nic nas nie cieszy, mamy kłopoty ze snem, łatwiej zapadamy na różne choroby?...

Jeden z kolegów napisał do mnie: „Mam propozycję, aby kolejny artykuł poświęcić wypaleniu zawodowemu lekarzy. Bo na czym dzisiaj polega w dużej części nasza praca, jak nie na wykonywaniu rutynowych czynności w celu »nabicia« jak największej liczby punktów dla NFZ?! System zmusza nas do tego, że dziennie przyjmujemy 30–50 pacjentów. Jak w tej sytuacji zapewnić jakość usług, znaleźć czas na rozmowę z pacjentem? Depresja łapie często także i nas. W tym aspekcie upodabniamy się do pracowników korporacji, z tą jednak małą różnicą, że otrzymujemy kilkakrotnie mniejsze wynagrodzenie”.

W amerykańskim podsumowaniu badań w tej dziedzinie, opublikowanym w „Medscape Physician Lifestyle Report 2015”, Carol Peckham zwraca uwagę, że ofiarami wypalenia zawodowego padają najczęściej lekarze pracujący na OIOM-ach (53 proc.) i na oddziałach ratunkowych (52 proc.), lekarze rodzinni (50 proc.), interniści (50 proc.) oraz chirurdzy (50 proc.). Na końcu zestawienia znaleźli się: dermatolodzy (37 proc.), psychiatrzy (38 proc.), patolodzy (39 proc.), gastroenterolodzy (41 proc.), okuliści (41 proc.), alergolodzy (43 proc.) i reumatolodzy (43 proc.), choć i w przypadku tych specjalizacji skala zjawiska jest szokująca.\*

Rok wcześniej alarmujące dane opublikowane zostały w czasie Kongresu Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO), który odbywał się w Madrycie. Na zlecenie tej organizacji przeprowadzono badanie wśród blisko 600 onkologów z całej Europy, którzy nie ukończyli jeszcze 40. roku życia. Aż 71 proc. z nich przyznało, że czuje się wypalonych zawodowo (nie miała przy tym znaczenia płeć respondentów). Podobna sytuacja dotyczy koleżanek i kolegów po drugiej stronie oceanu. Ujawnione w czasie zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) rezultaty badań wykazały, że aż 35 proc. amerykańskich onkologów myśli nawet o zmianie pracy w ciągu najbliższych dwóch lat.

A jak wygląda sytuacja w naszym kraju? Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Jacek Jassem w wywiadzie udzielonym PAP potwierdził, że praca onkologów należy do najbardziej stresujących: „Spotykamy się na co dzień z prawdziwymi ludzkimi dramatami, rozwiązujemy najtrudniejsze problemy medyczne, stawiamy czoła etycznym dylematom, często pomagamy chorym odnaleźć się w nowej życiowej sytuacji, którą pociąga za sobą ciężka choroba. Mimo to cały czas mamy poczucie, że nie jesteśmy w stanie spełnić wszystkich oczekiwań chorych i ich rodzin. To naturalne, bo nasze niepowodzenia, niestety nadal częste, budzą ich żal i gniew.

*Liczba nowotworów stale rośnie, a równocześnie mnożą się w geometrycznym tempie biurokratyczne obowiązki”.*

Czy istnieją zatem skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym w naszym zawodzie? To pytanie zadałem koleżankom i kolegom na łamach portalu dla lekarzy Esculap.com. W odpowiedzi otrzymałem wiele ciekawych listów. Oto niektóre z nich.

\* „(...) Niebo bywa przygniecione ciężkimi jak ołów chmurami, przez które nie przebija się nawet garść promieni radosnego słońca. W codziennym zabieganiu niejednemu z nas, lekarzy, taka zima życia zawodowego ukazała się na dobre. I może to być nawet w środku lata. Co zrobić, by kolega, którego mijam w pracy, nie był cieniem »mego pochmurnego ja«, aby pacjent, którego »bycie« nadaje niejako sens mojej misji medycznej, nie był zmorą, a dom mój był miejscem, które jeszcze znam. Szukając odpowiedzi, sięgam do własnego serca, które mówi na początku, że chłодно, zimno, pusto, bez sensu. Czy takie życie sobie wybrałam, ba, takiego pragnęłam, chciałam? Takiego pustego, zimnego... O nie! Wychodzę z domu lub pracy, idę w miejsca, gdzie cisza otula mnie wspomnieniami. Jednak gdzieś w głębi duszy zaczynam spotykać siebie i bliskiego człowieka. Wracam do »siebie«, przypominam sobie piękne chwile własnego życia, kiedy każdy dzień był pełen radosnych emocji i optymistycznych wyzwań, które spełnione, pozwalały szczerzyć się sukcesem i czuć w sobie wiatr mocy. Często odzyskuję w pamięci i albumach twarze osób, które coś znaczą, bo współtworzyły moją egzystencję. Chcę wtedy słuchać nie tylko własnego serca, ale serca drugiego człowieka, jego myśli i trosk codziennych. Okazuje się, że kolega czy koleżanka z pracy mogą być wsparciem, głosem, że pacjent to nie zbiór chorób i problemów, ale ukryty za jego twarzą i sercem świat innych osób, równie ważnych jak jego szczęście, jak mój dom”. M.H.

\* „Ten temat jest mi bliski, ponieważ jestem lekarzem psychiatrą i coraz częściej spotykam się z nim w swojej praktyce zawodowej. Wypalenie jest coraz częstszym zjawiskiem, rezultatem przewlekłego stresu, długotrwałego obciążenia i presji, a jednocześnie braku wytchnienia i odpoczynku psychicznego. Poza tym na zwiększenie poziomu stresu wpływają niepewność utrzymania pracy w dłuższej perspektywie czasu, restrukturyzacja, większa koncentracja na zyskach niż na wartościach, jakie może ze sobą nieść praca zawodowa. Nawet ambitne młode osoby nie mają siły dłużej uczestniczyć w »wyścigu szczurów«. Pojawia się narastające zmęczenie organizmu, aż do wyczerpania. Week-endy przestają wystarczać, aby odpocząć i z nową energią zabrać się do pracy. Potem nie chce się już angażować ani w sprawy firmowe, ani prywatne, dochodzi do degradacji kontaktów z innymi ludźmi, a nawet do depresji, uzależnień, zdarzają się samobójstwa.

Moim zdaniem dużo zależy od nas samych, naszej samoświadomości – na ile jesteśmy w stanie nauczyć się rozpo-



znawać swoje potrzeby, stawiać realne cele, umiejętnie kierować sobą i organizować swoje życie, czyli zadbać o stan psychiczny.

Ja staram się utrzymać »rozsądną« liczbę godzin pracy i snu, ale również zapewniać sobie komfort snu, czyli od lat sprawdzone warunki: ciszę, wygodne łóżko, przewietrzony pokój.

Pamiętam, że podczas aktywności fizycznej uwalniają się endorfiny poprawiające nastrój i podnoszące zadowolenie z życia. Podobno wystarczy 20 minut ćwiczeń trzy razy w tygodniu, aby lepiej radzić sobie ze stresem. Dlatego warto »pomachać nóżką« nawet między prasowaniem a pochłanianiem setek stron fachowej literatury. Nie tylko aktywność fizyczna pozwala oderwać się od codziennych problemów, również posiadanie hobby. Dzięki pasji zachowujemy poczucie sensu naszego życia, bo poza pracą i domem jest w nim coś jeszcze.

Raz (a najlepiej dwa razy) w roku należy zadbać o urlop i koniecznie wyjechać z domu, bo inaczej spędzimy ten czas na załatwianiu zaległych spraw i nie odpoczniemy.

Nie do końca mamy wpływ na to, z kim pracujemy, ale należy robić sobie regenerujące przerwy w pracy, śmiać się z innymi, to poprawia relacje.

Nie dajmy się kolejnej chorobie cywilizacyjnej XXI w.! Nie dajmy się wypalić. Wszystkim życzę, by to w nas płonął ogień zapału, twórczości, pasji, dobrej woli i satysfakcji!“. J.I.

✳ „Podobno dentyści są grupą bardzo narażoną na stres i wypalenie zawodowe. Pewnie tak jest, ale ja już od 33 lat jakoś sobie radzę. Może jest to związane z moim wrodzonym optymizmem, a może po prostu kocham to, co robię. Szczerze powiedziawszy, nie wyobrażam sobie dnia, kiedy ostatni raz przyjmę pacjenta. Staram się zawsze być uśmiechnięta. Traktuję pacjentów jak bliskie mi osoby (...). Poza tym lubię i potrafię wypoczywać. Uwielbiam planować podróże, a potem realizować te marzenia (najczęściej trzy – cztery razy w roku) :-)“. B.B.-T.

✳ „Piszę w chwili przerwy między karmieniem piersią córeczki a czytaniem bajek synkowi. Dzieci i rodzina to świetny sposób na wypalenie zawodowe, po prostu nie ma czasu o nim myśleć. Drugi sposób wart polecenia to stale się rozwijać zawodowo. Choć mąż w chwilach kryzysu marudzi, że tytuł dr n. med. chyba mi na nagrobku się nie przyda. Zatem lekturę prasy fachowej zaczynam po godz. 23.00. Trzeci sposób to rozwijanie zainteresowania i pasje pozazawodowe. Jeśli się zastosuje dwa pierwsze sposoby, to na wypalenie zawodowe zostaje zaledwie 12 minut dziennie. O! właśnie minęło...“. A.Ł.-P.



Fot. licencja Artmedia Partners

Nasze zaangażowanie w pracę napędza również chęć rozwoju. Szukajmy więc nowych wyzwań i jasno określmy swoje priorytety, bo jeżeli lubimy swoją pracę i ona nas interesuje, to ryzyko wypalenia zawodowego jest znacznie mniejsze.

Profilaktyka jest lepsza niż leczenie, więc zadbajmy też o wypracowanie własnych technik radzenia sobie ze stresem, metod relaksacji. Szukajmy wsparcia w rodzinie, wśród przyjaciół, współpracowników. Rękaw partnera do wyptakania się, czy możliwość zadzwonienia o północy do przyjaciółki, by usłyszeć: »dasz sobie radę«, działają jak psychoterapia.

✳ „Jestem dość młodym lekarzem pediatrą. Część czasu pracy spędzam w gabinecie POZ. Zjawiskiem, które mnie martwi, jest brak dbałości rodziców małych pacjentów o aktywność fizyczną. Sama bardzo lubię jeździć na rowerze. Nic mnie tak nie odstresowuje, jak pedałowanie na świeżym powietrzu. Wypalenie zawodowe rozwiewa natychmiast... spotkanie z moim pacjentem na wycieczce rowerowej“. K.B.-C.

\* Źródło: [www.medscape.com/viewarticle/838437](http://www.medscape.com/viewarticle/838437)





Fotografie: m

**Kilka tysięcy osób zawdzięcza życie personelowi tej placówki – podkreśla Wojciech Miazga, dyrektor Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Pisarskiego w Ostrołęce. Tutejszy Oddział Kardiologii Interwencyjnej świętował w kwietniu 15-lecie istnienia.**

**M**asz projekt wydawał się wtedy niemal tak dużym wyzwaniem jak lot na Księżyc – wspomina dr Dariusz Karwowski, kierownik oddziału i jeden z głównych pomysłodawców jego utworzenia. Do dziś doskonale pamięta spotkanie, do którego doszło w listopadzie 2000 r. w anińskim gabinecie prof. Witolda Rużyłty, pioniera

kardiologii inwazyjnej w Polsce. – Przedstawiliśmy wówczas koncepcję uruchomienia w Ostrołęce pracowni hemodynamicznej. Na terenie województwa mazowieckiego, ale poza Warszawą, nie było w tamtym okresie nawet jednej tego typu placówki, dlatego obawialiśmy się, że projekt pozostanie w sferze marzeń. Jednak ku miłemu zdziwieniu zyskaliśmy akceptację prof. Rużyłty – opowiada dr Karwowski.

Najtrudniejszym zadaniem było stworzenie zespołu, który podołałby zadaniom stojącym każdego dnia przed oddziałami kardiologii interwencyjnej. Dr Karwowski, zgodnie z sugestią prof. Rużyłty, nie chciał korzystać z – jak mówi – „legii cudzoziemskiej”, ale skoncentrował się na wyszkoleniu personelu. Zaczął od siebie, już wiosną 2001 r. rozpoczął praktyki w warszawskim Instytucie Kardiologii.

## Przyszłość szpitali w Iłży i Pionkach

Fuzja lecznic w Iłży i Pionkach miała poprawić sytuację finansową placówek, a przede wszystkim lepiej przygotować je do funkcjonowania w sieci szpitali.

**M**amy świadomość kontrowersji, które budzi ten pomysł, ale musimy jakoś zareagować na trudną sytuację obu szpitali – podkreślał starosta radomski Mirosław Ślifirczyk podczas niedawnej, bardzo burzliwej sesji rady powiatu, kiedy debatowano nad projektem połączenia lecznic. Placówki od dawna notują potężne straty, obecnie ich zobowiązania przekraczają 25 mln zł, z czego blisko 10 mln to długi, które powinny zostać spłacone w trybie pilnym. Ale ani w kasie szpitali, ani starostwa takich pieniędzy nie ma.



Fotografie: archiwum





Równocześnie w ostrołęckim szpitalu trwała adaptacja pomieszczeń dla pracowni hemodynamicznej, a szefostwo placówki usilnie poszukiwało pieniędzy na zakup kosztownego sprzętu. Dzięki funduszom pozyskanym od samorządu województwa mazowieckiego udało się nabyć aparat do koronarografii. W lutym 2002 r. pracownia rozpoczęła działalność, a dr Karwowski przeprowadził inauguracyjną angiografię tętnic wieńcowych. Dwa lata później, w czerwcu 2004 r., w Ostrołęce wykonano pierwszy zabieg przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI).

## Ten system działa

W 2007 r. na Oddziale Kardiologii Interwencyjnej w Ostrołęce uruchomiono codzienny, 24-godzinny ostry dyżur „zawałowy”. – *W tamtych czasach nie było to proste posunięcie, wymagało bowiem przełamania wielu barier i oporów, przede wszystkim ze strony NFZ, który musiał wyasygnować duże pieniądze na ten cel. Na szczęście znów się udało* – mówi dr Karwowski.

Nieźle wykształcony, ale wciąż skromny liczebnie zespół oddziału nie był w stanie sprostać codziennym dyżurom, uzyskał jednak wsparcie lekarzy z warszawskiego Instytutu Kardiologii, którzy wciąż współpracują z ostrołęcką placówką. – *Jestem z tego powodu szczęśliwy i dumny, bo to śmietanka kardiologii interwencyjnej nie tylko Polski, ale i Europy* – twierdzi dr Karwowski.

Dziś Oddział Kardiologii Interwencyjnej w Ostrołęce jest jednym z 18 ośrodków w województwie mazowieckim pełniących całodobowe dyżury i pomagających chorym np. z ostrym zespołem wieńcowym. – *Dzięki temu dojazd pacjenta do pracowni hemodynamicznej odbywa się w czasie uznanym przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne za optymalny* – wyjaśnia prof. Hanna Szwed, konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii. – *Wszystkie karetki, które dojeżdżają do pacjenta z bólem klatki piersiowej, wyposażone są w aparaty EKG. Na miejscu rejestruje się badanie elektrokardiograficzne i drogą teletransmisji wysyła wynik bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej lub ośrodka koordynującego. Dzięki temu systemowi pacjent z potwierdzonym rozpoznaniem zawału serca jedzie do znajdującej się najbliżej*

Choć zarząd powiatu zapowiadał, że na tym etapie nie zamierza niczego likwidować, projekt wzbudził ogromne kontrowersje pracowników placówek, samorządowców i mieszkańców. Na początku sesji rady powiatu złożono pismo wyrażające sprzeciw wobec połączenia szpitali, podpisane przez 4,5 tys. osób. Pojawili się nawet kombatanci ze Światowego Związku Żołnierzy AK w Iłży.

Projekt zarządu powiatu negatywnie zaopiniowały rady obu szpitali oraz działające w lecznicach związki zawodowe.

Krytyczne głosy przekonały radnych. Podczas głosowania 13 osób poparło projekt zarządu, 14 było mu przeciwnych.

Co dalej ze szpitalami w Iłży i Pionkach? – *Nie mamy planu B* – przyznał starosta Mirosław Ślifirczyk. – *Byliśmy przekonani, że radni nas poprą i pochwalą za to, że proponujemy najlepsze rozwiązanie w obecnej sytuacji. Teraz będziemy musieli pochylić nad trudną kwestią modernizacji obu lecznic, aby spełniały wymogi ustawy.* ■



wyspecjalizowanej placówki. Znacznie skraccamy zatem czas od wystąpienia bólu do zastosowania angioplastyki wieńcowej.

## Nowoczesne wyposażenie

Bez ostrołęckiego oddziału w północnej części województwa mazowieckiego istniałaby kardiologiczna „biała plama”. – *Bardzo się cieszę, że mogłem dołożyć swoją małą cegiełkę do powstania oddziału. Teraz z dumą patrzę jak rozkwita* – mówi Wojciech Miazga, dyrektor szpitala w Ostrołęce.

