

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

puls

lipiec 2017 nr 7

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd.
Już 17 tys.
ubezpieczonych

By chirurgia była
znów atrakcyjna
– rozmowa
z prof. Mariuszem
Frączkiem
[str. 8]

Ustny PES będzie
teraz bardziej
praktyczny – mówi
prof. Mariusz
Klencki
[str. 14]

Co sieć przyniesie
Warszawie
i Mazowszu?
[str. 18]

Badania kliniczne
na zakręcie
[str. 36]

Spełnione
marzenia
[str. 44]



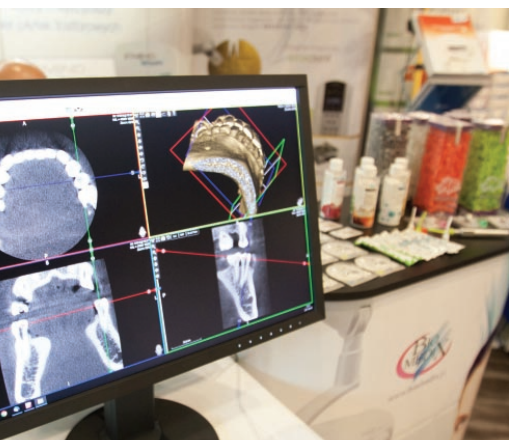
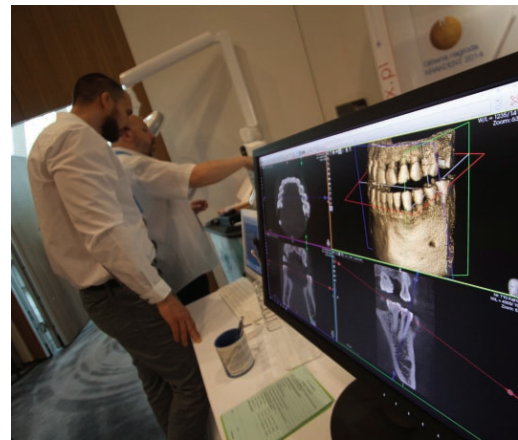

OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

OKRĘGOWA
IZBA LEK
W W
im. prof.

www.

III MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

9 - 10 czerwca 2017 r.



III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Już po raz trzeci lekarze dentyści mieli szansę wysłuchać wielu wykładów, uczestniczyć w warsztatach, a także poznać preparaty, narzędzia i sprzęt wystawiany przez licznych producentów. W III Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, których organizatorem jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, uczestniczyło 587 lekarzy dentyistów i 50 prelegentów. Swoje wyroby prezentowało 48 wystawców.

Forum zgromadziło lekarzy dentyistów nie tylko z województwa mazowieckiego, ale także z regionów i miast tak odległych jak Rzeszowskie, Zakopane i Szczecin. Śmiało można powiedzieć, że spotkanie w Serocku miało charakter ogólnopolski.

– Jestem na konferencji szkoleniowej organizowanej przez Izbę Lekarską w Warszawie po raz pierwszy – powiedział jeden z uczestników, który przyjechał z Białostockiego. – Zachęciły mnie do przyjazdu koleżanki, które brały udział w ubiegłorocznym spotkaniu i bardzo chwaliły jakość i różnorodność tematyczną wykładów. Rzeczywiście miały rację, nie rozczarowałam się.

Podobnie jak w latach ubiegłych tematyka naukowa spotkania była bardzo bogata. Prezentowano zagadnienia z wszystkich działów stomatologii: od leczenia zachowawczego, szczególnie endodoncji, przez periodontologię, chirurgię czaszkowo-szczękową po implantologię i protetykę. Wykładowcy często ilustrowali wystąpienia przykładami z własnego doświadczenia zawodowego. Dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk, pracownik Instytutu Stomatologii WUM, specjalizująca się w endodoncji, przedstawiła wiele trudnych przypadków opracowywania przestrzeni systemu korzeniowego, w których tylko wnikliwa analiza wcześniejszej historii uzębienia, zdjęcia RTG i CT umożliwiły trafną diagnozę.



W wykładzie z dziedziny implantoprotetyki ppłk Remigiusz Budziło z Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej przestrzegał przed zbyt szybkim podejmowaniem decyzji o zastosowaniu implantów. Stwierdził, że nie jest to technika tak prosta, tania i bezpieczna, jak głosi obiegowa opinia. Radził najpierw zastanowić się nad standardową protetyką. Jego wystąpienie było niezwykle spektakularne, ilustrowane fragmentami „Gwiezdných wojen” oraz muzyką z tego filmu.



Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się tematy z pogranicza stomatologii i innych dziedzin medycyny. Takie zagadnienia poruszał m.in. dr hab. n. med. Maciej Kostrubiec z WUM w swym wykładzie: „Pacjent z chorobą wieńcową, nadciśnieniem i zaburzeniami krzepnięcia w gabinecie stomatologicznym”. Omówił skutki stosowania leków przeciwkrzepliwych w poszczególnych schorzeniach, wskazał jak postępować w przypadku, gdy pacjent je zażywający wymaga zabiegu, który może wywołać krwawienie, kiedy odstąpić od zabiegu i skierować chorego na izbę przyjęć.

Prezentacja Martyny Osiak, doktorantki z Zakładu Chirurgii Stomatologicznej WUM, dotyczyła ryzyka onkogenezy. Po przedstawieniu danych statystycznych w zakresie nowotworów, m.in. nowotworów głowy i szyi, omówiła ona rodzaje tych nowotworów, ich lokalizację, przyczyny i diagnostykę.

Prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni podkreślił: – Spotkania zainicjowała trzy lata temu aktywna działaczka naszej Izby, wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów Marta Klimkowska-Misiak. Już pierwsza konferencja się udała, miała bardzo dobrą frekwencję. Poziom naukowy od początku jest wysoki. Konkurencyjnych konferencji w kraju jest wiele, a jednak nasza cieszy się ogromnym powodzeniem. Spotkania stały się imprezą cykliczną, są jedną z naszych sztandarowych pozycji szkoleniowych. ■

Małgorzata Skarbek



Nr 7/2017 (267),
lipiec 2017

Na okładce:
prof. dr hab. n. med.
Mariusz Frączek
(fot. M. Beczek)

W numerze m.in.:

www.miesiecznik-puls.org.pl

▶ III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	1, 4, 6
▶ powiem wprost	3
▶ By chirurgia była znów atrakcyjna	8
▶ goniec medyczny	10, 42
▶ Projekt obywatelski bez szans	12
▶ Ustny PES będzie teraz bardziej praktyczny	14
▶ Co sieć przyniesie Warszawie i Mazowszu?	18
▶ etyka	20
▶ Błąd lekarski a polityka karnania	21
▶ u nas w samorządzie	22
▶ Beneficjentem naszych działań jest pacjent	26
▶ Punkty za wiedzę, nagrody za punkty	27
▶ Pacjent, którego nigdy...	28
▶ Randka z alergią	30
▶ <i>Dum spiro, spero</i>	32
▶ leczy ból	34
▶ Badania kliniczne na zakręcie	36
▶ z Delegatury Radomskiej	38
▶ z Mazowsza	39
▶ doniesienia naukowe	40
▶ Posłuchać, zobaczyć...	41
▶ Spełnione marzenia	44
▶ sport	46
▶ Lampart...	48
▶ literatura i życie	49
▶ wspomnienia	50
▶ nowe przepisy prawne	51
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	16
▷ Walewski	16
▷ Kowal	41
▷ Ciepły	43
▷ Müldner-Nieckowski	43

Odpooczynek dla pracy



Fot. licencja Artmedia Partners

Nastąpiło już lato, które zwykle jest zwiastunem wakacyjnego wyciszenia, lecz tym razem problemów wokół funkcjonowania służby zdrowia nie ubywa. Zachęcamy do lektury artykułów dotyczących zarówno projektów zmian o charakterze systemowych, ścierania się koncepcji ministerialnych i obywatelskich, jak również tematów wokół poszczególnych dziedzin medycyny. Na sercu wciąż leży nam także model kształcenia młodych kadr. Nasi interlokutorzy dzielą się z nami swoimi przemyśleniami, sugerują rozwiązania. Sukces III Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych pokazuje, że inicjatywa nie musi przychodzić z samej góry. Wykorzystajmy więc letnie urlopy, wypoczynek bardzo się przyda, by po powrocie umieć układać trudne łamigłówki w ochronie zdrowia na wszystkich etapach transformacji, a przede wszystkich te, które codziennie są wokół nas. Niech polskie obrazy z tradycyjnych kierunków wakacyjnych wyjazdów będą dla Was, Drodzy Czytelnicy, inspiracją. ■

Redakcja



Fot. P. Biezański

Czerwcowe spotkania



Fot. M. Teperak

Andrzej Sawoni

prezes ORL w Warszawie

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne wpisały się w kalendarz izbowych wydarzeń. Z roku na rok przybywa lekarzy dentyistów zainteresowanych udziałem w konferencji. Cieszymy się, że rośnie jej ranga. Po trzech latach doświadczeń organizacyjnych możemy powiedzieć, że jest to wydarzenie ponadregionalne, które przyciąga uczestników z różnych części Polski i którego wiele osób oczekuje. Tegoroczne spotkania zostały przygotowane we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, a bogaty program umożliwił zainteresowanym wybór tematów. Oczywiście MSS to nie tylko konferencja naukowa, ale też spotkanie integracyjne. To okazja do rozmów o sprawach naszego środowiska i chwila wypoczynku, tym bardziej że pogoda sprzyjała organizatorom i gościom.

A odpoczynek lekarzom jest potrzebny. Coraz częściej słyszymy o ich przemęczeniu, wypaleniu zawodowym. Powodem są towarzyszące naszej codziennej pracy stres, pośpiech, biurokracja, często niemożność sprostać oczekiwaniom pacjentów. Podczas czerwcowego zjazdu integracyjnego Oddziału Ziemi Radomskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyła się konferencja „Lekarze słudzy i strażnicy życia – godność człowieka w służbie zdrowia”. Miejszem obrad było, sprzyjające osobistemu wyciszeniu i refleksji, Wyższe Seminarium Duchowne w Radomiu. Na konferencji z referatem wystąpił wiceprezes ORL w Warszawie Julian Wróbel. Nasza Izba wsparła zjazd organizacyjnie i finansowo.