Obecnie w skład Oddziału Kardiologii Interwencyjnej wchodzi pracownia hemodynamiczna oraz 16-lóżkowa część kliniczna, w tym 7-lóżkowy odcinek intensywnego nadzoru kardiologicznego, wyposażony m.in. w aparat do kontrapulsacji wewnątrzortalnej, respirator i nowoczesne urządzenie do automatycznego masażu serca.

Dwa lata temu, dzięki pieniądzą z Europejskiego Funduszu Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007–2013, oddział został wyposażony w najnowszej generacji system angiograficzny, przeznaczony na potrzeby kardiologii interwencyjnej, wzbogacony o aparaturę do wykonywania ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS) i pomiaru częstotliwości rezerwy wieńcowej (FFR).

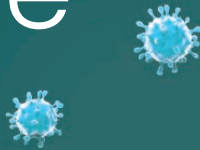
## Ambitne plany

Do tej pory na oddziale przeprowadzono blisko 20 tys. koronarografii i ponad 7,5 tys. zabiegów angioplastyki wieńcowej. W latach 2002–2015 sześciu tutejszych lekarzy uzyskało specjalizację z kardiologii, a pięciu jest w fazie jej zdobywania. Ośmiu medyków z OKI może pochwalić się certyfikatem samodzielnego operatora wydanym przez Asocjacje Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

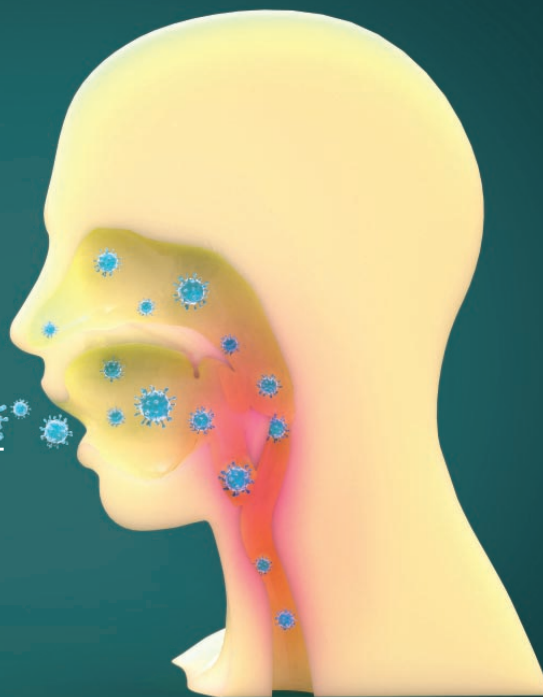
Szpital w Ostrołęce wciąż chce się rozwijać w tej dziedzinie. W ramach unijnego Programu Regionalnych Inwestycji Terytorialnych lecznica chciałaby zrealizować potężny i ambitny projekt uruchomienia ośrodka rehabilitacji kardiologicznej, który znakomicie wpisalby się w mapę potrzeb zdrowotnych województwa mazowieckiego. – *Byłby uzupełnieniem istniejących już w naszym szpitalu: oddziału kardiologicznego, poradni kardiologicznej, elektrofizjologii oraz kardiologii interwencyjnej* – wyjaśnia Wojciech Miazga. Szacowany koszt tej inwestycji to blisko 9 mln zł. ■

Rafał Natorski

# Przeciw grypie



**Eksperti Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy podsumowali sezon epidemiczny 2016/2017. Według danych NIZP-PZH w ostatnim okresie jesienno-zimowym na grypę i choroby grypopodobne zapadło w Polsce prawie 3,8 mln osób, o 25 proc. więcej niż w poprzednim sezonie. Ciężki przebieg choroby był przyczyną hospitalizowania 13 779 pacjentów, a 24 osoby z powodu grypy i jej powikłań zmarły.**



Graf. licencja Artmedia Partners

Eksperti podkreślają, że szczepieniu przeciw grypie powinni poddać się zwłaszcza osoby z grup ryzyka: seniorzy, dzieci, kobiety w ciąży, przewlekle chorzy. Tymczasem w Polsce liczba szczepiących się przeciw grypie jest niska. W 2009 r. zaszczepiło się 6,8 proc. populacji, w 2016 – tylko 3,4 proc. To niepokojąca tendencja, a przecież, jak przekonywał prof. Adam Antczak, przewodniczący Rady Naukowej OPZG, szczepienia przeciw grypie są najskuteczniejszą metodą ochrony przed zachorowaniem, ale przede wszystkim zapobieżenia powikłaniom.

– To rekomendacja lekarza motywuje pacjenta – przekonywała dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch, kierownik

Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego WUM. – *Lekarz, który sam nie szczepił się przeciwko grypie, nie będzie orędownikiem tego szczepienia.*

W 2016 r. przeciw grypie zaszczepił się średnio co trzeci lekarz i co piąta pielęgniarka – wynika z ogólnopolskiego badania. Przeprowadzone zostało w marcu 2017 r., a uczestniczyło w nim 1501 lekarzy i 226 pielęgniarek (QuintilesIMS). Najczęściej szczepili się pediatry (53,7 proc.) i lekarze rodzinni (52,1 proc.), a zatem przedstawiciele tych specjalności, w których kontakt z chorującymi na grypę jest najczęstszy. Średni poziom szczepień personelu medycznego wyniósł 22,6 proc. ■ **ach**

## Nowotwory jelita grubego w ofensywie

Z Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce wynosi co roku 17 tys., a każdego dnia umiera z tego powodu 28 osób. Polska odnotowuje najwyższy wzrost zachorowań na ten rodzaj raka w Europie. Rokowanie chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego wolno, ale systematycznie poprawia się w ostatnich latach w wielu krajach, w Polsce trendy te są znacznie opóźnione. W Australii, Kanadzie, USA 65 proc. chorych na raka jelita po odpowiedniej terapii przeżywa średnio ponad pięć lat, natomiast w krajach o niskich dochodach mniej niż 50 proc.

Od ponad trzech lat trwa dyskusja na temat schematu leczenia farmakologicznego pacjentów zmagających się z rakiem jelita grubego. Środowisko lekarskie zwracało wiele razy uwagę, że obowiązujący schemat jest niezgodny z międzynarodowymi standardami, nieefektywny od strony finansowej, a przede wszystkim nieskuteczny. Dla pacjentów,

u których dochodzi do progresji tego nowotworu po leczeniu standardową chemioterapią, w obecnym programie lekowym nie ma już żadnych opcji terapeutycznych. Od wielu lat czekają na rozszerzenie programu o II linię.

Ze względu na ograniczone środki finansowe w Polsce każde zwiększenie dostępności leczenia w raku jelita grubego przez uzupełnienie kolejnych linii terapii przyczyni się do poprawy wyników leczenia, a co za tym idzie do wydłużenia życia chorych.

Organizacje pacjentów we współpracy z ekspertami ochrony zdrowia przygotowały raport o sytuacji pacjenta z nowotworem jelita grubego w Polsce, w którym apelują o podjęcie wielokierunkowych działań systemowych. Liczą, że przyniosłyby one efekt w postaci zmniejszenia liczby zachorowań, spadku śmiertelności i zwiększenia liczby przeżyć pięcioletnich. ■ **mkr**



# Mazowieckie Centrum Edukacji Medycznej

Warszawski Uniwersytet Medyczny i Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego podjęły wspólną inicjatywę w zakresie kształcenia podyplomowego i powołały Mazowieckie Centrum Edukacji Medycznej.

list intencyjny w tej sprawie podpisali rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś oraz dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszard Gellert.

Mazowieckie Centrum Edukacji Medycznej będzie zajmować się podyplomowym kształceniem kadr medycznych, organizując kursy doskonalące. Jego wielki atut to znakomite zaplecze i kadra naukowo-dydaktyczna, którą od lat dysponują obie wspomniane warszawskie uczelnie medyczne, priorytetem zaś będzie zachowanie najwyższej jakości, fachowości i aktualności przekazywanej wiedzy medycznej. ■ **mkr**



Fot. archiwum

## Nowy system implantów słuchowych

W kwietniu 2017 r. w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach, które jest niekwestionowanym liderem na światowej mapie miejsc szkoleń i spotkań naukowych dla otorynolaryngochirurgów, odbyło się trzecie na świecie i pierwsze w Polsce sympozjum International Bonebridge & Soundbridge. Najważniejszym punktem tego spotkania była światowa premiera nowego zestawu implantu ucha środkowego typu Vibrant Soundbridge ze sprzęgaczem LP-Coupler. Operacje pokazowe z wykorzystaniem tego systemu przeprowadził prof. Henryk Skarżyński.

– Do Kajetan przyjechało ponad 200 czołowych specjalistów z całego świata – mówi prof. Henryk Skarżyński, twórca i dyrektor Światowego Centrum Słuchu oraz gospodarz sympozjum. – Powierzenie naszemu centrum organizacji sympozjum stanowi ogromne wyróżnienie. Jest to bowiem największa międzynarodowa platforma wymiany doświadczeń i wiedzy na temat możliwości implantacji z wykorzystaniem technologii implantów słuchowych typu Vibrant Soundbridge i Bonebridge.

System Vibrant Soundbridge ze sprzęgaczem LP-Coupler zastosowany po raz pierwszy w implantach ucha środkowego pozwala leczyć nowe grupy pacjentów. Opracowany system umożliwi na znacznie bardziej efektywne wykorzystanie dostępnych narzędzi, które dotychczas u naszych pacjentów nie mogły mieć zastosowania z powodu chorób wrodzonych i nabytych. ■ **rk**

## "ZESTAW DO STERYLIZACJI NARZĘDZI STOMATOLOGICZNYCH"



### Zalety

- eliminuje torebki foliowo-papierowe co radykalnie zmniejsza ilość odpadów
- zapewnia wymaganą sterylizację i suszenie narzędzi
- zapewnia czystość biologiczną po sterylizacji przez okres 24h
- odwrócona pokrywka powiększa czyste pole pracy na: tampony, strzykawki, drobne narzędzia do leczenia kanałowego itp.

kom. 602 504 662

Prezentacja na **YouTube** szukaj frazy

"Zestaw do sterylizacji narzędzi stomatologicznych ZUM"

wyrób zarejestrowany 06.03.2012r. w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

REKLAMA



## Demografia a medycyna

Kraków nie jest już miastem emerytów. Wystarczy wyjść wieczorem na ulice śródmieścia, by zobaczyć jak starsze pokolenie niknie w tłumach młodzieży. I niestraszny miastu niż demograficzny. Poziom krakowskich uczelni gwarantuje, że chętnych na studia w Krakowie będzie wielu. Nawet koszty semestru na dentystyce (11 tys. zł) lub medycynie (10 tys. zł) nie odstraszą. Ale jak będzie w roku 2020, a więc niebawem, gdy liczba miejsc na uczelniach publicznych w Polsce zrówna się z liczbą chętnych, nie wiadomo. Los prywatnego szkolnictwa wyższego naprawdę staje pod znakiem zapytania.

Aktualnie 16,4 proc. mieszkańców naszego kraju ma powyżej 65 lat, czyli należy do grupy wymagającej największych wydatków na ochronę zdrowia. Według prognoz demograficznych w 2020 r. ludzie w wieku ponad 65 lat będą stanowili 19 proc. populacji, a w dłuższej perspektywie czasu, w 2050 r., ponad 30 proc. Jednak do Japonii nadal będzie nam daleko i unikniemy niektórych jej kłopotów. Parlament japoński zniósł niedawno zwyczaj kultywowany od 1967 r.

podarowywania 100-latkom srebrnej czarki do sake. W chwili ustanawiania wyróżnienia było ich 167, a obecnie jest przeszło 29 tys., więc budżet nie sprostał.

Wprawdzie z wiekiem pojawia się pewna okoliczność łagodząca dla budżetu, mianowicie powyżej 80. roku życia nakłady na leczenie, zwłaszcza na medycynę kliniczną, maleją, mniej się przeprowadza skomplikowanych operacji, mniej stosuje najdroższych procedur, nawet leków zaleca się mniej, ze względu na ich z natury inwazyjny charakter. Ale przybędzie też mieszkańców po 65. roku życia, nieaktywnych według wprowadzanego ustawodawstwa na rynku pracy.

Czym się zajmie to pokolenie? Nie wiem jak w innych izbach, ale w krakowskiej klub seniora rozwija się znakomicie. Spotkania odbywają się co dwa tygodnie, organizowane są wycieczki po kraju i zagranicę, kursy doskonalące (w Internecie), wyjścia do teatru, na koncerty, wystawy. W dodatku izba oferuje nowe formy pomocy materialnej, zarówno dla młodych rodzin lekarskich („becikowe”), jak i dla seniorów.

Wciąż słyszymy o przeznaczaniu na potrzeby służby zdrowia zbyt małej części PKB. Pytanie, kiedy dojdziemy do 6 proc., wciąż należy do fundamentalnych. Taką wysokość nakładów wskazano nawet w dokumentach rządowych (mamy ją osiągnąć do roku 2025). Tymczasem ten akurat wskaźnik niewiele znaczy. PKB w każdym kraju jest inny, więc nakłady mogą diametralnie się różnić. Dużo realniejsze jest posługiwanie się wskaźnikiem bezpośrednich wydatków na osobę. Ale o tym i samorząd, i rząd milczy. Kto wyjdzie przed szereg? ■

Stefan Ciepły



**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



## I EDYCJA SGH - WUM MBA W OCHRONIE ZDROWIA

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

→ [www.sghwummba.wum.edu.pl](http://www.sghwummba.wum.edu.pl)

### Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM

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

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

## REKRUTACJA TRWA



# Pasjonaci w Druskiennikach

Jakże przyjemne, interesujące i pobudzające bywa spotkanie kolegów, którzy mogą nam pokazać swe inne, pozamedyczne pasje. Starych znajomych lekarzy i działaczy odkrywamy nagle jako malarzy, fotografików, literatów.

Tak się właśnie stało w Druskiennikach. Rzucone w świat wezwanie kolegów z Polonii medycznej na Litwie, aby spotkać się pod hasłem „Lekarz i jego hobby”, podchwyciła grupka na czele z Szymonem Lejkowskim, a nasza Izba, spełniając ich sugestie i oczekiwania, zorganizowała transport autokarowy (pozostałe koszty uczestnicy wyprawy pokrywali sami).

wyznacza sobie użytkownik. Maria Wysocka-Bąkowska, neurolog, wybitna specjalistka od bólów głowy, zaprezentowała na slajdach historię rodzinnego dworku.

Jan Zygmunt Trusewicz, chirurg z Olsztyna, przykuł uwagę zebranych tematem monet z okresu jagiellońskiego. Ciekawa i długa dyskusja obejmowała historię monet, powstanie i źródłostów ich nazw, sposoby zbierania itp. Ja natomiast opowiedziałem o swej przygodzie literackiej związanej z tłumaczeniem literatury pięknej i własną twórczością poetycką. Część utworów zaprezentowałem,



Fot. D. Trocki

W kwietniowy wieczór, w jednej z sal wielkiego hotelu sanatoryjnego, byliśmy świadkami ciekawych, często zaskakujących prezentacji. Nie wiedziałem, że dr Janusz Kasina ze Szwecji, prezes Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, poluje z aparatem fotograficznym w rękę na egzotyczne zwierzęta. Rezultat tych bezkrwawych łowów jest pasjonujący, zarówno od strony poznawczej, jak i artystycznej. To, że chirurg Włodzimierz Cerański jest znanym, zrzeszonym w twórczym związku malarzem powszechnie wiadomo, ale prezentowane przez niego na ekranie obrazy własne i kolegów dowiodły, jak ciekawa jest to twórczość. Dariusz Zybort, wiceprezes Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie, pokazywał na zdjęciach, jak zmieniało się Wilno przez ostatnie trudne dziesięciolecia. Daniel Lipski, prezes wspomnianej organizacji, mówił o zaskakujących możliwościach technicznymi aparatami fotograficznymi i ich doborze w zależności od celów, jakie

przeplatając wiersze poważne żartobliwymi. Reakcja słuchaczy świadczyła, że udało mi się ich nie zanudzić.

Trudno w kilku słowach zrelacjonować przebieg ciekawych rozmów kuluarowych. Jedno można powiedzieć bez wahania: zarówno lekarze z Litwy, na czele z główną organizatorką spotkania Barbarą Komarowską, jak również koledzy z Polski, Szwecji i Danii wyrażali wielką nadzieję na cykliczne, coroczne organizowanie tego typu spotkań. Mam wrażenie, że lekarze z Polski było zbyt mało, jeśli wziąć pod uwagę wielką aktywność członków Komisji Kultury, licznych poetów, literatów, muzyków, malarzy itp.

Podkreślam, że dobry lekarz, to nie tylko skalpel i słuchawki. ■

**Krzysztof Schreyer**  
kierownik Ośrodka Współpracy z Zagranicą  
ORL w Warszawie



## DELEGATURA RADOMSKA

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



Przewodniczący **Julian Wróbel**  
e-mail: [julian@wp.eu](mailto:julian@wp.eu)  
dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

# 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/](http://www.izba-lekarska.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/)  
lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).



**Roman Olszewski**  
skarbnik ORL w Warszawie



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

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

- nielimitowana liczba zapytań w trybie określonym zgodnie z Regulaminem Świadczenia Usług „Lex Secure Twoja Opieka Prawna” zamieszczonym na stronie internetowej [www.opiekaprawna.pl](http://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](mailto:biuro@opiekaprawna.pl)  
[www.opiekaprawna.pl](http://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](http://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](mailto:lekarz.medbroker@pl.april.com)



## 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 przysyłać do nas e-mailem pod adresem:

**opinia@oilwaw.org.pl.**

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

**Zbigniew Gałązka**, dyrektor Biura OIL w Warszawie

### Komisja ds. Emerytów i Rentistów

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

### Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików. KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać. W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

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

- Zapraszamy członków OIL w Warszawie do udziału w pielgrzymce do Gruzji, 3–10.10.2017 r., którą organizuje Koło Lekarzy Katolików przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Informacje na stronie internetowej Franciszkańskiego Biura Podróży „Patron Travel” (<http://www.patrontravel.pl/>).
- 2–4 czerwca 2017 r. odbędzie się spotkanie Koła Lekarzy Katolików w Czerwińsku.  
Temat: Czy piekło jest czy nie?



**Aleksandra Dziarczykowska-Kopec**

## Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl); **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

**Krajowe oferty pracy na 9.05.2017 r.**  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec.	12	dermatologia	5	medycyna paliatywna	1	proktologia	1	stomatologia dziec.	4
alergologia	4	diabetologia	2	medycyna pracy	8	psychiatria	9	stomatologia endod	2
andrologia	1	endokrynologia	9	medycyna ratunkowa	4	psychiatria dziecięca	2	stomatologia implant.	1
anestezjologia	4	endokrynologia/ginek.	1	medycyna rodzinna	29	radiologia	4	stomatologia ortodon.	6
balneologia i med. fiz.	1	epidemiologia	2	mikrobiol. lekarska	1	rehabilitacja med.	5	stomatologia protet.	1
chirurgia/proktologia	1	farmakologia	1	nefrologia	2	reumatologia	2	urologia	2
chirurgia dziecięca	3	gastroenterologia	10	neonatologia	1	stomatologia	20	USG	7
chirurgia naczyniowa	2	geriatria	4	neurologia	13	stomatol. chirurgia	5		
chirurgia ogólna	10	ginekologia i poł.	13	neurologia dziecięca	5				
chirurgia onkolog.	1	hematologia	2	okulistyka	12				
chirurgia plastyczna	1	hepatologia	1	okulistyka dziecięca	2				
choroby płuc	4	kardiologia	7	onkologia	1				
choroby wewn.	42	kardiologia dziecięca	2	ortopedia	6				
choroby zakaźne	1	laryngologia	5	ortopedia dziecięca	1				
ch. zak. (med. podróży)	1	laryngologia dziec.	3	pediatria	26				

**Kontakt: tel. 22-542-83-30**  
[praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)

**Andrzej Morliński**  
przewodniczący  
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





# doniesienia naukowe



## Zawałowcy przestają zażywać statyny

Należy lepiej kontrolować, czy pacjent po zawale serca nadal przyjmuje zleczone leki i w jakich dawkach. Z badań prof. Roberta Rosensona z Icahn School of Medicine Mount Sinai w Nowym Jorku wynika, że 2 lata po zawale jedynie 42 proc. chorych nadal regularnie zażywa statyny w zaleconych dawkach. Pozostali się zniechęcają i potrzebują wsparcia.

Badania przeprowadzono na grupie prawie 58 tys. pacjentów w wieku co najmniej 66 lat, którzy mieli zawał serca w latach 2007–2012. Wszyscy przestrzegali zaleceń przez pierwsze 30 dni po opuszczenia szpitala. Potem było już tylko gorzej.

Po 6 miesiącach zaledwie 59 proc. zawałowców w wieku 66–75 lat nadal stosowało statyny w zaleconych dawkach. 9 proc. samodzielnie zmniejszyło sobie dawkę, 17 proc. przyjmowało wspomniane leki nieregularnie, a 12 proc. w ogóle je odstawiło. Po 2 latach odsetek w pełni stosujących się do zaleceń zmniejszył się do 42 proc., 13 proc. osób zażywało statyny w mniejszych dawkach, 19 proc. robiło to nieregularnie i tyle samo je odstawiło.

Badania, jakie przeprowadził prof. Robert Rosenson, nie są zaskoczeniem, wynika z nich jednak jeden ważny pozytywny wniosek: więcej pacjentów przestrzega zaleceń, jeśli częściej mają wizytę u kardiologa lub korzystają z rehabilitacji kardiologicznej albo objęci są programem ubezpieczeń zdrowotnych Medicaid.

bit.ly/2omlpDC, „JAMA Cardiology”, online, 19 kwietnia 2017

## Operacja kości udowej na *cito*

Złamanie kości udowej w zdecydowanej większości przypadków powinno być operowane jak najszybciej, najlepiej od razu. Wskazują na to dane z najszerzej zakrojonych badań, zgromadzone w National Hip Fracture Database w Wielkiej Brytanii.

Dr Timothy Chesser z Southmead Hospital w Bristolu twierdzi, że decydujące znaczenie ma pierwsza doba. Jeśli w tym okresie pacjent zostanie zoperowany, ryzyko zgonu z powodu powikłań w ciągu kolejnych 30 dni jest mniejsze o 8 proc. niż u chorych, którzy byli poddani zabiegowi między 24. a 36. godziną po przyjęciu do szpitala.

Główny autor badania dr Adrian Sayers zapewnia, że zoperowanie złamanej kości udowej w pierwszej dobie (badanie obejmuje okres 4 lat) pozwoliłoby uchronić przed zgonem 670 Brytyjczyków. Sugerują to dane dotyczące 241,5 tys. pacjentów, którzy w Anglii i Walii doznali takiego złamania od stycznia 2011 r. do grudnia 2014.

National Institute for Health and Clinical Excellence już w 2011 r. zalecał, żeby po złamaniu kości udowej operować tego samego dnia lub dzień później. Najnowsze badania dowodzą, że w ogóle nie należy zwlekać. Wykonanie operacji 48 godzin po przyjęciu do szpitala zwiększa ryzyko śmiertelnych powikłań o 20 proc.

BBC News, 20 kwietnia 2017

## Walproinian – poważne ryzyko wad płodu

Pierwsze doniesienia pojawiły się już w latach 80. XX w., ale teraz opublikowano we Francji szczegółowy raport na ten temat. Potwierdza on, że leki przeciwdrgawkowe zawierające kwas walproinowy stosowane w leczeniu epilepsji, ale również choroby dwubiegunowej, mogą powodować poważne wady płodu, m.in. rozszczep kręgosłupa.

Z danych francuskiej agencji leków ANSM wynika, że omawiane środki w latach 1967–2016 spowodowały we Francji od ponad 2,1 tys. do nawet 4,1 tys. wad wrodzonych u dzieci, których matki zażywały je, kiedy były w ciąży. Walproinian może również opóźnić u dzieci rozwój neurologiczny i zwiększać ryzyko autyzmu, ale dane na ten temat mają być przedstawione w drugiej połowie 2017 r. Ryzyko powikłań jest mniejsze w przypadku kobiet zażywających lek z powodu choroby dwubiegunowej.

Preparaty zawierające kwas walproinowy wprowadzono do francuskich aptek w 1967 r. i stały się jednymi z najczęściej przepisywanych na świecie leków przeciwpadaczkowych. „Medycyna praktyczna dla pacjentów” informuje na swojej stronie internetowej, że u dzieci narażonych w życiu płodowym na oddziaływanie walproinianu istnieje duże ryzyko wystąpienia poważnych zaburzeń rozwojowych (30–40 proc.) i/lub wrodzonych wad rozwojowych (około 10 proc.).

Reuters, BBC New, 20 kwietnia 2017

## Lekcje szkolne nie wcześniej jak o 8.30

Od wielu lat znaczna część ekspertów twierdzi, że zajęcia szkolne powinny się zaczynać później niż o ósmej rano. Oświadczenie w tej sprawie wydało ostatnio Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Snu (AASM): uczniowie powinni przychodzić do szkoły najwcześniej o 8.30.

Dr Nathaniel Watson z University of Washington w Seattle przekonuje, że dzieci i młodzież mają inny zegar biologiczny, który sprawia, że aktywność ich organizmu zwiększa się później niż u ludzi dorosłych. Większość osób w okresie dojrzewania to nocne marki, które lubią kłaść się późno, a rano trudno im się rozbudzić.

Uczniowie w wieku od 8 do 13 lat powinni spać 8–10 godzin na dobę, kiedy zatem wcześnie wstają, by zdążyć do szkoły, śpią często zbyt krótko. Za krótki sen sprawia, że są mniej wydajni w szkole i gorzej się uczą, ale cierpi na tym również ich zdrowie. Są bardziej podatni na otyłość, zaburzenia metaboliczne i choroby serca, częściej nawet ulegają urazom.

Dr Watson wylicza, że późniejsze rozpoczęcie lekcji (o 8.30) może zmniejszyć o 16 proc. liczbę wypadków drogowych z udziałem uczniów, ponieważ wyspani w drodze do szkoły są bardziej skupieni. W USA 35 proc. zgonów nastolatków związanych jest z wypadkami samochodowymi.

Specjalista nawołuje również do większej dbałości o higienę snu. Na pół godziny przed pójściem do łóżka powinny być wyłączone wszystkie urządzenia elektroniczne, a smartfon należy odstawić na całą noc.

bit.ly/2pjj14f, „Journal of Clinical Sleep Medicine”, online, 14 kwietnia 2017 ■

Zbigniew Wojtasiński

# Posłuchać, zobaczyć...

## Syreny nad Wisłą

Muzeum Sztuki Nowoczesnej zainaugurowało działalność nowego pawilonu nad Wisłą wystawą „Syrena herbem twym zwodnicza”. Ekspozycja łączy materiał historyczny – dzieła sztuki i artefakty – z twórczością współczesnych artystów inspirowaną mitologicznymi motywami, opowiada o kulturowych znaczeniach symbolu Warszawy i jego uniwersalnych konotacjach. Wystawa czynna do 18 czerwca.

[www.artmuseum.pl](http://www.artmuseum.pl)

## Inside Poland

Wystawa w Domu Spotkań z Historią prezentuje ponad 100 zdjęć Mariana Schmidta, wybitnego fotografa i pedagoga. Fotografie pochodzą z reporterskich cykli z lat 70., wykonanych podczas podróży po Polsce, a także z rodzinnego archiwum artysty. Ekspozycja czynna do 18 czerwca.

[www.dsh.waw.pl](http://www.dsh.waw.pl)

## Chopin w Łazienkach

Rozpoczął się 58. sezon Koncertów Chopinowskich w Łazienkach Królewskich. Jak co roku pod pomnikiem Chopina wystąpią wybitni pianiści, laureaci licznych konkursów. Recitale odbywają się w każdą niedzielę o godz. 12.00 i 16.00 – do 24 września.

[www.lazienki-krrolewskie.pl](http://www.lazienki-krrolewskie.pl)

## Sztuka krzyża. Krzyż w sztuce

Wystawa w Muzeum Archidiecezji Warszawskiej została zorganizowana przez paryską Galerię Roi Doré i MAW. Opowiada o wykorzystaniu motywu krzyża w sztuce, znaku niosącego ogromny ładunek emocjonalny, duchowy i historyczny, obecnego w życiu religijnym i świeckim od starożytności po współczesność. Na wystawie zaprezentowano przeszło 70 prac ponad 50 artystów z Polski i z zagranicy. Ekspozycja czynna do 30 września.

[www.maw.art.pl](http://www.maw.art.pl)

## Sinfonia Varsovia swojemu miastu

Tegoroczny XVII Festiwal im. Franciszka Wybrańczyka – „Sinfonia Varsovia swojemu miastu”, potrwa od 3 do 11 czerwca. Impreza otwarta dla szerokiej publiczności, podczas której prezentowane są wielkie dzieła muzyczne, wpisała się na stałe do kalendarza warszawskich wydarzeń artystycznych. 21 czerwca orkiestra zaprasza do swojej siedziby na Święto Muzyki.

[www.sinfoniavarsovia.org/pl/](http://www.sinfoniavarsovia.org/pl/)

ach



Fot. archiwum

# Stangret u Abakano- wiczów

Paweł Kowal

*Koni było ze dwadzieścia. W niedzielę zaprzęgało się do kościoła te krwi angielskiej, zwykłe wałachy były na normalny dzień. Mój ojciec był stangretem w Nowej Krępie, u Abakanowiczów. Dobrzy byli ludzie. Rodzice sprowadzili się do czworaków dworskich, jak miałem kilka tygodni. Potem ja zostałem kierowcą w NIK, woziłem Lecha Kaczyńskiego – pan Mazurek czeka po mszy, by opowiedzieć swoją historię. Powoli z kościoła św. Karola Boromeusza wychodzi niewielki tłumek.*

*– To i pana podwozę dokąd trzeba, wiem, że pan pracował z panem Kaczyńskim, a to był dobry człowiek. To ja pana podzucę, ja mam czas. Opowiem panu o Krępie, jak się bawiliśmy z córkami Abakanowiczów Magdą i Teresą...*

Pan Franciszek jest jednym z tych, niezbyt licznych, którzy przyszli pożegnać jedną z największych artystek XX w. i bez wątpienia jedną z najwspanialszych postaci polskiej kultury. Ludzie mówili na świecie „Picasso”, gdy widzieli coś, co im przypominało jakąkolwiek abstrakcję. Potem mówili „abakan” na każdą nietypową tkaninę. Magdalena Abakanowicz nadała tkaninom życie, dywany wieszane we dworach na ścianach i te, którymi ocieplano podłogi, wielka artystka zamieniła w miękkie rzeźby. Zwycięstwo na biennale w São Paulo w 1965 r. otworzyło jej drzwi do najlepszych salonów świata. Nie chciała, by sztuka była do dekoracji, w każdym razie nie po pierwsze do dekoracji. Chciała, by zmuszała do myślenia, by była trudna. Ale ludzie ją zrozumieli i pokochali, a ona po cichu pomagała im. Wśród tych, którzy przyszli pożegnać ją w deszczowy kwietniowy dzień, byli ci, których wspierała. Na przykład Towarzystwu im. Brata Alberta w Rzeszowie od kilkadziesiąt lat darowywała co roku swoją pracę na aukcję. Niejeden człowiek miał dach nad głową dzięki „abakanom” i monumentalnym rzeźbom, za które płacili kolekcjonerzy.

Pan Franciszek, gdy pracował z Lechem Kaczyńskim, starał się go zainteresować zrujnowanymi dobrami w Krępie. Szukał kontaktu z Magdaleną Abakanowicz, by namówić ją na spotkanie z szefem NIK, jakby chciał przywrócić przedwojenne czasy, gdy spoglądał na szczęśliwą rodzinę dziedziców jako ministrant w pobliskim Sobolewie. Nie wiedział, że po latach Lech Kaczyński przyjechał do Magdaleny Abakanowicz jako prezydent Warszawy, pomagał jej w znalezieniu pracowni. Temat Krępy się nie pojawił, rozmawiali pewnie o sztuce, o polityce, o rodzinie Abakanowiczów, która pochodzi w prostej linii od Dzyngis-chana, o Piotrze Abakanowiczu, wybitnym przywódcy Narodowych Sił Zbrojnych, stryju światowej sławy artystki.

Pan Franciszek, mimo podeszłego wieku, przyszedł na pogrzeb. – *Wie pan, jeżdżę tam czasem pod Garwolin, pożałować jak się ta Krępa marnuje – mówi z westchnieniem.* ■



Fot. archiwum

M. Abakanowicz





Fot. archiwum

# Co będzie dalej?

Janina Jankowska

**Nie** jestem przedstawicielką opozycji, ale obywatelką, która chce mieć wpływ na to, co dzieje się w jej kraju. Mam możliwość wypowiedzenia się w Internecie, w prasie, także w mediach elektronicznych, gdzie jestem dość często zapraszana do komentowania wydarzeń ze sceny politycznej. Czy to ma znaczenie, w jakiej stacji występuję? Czasem myślę, że uczestniczę w biciu piany. Mój katalog zastrzeżeń do tego, co dzieje się w Polsce, merytorycznie mało kogo interesuje. W zależności od tego, kto mnie ocenia, jestem „pisówką” lub przekabacną „liberałką”, najczęściej siedzącą okrakiem na barykadzie. Słowem, z każdej strony ostrzał. Nie przejmuję się tym zbytnio. Śledzę wydarzenia w Polsce i świecie. W jaką stronę idziemy? Jak zmienia się nasz świat?