W czerwcu odbył się VIII Rodzinny Piknik Integracyjny Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. To impreza rekreacyjna, przeznaczona przede wszystkim dla rodzin i ciesząca się sporym zainteresowaniem. Ale z czasem plenerowa formuła spotkania, mającego na celu integrację samorządów, wyczerpuje się. Czas pomyśleć o nowym projekcie. Podczas tegorocznego pikniku odbyło się przekazanie buławy i przewodnictwa forum, którego nasza Izba jest aktywnym uczestnikiem, Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie.

Mazowieckie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego było współorganizatorem konferencji w Senacie, która odbyła się na początku czerwca. Rozmawialiśmy o roli samorządów zawodowych w życiu publicznym, o ich znaczeniu dla interesu publicznego i bezpieczeństwa jednostki. O problemach lekarzy i lekarzy dentyistów dyskutowaliśmy również na sesji samorządowej, zorganizowanej podczas III Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.

Ten czerwcowy cykl spotkań, różnorodnych tematycznie – naukowych, poświęconych kwestiom etyki i pracy, działalności samorządowej, a także integracyjnych i rekreacyjnych – pokazuje, że społeczność zawodowa może wspólnie tworzyć wiele płaszczyzn porozumienia. Możemy razem, właśnie w oparciu o strukturę naszego samorządu, ale też w mniejszych grupach, np. stowarzyszeń, a także na szerszym forum wielu zawodów, dbać o interesy członków naszych korporacji, a także w efekcie finalnym – adresatów naszej zawodowej aktywności. Dla nas są nimi pacjenci.

Weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism):

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



III Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne
str. 1, 4, 6



Projekt obywatelski
bez szans
str. 12



Randka z alergią
str. 30



Fot. OIL w Warszawie

Zaczynamy przygotowania do IV MSS

Marta Klimkowska-Misiak

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne za nami. W tym roku zostały zorganizowane we współpracy z WUM. Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego, była ich kierownikiem naukowym. Za merytoryczne przygotowanie programu konferencji odpowiadał Komitet Organizacyjny powołany przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów spośród jej członków.

Z roku na rok przybywa Mazowieckim Spotkaniom Stomatologicznym uczestników. W tegorocznej konferencji wzięło udział prawie 600 osób. Wykłady o różnorodnej tematyce i zajęcia praktyczne w formie warsztatów pozwalały każdemu na wybór interesujących go zagadnień. Przyjęliśmy i stosujemy taką formułę organizacyjną MSS, gdyż chcemy umożliwić koleżankom i kolegom jak najszerszy dostęp do aktualnej wiedzy medycznej. Uczestnicy nie ponoszą kosztów udziału w wykładach, opłacają tylko wyżywienie i ewentualnie nocleg. Ze względu na bogaty program zajęcia odbywają się równocześnie w kilku salach. Mamy sygnały od uczestników, że nie zawsze mogą wysłuchać wszystkich

interesujących ich wykładów i proszą o powtórzenie niektórych. Wraz z certyfikatem udziału w III MSS przesłaliśmy uczestnikom kilka pytań dotyczących organizacji przyszłych szkoleń i bardzo prosimy o odpowiedzi, które ułatwią spełnienie Państwa oczekiwań względem IV MSS.

W przyszłym roku na pewno będziemy omawiać problematykę onkologiczną w stomatologii, zależność między zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem ogólnym, współpracę lekarzy różnych specjalności z lekarzami dentystami. Postaramy się o rozszerzenie wykładów z zakresu chorób błon śluzowych i periodontologii, ale też pozamedycznych, np. dotyczących prowadzenia praktyki lekarskiej. Powtórzymy również zajęcia pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym, bo cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem uczestników I i II MSS. To oczywiście są wstępne założenia programowe.

Rosnąca liczba uczestników, a także zainteresowanie udziałem w konferencji ze strony wystawców świadczą, że Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne są wydarzeniem oczekiwanym w środowisku i potrzebnym lekarskiej społeczności. Zachęcam Was, Koleżanki i Koledzy, do większej integracji i spędzania wspólnie czasu nie tylko na wykładach. Jestem przekonana, że z taką samą pozytywną energią, która towarzyszyła nam do tej pory, spotkamy się na IV MSS. Tradycyjnie w czerwcu. ■

Oprac. **ach**

OPEL DRIVE PLAN

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

Mokka X już od

699 zł netto/mies.



Nowa Mokka X

Recepta na sukces.

opel.pl



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

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



W jedności siła

– debata we wspólnej sprawie

Na zakończenie III Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych odbyła się sesja samorządowa. W gronie panelistów znaleźli się: **Andrzej Sawoni**, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, **Marta Klimkowska-Misiak**, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów, **Leszek Dudziński**, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Anna Lella**, prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI), członek NRL, dr hab. n. med. **Halina Borgiel-Marek**, członek NRL, i dr hab. n. med. **Agnieszka Mielczarek**, konsultant krajowy ds. stomatologii zachowawczej z endodoncją. W dyskusji nie zabrakło również głosów uczestników sesji. Moderatorem panelu była **Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**, redaktor naczelna „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”.

Debatę poświęcono głównie zagadnieniu współpracy lekarzy i lekarzy dentystów w strukturach samorządu zawodowego i w codziennej praktyce lekarskiej. Jej uczestnicy rozmawiali o znaczeniu samorządu zawodowego i sile wspólnej reprezentacji.

Razem czy osobno?

Tak brzmiało pierwsze pytanie debaty, gdyż – co na wstępie zapowiedział Andrzej Sawoni – ideą sesji była dyskusja w reprezentatywnym gronie na kontrowersyjne tematy. Od czasu do czasu pojawiają się w środowisku lekarzy dentyków głosy dotyczące zwiększenia ich autonomii we wspólnym samorządzie lekarzy i lekarzy dentystów, a nawet jego podziału.

– *To nie jest temat nowy* – przypomniał Leszek Dudziński. – *Pojawił się już w chwili tworzenia naszego samorządu, ale nie było wątpliwości, czy ma to być samorząd dwóch zawodów. Uważam, że wypracowaliśmy bardzo dobrą organizację, dobry samorząd, struktury na poziomie okręgowych izb lekarskich funkcjonują bez zastrzeżeń. Zdaniem wiceprezesa NRL potrzeba autonomii lekarzy dentyków daje o sobie znać przede wszystkim podczas wyborów. Lekarze, mając większość, decydują o tym, kto będzie przedstawicielem lekarzy dentyków w Naczelnej Radzie Lekarskiej. – Namawiam wszystkich, abyśmy więcej dyskutowali o tym, jak możemy poprawić nasze relacje i komunikację, jak możemy być bardziej skuteczni wewnątrz samorządu. W różnych sprawach mamy różne poglądy, ale na koniec powinniśmy wypracować jedno stanowisko* – apelował wiceprezes NRL.

Marta Klimkowska-Misiak podkreśliła, że współpraca lekarzy i lekarzy dentyków w ORL w Warszawie układa się

bardzo dobrze, a lekarze dentyści pełnią w niej funkcje wiceprezesa oraz sekretarza i skarbnika. Halina Borgiel-Marek zwróciła uwagę, że lekarze i lekarze dentyści tworzą lekarską rodzinę, lecząc pacjentów, a konflikty zdarzają się, jak w każdej organizacji. – *Zaletą samorządu jest jego wysoka liczebność. Ma duże znaczenie, a jak się podzielimy, będzie nas mniej. Nie dajmy się podzielić w efekcie niezaspokojonych ambicji* – przestrzegali Romuald Krajewski, wiceprezes NRL i ORL w Warszawie.

Z kim i w jakiej sprawie?

Następnym tematem poruszonym podczas debaty był wpływ samorządu lekarskiego na system ochrony zdrowia i legislację.

Leszek Dudziński zwracał uwagę, że NRL otrzymuje do opiniowania propozycje rozwiązań prawnych, ale w praktyce ponad 90 proc. uwag zgłaszanych przez samorząd podczas konsultacji projektów jest pomijanych.

– *Na forum europejskim mamy wpływ na tworzone prawo* – wskazywała Anna Lella. – *Przykładem dyrektywa o wyrobach kosmetycznych. Był wielki bój, lekarze dentyści z całej Europy włożyli wiele wysiłku, aby znalazły się w niej zapisy nas satysfakcjonujące. Zostały później implementowane do prawa poszczególnych państw członkowskich UE. Mamy zatem przepis, że wybielaniem mogą się zajmować tylko lekarze dentyści.*

O możliwości oddziaływania na system ochrony zdrowia z perspektywy okręgowej izby lekarskiej mówił Andrzej Sawoni. – *OIL w Warszawie jest dużą organizacją. Uczestniczymy w posiedzeniach Rady MOW NFZ, w Radzie Polityki Zdrowotnej przy Prezydencie m.st. Warszawy.* Prezes wspominał o działaniach podjętych na wniosek dyrektorów szpitali i Izby, żeby w szpitalach powiatowych ortopedia i kardiologia, łączona z inwazyjną, były finansowane ryczałtem. Podkreślał też starania o mocną pozycję warszawskich szpitali w sieci.

O współpracy samorządu z MOW NFZ wspominała Marta Klimkowska-Misiak, mówiąc o problemach z kontraktem WUM na świadczenia stomatologii dziecięcej, które udało się rozwiązać. Mimo pozytywnych przykładów, była też mowa o kłopotach. Agnieszka Mielczarek wskazywała, że brak zabezpieczenia finansowego kontraktu WUM, m.in. w zakresie stomatologii zachowawczej, w przypadku ośrodka uniwersyteckiego prowadzącego szkolenia podyplomowe może skutkować zamknięciem programu szkoleń.

Jak współpracować?

Trzecie pytanie dotyczyło współpracy dentystów z lekarzami innych specjalności. Eksperti podkreślają, że zdrowie jamy ustnej ma wpływ na zdrowie całego organizmu i odwrotnie – choroby ogólnoustrojowe oddziałują na stan jamy ustnej.