Populizm, którego się tak boimy, nie wziął się z niczego. Porządek świata, w którym 90 proc. dóbr jest w rękach kilku procent najbogatszych, zaczyna być podważany. Model demokratycznego kapitalizmu w wydaniu zachodnim jawi się jak zasłona dymna dla ochrony interesów niewielkiej grupy ludzi. Czy wyciągnięto wnioski z kryzysu ekonomicznego w 2008 r.? Różnice materialne pogłębiają się. Wyrosły elity, tabuny urzędników, które nie biorą odpowiedzialności za swoje decyzje. Unijna biurokracja nam doskwiera. Stąd zaskakujące preferencje wyborcze, wzrost nastrojów populistyczno-narodowych, Brexit, potrzeba zmian. To duch epoki, niektórzy mówią, zbliżającej się rewolucji. Na tej fali Zjednoczona Prawica wygrała w Polsce wybory. Świat urządzony zgodnie z myślą liberałów zachował się. „Czy Francja zatonię?” – czytam apokaliptyczne tytuły prasowych doniesień w przeddzień wyborów prezydenckich we Francji. Podobne były po wyborze Trumpa w USA. A polska prasa i media głównego nurtu bez przerwy informują o rozpadającej się w Polsce demokracji, niszczeniu państwa itp. Wieszczą apokalipsę.

A przecież zaczęło się dobrze, diagnoza i plany były obiecujące zarówno w kwestii redystrybucji dóbr wśród społeczeństwa, jak i wyjścia z pułapki średniego rozwoju oraz przeprowadzenia dużych reform. Sęk w tym, że realizacja poszła nie zawsze w oczekiwanym kierunku. Poza dobrze

przeprowadzonym programem 500+ inne duże reformy kończą się na wymianie personalnej. Nie widzimy zmian systemowych, wymienia się ludzi. Czy są lepsi, lepiej przygotowani? Raczej odnosimy wrażenie, że zmianami kieruje polityka, w której nie ma miejsca na korzystanie z wiedzy. Liczy się tylko obsadzenie decyzyjnych stanowisk zaufanymi ludźmi. Czym to zaowocuje?

Opozycja czyha na każde potknięcie, scena polityczna stała się polem walki. – *Polityka się zmilitaryzowała, każdy odpowiada na ogień ogniem* – powiedział filozof Marek Cichocki. Opozycja i rządzący nie prowadzą dialogu.

To samo dzieje się w dziennikarstwie. Prasa wspierająca rząd zwalcza prasę i media mainstreamowe wspierające opozycję. Czy to debata? Problem polega na tym, że jeśli nawet pojawiają się po jednej czy drugiej stronie rzeczowe argumenty, uzasadnione obawy, dobre diagnozy, są wystrzeliwane jak nabój w stronę przeciwnika. Nie ma tu polemiki, bo każdy tytuł zwraca się do własnych, podobnie myślących odbiorców. Liczą się emocje i pomysły, jak podkopać pozycję przeciwnika, a nie argumenty. One w tym hałasie są niesłyszalne.

Tak, mam mnóstwo pretensji do rządzących z PiS. Zlekceważyli dialog społeczny, konsultacje w sprawie reformy edukacyjnej zmienili w parodię. Bezpiecznik demokracji – Trybunał Konstytucyjny – chyba już przestał działać.

Teraz szykuje się reforma sądownictwa bez udziału środowisk sędziowskich. Prawo ustanawiane jest projektami poselskimi, które nie wymagają konsultacji międzyresortowych. Rząd wchodzi w kolejne konflikty ze środowiskami inteligentnymi. Ufa tylko swoim ludziom, a ławka zaufanych i kompetentnych jest krótka. Wybitny polityk, jakim jest Jarosław Kaczyński, ma ludzkie słabości – nieufność, zapiekłość. Niestety, to rzutuje na atmosferę w kraju. Co gorsza, lider prawicy jest głęboko przekonany, że można reaktywować państwo, które powróci do tradycyjnych ról społecznych i wspólnotowości. A świat jest już inny. Wymaga nowych kryteriów, redefinicji wielu pojęć, choćby pojęcia „racja stanu”. Lider nie widzi potrzeby włączenia w takie rozważania obywateli. Ma jeszcze ogromną siłę oddziaływania. Jedno zdanie tego człowieka jest w stanie zmienić prawo. Większość parlamentarna wszystko przegłosuje. Dlaczego więc nie sympatyzuję z KOD, opozycją, z feministkami itp.? Dlaczego zależy mi, żeby plan premiera Morawieckiego wypalił, żeby reforma zdrowia się udała? Żeby plany cyfryzacji minister Anny Streżyńskiej pchnęły cywilizacyjnie nasz kraj do przodu? Bo zaczął się ważny dla Polski i świata proces. Ciekawi mnie, co będzie dalej? Jaką lekcję z tego, co dzieje się w Polsce, wyciągną ci, którzy są obecnie w opozycji, kiedy obejmą władzę? Co zaproponują? Powrót do lat własnej świetności? ■

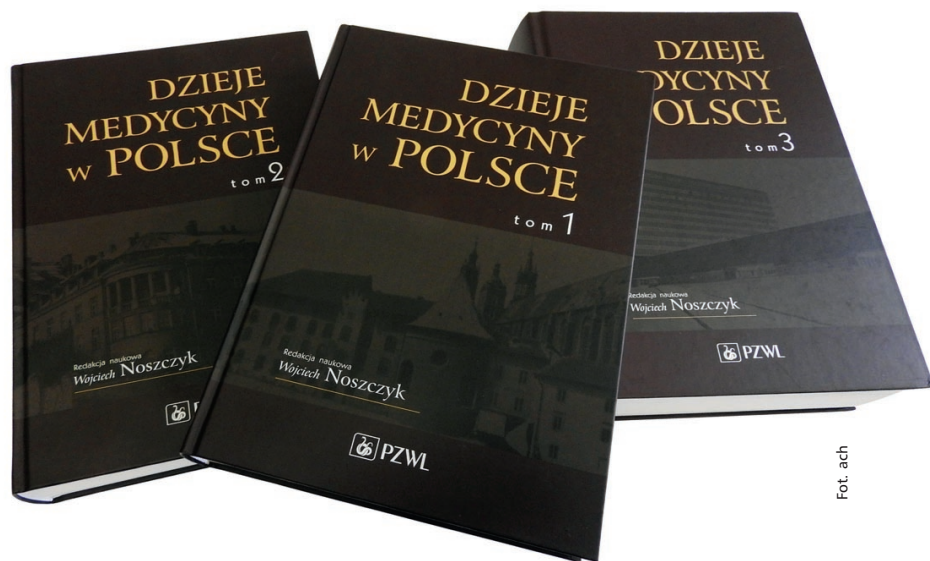
## POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

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](mailto: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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl).

# Metody leczenia się zmieniają, wartości pozostają



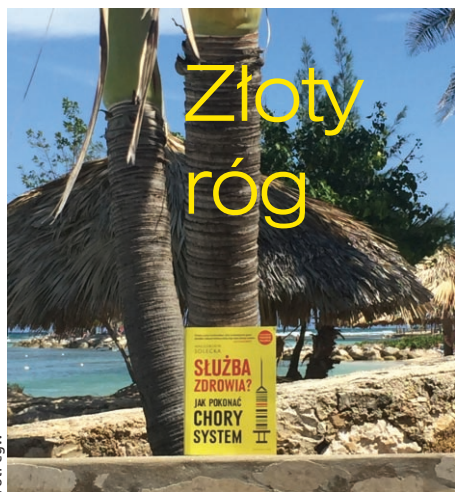
Fot. ach

To pierwsze wydanie całościowego opracowania „Dzieje medycyny w Polsce”. Rola historii w świadomości człowieka jest nie do przecenienia. Medycyny w jego życiu – jeszcze ważniejsza. Tym większe może budzić zdziwienie brak do tychczas syntezy obu tych składników kultury. Pewnym wytłumaczeniem mogą być trudne dzieje państwowości polskiej, przerywanie okresów rozkwitu nauk humanistycznych wojnami, zaborami, a potem zrywami niepodległościowymi.

Wraz z przyjęciem chrześcijaństwa zrodziło się w świadomości narodowej poczucie tradycji. Kultura łańciska przetrwała mimo zabiegów komunistów. W okresie PRL, w myśl sowieckiej wizji nauki, zlikwidowano katedry uniwersyteckie o profilu historii medycyny. Nie dostrzeżono lub nie chciało dostrzec zbawionego wpływu idei płynących z Zachodu

na poziom zdrowia. Uznano, że społeczeństwo raz uwrwane z zacofania w zakresie higieny z okresu saskiego, co nastąpiło dzięki uniwersytetom polskim, które kształciły lekarzy, oświecone pozostanie.

Współcześnie Europa staje się coraz mniej chrześcijańska, także w sensie mentalności, więc lektura „Dziejów medycyny w Polsce” nasuwa myśl, że teraz być może jest czas, by odwrócić kierunek przepływu idei, by popłynęły z Polski, gdzie istotne wartości przetrwały, do Europy. Słowa Josepha Ratzingera: „Europa to kontynent kulturowy, a nie geograficzny”, nabierają dziś wyjątkowego znaczenia. Opisane procesy twórcze i dylematy lekarzy tworzących naukę o zdrowiu człowieka zdają się tylko tę myśl potwierdzać. Także na dzisiejsze eksperymenty socjologiczne możemy z pewnością



Fot. egw

Biorąc do ręki książkę, która ma zawierać opis naszego chorego systemu ochrony zdrowia, trzeba mieć sporo nadziei. Po pierwsze, że dowiemy się z niej czegoś nowego, z czego jeszcze nie zdajemy sobie sprawy, choć tkwimy w tym systemie po uszy. Ale przede wszystkim – że nie znudzą nas powtarzane po raz setny recepty na poprawę sytuacji.

Ja nie wierzę w żadną kolejną dobrą zmianę, która zmieniałaby ten system, ani w to, że potrafimy wyciągać wnioski ze złych doświadczeń. Z takim nastawieniem trudno zabierać się za lekturę, zwłaszcza że na okładce bije po oczach pytanie: „Jak pokonać chory system?”. Przecież nie da się go pokonać! Czy to nie daremny trud?

Małgorzata Solecka nie ma aspiracji do udzielania pouczeń. Dokonała raczej analizy sytuacji i to tylko w wybranych przez siebie obszarach, takich jak: pensje lekarzy i pielęgniarek, porody, choroby rzadkie, kardiologia, kolejki do specjalistów, leczenie nowotworów, farmacja, opieka senioralna. Nie dziwi się, że te właśnie zagadnienia zainteresowały ją najbardziej, bo są najżywiej komentowane w mediach.

„Partie polityczne nie ułatwiają nam zadania – pisze autorka. – Przed wyborami obietnice, populistyczne hasła. Po wyborach – rozczarowanie. Nagle się okazuje, że jednak nie można. Nie można przez 8 lat przeprowadzić żadnych zasadniczych, obiecanych zmian (Platforma Obywatelska). Nie można dołożyć pieniędzy na zdrowie, co miało towarzyszyć zmianom systemowym (Prawo i Sprawiedliwość)”. Dużą zaletą wszystkich rozdziałów jest spojrzenie na poszczególne problemy w kontekście historycznym, ale jednocześnie doprowadzenie każdego tematu do możliwie najbardziej aktualnego okresu, tuż sprzed oddania rękopisu do druku. Mamy tu też przykłady zmieniających się poglądów Konstantego Radziwiłła na lecnictwo. Solecka ma dobrą pamięć i przytacza wypowiedzi ministra sprzed kilku lat, konfrontując je z jego obecnymi opiniami. Ale nie jest to jedyny polityk, którego recenzuje. I do którego ma stosunek krytyczny, jak większość publicystów i obywateli.

Wbrew temu, jak reklamuje książkę jej wydawca – iż jest to „wyczerpujący i najbardziej przystępny przewodnik po polskim systemie opieki zdrowotnej” – autorka szczęśliwie nic nam takiego nie proponuje. Przewodnik byłby nudnym spisem wskazówek i ostrzeżeń, a otrzymaliśmy zgrabnie napisane teksty, w których kompetentna dziennikarka nie waha się cytować własnych źródeł, przedstawiać osobistych opinii, a przy tym zachowuje swój styl (znany m.in. z „Rzeczpospolitej”, „Służby Zdrowia” i „Pulsu”).



spojrzeć z nadzieją, że wcześniej lub później przeminą. Omawiane dzieło taką pewność daje.

Oprócz walorów historycznych, jakże ważnych w kształtowaniu narodowej pamięci, książka pokazuje nieprzewidywalne i niemożliwe do zaprogramowania przemiany i etapy postępu medycyny. Począwszy od wspólnych Słowiańszczyźnie korzeni, pomocy doraźnej w urazach, wiedzy o działaniu ziół i magii, w pewnym sensie prekursorce psychologii, aż po współczesną ogólnodostępną wiedzę zebraną w komputerowych zasobach oraz wynalazki techniczne. Powstające czasem wbrew warunkom politycznym mechanizmy rozwoju medycyny są dobrymi wskazówkami, czego możemy się spodziewać w przyszłości. Spisana pamięć o wybitnych jednostkach tworzących naszą cywilizację stanowi także ważne memento, że bez etosu zawodu lekarza droga rozwoju medycyny wyłącznie przez korporacyjne modele pomnażania zysków i rynkowe schematy prowadzi w niebezpiecznym dla ludzkości kierunku. Trafnie zauważył w posłowniu Zdzisław Gajda, że istnieje potrzeba animacji medycyny jako części kultury ogólnoludzkiej, aby nie zamknęła się w kręgu znawców przedmiotu. Wielu medyków dało swym życiem piękny wzór. Wiele życiorysów pokazuje również, że pokonanie drogi od wiejskiego wyrostka po kierującego katedrą uniwersytecką jest możliwe. Jest propozycją dla nowych pokoleń we współczesnym świecie, w którym przewagę nad rozumem uzyskały trendy ogłupiania przez media, małostkowe spory, lansowanie dziwnych teorii, apoteoza pieniądza i seksu jako produktu. Chwała prof. Wojciechowi Noszczykowi i wszystkim autorom trzynomowego dzieła za ich trud spisania historii medycyny w Polsce i za refleksje, które podczas lektury się rodzą. ■ kb

PZWL, wydanie dofinansowane przez OIL w Warszawie.

Zdecydowanie to nie żaden poradnik, lecz osobliwe studium chorego systemu, odsłaniające kulisy wielu politycznych decyzji, które wywarły wpływ na sytuację, jaką w ochronie zdrowia mamy od wielu lat. Nasze narzekania sprowadzają się zawsze do tego, że jest za mało: lekarzy, lekarstw i oczywiście pieniędzy, ale zazwyczaj brakuje odpowiedzialnych za istniejący stan rzeczy. Autorka próbuje ich wskazać, jest w tym dość bezkompromisowa: „*Politycy wszystkich opcji od lat tworzą system, w którym prawdopodobieństwo otrzymania pomocy jest niewiele większe niż jej nieotrzymanie. Wiedzą, że mają polisę ubezpieczeniową od nieotrzymania pomocy lub otrzymania jej z opóźnieniem w gorszym standardzie. Polisę, czyli numery telefonów do dyrektorów, profesorów, ordynatorów. Niezależnie od tego, czy są w opozycji, czy w rządzie, codziennie zdają się powtarzać: my się wyleczymy! A przeciętny pacjent?*”.

Chyba najlepiej czytać tę książkę z oddali (łatwiej wtedy wpaść w zdumienie, że jest w Europie kraj, który od lat nie potrafi zarządzać swoją ochroną zdrowia i traci jej największy potencjał). Być może wielu lekarzy zdziwi się, skąd przytoczone dane o tak wysokich zarobkach, inni będą mieli pretensję za przypominanie skandali, o których już zapomniano. Część malkontentów powie, że przecież z absurdami tego chorego systemu ma do czynienia codziennie, więc zna je od podszewki. Ale zabierzcie tę książkę na urlop, najlepiej na drugi koniec świata, i otwórzcie ją dopiero tam. Jeśli wakacje zaczną Was nudzić, mimo wszystko nie będziecie chcieli z nich wracać. ■

Paweł Walewski

Wydawnictwo WAM, Kraków 2017.



Fot. archiwum

## Czas

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Swego czasu poświęciłem czasowi taki oto ciąg, za pomocą którego przedstawiałem się w telefonie internetowym, czyli komunikatorze Skype: „*W tych czasach są takie czasy, że czasem nie mam czasu, ale to tylko do czasu, bo przyjdzie taki ponadczasowy czas, że będę miał czas na to, na co czasowo brak mi czasu w czasie, kiedy tymczasem od czasu do czasu tracę czas i nawet czas nie jest na czas*”. Więcej w rubryce Skype’a się nie mieściło, ale już to pozwala się zorientować, ile da się wycisnąć z jednego słówka.

W mojej bazie frazeologii języka polskiego znajduje się około 280 związków wyrazowych, zawierających komponent „czas”, i mnóstwo pochodnych lub spokrewnionych, razem grubo ponad 1500 jednostek języka. Przed 20 laty oceniano, że typowy użytkownik języka posługuje się jedną dziesiątą tej liczby, ale to mogło się zmienić. Wszak wiadomo, że w ostatnich dekadach znajomość mowy ojczystej znacznie się pogorszyła. Coraz więcej ludzi ma zasób słów ledwie na poziomie komunikacji wymaganej przez życie, pozwalającej na takie porozumiewanie się, które nie rodzi pytań o polskość danej osoby, ale które nie pozwala na sprawne korzystanie z kultury rozwiniętej. Dla nich wyraz *czas* często znaczy jedynie ‘okres między zmianą pozycji wskazówek zegara z jednej na drugą’, czyli ‘okres między zdarzeniami’. Owszem, ale „czas” należy do pojęć trudnych nawet dla ludzi wykształconych.

I rzeczywiście, pewna pani biolog (z laboratorium klinicznego) miała problem ze zwrotem *poświęcić większą ilość czasu*. Zapytała, czy można mówić: *ilość czasu*? Odpowiedź nasuwa się niejako sama: jeśli możemy zapytać: *Ile masz czasu?*, to o *ilości czasu* możemy mówić także w innych konfiguracjach, pamiętając jednak o odróżnieniu abstrakcyjnego pojęcia „czas” od parametru „czas” – miary wyrażającej odstęp między zmianami rzeczywistości. W tym drugim znaczeniu czas podajemy ilościowo, za pomocą liczby wieków, lat, godzin, sekund itd. Trudność z definiowaniem pojęcia „czas” polega na tym, że czas nie istnieje materialnie i jest tylko parametrem przestrzeni, a to, co pokazuje ruch wskazówek zegara, to ruch wskazówek zegara, któremu co prawda przypisujemy upływ czasu, którego *de facto* nie ma... Błędne koło. Tak, ale to właśnie pokazuje, że „czas” bez wątplenia należy do pojęć, które można jakoś mierzyć.

Tyle z zakresu logiki i matematyki – w największym skrócie. Natomiast w języku nakłada się na to również ujęcie przenośne i pojęcie „czas” często bierze udział w metaforach. W wielu przenośniach łączy się właśnie z rzeczownikiem „ilość”, który też bywa użyty metaforycznie. Godzina, rok – nie są nazwami rzeczy, to tylko wyobrażone i społecznie uzgodnione miary.

Zwrot, o który pytała pani magister, jest kolokwialnie często używany. Można go przebudować na formę staranniejszą, tak żeby nie zawierał wyrazu *ilość*, np. na *poświęcić więcej czasu*: pisząc tekst do naszej rubryki, musiałem *poświęcić więcej czasu* niż zwykle, bo trzeba było zrobić poprawki. ■

# Konferencja „Ból i cierpienie” po raz szósty na UKSW



**B**ól i cierpienie. Ognisko światła i ciemności” to tytuł cyklu konferencji naukowych, które odbywają się od sześciu lat na WT UKSW w Warszawie z inicjatywy ks. dr. hab. Dariusza Patera z WT UKSW i dr. Mieczysława Szatanka z OIL w Warszawie. Organizatorami tegorocznej konferencji były Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie i Wydział Teologiczny Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, współorganizatorami zaś: prezes Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Ziemi Radomskiej, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Franciszka Czubalskiego w Przysusze i Okręgowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Radomiu. Patronat honorowy nad konferencją objął rektor UKSW w Warszawie, ks. prof. Stanisław Dziekoński. Podczas spotkania z medykami rektor podjął kwestię otwarcia na UKSW wydziału lekarskiego i zaprosił środowisko medyczne do włączenia się w tę szlachetną inicjatywę dla dobra wszystkich potrzebujących, szczególnie dzisiaj, holistycznej medycyny.

W tym roku prelegenci zajęli się głównie zagadnieniem zaburzeń psychicznych, które dziś stają się wyzwaniem dla ludzi, bo zmagają się oni z wieloma trudnymi problemami życiowymi. Celem badań stanu psychicznego chorych zgłaszających się do medyków jest ustalenie, dlaczego określony pacjent z określonymi objawami choroby psychicznej przychodzi po pomoc, i udzielenie mu profesjonalnego interdyscyplinarnego wsparcia.

Wybitni prelegenci ze świata medycyny, filozofii, teologii, m.in.: prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski, prof. dr hab. n. med. Tadeusz Parnowski z PAN, prof. dr hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz, prof. dr hab. n. med. Zdzisław Gajda z UJ, prof. dr hab. n. med. Alicja Borkowska z UMK CM w Bydgosz-

czy, wykładowca w WIHiE dr hab. n. med. Wanda Stankiewicz, prof. CMKP dr hab. n. med. Elżbieta Wasilewska-Dziubińska, prof. UKSW dr hab. Marek Tatar, podjęli zagadnienie bólu i cierpienia jako towarzyszący ludziom chorym, czasem także jako naukowcy badający dany zespół chorobowy.

Czy jest możliwe jednoznaczne opisanie zjawiska bólu i określenie jego znaczenia? Czy jest możliwe zmierzenie wielkości i porównanie dwóch różnych doświadczeń bólu i cierpienia psychicznego? Czy można przewidzieć, dla kogo będzie ono jak oczyszczający płomień światła, a dla kogo jak ciemna otchłań? Prelegenci próbowali odpowiedzieć i na te pytania. Stwierdzili, że duże znaczenie ma przyjęcie i zaakceptowanie prawdy, iż cierpienie jest częścią istnienia, tak jak częścią człowieczeństwa jest walka z bólem, smutkiem i samotnością. Z prezentowanych referatów wypłynęło przesłanie, że ciemności cierpienia musi towarzyszyć światło miłości tych, którzy na co dzień opiekują się chorymi i cierpiącymi. – *W trudnych czasach braku dofinansowania ochrony zdrowia, kiedy procedury zastaniają podmiotowość pacjenta, życzę Państwu sił i cierpliwości w trudnej, ale pięknej misji służby bliźnim w potrzebie* – mówił prorektor UKSW ks. prof. dr hab. Ryszard Czekalski, otwierając konferencję razem z prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzejem Sawonim. ■



Fot. archiwum

Ks. Dariusz Pater

Dyrektor SPZOZ Mińsk Mazowiecki **nawiąże współpracę** z lekarzami specjalistami chorób wewnętrznych, laryngologii, neonatologii, chirurgii. Oferujemy możliwość dostosowania harmonogramu pracy do indywidualnych potrzeb lekarzy, dogodne formy zatrudnienia, szansę doskonalenia zawodowego.  
Kontakt: sylwia.idzkowska@spzozmm.pl, tel.: 669-570-984.

## Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

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

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

**Serdecznie zapraszamy na spotkanie 28.06.2017 r.**

18.00 – msza święta,

19.00 – prelekcja w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – *Immaculata*, dr Alicja Moszczyńska-Kowalska, „Pierwsza błogosławiona polska lekarka – dr Ewa Noiszewska”.



# Rok Władysława Biegańskiego

Częstochowa uczła setną rocznicę śmierci doktora Władysława Biegańskiego trzydniowymi obchodami, zorganizowanymi 6–8 kwietnia 2017 r. przez Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie z Polskim Towarzystwem Lekarskim oraz izbami lekarskimi w Warszawie, Katowicach i Częstochowie. Inauguracją uroczystości było otwarcie wystawy „Doktor Władysław Biegański – życie i dzieło – w stulecie śmierci”. Zaprezentowano na niej „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” – reprint historycznej publikacji Władysława Biegańskiego. Na jego odrestaurowanym grobie, na cmentarzu Kule, złożono wieńce i odsłonięto tablicę pamiątkową.

Istotną częścią obchodów była konferencja naukowa, zorganizowana w Filharmonii Częstochowskiej im. Bronisława Hubermana. 7 kwietnia w sesji wieczornej zaprezentowano także album „Światło w medycynie” autorstwa prof. Mariana Zembali i dr. Łukasza Kulaka, a wykład inauguracyjny „Pierwiastki etyczne w przysiędze Hipokratesa” wygłosił prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Wieczór zakończył koncert „Świat walca”.

Zasadniczą część konferencji miała miejsce 8 kwietnia. Składała się z dwóch sesji tematycznych: pierwsza poświęcona była epoce, w której żył Władysław Biegański, jego biografii i dziełom. W drugiej dominowały rozważania o filozofii, etyce w medycynie wczoraj i dziś,



Fot. archiwum OIL w Częstochowie

W 2008 r. została odsłonięta w Częstochowie ławeczka z siedzącą na niej postacią dr. Władysława Biegańskiego

w teorii i praktyce, m.in. w neonatologii oraz transplantologii.

Wykładowcami byli uczeni i praktycy z wielu dziedzin, reprezentujący ośrodki z Krakowa, Warszawy, Katowic, Szczecina i Częstochowy. Konferencja wzbudziła duże zainteresowanie, przybyli m.in. przedstawiciele Polonii medycznej z Niemiec, Austrii, Mołdawii, Ukrainy, Litwy i Białorusi.

– Po zapoznaniu się z życiem i twórczością dr. Biegańskiego widzimy, że może on nas nadal inspirować – mówiła dr Beata Zawadowicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego. – Jego prace dotyczące etyki lekarskiej, logiki medycyny, filozofii teorii poznania są ponadczasowe. Niektóre książki medyczne również. ■

mkr



## Podziękowanie

Serdecznie dziękuję całemu Zespołowi Oddziału Ortopedii i Chirurgii Kręgosłupa CKR pod kierownictwem dr. n. med. Leszka Junga za profesjonalizm, wspaniałą opiekę i empatię.

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

## Absolwenci AM Warszawa rocznik 1951–1957

Koleżeńskie spotkanie „60 lat po dyplomie” odbędzie się **21 września 2017 r.**, w godz. 12.00–18.00, w budynku WUM w Warszawie, przy ul. Żwirki i Wigury 63, wejście od ul. ks. Trojdena (Muzeum Historii Medycyny).

Koszt uczestnictwa (wraz z posiłkiem) wynosi 130 zł.

Wpłata do 31 lipca 2017 r. (z danymi identyfikacyjnymi) na nr konta w Banku Millennium:  
42 1160 2202 0000 0002 7846 5999.

Prosimy o powiadomienie koleżanek i kolegów.

Informacji udzielają:

Adam Czarnecki – e-mail: Czarnecki\_Adam@o2.pl, Zofia Rajtar-Leontiew – tel.: 22-849-80-39,  
Hanna Stypułkowska-Misiurewicz – e-mail: hstypulkowska@wp.pl.

Wiadomość również na stronie [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)



# Sezon 2017 rozpoczęty



Fotografie: K. Sankiewicz

Ostatnio zdałem sobie sprawę, że nie tylko mój motocykl ma duży przebieg i nadszedł czas, abym nieco inaczej realizował swoje pasje podróżnicze. Koledzy z sekcji motocyklowej DR jeszcze nie obudzili się ze snu zimowego, więc korzystając z usług firmy organizującej wyprawy motocyklowe, udałem się do Portugalii. Miłym zaskoczeniem dla mnie była zaproponowana przez organizatora formuła wyprawy. Dobrej jakości motocykle, kilkusetkilometrowe odcinki dzienne, satysfakcjonujące wytrawnego motocyklistę i możliwe do przebycia przez nowicjusza. Uczestnikom zapewniono transport bagażu i noclegi na przyzwoitym poziomie. Zwiedzanie kraju z siódła motocykla jest jedynym swego rodzaju przeżyciem. Zmieniają się krajobrazy, temperatura – od kilku stopni w górach do 25 w dolinach, słynne miasta, w których zatrzymywaliśmy się na kilkanaście godzin, ludzie, smaki i zapachy, które rozbudzają wyobraźnię. Moje teoretyczne przygotowanie do wyprawy pomogło, ale rzeczywistość przerosła oczekiwania. Piękny kraj, piękna wyprawa.

Zapraszam wszystkie koleżanki i kolegów do odwiedzania strony internetowej DoctorRiders, gdzie znajdziecie terminarz imprez motocyklowych naszego środowiska w tym roku. Zapraszam również do aktywnego udziału w pracach sekcji motocyklowej DR OIL w Warszawie. Zorganizujemy następną wyprawę razem. Kontakt telefoniczny: 507-151-898. ■

Krzysztof Sankiewicz



## Poraj 2017



W kwietniu 2017 r. odbył się X Jurajski Złot Lekarzy Motocyklistów, który był już ostatni, połączony ze Złotem Gwiazdzystym na Jasnej Górze. Koledzy z OIL w Częstochowie przez lata stworzyli wspaniałą imprezę integrującą całe środowisko. Stąd często ich droga motocyklowa prowadziła do klubu DoctorRiders. Jesteśmy wdzięczni Ilonie, Mariuszowi i ich ekipie za chwile przeżyte razem

i wspólne przygody. Te dziesięć lat, podczas których spotykaliśmy się na złotych, sprawiło, że stali bywalcy traktują się wzajemnie jak członkowie najbliższej rodziny.

Czy komukolwiek uda się zorganizować podobny zlot? Gdyby OIL w Warszawie miała taki zamiar, to poprzeczka jest podniesiona bardzo wysoko, ale warto kontynuować tradycję. Bardzo wiele koleżanek i kolegów z Warszawy i okolic spotkałem w Poraju, więc może... ■ **ks**

REKLAMA



**JĘZYK  
ANGLIJSKI  
dla  
LEKARZY**

[www.lingwistyka.edu.pl](http://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





# Lekarze trochę pobiegają

**Wielkimi krokami zbliżają się 4. Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie. Niezwykle zawody odbędą się 25 czerwca, ale już teraz warto zgłosić swój udział.**

Lekarskie zmagania tradycyjnie będą towarzyszyć Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76, czyli imprezie, która z każdym rokiem zyskuje na prestiżu i popularności. Nic dziwnego, że organizatorzy spodziewają się rekordowej liczby zgłoszeń od biegaczy chcących pokonać trasę (nieco ponad 21 km) atestowaną przez Polski Związek Lekkiej Atletyki i prowadzącą najładniejszymi zakątkami Radomia, z metą zlokalizowaną na Stadionie im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Czy w mistrzostwach lekarzy też zanotujemy wysoką frekwencję? Przekonamy się w dniu zawodów, choć ze zgłoszeniem nie trzeba czekać do tego czasu. Do 22 czerwca prowadzone są bowiem internetowe zapisy chętnych na stronach: [www.polmaratonradom.pl](http://www.polmaratonradom.pl) i [www.sportmaniacs.com/pl/races/search/mazowieckie](http://www.sportmaniacs.com/pl/races/search/mazowieckie). 24 i 25 czerwca będzie można zgłosić swój akces w biurze zawodów. Opłaty startowe wynoszą: 45 zł w przypadku wpłaty przelewem do 15 maja,

60 zł – przy wpłacie przelewem do 22 czerwca, i 80 zł – przy wpłacie gotówką w biurze zawodów.

Do startu w półmaratonie dopuszczeni zostaną lekarze i lekarze dentyści, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu na terenie RP oraz mają aktualne badania lekarskie lub podpiszą oświadczenie o stanie zdrowia. Uwaga! W zgłoszeniu należy podać numer prawa wykonywania zawodu.

Każdy uczestnik mistrzostw otrzyma koszulkę oraz pamiątkowy medal. Zdobywcy miejsc 1.–6. w klasyfikacjach generalnych mężczyzn i kobiet dostaną okolicznościowe puchary, podobnie jak biegacze, którzy staną na podium w poszczególnych kategoriach wiekowych.

Organizatorami 4. Mistrzostw Mazowska Lekarzy w Półmaratonie są: Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, prezydent miasta Radomia oraz stowarzyszenie „Biegiem Radom!”.

**Kontakt:**

[timdor@poczta.onet.pl](mailto:timdor@poczta.onet.pl), tel.: 603-589-632, 48-331-36-62.

raf



**Komisja Kultury Opolskiej Izby Lekarskiej zaprasza Koleżanki i Kolegów do Rogowa Opolskiego na**

**Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy „OPOLSZCZYNA 2017” 14–18.06.2017 r.**

**ZGŁOSZENIA:** Opolska Izba Lekarska – tel.: 77-454-59-39, e-mail: [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)  
Jolanta Smerkowska-Mokrzycka – tel.: 604-915-876, e-mail: [jola.mok@wp.pl](mailto:jola.mok@wp.pl)  
Marta Kabarowska – tel.: 602-776-429, e-mail: [martakab@poczta.fm](mailto:martakab@poczta.fm)

## VIII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyistów

# PULS SŁOWA

Prace należy nadsyłać do 30 czerwca 2017 r.