– *Współczesna medycyna opiera się na opiece holistycznej* – mówiła Agnieszka Mielczarek. – *Musimy ze sobą współpracować. Nie można pacjenta traktować wyrywkowo, a niestety w praktyce to się zdarza. Według WHO każdy utraczony ząb zwiększa ryzyko wystąpienia chorób zagrażających życiu. Walka o jak najlepszy stan zdrowia jamy ustnej stanowi nasz priorytet.*

– *Potrzebna jest zmiana koncepcji: medycynę naprawczą powinna zastąpić prewencyjna* – zwracał uwagę Leszek Dudziński. – *Nikt nie zwolnił lekarzy rodzinnych z badania pacjenta „w całości”. Badanie jamy ustnej jest elementem badania ogólnego.*

Uwagami na temat współpracy dzielili się uczestnicy debaty. – *Mali pacjenci trafiają do nas za późno, kiedy proces próchniczny jest rozwinięty* – twierdziła Bożena Hoffman z OIL w Warszawie. Wskazywała znaczącą rolę pediatrów, którzy mają wczesny kontakt z dzieckiem podczas bilansów, mogą zwracać uwagę jego rodzicom na problemy zdrowia jamy ustnej. – *Współpracuję z ortopedami, okulistami, kardiologami, którzy przed zabiegiem wysyłają pacjenta na kontrolę do lekarzy dentyków, aby wykluczyć ogniska zapalne w obrębie jamy ustnej* – podkreślał Dariusz Paluszek z OIL w Warszawie.

Nie zabrakło także głosów w sprawie niedofinansowania leczenia stomatologicznego. – *Naszym partnerem w dyskusji o tym, jak ma funkcjonować i być finansowany system ochrony zdrowia, powinni być pacjenci* – przekonywał Romuald Krajewski. Zapewniał, że organizacje pacjentów są siłą, która może wpływać na decydentów.

W zgodzie z etyką

Podsumowując sesję, Marta Klimkowska-Misiak przypomniała art. 2. ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej: *„Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”*. W myśl przesłania zachęcała do działania w samorządzie zawodowym. Podkreśliła raz jeszcze, że w jedność jest siła, która pozwala osiągać cele, nawet małymi krokami. ■ **ach**

POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

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

POSZUKIWANI BIEGLI SĄDOWI

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

Z prof. dr. hab. n. med. Mariuszem Frączkiem, konsultantem wojewódzkim na Mazowszu w dziedzinie chirurgii ogólnej, kierownikiem II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego WUM, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

By chirurgia była znów atrakcyjna

Panie profesorze, od dawna mówi się o luce pokoleniowej wśród polskich lekarzy, o braku specjalistów w niektórych dziedzinach. Jak wygląda sytuacja w chirurgii ogólnej?

Pytanie dotyczące liczby chirurgów w Mazowieckiem i w całej Polsce od dawna jest gorącym tematem wśród chirurgów. Paradoksalnie uzyskanie odpowiedzi na to proste pytanie nie jest łatwe. W 2010 r. otrzymałem dane z izb lekarskich oraz z Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego. Według pierwszego źródła na Mazowszu pracowało 711 chirurgów, a według drugiego – 529. Rozbieżność wynika z podwójnego zarejestrowania tych samych osób pracujących w różnych placówkach albo z tego, że w informacji uwzględniono chirurgów po I stopniu specjalizacji, którzy zdobyli inną specjalizację lub wykonują inny zawód. Ponieważ podobne kłopoty z oszacowaniem liczebności kadr chirurgicznych występowały w całej Polsce, postanowiliśmy w gronie składającym się z konsultantów wojewódzkich, konsultanta krajowego oraz członków Zarządu Głównego TChP policzyć się sami. Dotarliśmy do wszystkich klinik i oddziałów chirurgicznych w Polsce. Dane ze wszystkich województw podsumował zespół pod kierunkiem prof. Józefa Kładnego.

Województwo	≥61	51–60	41–50	≤40	Razem
Dolnośląskie	61	96	61	39	257
Kujawsko-pomorskie	53	68	50	63	234
Lubelskie	50	103	83	62	298
Lubuskie	25	37	33	19	114
Łódzkie	16	54	40	64	174
Małopolskie	57	107	102	79	345
Mazowieckie	64	145	104	72	385
Opolskie	22	33	31	27	113
Podkarpackie	9	46	42	23	120
Podlaskie	61	96	61	39	257
Pomorskie	11	43	43	55	152
Śląskie	65	226	160	160	611
Świętokrzyskie	20	38	41	42	141
Warmińsko-mazurskie	38	37	40	13	128
Wielkopolskie	45	98	97	108	348
Zachodniopomorskie	26	55	43	28	152
Razem	623	1282	1031	893	3829

(za zgodą prof. Józefa Kładnego)

Zamiast komentować, pozwolę sobie przytoczyć liczbę chirurgów przypadającą na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach i w Polsce: USA – 39, Niemcy – 27, Włochy – 23, Szwecja – 20 (wg „Newsweeka” z 17.09.2013), Polska – 16 (dane izb lekarskich) lub 10,6 (dane własne).

Aby uściślić przytoczone dane, należałoby zapytać, ilu lekarzy w trybie rezydentury rozpocznie specjalizację z chirurgii ogólnej w Polsce w sesji jesiennej. Tu odpowiedź jest stosunkowo łatwa – 30 osób. Mając zatem w Polsce liczbę chirurgów znacznie niższą od norm europejskich, oczekujemy przejścia na emeryturę w ciągu najbliższych lat 623 chirurgów (ponad 16 proc.), a w kolejnych latach 1282 (prawie 34 proc.). W dodatku chętnych do rozpoczęcia specjalizacji brakuje. 13 czerwca, czyli dosłownie przed kilkoma dniami, wizytowałem jeden z oddziałów pozawarszawskich. Pracuje tam siedmiu lekarzy specjalistów, jeden rezydent i lekarz bez specjalizacji. Wszyscy specjaliści ukończyli 65 lat. Jak może wyglądać przyszłość takiej placówki?

Coraz częściej NFZ nie chce płacić na nadlimitowe zabiegi chirurgiczne, bo musi płacić za nielimitowane procedury w onkologii lub ratujące życie. Czy w związku z tym grozi pacjentom czekanie na planowe operacje, np. żylaków czy przepukliny, kilkanaście lat?

Kontekst tego zjawiska jest znacznie szerszy. Według pracowników firmy SGA, analizującej działalność placówek medycznych w Polsce, dla funkcjonowania oddziału chirurgicznego minimalna wartość kontraktu powinna wynosić 5,6 mln zł. Mieszczą się w tym wszystkie koszty oddziału, ale z naginaniem istniejącego prawa w kwestii warunków – przy bardzo niskich obsadach pielęgniarskich i ośmiu etatach chirurgicznych. W Polsce jest zarejestrowanych 506 oddziałów chirurgicznych. Tylko 25 ma kontrakt przewyższający 10 mln zł. W 140 kontraktach wynoszą 5–10 mln zł. Pozostałe 2/3 oddziałów ma kontrakt poniżej minimum. Dane te oficjalnie zaprezentowano na posiedzeniu Senackiej Komisji Zdrowia 30 maja 2017 r. W tej sytuacji jednym z wniosków wynikających z analizy ekonomicznej jest zbyt duże rozdrobnienie oddziałów chirurgicznych. Ten pogląd, oparty wyłącznie na kryteriach ekonomicznych, dałby się obronić jedynie po rzeczywistej ocenie potrzeb chirurgicznych poszczególnych regionów.

Jak już pani podkreśliła, rosące kolejki do oddziałów chirurgicznych, zwłaszcza na operacje żylaków kończyn dolnych i przepukliny, świadczą o zjawisku odwrotnym – zbyt

Fot. M. Beczek





małym zapleczu chirurgicznym w stosunku do potrzeb. Pikanterii zjawisku dodaje problem niedoszacowania procedur chirurgicznych. Wykonując duże, skomplikowane operacje, działamy jako chirurdzy na niekorzyść własnych oddziałów. Nie jest to moment na dyskusję, kto w takim razie ma te operacje przeprowadzać, kto ma leczyć powikłania? Wróćmy do ekonomii. Co w tej sytuacji robi dyrektor szpitala? Oczywiście ogranicza koszty. Zmniejsza liczebność personelu i stara się zapłacić lekarzowi jak najmniej. Na dyżurze pozostaje w szpitalu jeden chirurg. Zarząd szpitala najczęściej nie widzi problemu. Na dyżurze jest jeszcze inny zabiegowiec, np. ortopeda. Mogą sobie nawzajem pomagać. Mam pełen szacunek dla innych specjalności zabiegowych, ale chirurgia jest działaniem zespołowym i członkowie zespołu muszą wiedzieć, co w określonych sytuacjach należy robić, jak pomóc operatorowi. Wielokrotnie na Mazowszu interweniowałem w takich sytuacjach i muszę niestety powiedzieć, że z różnym skutkiem.

Kolejny problem, z którym spotykam się ostatnio, to tzw. restrukturyzacja szpitali. Zawsze idzie ona w jednym kierunku – ograniczenia liczby łóżek chirurgicznych. Z dotychczasowych analiz wykorzystania tych łóżek wynika, że średnie obłożenie sięgało 90 proc. Jak w takiej sytuacji pozbawić szpital (czyli okolicznych mieszkańców) około 20 proc. łóżek chirurgicznych? Z ciekawością śledzę losy tych oddziałów i skutki mojego jednoznacznego sprzeciwu.

Z przedstawionych faktów wynika, że brak funduszy w systemie nie da się niczym zastąpić. Ucieczka w zmniejszenie liczby łóżek czy personelu, okresowe remonty itp. do niczego nie prowadzi. NFZ faktycznie nie chce płacić za nadlimitowe zabiegi chirurgiczne, bo prawdopodobnie nie ma z czego. Zabiegi ratujące życie i procedury onkologiczne są wystarczająco obciążające istniejący budżet. W tej sytuacji można albo trwać w tym systemie i jeszcze jakiś czas udawać, że jest wszystko dobrze, albo zwiększyć fundusz NFZ. Może trzeba uczciwie powiedzieć, że właśnie samo życie wyznaczyło to, na co fundusz stać i to, do czego obywatel musi dopłacić.

Młodzi adepci medycyny jeżeli nie wyjeżdżają zaraz po studiach zagranicę, to chcą „robić rezydenturę” z radiologii, ginekologii, dermatologii, a nie z chirurgii ogólnej, mimo że jest zaliczana do tzw. specjalizacji deficytowych, czyli lepiej wynagradzanych. Jak pan profesor zachęciłby młodych lekarzy do pracy w tej dziedzinie medycyny?

Muszę sprostować: chirurgia nie należy do specjalizacji deficytowych w rozumieniu ustawy. Faktycznie liczba miejsc, jakie możemy „otrzymać” z Ministerstwa Zdrowia, została zwiększona i mówi się o tym, aby była to tzw. specjalizacja deficytowa. A dotychczasowe wynagrodzenia się nie zmieniły.

▶ Nie znam dokładnych danych odnośnie do odsetka wyjeżdżających z kraju młodych lekarzy. Mogę jedynie podejrzewać, że utrzymuje się on na mniej więcej stałym poziomie. Bardziej jednak martwi mnie niezwykle niski nabór do specjalizacji chirurgicznych. W ostatniej sesji przydzielono na terenie województwa mazowieckiego trzy miejsca rezydentki. Dłaczego jest tak mało chętnych? Tu nie ma co filozofować. Liczba chętnych do uprawiania zawodu jest funkcją jego atrakcyjności. Nie istnieje „mit chirurga” oparty na powołaniu i prestiżu wykonywanego zawodu. Miarą atrakcyjności specjalizacji jest spokojna praca, niewymagająca często całodobowego zaangażowania, łatwość zdobycia dobrze płatnego dodatkowego zatrudnienia, najczęściej w sektorze prywatnym. Jeśli atrakcyjność specjalizacji opiera się przede wszystkim na możliwości szybkiego dorobienia poza szpitalem, to chirurgia tego nie daje. W czasie specjalizacji należy walczyć o wykonanie odpowiedniej liczby procedur, co – choć zgodne z programem specjalizacji – w rzeczywistości jest mało realne.

O skandalicznie niskich wynagrodzeniach stażystów i rezydentów pisano już na łamach „Pulsu”. Nie spotkałem drugiego takiego zawodu w Polsce, w którym człowiekowi trzydziestoparoletniemu po tak trudnych studiach, za tak ciężką i odpowiedzialną pracę płacono by tak niewiele. Te wszystkie problemy nie występują w próżni. Olbrzymia liczba innych specjalizacji i podspecjalizacji kusi lepszymi warunkami pracy i płacy. Jednocześnie, wręcz paradoksalnie, nikt nie dostrzega prostego faktu – nie ma szpitala wielospecjalistycznego bez chirurga. Już w izbie przyjęć czy na szpitalnym oddziale ratunkowym konsultuje on każdy ból brzucha, krwawienie do przewodu pokarmowego, rany i urazy. Jeśli zatrudni się na SOR nie jako chirurg, ale jako lekarz systemu, w tej szczególnej sytuacji zarobi znacznie więcej niż szef dyżuru wykonujący często skomplikowane operacje. Tę patologiczną sytuację musimy kiedyś zmienić. Nawet trzech wybitnych radiologów interwencyjnych nie zoperuje banalnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Według wszelkich praw matematyki zmniejszanie się liczby czynnych chirurgów doprowadzi do coraz głębszego deficytu. Wydaje mi się, że w takich warunkach będzie rosła ranga chirurga i zapotrzebowanie na jego pracę, a mechanizmy rynkowe sprawią, że będzie to znów atrakcyjna specjalizacja.

Jest jeszcze inny problem, niezwiązany z finansami. Atrakcyjność można wyzwolić również w bardzo prosty i naturalny sposób. Kluczem jest przewodnik, który poprowadzi młodego lekarza przez meandry medycyny praktycznej, w tym przypadku chirurgii.

W moim przekonaniu jest wielka potrzeba wskrzeszenia instytucji mistrza, mentora z prawdziwego zdarzenia, który przekaże swą wiedzę i wrażliwość młodemu lekarzowi. Nauczy, że trzeba wciąż sięgać wyżej, że należy się wciąż uczyć. Pokaże, jak ważne w procesie leczenia jest holistyczne spojrzenie na pacjenta. Także na jego psychikę. To do mistrzów należy uwrażliwianie młodego pokolenia lekarzy, ale także praktyczne, systematyczne i cierpliwe kształcenie przy stole operacyjnym.

Swoją postawą mistrz ma dać dowód, że bycie lekarzem to zobowiązanie wobec drugiego człowieka. W moim zawodowym życiu byli mistrzowie. Dlatego wiem, jak bardzo ważna jest ta instytucja i świadome dzielenie się wiedzą.

Przypomina mi się w tym momencie cytat z Biblii: Mistrz pokazuje na słońce, a uczeń patrzy na palec. Pytam więc: kto wyciągnie ten palec? ■

Konsultant wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie chirurgii ogólnej: prof. dr. hab. n. med. **Mariusz Frączek**, Szpital Czerniakowski, 00-739 Warszawa, ul. Stępińska 19/25, tel.: 22-318-63-91, e-mail: mariusz.fraczek@gmail.com



Goniec Medyczny

Początek rewolucji?

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która 13 czerwca trafiła do konsultacji społecznych, przewiduje, że jeśli w placówce publicznej służby zdrowia skończy się tzw. ryczałt, będzie mogła pobierać opłaty za operację i hospitalizację.

MZ uspokaja

„Przekazy, które sugerują, że pacjenci zapłacą za świadczenia szpitalne (dotąd bezpłatne), są niezgodne z prawdą” – zapewniło MZ w opublikowanym komunikacie. Resort podkreśla, że nieodpłatne świadczenia będą udzielane na dotychczasowych zasadach.

Najgroźniejsza grypa

W sezonie 2016/2017 na grypę zachorowało blisko 3 mln 800 tys. osób. W Polsce powoduje ona więcej zgonów niż wszystkie pozostałe choroby zakaźne razem – poinformował dr hab. n. med. Ernest Kuchar podczas konferencji „Wirusologia 2017”.

Ketonal bez recepty

– Ketonal to nie jest środek jedynie zwalczający ból, może także w dalszej perspektywie działać niszcząco na ludzkie narządy – ostrzega dr Anna Żelechowska, neurolog, specjalistka rehabilitacji medycznej. Od października 2017 r. ketonal 50 mg będzie można kupić w aptekach bez recepty.

Salmonella atakuje

Z początkiem 2017 r. doszło do gwałtownego pogorszenia statystyk dotyczących zachorowań na salmonellozę. W I kwartale odnotowano już 2249 nowych przypadków, czyli o 414 więcej niż w podobnym okresie ubiegłego roku.

Szpital Południowy w Warszawie

Trzy pięciokondygnacyjne budynki, lądowisko dla śmigłowców ratunkowych, kilka oddziałów i 309 łóżek dla pacjentów – tak ma wyglądać Szpital Południowy na warszawskim Ursynowie. Planuje się, że będzie gotowy w lipcu 2019 r.

Wyziwy z e-papierosów

Zespół z University of Connecticut opracował nowy rodzaj testu do sprawdzania, czy dana substancja uszkadza DNA. Badania przeprowadzone za jego pomocą pokazały, że wyziwy z elektronicznych papierosów mogą być pod tym względem równie lub nawet bardziej groźne od dymu tytoniowego.

Żegnamy stare aparaty

Resort zdrowia przygotował projekt rozporządzenia określającego wymogi dotyczące badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Epidemia odry w Rumunii

We wrześniu 2016 r. w Rumunii wybuchła epidemia odry. Zapadło na tę chorobę około 3400 osób, a 17 zmarło.

Diesel truje więc odjeżdża do historii

Przybywa badań i dowodów na to, że spaliny aut z silnikami wysokoprężnymi poważnie szkodzą naszemu zdrowiu. Efekty? Kilku producentów już zapowiedziało, że zrezygnuje z ich produkcji. Miasta zaczynają ograniczać im wjazd do centrów, a udział ropniaków w sprzedaży nowych aut spadł właśnie do najniższego poziomu od 11 lat.

Więcej mocy, więcej spalin

Nad spalinami tradycyjnych benzyniaków stosunkowo łatwo jest zapanować. Oczyszczenie produktów ubocznych ze spalania ON w silniku wymaga stosowania skomplikowanych katalizatorów oraz filtrów cząstek stałych. Do tej pory nie opracowano metody pozwalającej w 100 proc. wyeliminować ze spalin diesla najcięższych, szkodliwych dla środowiska i naszego zdrowia substancji: tlenków azotu, siarki i węgla, węglowodorów i ich pochodnych, a także sadzy, popiołów, metali etc. Według normy Euro 5 silniki benzynowe mogą emitować 0,06 g NO_x na kilometr, diesla – trzy razy więcej.

Diesel jak azbest i arsen

Z opublikowanego w 2012 r. raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że u osób narażonych na wdychanie spalin z diesla występuje o 40 proc. wyższe ryzyko zachorowania na raka płuc.* Zależna od WHO Międzynarodowa Agencja Badania Raka podjęła decyzję o przesunięciu spalin diesla z grupy „prawdopodob-

nie rakotwórczych” do „rakotwórczych” (należą do niej m.in. azbest, arsen i gaz musztardowy).

Królewska Akademia Lekarska wyliczyła, że rocznie 40 tys. Brytyjczyków umiera przedwcześnie z powodu spalin ropniaków. Stężenie cząstek stałych i tlenków azotu w Londynie jest większe niż w Pekinie i to one – zdaniem ekspertów – odpowiadają także za epidemie astmy, raka, alergii, cukrzycy, zawałów, a nawet demencji.

Lekarstwem może być hybryda

Są znacznie czystsze niż diesle, ich spaliny praktycznie nie zawierają substancji rakotwórczych i szkodzących człowiekowi. Do tego dochodzi brak skomplikowanego, a zatem drogiego i awaryjnego osprzętu jak filtry cząstek. Firmy, które zaczęły rozwijać hybrydy w czasach, gdy nikt poważnie ich nie traktował, dziś zaczynają zbierać tego owoce.