ORGANIZATORZY: NIL, Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie, SZPZLO Praga Północ, Unia Polskich Pisarzy Lekarzy

PATRONAT MEDIALNY: „Gazeta Lekarska”, „Puls”, „Zdrowa Praga”

INFORMACJI UDZIELA: Maria Żywicka-Luckner, tel.: 22-619-42-31, 604-286-324, e-mail: [majkazywicka@wp.pl](mailto:majkazywicka@wp.pl)

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY  
5 0 4 2 4 6 2 0 6



REKLAMA

# Wspólnota Medicantusa

**Ch**órzysta zazwyczaj jest anonimowy. Jest jednym z wielu, na afiszu nie wymienia się jego nazwiska, nie stoi w blasku fleszy jak solista. Cóż jest więc takiego atrakcyjnego w chóralnym śpiewaniu? Tym czymś jest poczucie wspólnoty i współtworzenia wraz z innymi czegoś pięknego. Gdy na próbie ćwiczymy oddzielnie nasze partie, niektórym mogą się wydawać niezbyt interesujące. Jednak, gdy na koniec stajemy wszyscy i łączymy nasze głosy, powstaje wspaniała harmonia. Żaden głos nie jest lepszy ani gorszy. Żaden nie wybija się ponad inne, wszystkie muszą współbrzmieć w równowadze. Bez choćby jednego z nich utwór jest niepełny, czegoś w nim brakuje. W tej harmonii jest miejsce dla każdego. ■

Krystyna Olenderek



Fot. archiwum

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

## Klub Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54

zaprasza

12.06.2017 r., godz. 14.00 – spotkanie Koła Lekarzy Emerytów OIL.

W programie: „When I’m 64” – koncert szkockiej amatorskiej grupy The Silver City Singers z Aberdeen.

DLA SMAKOSZY

## Szparagi... w indyku

**Sz**paragi z reguły podaje się z sosem holenderskim albo pod beszamelem. A ja Was zaproszę do spróbowania indyka ze szparagami.

Kariera szparagów w kuchni zaczęła się już 4,5 tys. lat temu. Nazwa wywodzi się z Grecji, pochodzi od słowa „asparagus”, czyli młody pęd. W XVIII w. szparagi dotarły do Polski, ale ich regularna uprawa rozpoczęła się dopiero w XIX w. Największym w świecie producentem są Włochy, Holandia i Stany Zjednoczone. Polska aspiruje do miana europejskiego lidera w ich uprawie. Szparagi warto jeść, bo prócz tego, że mają ogromne walory zdrowotne, od wieków uważane są za silny afrodyzjak. Występują w trzech kolorach zależnych od ilości słońca, które towarzyszy wzrastaniu szparagów. Najbardziej popularne są białe, które nabierają takiego koloru w wyniku uprawiania w specjalnych kopcach. Zielone zawdzięczają barwę dużemu nasłonecznieniu. Istnieje także odmiana fioletowa. Szparagi doskonale sprawdzają się zarówno jako oryginalna przystawka, zdrowy obiad, jak i aromatyczna kolacja. Tym razem zaproponuję je jako obiad z patelni lub z grilla. Do tego celu wybrałem najdelikatniejsze, białe szparagi.

**Składniki:** ◆ 1 pęczek szparagów średniej grubości (około 12) ◆ 0,7 kg mięsa mielonego z piesi indyka ◆ 3–4 łyżki

bułki tartej ◆ 1 łyżeczka kminu rzymskiego ◆ 1 łyżka suszonego czosnku niedźwiedziego ◆ mały pęczek świeżej kolendry ◆ 1 łyżka jasnego sosu sojowego ◆ 1 mały ząbek czosnku ◆ około 1 l bulionu, najlepiej drobiowego lub cielęcego ◆ olej do smażenia ◆ sól i pieprz do smaku

**Wykonanie:** Mięso zemieł i dodać drobno posiekaną kolendrę, dobrze utraty w moździerzu kmin rzymski i czosnek niedźwiedzi, sos sojowy oraz zmiażdżony mały ząbek czosnku. Doprawić świeżo mielonym czarnym pieprzem. Odstawić na pół godziny do maceracji w chłodne miejsce. Szparagi obrać i obciąć zdrewniałe końce. Zagotować bulion i obgotować w nim szparagi przez 5 minut, by były „al dente”. Następnie wyjąć je i odstawić do wystygnięcia. Chłodne obtoczyć w tartej bułce, a następnie dokładnie okleić mięsem, na grubość około 1 cm. Smażyć na patelni na rozgrzanym oleju, delikatnie obracając, lub na grillu wyłożonym folią aluminiową, skropioną olejem, na jasnobrązowy kolor (5–7 minut). Podawać z dobrze schłodzonym białym winem. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz





# Meksyk – stolica Azteków

Jacek Walczak

Po hiszpańskiej konkwiescie w początkach XVI w. stolicą Wicekrólestwa Nowej Hiszpanii została dawna siedziba azteckich władców Mexico-Tenochtitlan rozsiąta po wyspkach jeziora Texcoco. Niemal trzy wieki później kolonialne władze rozpoczęły przebudowę reprezentacyjnego placu miasta. Przy okazji niwelacji terenu 17 grudnia 1790 r. robotnicy natknęli się na 25-tonowy, kamienny dysk o średnicy 3,58 m, z jednej strony pokryty misternym reliefem. Dwa lata później meksykański badacz Antonio de León y Gama opublikował wyniki swoich prac, w których dowodził, że reliefy na dysku są bez wątpienia zapisem historii Indian sprzed hiszpańskiego podboju. Tezę potwierdziły podjęte w 1878 r. na ogromną skalę prace archeologiczne na Plaza de Constitución (Zocalo). Kamienny dysk – Kamień Słońca, zwany też kalendarzem Azteków, stał się sławnym w całym świecie najważniejszym symbolem kultury Azteków i Meksyku. Od 1963 r. można go podziwiać w sali Mexica w Narodowym Muzeum Antropologii i Historii w parku Chapultepec.

Prace archeologiczne ukazały pozostałości po najświetniejszych budowlach Tenochtitlan, a przede wszystkim Wielkiej Świątyni Huey Teocalli, i kolejny, okrągły kamień Coyolxauhqui, poświęcony azteckiej bogini księżycy.

W nie tak odległym czasie większość informacji o Aztekach można było odnaleźć w wyjątkowo barwnych mitach. Wiele wieków trwała wędrówka Azteków w poszukiwaniu przeznaczonych dla nich przez bogów miejsca, które wskaza-

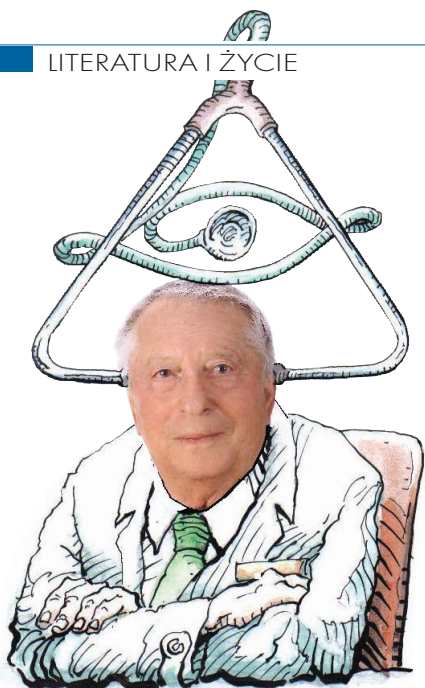
ł miał im siedzący na krzaku nopalu (opuncji) orzeł trzymający w dziobie i szponach węża. Miejscem tym okazały się wysepki na jeziorze Texcoco w Dolinie Meksyku. Aztekowie wędrowali pod opieką swojego boga-patrona Huitzilopochtli (Kolibra z Lewej Strony), o którym legendę podtrzymywali podczas wędrówki arcykapłani. Tenochtitlan bardzo szybko się rozwijało. Na zachodnim brzegu jeziora Texcoco zbudowano kompleks świątyni. Niedługo przed przybyciem Hiszpanów powstała Huey Teocalli, wielka budowla poświęcona boskiemu opiekunowi Huitzilopochtli oraz bogowi wody i deszczu Tlalocowi.

Święte miejsca stały się areną dramatycznych wydarzeń. Hiszpanie pod wodzą Hernana Cortesa podstępem opanowali najważniejsze obiekty w stolicy i uwięzili azteckiego króla Motecuhzomę. Niebawem wybuchło powstanie Indian. Konkwistador przekonał jeńca, by przemówił do swojego ludu i rozkazał zaprzestania walki. Ledwie Motecuhzoma zaczął przemowę, został ugodzony strzałą i wystrzelonym z procy kamieniem. Zmarł 30 czerwca 1520 r. ze świadomością, że zdradził swój dumny naród. Walki trwały jeszcze ponad rok. Do ostatniej bitwy Hiszpanów z Aztekami doszło 13 sierpnia 1521 r. w Tlatelolco. Cortes pojmał nowego króla, Cuauhtemoca, i tym samym zakończyła się historia indiańskiego panowania w tej części świata. Nastąpiły nie mniej krwawe czasy hiszpańskiej kolonii.

Orzeł pożerający węża na krzaku nopalu jest współczesnym herbem Meksykańskich Stanów Zjednoczonych. ■



Fotografie: J. Walczak



Rys. K. Rosiecki

# Moje anińskie wieczory

„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

Zainteresowanie teatrem i baletem rozbudziło u mnie wcześniej. Już jako dziecko występowałem na scenie Teatru Fabrycznego w zakładach Szpotańskiego, gdzie grał także mój ojciec, śpiewałem w chórze parafialnym w Aninie, również z ojcem, który – jak to określała moja matka – był niedoszłym i „rozparzonym” śpiewakiem. Pogodne anińskie wieczory urozmaicane były w naszym domu ogniskami, w czasie których pod rozwieżdzonym letnim niebem prezentowane były *tableau vivant* w wykonaniu zaprzyjaźnionych dzieci z okolicznych posesji. Wieczory miały dobrą prasę, więc widzów przybywało wielu, gdyż wówczas prawie żadnych jeszcze rozrywek nie było. Prezentowane żywe obrazy miały z reguły tematykę biblijną, dzięki czemu były zrozumiałe dla wszystkich widzów, także tych bez teatralnego obycia oraz bez względu na wiek i wykształcenie. Chętnie sięgaliśmy po tematykę marynistyczną, gdyż można się było ucieszyć przebiegając i deklamować:

*Na statku marynarze  
dziś mają wolną noc,  
A w tym piekielnym żarze  
człek pada niby kłoc.  
Hej chłopcy, ja wam radzę,  
otrzyjcie z gęby sadze,  
A ja wam przyprowadzę tę,  
co zabawi was.*

Według określenia wuja Leopolda były to obrazy z linii: Warszawa – Płock – Casablanca! Wiele produkcji zapożyczaliśmy z cyrku, m.in. pewne figury akrobatyczne i ćwiczenia. Naturalnie pokazywaliśmy, chociaż w okrojonej postaci, nieśmiertelne cyrkowe gagi, np. rozrywanie stało-

wych łańcuchów, wyginanie metalowych sztab, tzw. rżnięcie drewnianą piłą na pół zamkniętej w beczce artystki! Każdy spektakl oraz poszczególne odstępki obwieszczało bicie w werble i odegrany stosowny motyw na harcerek hejnałowie. Wesołą wstawkę stanowiła tzw. mówiona gazetka, w której cytowano dowcipne anonse, w rodzaju: „*Futro bezinteresownie przyjmę od zaraz*” lub „*Młody, inteligentny stenotypistkę obejmie już*”. Nieodparcie śmieszni w pozowaniu na dorosłych, starając się wstrzelić w *emploi* kabaretowe, po prostu kładliśmy arcypopularne szlagiery w rodzaju: „*Tomasz, ach Tomasz, ty powiedz gdzie ty to masz*” czy „*W ogródku Eldorado małżeńską pachnie zdradą*”, gdyż nie znaleźmy przecież drugiego dna tych pokrętnych utworów! Mimo to, ten nasz „ogród artystów”, z kawałkami w rodzaju: „*Grać nie będą szanuj nogi, mąż zapomni co to rogi*” i „*Już nie mogę dłużej krzyć, co we mnie płonie*”, wywoływał szczery entuzjazm mocno wyrozumiałej publiki! Domowa cenzura skreśliła nam z programu tylko jeden monolog, lekko zresztą uduchowiony, w którym znajdował się taki oto *passus*: „*I zabił poeta panienkę w zachodu amarantach, zabił ogromnym nożem, na tle obrazu Rembrandta*”.

Mieszkający w naszym domu zawodowy muzyk, harmonista z Oazy na Pradze, grał w antraktach zgrabne uwerturki i *potpourri*, ja zaś na flecie prostym, z towarzyszeniem harcerek werbla, odtwarzałem dobrze znane publiczności tematy operowe i operetkowe. Do naszych

popisowych numerów należały też grane i śpiewane szlagiery: „*Violino Tzigano*” („*Cicho grajcie mi znów*”), „*Liliowy Negro*” i „*Madame Irena*” Aleksandra Weretyńskiego oraz „*El ultimo domingo*” („*Ta ostatnia niedziela*”) Petersburgskiego.

Jednym z filarów naszego podwórkowego teatru był Robercik, dwunastoletni chłopiec delikatnej postury, o niezwykle romantycznym usposobieniu i wywianowany przez naturę szczególnymi uzdolnieniami aktorskimi i tanecznymi. Cherubinek Robercik był nie tylko specem od melodeklamacji, ale też ulubieńcem pań, a to z tej racji, że prezentował maniery, jakby się urodził w pobliżu tronu i zawsze w niedzielę ostentacyjnie prowadził pod rękę swoją babunię na mszę do kościoła. Nie muszę dodawać, że za te przedstawienia był przez nas szczerze zniechęcony! Gustował szczególnie w odtwarzaniu, jak w teatrze greckim, rolę przynależnych płci odmiennych. Robercik po prostu zdaniem wuja Leopolda „*był bez pretensji co do płęć*”! Niestety, po pewnym czasie nasz podwórkowy *ensemble* pozbawiony został tego niezwykle utalentowanego artysty za sprawą naszej dzielnej milicji! Tu wyjaśnić muszę, że pewnego roku z nastaniem ciepłych dni nastąpiła seria pozorowanych napadów w okolicy, niedaleko stacji kolejowej. Jakiś tajemniczy osobnik zaczął powracające z Warszawy samotne osoby, grożąc użyciem duszy od żelazka umieszczonej w damskiej pończosze! Sygnały od przerażonych mieszkańców potraktowano poważnie i po kilku zasadzkach milicja ujęła sprawcę, którym okazał

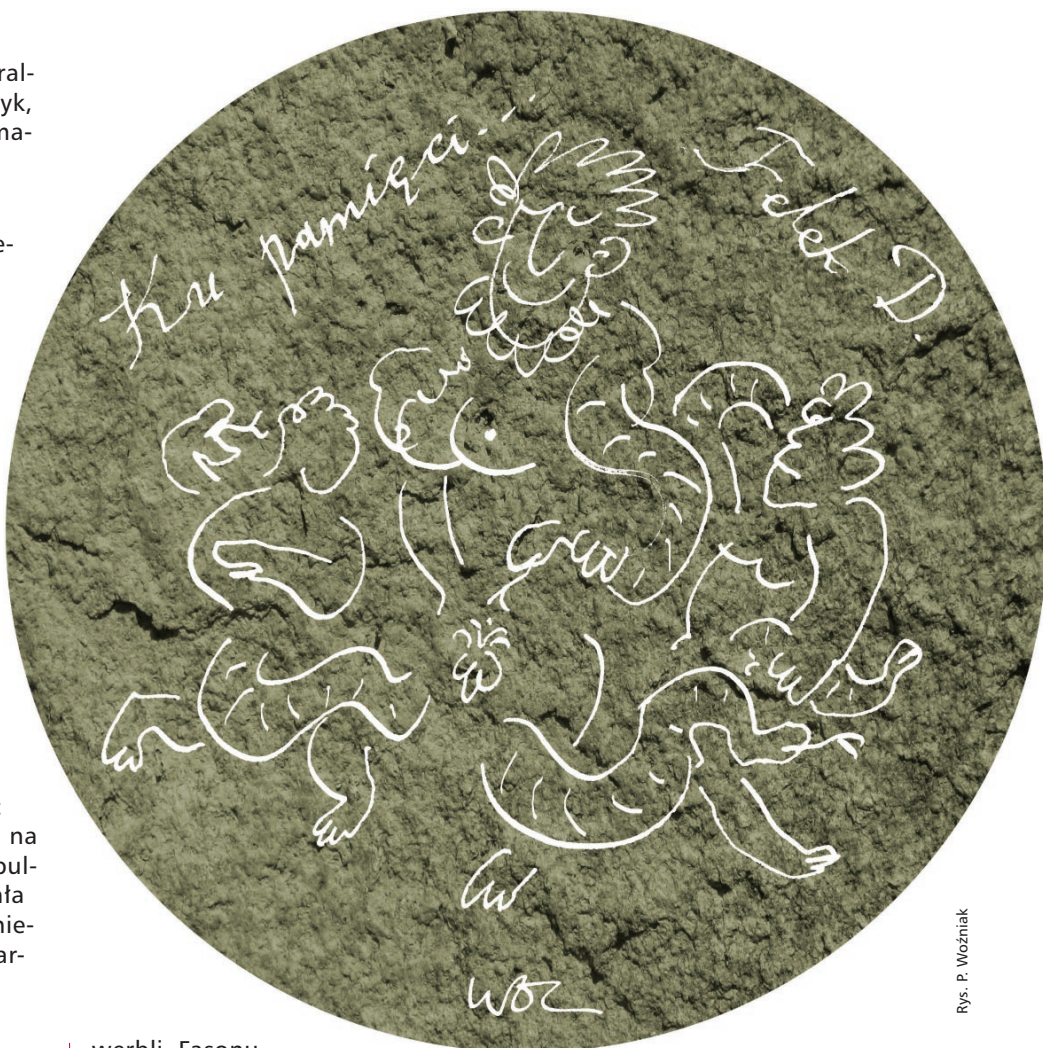


się, niestety, członek naszej teatralnej grupy, utalentowany romantyk, któremu wróżono, szczególnie mamusia, wielką przyszłość!

Wspaniałą rozrywkę zapewniały przez większą część roku tzw. dechy, czyli wieczorne tańce pod gołym niebem. Na zbitym z desek podeście, ogrodzonym symbolicznym płotkiem, tańczyły pary w takt granych przez orkiestrę kawałków, głównie przedwojennych szlagerów. Pary wpuszczane były na parkiet za drobną opłatą, przy czym opłacenie kwitowane było przybicciem na ręce tancerza małego stempla. Długo w noc rozbrzmiewały w anińskim lesie znane i wpadające w ucho przeboje: „Przybądź do mnie po ten kwiat paproci”, „Tango milonga”, „Ta ostatnia niedziela”, by ludzie mogli odreagować kilka lat mroków okupacji i życia na kredyt. To tam w owe wieczory pulsowała rzeczywistość, jak mawiała matka. Słowa wielu szlagerów niekoniecznie zgadzały się z linią partii, np. w piosence o Ameryce:

*Gdy ci w życiu czegoś trzeba,  
to tam znajdziesz drapacz nieba,  
tym drapaczem możesz drapać się.  
To jest Ameryka, to wielki piękny kraj,  
na ziemi raj...*

Naturalnie w miarę upływu lat i zagęszczania się zagonów stalinizmu nie tylko zabroniono śpiewania takich piosenek, ale nawet ich słuchania! Wiele egzotyki w życie Anina wnosili miejscowi Cyganie. Przez pewien czas po wojnie mieszkali w samorządowym, niepozornym baraku, tuż przy stacji kolejowej w Wawrze. Barak z zewnątrz niczym szczególnym się nie wyróżniał, ale w środku przypominał namiot tatarskiego chana. Sufity i ściany obwieszane były muzealnej wartości kandelabrami, kinkietami i obrazami. Na komódkach, stolach i stoliczkach stały srebrne misy, wazy i świeczniki, a na podłogach wały się perskie dywany. Poza tym Cyganie na co dzień poruszali się olbrzymim, dziesięcioosobowym kabrioletem marki Packard. Największą frajdę miałem, gdy kierujący pojazdem szofer, ojciec mego kolegi, pozwalał nam się przejechać na szerokiach, bocznych stopniach auta. Packard błyszczał chromem, pachniał skórą siedzeń i, co najpiękniejsze – miał dwa reflektory wielkości harcerskich



Rys. P. Wozniak

werbli. Fasonu dodawały wielkie jak piórniki kierunkowskazy, które po włączeniu przycisku wysuwały się na boki samochodu, jak podświetlane żaróweczkami ramiona sygnalisty. Raz na tydzień, w letnie soboty, Cyganie ściągali na miejscową narciarską Górkę Delmaka, gdzie prezentowali swe śpiewy i tańce. Prócz tego jedyną rozrywką w tym czasie było tzw. ruchome kino, czyli kino objazdowe, które co jakiś czas wyświetlało w lesie bezpłatne filmy.

Pierwszym w życiu uczuciem obdarzyłem w Aninie Małgosię – jeszcze w początkach nauki w gimnazjum, być może dlatego, że była bardzo egzaltowana, a poza tym niewątpliwie ładna. W tamtych odległych czasach obowiązkiem każdego dziewczęcia było prowadzenie pamiętnika, w którym dokonywano tzw. spisu z natury, czyli opisywania każdego dnia życia, ze szczególnym uwzględnieniem, naturalnie, momentów wyjątkowej egzaltacji. Jest rzeczą oczywistą, że każdy, kto doszedł do szczytu wpisania się do pamiętnika, koniecznie musiał przestrzegać konwenansów, a zatem zamieścić stosowną poezję. Do dobrego tonu należało wpisać się,

trącając „narodowe struny”. Kiedy ładna Małgosia w nagłym przyplynie uczucia udostępniła mi po jakimś czasie stronicę swego pamiętnika, stanowiło to coś na kształt intymnego zbliżenia, a więc wiele mówiące wyróżnienie. I tutaj krył się załazek mej klęski, gdyż Małgosia nie przewidziała, że u takiego obrazoburcy jak ja chęć zrobienia dowcipu przeważa nad przyjaźnią, z której narodzić się miało trwałe uczucie! Nic też dziwnego, że kiedy po przekartkowaniu pamiętnika wszędzie napotykałem jakieś wierszydła w rodzaju: „*Jesienne wichry wyją nad światem, w ludzkich źrenicach perłą się łzy, dla biednej Polski nadziei kwiatem – Małgosiu, Ty!*”, postanowiłem też udowodnić, że z poezją jestem za pan brat, więc napisałem: „*Ku pamięci, mięci kupa, wpisał Ci się Felek D...*”. Być może ładną Małgosię bym przebłagał, gdyż serduszko miała pełne chrześcijańskiej dobroci, rzecz w tym, że pamiętnik wpadł w ręce jej mamusi, która – jak późnej „życzliwi” mi donieśli – powiedziała: – *To ty, moja córko, już więcej z tym ordynusem spotykać się nie będziesz!* ■



# 1923–2017 – czas prof. Stanisława Leszczyńskiego

Moje pierwsze spotkanie z prof. Leszczyńskim miało miejsce w Zakładzie Radiologii AM w Warszawie. Przypadkowo trafiłem na wykład, który zostawił mnie pod wrażeniem Jego wiedzy i erudycji. Profesor był jak akumulator całkowicie wypełniony wiedzą medyczną, a zwłaszcza radiologiczną.



Od lewej: prof. W. Frommhold, doc. E. Gerhard, żona prof. Frommholda, prof. St. Leszczyński i dr Anna Wysokińska-Borowicz. Rok 1981

Profesor nosił mundur, był wojskowym w stopniu pułkownika. Pracował wówczas na stanowisku kierownika Zakładu Radiologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym WP przy ul. Szaserów. Starał się o paszport, aby wziąć udział w odbywającym się w Rzymie zjeździe radiologów. Wojskowi bardzo rzadko otrzymywali zgodę na zagraniczne wyjazdy.

Paszport otrzymał, z zastrzeżeniem, że wykorzysta go tylko na podróż do kraju docelowego i na pewno po powrocie zwróci. Umowy nie dotrzymał, z Rzymu pojechał do Fatimy. Gdy wrócił, władza ludowa go szykanowała. Został wyrzucony z wojska i stracił pracę. Zatrudnił się, jako wolny strzelec, w szpitalu zakaźnym przy ul. Wolskiej.

Pracowitość Profesora była przysłowiowa. Publikował liczne prace naukowe, referaty i monografie. Zredagował i współtworzył wydany w trzech tomach znakomity podręcznik „Radiologia”. Pełnił najwyższe funkcje naukowe. Wykładał na uczelniach amerykańskich, w Kanadzie, Meksyku i w Austrii. Został uhonorowany prestiżową amerykańską Nagrodą im. A. Jurzykowskiego. Doceniany był także w kraju, otrzymał liczne odznaczenia i medale, m.in. Krzyż Kawalerski OOP, Krzyż Komandorski ze srebrną gwiazdą. Wyróżniono Go również Medalem im. prof. Zawadowskiego, guru polskiej radiologii, postaci pomnikowej, którego uważał za wielki naukowy autorytet. Był też członkiem amerykańskiego towarzystwa The Society of Gastrointestinal Radiology.

Pracowałem z Profesorem w Spółdzielni Radiologów przy ul. Waryńskiego. Któregoś dnia profesor zwrócił się do mnie: „*Stuchaj, Jurku...*”. Uważałem to za jednoznaczne przejście „na ty” i wielki zaszczyt.

Stanisław był niezwykle religijny, kierował się zawsze klauzulą sumienia. W pierwszej i drugiej kadencji odrodzonego samorządu lekarskiego pełnił funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, był członkiem Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Niezależnie od działalności naukowej wykazywał wiele inicjatywy w życiu towarzyskim. Lubił ładne kobiety. Był członkiem renesansu, jego hobby, poza nauką, była poezja i narciarstwo, ale kochał także muzykę. Gościłem Stanisława u siebie w domu. Szczególnie zapadło mi w pamięć jedno spotkanie, w którym uczestniczyli także prof. Frommhold i doc. Gerhard z Niemiec. Po kolacji Stanisław dał niezapomniany koncert gry na cytrze.

Żegnaj, Profesorze!

Jerzy Borowicz



Fotografie: archiwum AB

W domu autora. Prof. St. Leszczyński gra na cytrze. Rok 1981

Z ogromnym żalem i smutkiem żegnamy

**Prof. dr. hab. n. med.  
Stanisława Leszczyńskiego**

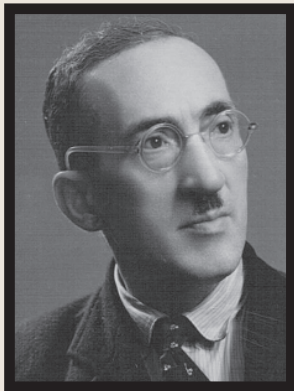
wybitnego lekarza  
i wspaniałego człowieka,  
współtwórcę  
odrodzonego samorządu lekarskiego,  
Naczelnego Rzecznika  
Odpowiedzialności Zawodowej  
w I i II kadencji samorządu lekarskiego  
(1989–1997).

Rodzinie i Przyjaciołom  
składamy wyrazy szczerego współczucia

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,  
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie,  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej  
w Warszawie z Zespołem,  
Przewodniczący  
Okręgowego Sądu Lekarskiego  
z Zespołem







## Jan Jankowski (1902–1967)

26 kwietnia 2017 r. minęła 50. rocznica śmierci dr. Jana Jankowskiego. Urodził się 10 września 1902 r. w Przysusze, był synem Józefy z Listopadzkich i Ignacego Jankowskiego. Edukację rozpoczął w Przysusze, a następnie kontynuował w Radomiu,

w Gimnazjum im. Tytusa Chałubińskiego. Naukę przerwał wybuch wojny polsko-bolszewickiej (1919–1921), w której na ochotnika brał udział. W 1922 r. z wynikiem celującym zdał maturę w Radomiu, w tym samym roku podjął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Jego dzieciństwo i wczesna młodość przypadły na okres dwóch wojen, I światowej i polsko-bolszewickiej. Te jakże wczesne, a już bardzo dramatyczne doświadczenia z walk frontowych sprawiły, że Jego powołaniem stało się ratowanie życia.

Tytuł doktora medycyny uzyskał w 1928 r. Po studiach wrócił do Radomia, podjął pracę w Ubezpieczalni Społecznej oraz Kolejowej Służbie Zdrowia, gdzie pracował jako kierownik ambulatorium. Był specjalistą chorób wewnętrznych i pediatrii. Pełnił również funkcję lekarza w szpitalu w radomskim więzieniu. Lekarz z powołania, życzliwy ludziom, nigdy nie odmawiał nikomu pomocy.

W 1934 r. ożenił się z Haliną Dzikowską, magister farmacji, którą poznał w czasie studiów. W 1936 r. urodziła się ich córka Alicja Małgorzata, a w 1943 r. druga córka Hanna Renata, które kontynuowały rodzinną tradycję lekarską. W okresie międzywojennym był znanym lekarzem społecznikiem biorącym aktywny udział w życiu Radomia. Po wybuchu II wojny światowej pracował nadal w Radomiu. W 1940 r. w ramach Akcji A-B został aresztowany przez gestapo. Zwolniono Go dzięki ogromnym, również finansowym, staraniom rodziny i zaangażowaniu kolegi lekarza pochodzenia niemieckiego, który od przedwojnia praktykował w Radomiu. Wyrzucony z mieszkania, przeniósł się z rodziną do Jedlni-Letniska k. Radomia, gdzie ofiarnie służył ludności polskiej i żydowskiej, współpracował również z ruchem oporu. Niósł pomoc niezależnie od pory roku i dnia, nie oczekując żadnego wynagrodzenia. Odznaczał się hartem i pogodą ducha, która niejednokrotnie dodawała otuchy Jego pacjentom.

W Jedlni praktykował do końca wojny, później w Radomiu objął funkcję kierownika Ambulatorium Kolejowej Służby Zdrowia. Prowadził też praktykę prywatną. Był szanowany i bardzo lubiany przez pacjentów, miał wyjątkowe do nich podejście, szczególnie do dzieci. Odznaczał się niezwykłym poczuciem humoru i empatią, tak wskazanymi w kontaktach z małymi pacjentami.

Kochał zwierzęta i ratował je z wielkim poświęceniem. One wyczuwały Jego intencje i nawet najbardziej dzikie nabierały do Niego zaufania. Był wielkim miłośnikiem drzew, kwiatów, lubił wędrowki po lesie, górach. Odbывał wycieczki swoją zieloną warszawą po Mazurach, Bieszczadach i nad Bałtyk. Na podradomskiej działce, którą kupił na początku lat 30. ubiegłego wieku, zasadził wiele drzew i roślin. Była to dla Niego najlepsza forma wypoczynku, którego miał tak

naprawdę niewiele, ze względu na wciąż wzrastającą liczbę pacjentów. Obdarzony, jak przystało na humanistę, licznymi talentami, plastycznym – pięknie rysował, literackim – pisał krótkie opowiadania, nowele i wiersze oraz muzycznym – grał na fortepianie. Pasjonował się literaturą, był niezwykle czytany.

W czasach studenckich nawiązał przyjaźń z rodziną prof. Dackiewicza, którego córka Jadwiga Dackiewicz, pisarka i tłumaczka, zadeedykowała mu pierwszy polski przekład „Pieśni o Rolandzie” z języka starofrancuskiego.

Ciężka choroba, na którą zapadł w 1967 r., okazała się śmiertelna. Zdając sobie sprawę ze swojego stanu, często wówczas powtarzał wiersz Bolesława Leśmiana „Odjazd”:

*(...) gdym na zawsze odjeżdżał znajomym gościńcem,  
patrzyły się na mnie bratków złote oczy podkute dookoła  
szafirowym sińcem...*

Nie dane było mu przejść na emeryturę, zmarł 26 kwietnia 1967 r.

Był człowiekiem wielkiej skromności, szlachetnym, prawym, zawsze przedkładającym dobro innych nad swoje własne. Nigdy nie angażował się w życie polityczne na rzecz ówczesnego ustroju. Mimo to doceniono Jego pracę, został odznaczony Brązowym Krzyżem Zasługi i licznymi odznaczeniami branżowymi. Obca była Mu również działalność partyjna przed wojną, uważał, że Jego misją jest przede wszystkim służba drugiemu człowiekowi.

Był wspaniałym Mężem, Ojcem i Dziadkiem. Mimo upływu półwiecza pamięć o Nim pozostaje w życzliwych wspomnieniach Jego pacjentów i ich potomków. Świadczą o tym zapalane na Jego grobie światła pamięci.

Cześć Jego Pamięci

Wnuki



Z wielkim żalem  
przyjęliśmy wiadomość  
o śmierci

### Dr n. med. Jolanty Chmielik

wybitnego lekarza,  
wspaniałego, życzliwego człowieka,  
społecznika i przyjaciela,  
wieloletniego kierownika  
Poradni Neurologicznej  
i prezesa Fundacji  
Towarzystwa Przyjaciół  
Centrum Zdrowia Dziecka.

Mieliśmy zaszczyt czerpać  
z Jej doświadczenia,  
wiedzy i mądrości.

Rodzinie i Najbliższym  
składamy wyrazy szczerego współczucia

zespół  
Kliniki Neurologii i Epileptologii  
Instytut „Pomnik – Centrum  
Zdrowia Dziecka”



# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

**1 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 27 lutego 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osoby zatrzymanej przez funkcjonariusza celnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 413.**

Tytuł rozporządzenia otrzymał brzmienie „*w sprawie badań lekarskich osoby zatrzymanej przez funkcjonariusza Służby Celno-Skarbowej*”.

**1 marca 2017 r. weszła w życie ustawa z 10 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 396.**

Nowelizacja dotyczy stosowania przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa do funkcjonariuszy Służby Celnej, którzy stali się pracownikami w jednostkach organizacyjnych Krajowej Administracji Skarbowej i w dniu objęcia ubezpieczeniem chorobowym przebywali na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie rodzicielskim albo urlopie ojcowskim.

**3 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 458.**

Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 określający strategię działań mających na celu:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 stanowi załącznik do rozporządzenia.