Najlepszym przykładem jest Lexus, który już trzy lata temu całkowicie zrezygnował z produkcji diesli, a mimo to w ubiegłym roku sprzedał na europejskim rynku rekordowe 75 tys. samochodów, z czego ponad 60 proc. stanowiły modele z napędem benzynowo-elektrycznym. W ciągu trzech lat sprzedaż marki w Europie zwiększyła się o imponujące 70 proc. W 2020 r. Japończycy planują przeskoczyć pułap 100 tys. egzemplarzy i dynamicznie wspinać się wyżej. Hybrydy bez dwóch zdań im w tym pomogą.

* WHO





Fot. archiwum

Projekt obywatelski bez szans

Małgorzata Solecka

Ponad 11 tys. zł dla lekarza ze specjalizacją. Gdzie? W najbiedniejszym kraju Unii Europejskiej – w Rumunii. W dniu, w którym posłowie Komisji Zdrowia w polskim parlamencie debatowali nad rządowym projektem ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pracowników służby zdrowia, rumuński parlament dwukrotnie podniósł płace lekarzom.

Powód jest oczywisty – rumuńscy lekarze i inni specjaliści wyjeżdżają do pracy zagranicę i tamtejszy system staje się zupełnie niewydolny. Braki personelu medycznego pogłębiają problemy z dostępnością świadczeń medycznych. Epidemia odry, z którą zmagają się Rumunia, jest wynikiem zarówno ofensywy ruchów antyszczepionkowych, jak i słabości rumuńskiego systemu opieki zdrowotnej.

W Rumunii pensje specjalistów medycznych wzrosną więc dwukrotnie, w Polsce – przynajmniej na razie – wcale. Rządowy projekt ustawy o wynagrodzeniach minimalnych nie zakłada dla zdecydowanej większości pracowników medycznych praktycznie żadnych podwyżek. Powód? Do końca 2019 r. kwotę bazową, do której odnoszą się wskaźniki określone przez Ministerstwo Zdrowia, stanowi średnia krajowa z 2015 r. Dopiero w 2020 zostanie zastąpiona aktualną wartością średniego wynagrodzenia w gospodarce i dopiero wtedy można się spodziewać odczuwalnego wzrostu płac. Oczywiście, o ile zostaną na ten cel zapewnione pieniądze.

Wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko, która reprezentowała ministra zdrowia w Sejmie podczas prac nad wspomnianą ustawą (Konstanty Radziwiłł nie uczestniczył ani w pierwszym, ani w drugim czytaniu, nie było go też podczas głosowania), przekazała posłom informację, że według szacunków Ministerstwa Zdrowia w konsekwencji uchwalenia ustawy Skarb Państwa będzie musiał wyasygno-

wać do końca 2021 r. dodatkowo niemal 17 mld zł. Prawie połowa tej kwoty przypadnie na ostatni rok funkcjonowania nowych przepisów. W 2017 r., od lipca do grudnia, podwyżki wynagrodzeń pochłoną około 200 mln zł.

W czasie pierwszego czytania (7 czerwca) Porozumienie Zawodów Medycznych zarządziło pikietę przed Sejmem, by przypomnieć posłom, że u marszałka znajduje się obywatelski projekt ustawy o warunkach pracy w ochronie zdrowia, pod którym podpisało się blisko ćwierć miliona osób. Przedstawiciele PZM przypominali o tym na posiedzeniu komisji i przekonywali, że projekty rządowy i obywatelski, tożsame pod względem tematycznym, powinny być rozpatrywane łącznie. Rozważania, czy procedować projekt rządowy bez oczekiwania na druk projektu obywatelskiego, mogłyby trwać bardzo długo, gdyby nie koncyliacyjny głos wiceprzewodniczącego komisji, posła Tomasza Latosa. Obiecał przedstawicielom organizacji zrzeszonych w PZM, że porozmawia z marszałkiem Markiem Kuchcińskim o możliwości połączenia prac nad oboma projektami.

Był to fortel lub, co mało prawdopodobne, przejaw wiary graniczącej z naiwnością. Tomasz Latos musiał przecież wiedzieć, że Prawo i Sprawiedliwość nie godzi się na łączne rozpatrywanie owych projektów. W tej sprawie posłowie PiS dostali jasny komunikat. Tylko osobne procedowanie pozwalało bowiem przynajmniej próbować „sprzedać” ustawę może nie jako sukces, ale jako pierwszy krok w kierunku realizacji obietnicy złożonej przez premier Beatę Szydło, że pracownicy służby zdrowia będą zarabiać lepiej. W przypadku łącznego rozpatrywania projektów rządowego i obywatelskiego Prawo i Sprawiedliwość znalazłoby się na pozycji, której za wszelką cenę stara się unikać – partii, która nie słucha „zwykłych ludzi”.

Fortel się udał – dyskusję o łącznym rozpatrywaniu zawieszono. Opozycja i związkowcy nie zostawili na rządowym projekcie suchej nitki, ale większość w Komisji Zdrowia go poparła. Zakończony pierwsze czytanie otworzyło drogę do błyskawicznego uchwalenia ustawy, która – co warto zapamiętać, bo w całkiem niedalekiej przyszłości może się to okazać ważne – budziła wątpliwości sejmowych prawników. Jak dużą niestarannością legislacyjną wykazało się ministerstwo (ale też Kancelaria Premiera, w której projekt tkwił już po decyzji rządu kilkanaście dni), niech świadczy fakt, że tylko dzięki przytomności Biura Legislacyjnego do projektu wpisano przepis przejściowy, stanowiący, iż porozumienie w sprawie wzrostu płac (lub zarządzenie, w przypadku braku możliwości osiągnięcia porozumienia) musi być osiągnięte (lub wydane) najpóźniej miesiąc po wejściu ustawy w życie.



Wynik głosowania był do przewidzenia, jednak i tak nie obyło się bez zaskoczeń. Za ustawą głosował niemal cały klub PiS, poza Andrzejem Sośnierzem, który pomysł Konstantego Radziwiłła konsekwentnie nazywa próbą powrotu w ochronie zdrowia do PRL. Sośnierz co prawda na posiedzeniu Komisji Zdrowia nie zabrał głosu, ale podniesienie ręki przeciw zostało w klubie zauważone.

Zdziwienia nie budziła postawa posłów Kukiz'15, którzy najpierw domagali się łącznego procedowania projektów rządowego i obywatelskiego, razem z całą opozycją oskarżając PiS o hipokryzję i odcinanie się od obywateli, ale w końcowym głosowaniu podnieśli ręce razem z postami Prawa i Sprawiedliwości. Niemniej jednak głosowanie „za” kilkunastu posłów Platformy Obywatelskiej, w tym prof. Alicji Chybińskiej, było swego rodzaju niespodziewanym prezentem dla resortu zdrowia i rządu. Najpierw bezwzględna krytyka, potem poparcie? Platforma Obywatelska nie odpowiada na pytania dotyczące przebiegu tego głosowania, a szkoda, bo odpowiedź byłaby nie tylko ciekawa, ale i ważna.

Co dalej z płacami? Co dalej z projektem rządowym? Co dalej z projektem obywatelskim?

Tuż po uchwaleniu ustawy samorząd lekarski przypominał o swoim jednoznacznym poparciu dla projektu obywatelskiego. Gest o tyle ważny, co w praktyce wyłącznie symboliczny. Trzeba powiedzieć jasno: projekt obywatelski przepadł. Nawet jeśli w lipcu odbędzie się jego pierwsze czytanie (bo musi), nawet jeśli trafi do Komisji Zdrowia, zostanie skazany na osławioną „zamrażarkę”. Tak utknął już półtora roku temu obywatelski projekt nowelizacji przepisów refundacyjnych, pod którym podpisy zbierało Porozumienie Zielonogórskie. Niewykluczone nawet, że zostanie powołana specjalna podkomisja, która zajęłaby się projektem obywatelskim (może to robić dowolnie długo) i monitorowała problem płac w ochronie zdrowia w kontekście wprowadzanych przez rząd zmian.

O jednym tylko nie może być mowy: o poważnej pracy

W wersji projektu, która trafiła do Sejmu, widniała tylko data – 31 maja. Brak przepisu przejściowego uniemożliwiłby w tym roku dopełnienie formalności związanych ze zwiększeniem płac (złośliwi szeptali w sejmowych kuluarach, że być może nie była to niestaranność, lecz świadome posunięcie).

Od drugiego czytania do uchwalenia ustawy nie minęły nawet cztery godziny, mimo że opozycja zgłosiła poprawki. Sejm zdecydował, że będzie je rozpatrywał bez opiniowania przez Komisję Zdrowia, a następnie wszystkie odrzucił.

nad propozycją zawartą w projekcie, której nie powinno się sprowadzać wyłącznie do regulacji wzrostu płac. Projekt obywatelski wyraźnie wskazuje, że zwiększenie wynagrodzeń – realne i odpowiadające potrzebom systemu – będzie możliwe wyłącznie w sytuacji zapewnienia minimalnego, lecz zarazem wystarczającego poziomu finansowania. 6,8 proc. PKB na zdrowie to zaledwie unijna średnia. Dramatem polskiej ochrony zdrowia jest zaś to, że kolejny rząd i kolejna większość parlamentarna nawet nie podejmują debaty, jak się do tej średniej zbliżyć w dającej się przewidzieć przyszłości. ■

Ustny PES będzie teraz bardziej praktyczny

Z prof. dr. hab. n. med. Mariuszem Klenckim,
dyrektorem Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, rozmawia Ewa Szarkowska.

1 maja wszedł w życie System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Ale nastąpiły też dość istotne zmiany w regulaminie przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w części ustnej. Jaki był powód tych zmian?

Dotychczasowy regulamin zdawania PES nie odnosił się zbyt szczegółowo do części ustnej egzaminu. Wynikało to z poszanowania specyfiki poszczególnych specjalności. Uznaliśmy jednak takie podejście za błędne i dlatego obowiązujące od maja 2017 r. regulacje są bardziej szczegółowe. Wprowadziliśmy też parę nowych rozwiązań. Przede wszystkim rozszerzyliśmy skalę ocen o jedynekę. Może być ona wykorzystywana jedynie w ocenie zadań cząstkowych. Końcowy wynik egzaminu ustnego nigdy nie będzie oceniony na jedynekę, ponieważ według rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków najniższą końcową oceną z egzaminu ustnego może być dwójka, czyli ocena niedostateczna.

Jaki jest wobec tego sens wprowadzenia oceny dyskwalifikującej jako oceny cząstkowej?

Ocena dyskwalifikująca, czyli jedynekę, będzie miała taką funkcję, jaką spełniała dotychczas dwójka. Zostanie postawiona wtedy, gdy opowie się za nią co najmniej połowa składu komisji egzaminacyjnej. Gdy osoba zdająca nie udzieli żadnej odpowiedzi na postawione pytanie, a takie osoby też się zdarzają, z mocy regulaminu komisja postawi jedynekę za to zadanie. Uzyskanie oceny dyskwalifikującej za którekolwiek zadanie powoduje przerwanie egzaminu i wystawienie negatywnej oceny końcowej. Jedynekę należy się też osobie, która w taki sposób odpowiedziała na pytanie/zadanie egzaminacyjne, iż mamy pewność, że jej niewiedza w tym zakresie będzie zagrożeniem dla zdrowia bądź życia pacjenta. W związku z tym zdający musi do egzaminu podejść powtórnie, niezależnie od tego, jak dobrze zna inne obszary wiedzy objęte egzaminem.

Wprowadzenie oceny dyskwalifikującej powoduje, że zdejmujemy to odium z dwójki. Można zatem postawić komuś ocenę niedostateczną, jeśli nie wykazał się minimum wymaganej wiedzy w odpowiedzi na zadanie egzaminacyjne, ale dwójka nie oznacza automatycznie niezdania egzaminu. Rozwiązanie to spowoduje, że członkom komisji będzie zapewne łatwiej stawiać dwójki, nie odczuwają bowiem tak dużego ciężaru odpowiedzialności za odrzucenie zdającego.

Jednak oceny niedostateczne za co najmniej dwa zadania oznaczają uzyskanie negatywnego wyniku egzaminu ustnego, nawet jeśli zdający na pozostałe pytania odpowie na piątkę.

Nie obawia się pan, że nowa skala ocen spowoduje zamieszanie?

Na początku może być nieco zamieszania, ale myślę, że warto spróbować. Wprowadzane zmiany nie służą utrudnieniu życia zdającym PES. Wręcz przeciwnie. Dlatego pojawiło się nowe rozwiązanie – członkowie komisji muszą uzasadnić w protokole wystawioną ocenę, w szczególności niedostateczną lub dyskwalifikującą. Trzeba opisać krótko, co zdający powiedział albo czego nie powiedział, co powinien pokazać lub zrobić, bo egzamin ustny nie musi się ograniczać do mówienia. W związku z tym wszedł w życie przepis, że przewodniczący zespołu egzaminacyjnego może wyznaczyć członka zespołu, który będzie dokonywać takich opisów w protokole.

Tak jak dotychczas egzamin obejmuje co najmniej cztery i nie więcej niż sześć zadań, ale wprowadzono nowy zapis, że co najmniej jedno zadanie musi mieć charakter praktyczny. Dlaczego?

Wynika to z krytycznych opinii na temat PES, że po likwidacji części praktycznej stał się zbyt teoretyczny. Przypominę, że część praktyczna została zlikwidowana, bo trudno przeegzaminować na przykład chirurga przy stole egzaminacyjnym, m.in. z uwagi na sprzeczność z ustawą o prawach pacjenta czy ustawą o działalności leczniczej. Jednak nie ma żadnych przeciwwskazań, żeby część ustna egzaminu specjalizacyjnego miała charakter praktyczny w innym sensie. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentydy mówi, że część ustna PES nie może obejmować procedur inwazyjnych, czyli pozwala na procedury nieinwazyjne. A zatem mamy formułę prawną, która umożliwia duże uprządkowanie egzaminu. Jest ono tylko kwestią inwencji i wypełnienia udostępnionej przestrzeni, głównie przez konsultantów krajowych, którzy odpowiadają za stronę merytoryczną PES. Nie ma przeciwwskazania do przeprowadzania egzaminu z udziałem pacjentów. Wyobrażam sobie egzamin z interny, polegający na zbadaniu chorego, przeprowadzony zgodnie z prawem. Stanowić będzie fragment części ustnej egzaminu, ale zyska charakter jak najbardziej praktyczny. Oczywiście egzamin może polegać na poleceniu opisanego procesu diagnostycznego w konkretnym przypadku klinicznym, zaplanowaniu leczenia itd.



Fot. archiwum

Dotychczas w niektórych specjalnościach był taki zwyczaj, że zdający mógł wybrać pytanie, na które nie odpowie.

W tej chwili nie ma takiej możliwości. Słabością egzaminu ustnego jest ograniczony zakres sprawdzenia wiedzy zdającego w obszarze, którego dotyczy egzamin. Pogłębianie takiego stanu rzeczy nie jest zatem pożądane. Zgodnie z nowym regulaminem, zadający odpowiada na zadania egzaminacyjne przekazane przez komisję pojedynczo albo w postaci wylosowanego zestawu. W każdym z tych przypadków zdający jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie zadania.

Zakazane jest jednak stawianie osoby egzaminowanej w krzyżowym ogniu pytań. Nowy regulamin stanowi, że egzamin z jednego zadania odbiera jeden egzaminator, wskazany przez przewodniczącego komisji. Tylko on może stawiać pytania uszczegółowujące i egzekwować na nie odpowiedzi. Pozostali członkowie komisji przysłuchują się i wyrabiają sobie opinię na temat wiedzy zdającego. Nie może być tak, że zdający dostaje pytanie od jednej osoby, zaraz potem od drugiej, a nawet trzeciej – każde idące w inną stronę – i w efekcie jest zupełnie zdezorientowany. Udzielanie odpowiedzi na każde zadanie egzaminacyjne nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Oczywiście, jeśli będzie

trwało 16 minut, nie spowoduje unieważnienia egzaminu, ale chodzi o to, żeby nie przeciągać tej jego części.

Nowy regulamin umożliwia przeprowadzenie części ustnej PES w podzespołach.

Wydaje się, że to największa zmiana. Rozwiązanie polega na tym, że na wniosek przewodniczącego Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w danej sesji odpowiedzi na zadania mogą być odbierane i oceniane na przykład przez dwa dwuosobowe podzespoły, z których jeden specjalizuje się w odbieraniu egzaminu z jednego zakresu wiedzy, a drugi podzespół z innego. To rozwiązanie usprawnia pracę komisji, bo powoduje, że w tym samym czasie można przeegzaminować dwa razy więcej osób, w dodatku chyba skuteczniej. Zastosowanie tej nowości nie jest obligatoryjne, po prostu regulamin stwarza pewną możliwość, która wydaje mi się cenna. W ślad za tym został zmieniony protokół egzaminacyjny. Dotychczas każdy egzaminator miał swój arkusz, który musiał wypełnić, oceniając wszystkie pytania. Obecnie protokół jest zorientowany na zadania, tzn. każde zadanie egzaminacyjne ma swój arkusz i na tym arkuszu będą się podpisywali tylko ci egzaminatorzy, którzy odbierali odpowiedź na to zadanie. Jest zatem możliwość, że podpiszą się tylko dwie osoby tworzące podzespół. W takiej sytuacji osoba egzaminowana składa egzamin przed co najmniej dwoma podzespołami. ■

Fot. archiwum



Marek Balicki

Z początkiem czerwca do konsultacji publicznych trafił projekt nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. To kolejny już w tej kadencji projekt odnoszący się do poszczególnych kwestii związanych z organizacją i finansowaniem opieki zdrowotnej. Przy braku doprecyzowanej strategii

często wprowadzane fragmentaryczne zmiany mogą utrudniać zrozumienie kierunku, w jakim zmierza nasz model ochrony zdrowia. A co dopiero mówić, gdy pomysł, który dotyczy spraw dla pacjentów podstawowych, jak w tym przypadku, jest sprzeczny z wcześniej głoszonymi hasłami.

Proponowana zmiana polega bowiem na wyeliminowaniu ograniczeń w pobieraniu opłat od pacjentów przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ).

W obecnym stanie prawnym SPZOZ nie może żądać zapłaty za świadczenia udzielone osobie ubezpieczonej, które zostały objęte umową z NFZ i są realizowane w ramach tej umowy. Dotyczy to również sytuacji, gdy rzeczywisty koszt świadczenia jest wyższy od stawki płaconej przez NFZ lub zostały przekroczone limity określone w umowie z funduszem. Na marginesie trzeba zauważyć, że nie chodzi tu o sytuacje, gdy z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wprost wynika, że SPZOZ może pobierać opłaty, np. w leczeniu uzdrowskowym czy za transport sanitarny.

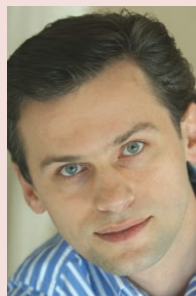
W ocenie wielu prawników sposób sformułowania obecnych przepisów w sprawie opłat może budzić wątpliwości interpretacyjne. Gdyby więc chodziło tylko o wyeliminowanie wątpliwości, z utrzymaniem niekomercyjnego charakteru działalności SPZOZ, trudno byłoby temu nie przyklasnąć.

Jednak w tej inicjatywie idzie o coś więcej. Z tzw. oceny skutków regulacji, jaką rząd musi dołączać do swoich projektów, wynika jasno, że chodzi o dopuszczenie możliwości udzielania odpłatnych świadczeń przez SPZOZ. Ma to poprawić dostępność świadczeń zdrowotnych oraz zwiększyć o 5 proc. przychody placówek i w efekcie poprawić ich sytuację finansową. Mamy więc do czynienia z wprowadzaniem, niejako kuchennymi drzwiami, działalności komercyjnej do placówek publicznych. W przypadku rządu, którego premier na początku kadencji słusznie mówiła, że służba zdrowia nie może być nastawiona na zysk, budzi to spore zdziwienie. Publiczna służba zdrowia miała być przecież bezpłatna.