**4 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 468.**

Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz zawodów regulowanych i działalności regulowanych związanych ze zdrowiem lub bezpieczeństwem publicznym, których wykonywanie przez usługodawców nieposiadających odpowiednich kwalifikacji zawodowych mogłoby narażać usługobiorców na poważne niebezpieczeństwo lub powstanie poważnej szkody dla zdrowia, w przypadku których właściwy organ, o ile jest to niezbędne,

może wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji, jeżeli usługodawca zamierza świadczyć daną usługę transgraniczną po raz pierwszy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wykaz zawiera m.in. następujące zawody regulowane: asystentka stomatologiczna, diagnosta laboratoryjny, dietetyk, fizjoterapeuta, higienistka stomatologiczna, inspektor ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych, inspektor ochrony radiologicznej, z wyjątkiem inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nieonkotworowych, instruktor terapii uzależnień koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, logopeda, opiekun medyczny, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy.

**9 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 2 marca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 498.**

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

- umowę zawartą z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu pozyskania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń,
- ważną pozytywną opinię wojewody albo ministra zdrowia o celowości inwestycji w sektorze usług zdrowotnych.

Zmiany zostały wprowadzone w załącznikach do rozporządzenia dotyczących:

- podstawowej opieki zdrowotnej – nocna i świąteczna opieka,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – świadczenia w zakresie okulistyki, okulistyki dla dzieci, leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży, świadczenia diagnostyczne kosztochłonne-badania przewodów pokarmowego,
- leczenia szpitalnego hospitalizacji planowej – kardiologia, diabetologia, diabetologia dzieci, ginekologia onkologiczna, opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego, kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- rehabilitacji leczniczej,
- świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie,
- ratownictwa medycznego,
- leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne,
- programów zdrowotnych – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką,
- leczenia szpitalnego – programy lekowe onkologiczne i nieonkologiczne.



Ponadto rozporządzenie określa wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością, w rodzaju leczenie stomatologiczne.

**11 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 marca 2017 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 511.**

Zgodnie z przepisami ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, właściwy organ, w drodze postanowienia, może uzależnić wydanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji od odbycia przez wnioskodawcę stażu adaptacyjnego lub przystąpienia przez niego do testu umiejętności w przypadku, gdy zakres kształcenia, szkolenia lub egzaminu wymaganego do wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej i w państwie wnioskodawcy różnią się zasadniczo.

W postanowieniu właściwy organ określa zakres testu umiejętności lub zakres i czas trwania stażu adaptacyjnego, mając na uwadze konieczność wyrównania różnic w zakresie kształcenia lub szkolenia w stopniu niezbędnym do wykonywania zawodu regulowanego. Staż adaptacyjny odbywa się w języku polskim i nie może trwać dłużej niż trzy lata.

Właściwy organ zapewnia wnioskodawcy możliwość przystąpienia do testu umiejętności nie później niż w terminie sześciu miesięcy od dnia nałożenia na niego tego obowiązku.

Test umiejętności przeprowadza się w języku polskim.

Wnioskodawca ponosi koszty odbywania stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności.

Właściwy organ zobowiązuje wnioskodawcę do odbycia stażu adaptacyjnego albo do przystąpienia do testu umiejętności, zgodnie z wyborem wnioskodawcy.

Rozporządzenie określa:

1) warunki, sposób i tryb odbywania stażu adaptacyjnego, wykonywania nadzoru nad odbywaniem stażu adaptacyjnego oraz oceny nabytych przez wnioskodawcę umiejętności w trakcie jego odbywania, sposób ustalania kosztów odbywania stażu adaptacyjnego oraz tryb pobierania i zwrotu opłaty za odbycie stażu adaptacyjnego,

2) warunki, sposób i tryb przeprowadzania testu umiejętności oraz oceny posiadanych przez wnioskodawcę umiejętności, sposób ustalania kosztów przeprowadzania testu umiejętności oraz tryb pobierania i zwrotu opłaty za przeprowadzenie testu umiejętności

– w toku postępowania w sprawie uznania nabytych w innych niż RP państwach członkowskich Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub w państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych.

**17 marca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 576, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 10 marca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo atomowe.**

**21 marca 2017 r. weszła w życie ustawa z 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 599.**

W ustawie określone zostały zasady ustalania programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, sprawowania nadzoru nad jego prowadzeniem, oraz warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinie ochrony zdrowia, w tym przystępowania i odbywania szkolenia specjalizacyjnego, a także organizacji i przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia (PESoz).

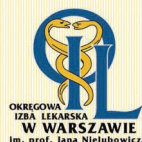
Ustawa nie dotyczy osób wykonujących zawody medyczne, dla których zasady uzyskiwania tytułu specjalisty określają przepisy regulujące wykonywanie tych zawodów.

Do szkolenia specjalizacyjnego może przystąpić osoba, która:

- ma tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku określonym w przepisach wykonawczych do ustawy oraz
- została zakwalifikowana do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym.

Do szkolenia specjalizacyjnego może przystąpić także osoba, która:

- ma tytuł zawodowy magistra lub równorzędny uzyskany, po ukończeniu studiów na kierunku innym niż określony w przepisach wykonawczych do ustawy oraz
- wykonywała co najmniej przez dwa lata w ciągu ostatnich pięciu lat czynności zawodowe zgodne z programem szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie ochrony zdrowia i uzyskała zgodę dyrektora CMKP na odbycie szkolenia specjalizacyjnego oraz
- została zakwalifikowana do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym.



**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**

30 marca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 687, obwieszczenie ministra obrony narodowej z 14 marca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie warunków i trybu ubiegania się o dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne stosowane w leczeniu urazów i chorób nabytych przez weterana poszkodowanego żołnierza podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

31 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 marca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 564.

Zgodnie z przepisami ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich o potrzebie obserwacji w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą orzeka sąd rodzinny po wysłuchaniu nieletniego, określając miejsce i czas trwania obserwacji.

Obserwacja w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą nie powinna trwać dłużej niż cztery tygodnie, na wniosek podmiotu leczniczego sąd rodzinny może przedłużyć ten termin na czas określony, niezbędny do zakończenia obserwacji. Łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może przekroczyć sześciu tygodni.

Użyte w rozporządzeniu określenie „publiczne zakłady opieki zdrowotnej” zastępuje się określeniem „podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami”.

Uchylone zostały załączniki do rozporządzenia określające podmioty dysponujące warunkami maksymalnego i wzmocnionego zabezpieczenia.

11 kwietnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 7 marca 2017 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 646.

22 kwietnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 marca 2017 r. w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 735.

Zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ustanawia się rezerwę szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii, które kupuje minister zdrowia.

Rozporządzenie określa:

- skład, wielkość i sposób przechowywania rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii,
- tryb uruchamiania rezerwy,
- sposób dystrybucji produktów leczniczych uruchomionych z rezerwy,
- sposób postępowania z produktami leczniczymi stanowiącymi rezerwę, dla których kończą się terminy ważności.

W skład rezerwy wchodzi szczepionki przeciwko:

- inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* – nie mniej niż 15 tys. dawek,
- durowi brzuszemu (Ty) – nie mniej niż 60 opakowań wielodawkowych,
- durowi i tężcowi (TyT) – nie mniej niż 70 opakowań wielodawkowych,
- błonicy:
  - a) szczepionka stosowana u dzieci (D) – nie mniej niż 357 opakowań wielodawkowych,
  - b) szczepionka stosowana u dorosłych (d) – nie mniej niż 50 dawek,
- szczepionki przeciw chorobom, które są objęte obowiązkiem szczepienia w ramach Programu Szczepień Ochronnych – nie mniej niż 10 proc. zapotrzebowania na szczepionki do realizacji tego programu.

Rezerwę przechowuje dystrybutor centralny wyznaczony przez ministra zdrowia.

1 maja 2017 r. wszedł w życie art. 8. ustawy z 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw, opublikowanej w DzU z 2016 r., poz. 2020.

Nowelizacja dotyczy ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (DzU, poz. 1991 ze zmianami), wprowadzającej zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

**Elektroniczna karta szkolenia specjalizacyjnego oznaczająca elektroniczne odwzorowanie karty szkolenia specjalizacyjnego stanowiące potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jego ukończenia.**

**Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie lekarz albo lekarz dentyista oraz kierownik specjalizacji.**

**Warunkiem dokonywania czynności za pomocą SMK jest uwierzytelnienie osoby, która konto założyła i weryfikacja jej uprawnień.**

**Uwierzytelnienia dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień, przez:**

- podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP lub
- potwierdzenie przez właściwą okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską tożsamości osoby, która konto założyła.

Weryfikacji uprawnień dokonuje w stosunku do:

- lekarza albo lekarza dentyisty – właściwa miejscowo okręgową izba lekarska, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby lekarskiej – Naczelna Izba Lekarska,
- kierownika specjalizacji – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

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

- lekarzowi – w zakresie śledzenia przebiegu własnego kształcenia,
- uczelniom – w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą oraz monitorowania karier zawodowych absolwentów,
- konsultantom krajowym i konsultantom wojewódzkim – w zakresie, w jakim biorą udział w kształceniu lekarzy,
- Centrum Egzaminów Medycznych – w szczególności w zakresie organizowania i przeprowadzania egzaminów państwowych oraz innych egzaminów z zakresu kształcenia lekarzy,



- Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego
  - w szczególności w zakresie zadań udzielania akredytacji jednostkom organizacyjnym, koordynacji organizacji kursów szkoleniowych oraz kontroli i monitorowania realizacji szkolenia specjalizacyjnego,
- wojewodom – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy,
- ministrowi obrony narodowej – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON,
- ministrowi spraw wewnętrznych – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra spraw wewnętrznych,
- podmiotom uprawnionym do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków,
- okręgowym radom lekarskim oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych.

LEK i LDEK odbywają się dwa razy do roku równocześnie, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM. Do LEK może przystąpić lekarz, a do LDEK lekarz dentyśta.

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

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

Zgłoszenie do LEK albo LDEK zawiera następujące dane:

- imię (imiona) i nazwisko,
- datę urodzenia,
- miejsce urodzenia,
- numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania,
- obywatelstwo (obywatelstwa),
- adres do korespondencji i adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu, jeżeli posiada,
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentyśta, jeżeli posiada,
- numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentyśta albo zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym, jeżeli w dniu złożenia zgłoszenia legitymuje się takim dokumentem,
- nazwę uczelni i podstawowej jednostki organizacyjnej, w której zgłaszający się ukończył studia lekarskie lub lekarsko-dentystyczne oraz datę ich ukończenia, a w przypadku lekarza albo lekarza dentyśta, który ukończył studia w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej,
- nazwę polskiej uczelni, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu,
- wskazanie okręgowej rady lekarskiej, która w przypadku lekarza albo lekarza dentyśta, który ukończył uczelnię w państwie członkowskim UE, przyznała zgłaszającemu się prawo wykonywania zawodu,
- wskazanie preferowanego miejsca składania LEK albo LDEK spośród podanych przez CEM,
- wskazanie języka, w którym zgłaszający się zamierza składać egzamin.

**W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym zgłaszający się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości**

nie wyższej niż 10 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez prezesa GUS. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK podczas składania zgłoszenia. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie pięciu dni od dnia upływu terminu składania zgłoszeń.

W przypadku niewniesienia opłaty albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna dyrektor CEM wzywa zgłaszającego się do uzupełnienia braków formalnych za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej, wykorzystując adres poczty elektronicznej wskazany przez zgłaszającego się w zgłoszeniu. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych w terminie siedmiu dni od dnia skierowania wezwania zgłoszenie do LEK albo LDEK traktuje się jako niezłożone.

**Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego się o miejscu i terminie przeprowadzenia LEK albo LDEK oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez zgłaszającego się w zgłoszeniu, nie później niż czternaście dni przed terminem przeprowadzenia danego LEK albo LDEK.**

LEK i LDEK są składane w formie pisemnych testów, odrębnych dla zawodów lekarza i lekarza dentyśta, opracowanych na każdy termin egzaminu przez ekspertów w zakresie zagadnień objętych LEK i LDEK. Pytania testowe LEK i LDEK obejmują problematykę z zakresu dziedzin medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych.

Testy i pytania testowe LEK i LDEK są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzającym LEK lub LDEK, lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w LEK lub LDEK. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wnoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukcja, kopiowanie jakiegokolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

**Udostępniane, na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej, są wyłącznie pytania testowe z poprawnymi odpowiedziami, wykorzystane na potrzeby LEK albo LDEK, po upływie pięciu lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu.**

Zgłaszający się do LEK albo LDEK przedstawia bezpośrednio przed egzaminem zespołowi egzaminacyjnemu dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość zgłaszającego się nie może on przystąpić do egzaminu.

**LEK i LDEK polega na rozwiązaniu odpowiedniego testu składającego się z dwustu pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa.** Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.

Przebieg LEK i LDEK może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do LEK albo LDEK informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu.

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

nie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego, co jest równoważne z uzyskaniem przez niego wyniku negatywnego. W przypadku stwierdzenia w trakcie egzaminu naruszenia wspomnianego zakazu lub rozwiązywania testu niesamodzielnie, przewodniczący zespołu egzaminacyjnego dokonuje dyskwalifikacji zdającego i odnotowuje fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny oraz godziną przerwania egzaminu testowego w protokole egzaminacyjnym.

W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazu i dźwięku zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, że zdający naruszył zakaz lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący komisji egzaminacyjnej dokonuje jego dyskwalifikacji. Fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.

O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. Informację tę dyrektor CEM zamieszcza w SMK. Zawiadamia też właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jeżeli lekarz lub lekarz dentyista jest członkiem okręgowej izby lekarskiej, albo właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wojskowej izby lekarskiej, jeżeli lekarz lub lekarz dentyista jest członkiem wojskowej izby lekarskiej. Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do LEK albo LDEK w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji.

Zdający LEK albo LDEK w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego LEK albo LDEK. Zastrzeżenie składa się dyrektorowi CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.

Zastrzeżenie rozpatruje w terminie trzech dni od dnia, w którym odbył się egzamin, komisja powołana przez dyrektora CEM spośród osób, których wiedza, doświadczenie i autorytet dają rękojmię prawidłowego rozpatrzenia wniesionych zastrzeżeń. W przypadku uznania zastrzeżenia komisja unieważnia pyta-

nie testowe, którego zastrzeżenie dotyczy. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.

**Pozytywny wynik LEK albo LDEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56 proc. maksymalnej liczby punktów z testu.** Wynik egzaminu nie stanowi decyzji w rozumieniu ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego.

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

Zdającemu, który złożył LEK albo LDEK, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo LDEK w terminie dwudziestu jeden dni od dnia egzaminu. **Wynik egzaminu danej osoby jest jej udostępniany za pomocą SMK.** Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia LDEK, albo dokonuje ich korekty. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się w przypadku, gdy korekta wynika z błędu CEM.

**Wyniki LEK i LDEK dyrektor CEM udostępnia za pomocą SMK organom prowadzącym postępowanie kwalifikacyjne, uczelniom w zakresie dotyczącym absolwentów ich podstawowych jednostek organizacyjnych oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.**

W przypadku rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu LEK albo LDEK lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie LEK albo LDEK dyrektor CEM, po uzyskaniu zgody ministra zdrowia, może wydać zarządzenie o unieważnieniu egzaminu dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

W przypadku unieważnienia LEK albo LDEK z przyczyn nieależących po stronie zdającego nie pobiera się od niego opłaty za kolejny egzamin.

Dokumentacja dotycząca LEK i LDEK jest przechowywana przez właściwe podmioty zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.



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

**REDAKCJA:** 02-512 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 Kosiak, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, 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 księgową Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36**

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

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

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

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

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

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](mailto: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](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Koordinator Mediów**

Mirosław Usidus; tel. 22-542-83-83;

[monitorlekarski@oilwaw.org.pl](mailto: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 Lekarza**

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

**Fundacja „Pro Seniore”**

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



*Strefa Sportowa*

*Strefa Wystawców*

*Miasteczko Dziecięce*

*Strefa Poradnikowa*

*Strefa Seniora*

**VIII  
INTEGRACYJNY  
PIKNIK**

*Samorządów Zawodów  
Zaufania Publicznego*

**10 czerwca 2017r.**

Stara Miłosna, ul. 1. Praskiego Pułku

(na terenie stacjonowania Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej Wojska Polskiego)

11.00 - **Andrzej Rybiński** - wokalista, gitarzysta, kompozytor

12.15 - **Andrzej Supron** dla dzieci i dorosłych

13.00 - oficjalne otwarcie i powitanie gości, przekazanie buławy

13.45 - **Andrzej Supron**

14.30 - **Trubadurzy**

16.00-18.00 - **Warszawskie Combo Taneczne**

Więcej informacji na stronie: **[www.proseniore.pl](http://www.proseniore.pl)**



Mazowieckie Forum®  
Samorządów Zawodów  
Zaufania Publicznego

*nagrody, atrakcje, konkursy!*