Wskaźnik 5 proc. wzięto z obecnego udziału odpłatnych świadczeń w przychodach spółek kapitałowych mających kontrakty z NFZ. Żadnych innych kalkulacji ani obliczeń nie przedstawiono. Nie wyjaśniono też, w jaki sposób opłaty mogłyby wpłynąć na „zwiększenie dostępności” świadczeń dla osób ubezpieczonych, zwłaszcza znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. Zaskakujące jest wprowadzenie pełnej dowolności w ustalaniu wysokości i zakresu opłat w placówkach publicznych, co wynika z przedstawionego projektu. Placówki publiczne właśnie w tej kwestii powinny się różnić od prywatnych. Nowe opłaty mają dać 2 mld zł rocznie. Tymczasem służbie zdrowia potrzeba dziesiątek miliardów. Konkretność w tej sprawie nie możemy się doczekać. ■

PS 20 czerwca, po rozmowie premier Beaty Szydło z ministrem Konstantym Radziwiłłem, projekt nowelizacji ustawy został wycofany z konsultacji społecznych.

Fot. archiwum



Pusta kasa

Paweł Walewski

Czy ktoś wyobraża sobie Warszawę bez Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha? Pewnie nie. Lecz może trzeba zacząć sobie to wyobrażać, gdyż brak rozwiązań systemowych i upór NFZ dotyczący regulowania należności za nadwykonania popycha tę placówkę na skraj przepaści. W ciągu pierwszych trzech miesięcy 2017 r. dług za świadczenia ponadlimitowe przekroczył 13 mln zł i nikt nie ma pomysłu, czym wyrównać tę stratę, gdyż NFZ wcale się do tego nie pali. Przyjęliście za dużo pacjentów, teraz sami wypijcie nawarzone piwo – ta stara śpiewka urzędników już nieraz dawała się we znaki dyrektorom i ordynatorom lecznic, zwłaszcza dużych i potężnie zadłużonych. Czy ktoś jednak postawił się w roli lekarza dyżurującego w izbie przyjęć, który podejmuje decyzję o nieprzyjęciu ponadlimitowego chorego i musi wykluczyć się z jego rodziną lub zespołem pogotowia, że powinni wybrać szpital mniej specjalistyczny? Albo w roli lekarza, który wykonuje ponadlimitowy zabieg u kolejnego pacjenta, z pełną świadomością, że nie dostanie za to pieniędzy, bo kontrakt się skończył w połowie roku? Takie decyzje, choć określane mianem „nieratujących życia” (w domyśle: powinniśmy je sobie odpuścić, przecież nie ma z czego za nie zapłacić), to codzienność medycyny. Nie dajmy się zwieść: na ogół każdy zabieg wykonywany jest dla czyjegoś dobra i poprawy stanu zdrowia, nie można ścigać lekarzy za pracę, do której są powołani!

Wiele szpitali klinicznych od lat wpada w pułapkę nadwykonań lub leczenia najdroższych chorych opłacanych przez fundusz w wysokości ryczałtu. Sądowe dochodzenie wyrównań ciągnie się latami, NFZ zazwyczaj je przegrzywa, a i tak urzędnicy nie myślą nic zmieniać w podejściu do rozliczeń. Jakby nie raczyli pamiętać, że gdy ktoś z ich rodzin potrzebuje pilnej pomocy, jeden czy drugi szef kliniki, bez oglądania się na limity i wyczerpany kontrakt, pokornie udzieli żądanej pomocy.

Jeśli problemu nie uda się raz na zawsze rozwiązać systemowo, będzie dalej narastał, niezależnie od planów politycznych obecnego rządu. Sieć szpitali i likwidacja NFZ niewiele pomogą, choć przedstawiane są dzisiaj jak jedyne panaceum na wyrównanie strat. Ale też niektórzy traktują je jak alibi, bojąc się podjęcia pilnych decyzji, zastaniając brakiem czytelnym perspektyw. Można straszyć się zamknięciem klinik, odejściem z pracy wybitnych specjalistów, co pół roku wymieniać dyrektorów i ministrów, czekać na ich programy naprawcze, ale nic to nie da, jeśli nie znajdą się pieniądze na ochronę zdrowia. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

WELCOME TO THE FUTURE



LEXUS NX Z NAPĘDEM HYBRYDOWYM



TERAZ W **PROMOCJI**
DLA LEKARZY

Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus NX - zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,0 do 5,3 l/100 km oraz 116 do 123 g/km (zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi), w zależności od rodzaju napędu i wersji wyposażenia. Zużycie paliwa i emisja spalin CO₂ w konkretnym pojeździe w warunkach drogowych może różnić się od podanych wyników pomiarów. Na zużycie paliwa i emisję CO₂ wpływa sposób prowadzenia pojazdu oraz inne czynniki (takie jak warunki drogowe, natężenie ruchu, stan pojazdu, ciśnienie w oponach, zainstalowane wyposażenie, obciążenie, liczba pasażerów itp.). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.

Co sieć przyniesie Warszawie i Mazowszu?

Małgorzata Solecka

Na kilka tygodni przed ogłoszeniem, które placówki znajdą się w sieci szpitali, dyrektorzy lecznic ciągle mieli więcej pytań i wątpliwości niż jasnych informacji. Dawali temu wyraz m.in. podczas konferencji „Sieć szpitali, koordynowana ochrona zdrowia, jakość: wyzwania dla Warszawy”, która odbyła się 31 maja w stolicy.

Z dyrektorami placówek – publicznych i niepublicznych – z Warszawy i Mazowsza spotkał się wiceminister Piotr Gryza, autor projektu sieci szpitali. I również, co przypominali dyrektorzy, współautor systemu kas chorych. – *Gdzie się podział tamten entuzjazm?* – pytała retorycznie Dorota Gałczyńska-Zych, dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

Piotr Gryza nie wypierał się swojej przeszłości. Przekonywał, że system ubezpieczenia zdrowotnego, który współtworzył pod koniec lat 90., wymaga nie tyle naprawy, co zmiany. Bodźce, które w nim wykorzystano – konkurencyjność, poszukiwanie nisz rynkowych – zagrażają bowiem podstawowej misji systemu ochrony zdrowia, czyli zabezpieczeniu zdrowotnemu pacjentów. Zagrażają też zdaniem wiceministra spokojowi społecznemu. Powód? W takim systemie lepiej sobie radzą mniejsze, prywatne placówki, które mogą wybierać zakres świadczonych usług (i wybierają usługi odpłatne). Zła kondycja szpitali publicznych w jego opinii wynika właśnie z tego, że pieniądze, dzielone w konkursach ofert, rozplątują się do zbyt wielu podmiotów. – *Bez wprowadzenia sieci szpitali w konkursach ofert realizowanych na dotychczasowych warunkach duża część szpitali publicznych by sobie nie poradziła* – tłumaczył dyrektorom. Dodał, że alternatywą dla sieci szpitali jest rozpisanie nowych konkursów na wszystkie świadczenia zdrowotne, co spowodowałoby ogromne problemy albo wręcz upadek wielu szpitali publicznych. – *Tymczasem szpital nie tylko zaspokaja potrzeby zdrowotne, ale ma również funkcję wspólnototwórczą, jest ważny dla lokalnej społeczności* – podkreślał Gryza.

Dyrektorzy szpitali, zabierając głos, zapewniali zgodnie, że nie są przeciwni sieci szpitali. Chcieli jednak uzyskać bardziej konkretne informacje. Gdy wiceminister wyjaśniał, że ryczałt jest dla szpitali i zarządzających nimi korzystniejszy, bo łączy budżety na hospitalizację i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, dyrektor Dorota Gałczyńska-Zych zwróciła uwagę, że co prawda szpital nie będzie mógł całkowicie zaprzestać udzielania świadczeń objętych systemem zabezpieczenia, ale zarządzający placówkami będą mogli podejmować decyzje o zmniejszeniu liczby świadczeń mniej odpłatnych. Pytanie, czy bez konsekwencji, czy jednak

jakieś zostaną przez płatnika wyciągnięte, skoro szpitale będą nadal sprawozdawać wykonanie świadczeń według JGP. Z drugiej strony, podkreślała, trudno będzie nie unikać świadczeń kosztochłonnych, skoro według wszelkiego prawdopodobieństwa budżety szpitali zostaną zmniejszone w stosunku do obecnych. Dyrektor Gałczyńska-Zych podała przykład swojej placówki, która do sieci wchodzi na III poziom. Mimo to i choć tylko jedna poradnia najprawdopodobniej nie zostanie uwzględniona w systemie zabezpieczenia, według obliczeń szpitala w IV kwartale 2017 r. dostanie on o około pół miliona złotych mniej niż w poprzednich kwartałach.

Piotr Szenk, dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie, zwracał z kolei uwagę na konsekwencje przyjęcia do obliczeń budżetów szpitali (w części ryczałtowej) z roku 2015. – *Akurat w 2015 r., po kilku latach niepłacenia za nadwykonania, zamknęliśmy kurek i nasze nadwykonanie było niskie. W mojej opinii to nie przypadek, że ten rok został przyjęty jako baza systemu. Nie wiem, co pacjent ma zrobić, kiedy się do nas zgłosi, bo za nadwykonania pieniędzy już nie dostanę* – mówił.

Piotr Gryza zapewniał, że jedynym powodem, dla którego 2015 r. został przyjęty jako bazowy do projektowania ryczałtów, był fakt, że w momencie rozpoczynania prac nad siecią szpitali został rozliczony, a sprawozdawczość zakończona. Po drugie nie wydarzyło się w nim nic takiego, co zaburzałoby funkcjonowanie systemu. To była opinia wiceministra, dyrektorzy jednak natychmiast przypomnieli, że właśnie w 2015 r. wprowadzono pakiet onkologiczny, który w znaczący sposób zmienił funkcjonowanie części placówek medycznych.

Według Piotra Gryzy nadlimitowe świadczenia są pewnym wypaczeniem systemu, ale pozostaną w nim – poza obszarem rozliczanym w ryczałcie. Zarówno w przypadku świadczeń finansowanych odrębnie (które będzie można wykonywać również na oddziałach objętych ryczałtem), jak i w przypadku konkursów zasady rozliczeń z płatnikiem się nie zmienią.

Problem polega na tym, że zarządzający placówkami medycznymi coraz mniej wierzą w możliwość uzyskania pieniędzy z konkursów ofert, przynajmniej na Mazowszu.

Jednym z ważniejszych wątków konferencji była kwestia algorytmu, który pozbawia Mazowsze znaczącej części środków, które przekierowywane są do innych, mniej zamożnych regionów. Algorytm sprawia, że już w tej chwili sytuacja jest trudna, a gdy wejdzie w życie sieć szpitali, może się stać wręcz dramatyczna. Na Mazowszu (także na Śląsku) jest wiele szpitali wysokospecjalistycznych oraz specjalistycznych, które mają najwyższe finansowanie, i sieć musi je zapewnić. Na konkursy, bez zmiany zasad rozliczania między oddziałami, może zwyczajnie nie starczyć pieniędzy.

W połowie czerwca członkowie Rady MOW NFZ usłyszeli zapewnienie, że „będą czynione starania”, aby złagodzić działanie algorytmu. Prawo i Sprawiedliwość na pewno go nie zniesie (bo zaprotestowałyby regiony będące matecznikiem PiS), ale być może uda się wynegocjować, by algorytm nie obejmował rezerwy NFZ (2,4 mld zł), którą prezes Andrzej Jacyna zamierza latem uruchomić. Jeśli tak się nie stanie, w lipcu może się okazać, że na Mazowszu konkursy wprawdzie się odbędą, ale przeznaczone zostaną na nie śladowe środki (kilkanaście milionów złotych).

Według ministerialnych szacunków (z końca maja) w ramach sieci, w skali kraju, będzie rozliczanych około 93 proc. wartości świadczeń wykonywanych obecnie w zakresie lecznictwa szpitalnego. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie to 37 proc. wartości wykonywanych świadczeń. Jednak w poszczególnych województwach te wartości mogą się różnić (np. jeśli chodzi o lecznictwo szpitalne w niektórych regionach może to być nawet 96–97 proc., co oznacza, że na konkursy ofert nie będzie prawie wcale pieniędzy). Dużo zależy też od prawdopodobnych konsolidacji – na Mazowszu łączenie swoich placówek cały czas rozważa samorząd województwa. ■

W sesji poświęconej koordynowanej ochronie zdrowia uczestniczyli m.in.: dyrektor SPZZLO Warszawa-Żoliborz Małgorzata Zaława-Dąbrowska, zastępca dyrektora ds. medycznych MOW NFZ Michał Dziegielewski, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Centrali NFZ Dariusz Dziełak, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy Dariusz Hajdukiewicz, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej Agnieszka Jankowska-Zduńczyk oraz prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Sawoni. Dariusz Dziełak omówił „Program pilotażowy podstawowej opieki zdrowotnej” oraz „ścieżkę zarządzania chorobą”, obejmującą choroby przewlekłe. Małgorzata Zaława-Dąbrowska przedstawiła najważniejsze założenia programu koordynowanej opieki, analizując trzy modele pilotażowe. Model podstawowej opieki zdrowotnej zakłada poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza pierwszego kontaktu i umożliwienie szybkich konsultacji ze specjalistami. Model koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zakłada integrację interny i specjalisty zgodnie ze standardami medycznymi i organizacyjnymi określającymi sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnych stadiach zaawansowania choroby. Natomiast model kompleksowej opieki zdrowotnej będzie obejmował opiekę ambulatoryjną, szpitalną oraz domową. Ważnym tematem poruszonym podczas konferencji były zagrożenia dla pacjentów związane z przeniesieniem usług nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z przychodni do szpitali. Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Jankowska-Zduńczyk podkreśliła utrudnienia wynikające z małej liczby lekarzy medycyny rodzinnej w kraju, których obecnie brakuje około 10 tys.

ak





Konstanty
Radziwiłł



Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 28.

„Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem jej przed ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego”.

Art. 28 to kolejny przepis kodeksu opisujący zagadnienie zachowywania tajemnicy lekarskiej. Zwraca uwagę na dodatkowy, specjalny rodzaj odpowiedzialności lekarza. Kodeks pośrednio potwierdza, że lekarz w procesie diagnostyczno-leczniczym sprawuje rolę kierownika lub koordynatora zespołu i w związku z tym powinien czuć się odpowiedzialny za zachowanie tajemnicy także przez osoby, z którymi współpracuje. W związku z tym lekarz musi zadbać, aby prowadzona dokumentacja medyczna (w którą wgląd mogą mieć także inni profesjonaliści pracujący w służbie zdrowia) zawierała wyłącznie takie informacje, które mogą mieć wpływ na proces opieki nad pacjentem. Musi także przestrzegać zasady, że rozmowy na temat choroby mogą dotyczyć jedynie faktów związanych z jego leczeniem.

Lekarz powinien również czuć się odpowiedzialny, przynajmniej częściowo, za sposób organizacji, prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji (zarówno papierowej, jak i elektronicznej). W praktyce oznacza to z jednej strony zobowiązanie do czynnego zainteresowania się sposobem zabezpieczenia dokumentacji w placówce medycznej, z drugiej zaś do unikania lekkomyślnego przechowywania lub przesyłania dokumentacji medycznej pacjentów. ■



Granice nauki

Tadeusz Tołłoczko

Zainteresowanie pytaniem, czy nauka ma granice, wzbudził mój wspaniały gimnazjalny łacinnik na lekcjach logiki. Jego lekcje w formie wykładów fascynowały nas wszystkich. Niestety, ale nie miałem czasu nawet na pobieżne zajęcie się metanauką, czyli naukoznawstwem. Ponadto zbyt nikła była moja wiedza z filozofii i fizyki, by zrozumieć wywody odnoszące się do postawionego pytania. Żadna ze sporadycznie usłysznanych wypowiedzi, żaden z przeczytanych artykułów nie przedstawiały zagadnienia w sposób tak prosty i zrozumiały, jak to zrobił prof. Zdzisław Sabiłło. Fascynujący był tok wnioskowania, w wyniku którego powstawała oczywista konkluzja. Jako uczeń I klasy licealnej (w 1946 r.) po raz pierwszy dojrzałem, poczułem i pojąłem piękno nauki.

Byłem jednak profanem, samoukiem, który sam chciał zaspokoić swoją ciekawość, choć z publikacji ks. prof. Michała Hellera wynikało, że mierzę się z problemem wielodyscyplinarnym i wysoce specjalistycznym.

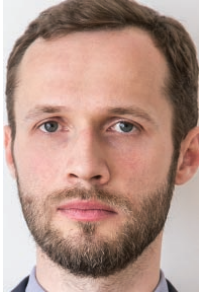
Dla wielu osób granicę nauki określają ideologiczne kryteria. Nimi się nie zajmowałem. Nieprecyzyjne jest twierdzenie, że nauka kończy się tam, gdzie zaczyna się wiara, bo mówi się też, że wiara zaczyna się tam, gdzie kończy się nauka. To powiedzenie jednak uwidacznia brak jednolitej metodyki ludzkiego poznania w odniesieniu do wiary i nauki. *„Wiara i rozum (Fides et ratio) są jak dwa skrzydła, na których duch ludzki unosi się ku kontemplacji prawdy”* (św. Jan Paweł II). W sposób szczególnie odnosi się to do prawd wiekuistych.

W dyskusjach niektórzy używają słowa „przekonanie”, które ma spełniać rolę argumentu. Przekonanie to coś więcej niż pogląd lub opinia. Przybiera znaczenie dogmatu, bo nie ma wartości dowodu. Dyskusja oparta na przekonaniach zwykle nie jest twórcza. Z rozumowania odrzucałem więc wszelkie „przekonania”, również swoje własne.

Nasz umysł, intuicja i wyobraźnia są ograniczone i dlatego niezdolne do poznania wszystkich naukowych tajemnic nieskończonego (?) wszechświata. Nasze możliwości poznawcze, nawet uzbrojone w najwspanialszą aparaturę, zawsze pozostaną ograniczone, bo możliwości aparatury są również ograniczone. Nawet niepomierne zwiększona zdolność poznawcza cyborgów z implantowanymi komputerami o najwyższej mocy pozostawałyby nadal mniejsza od zakresu poznania wszechświata. Dla człowieka zakres nauki równy jest zdolności poznawczej jego umysłu. Pozostaje nieskończona (?) przestrzeń tylko dla naukowych teorii, niedostępna dla ludzkiej ciekawości i dociekliwości. Oczywiście jest, że w przypadku nieskończoności świata zakres nauki byłby również nieograniczony.

Medycyna jako nauka pozostaje niezgłębiona. Są jednak jej dziedziny, np. anatomia, które zostały objęte przez ludzki rozum. Bardzo prawdopodobne, że mój tok rozumowania może być błędny, bowiem brakuje mi wiedzy. Kto urodził się niewidomy, nie wie, czego nie widzi, a jeśli głuchy, nie wie, jakich tonów nie słyszy. Podobnie badając wszechświat, nie jesteśmy w stanie naszymi zmysłami nic dostrzec z niepoznawalnej jego części. Jednakże można matematycznie udowodnić istnienie jakiegoś obiektu lub zjawiska niedostrzegalnego w żaden znany nam sposób w przestrzeni kosmosu.

Mimo wielu wątpliwości nauka pozostanie na zawsze najdoskonalszą metodą poszukiwania prawdy o świecie, życiu i człowieku. Choć i ona nie dysponuje metodami poszukiwania wszelkich różnorodnych aspektów całej wielowątkowej prawdy o egzystencji, trwaniu i przemijaniu. A do tego pod pojęciem „człowiek” kryje się nie tylko jego ciało, ale również jego niesprecyzowana istota ducha. ■



Fot. archiwum

Błąd lekarski a polityka karania

Filip Niemczyk, adwokat

W szeroko pojętym interesie społecznym leży, aby ten, kto w sposób zawiniony przyczynił się do śmierci lub poważnego uszczerbku na zdrowiu innego człowieka, poniósł karę. Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego, w ramach którego ma obowiązek sprawowania opieki nad pacjentami. Od jego decyzji, podejmowanych w procesie leczenia i diagnostyki, zależy ludzkie życie i zdrowie. Błędna decyzja może przynieść nieodwracalne szkody.

Przedstawiona argumentacja prowadzi ustawodawcę do wniosku, że w przypadku narażenia zdrowia lub życia pacjenta albo spowodowania jego śmierci, w szczególności przez popełnienie zawinonego błędu diagnostycznego i terapeutycznego, lekarz powinien ponieść karę. W mojej opinii represja karna w stosunku do przedstawicieli zawodów medycznych w obowiązujących przepisach i praktyce organów ścigania ujmowana jest zbyt szeroko.

W pierwszej kolejności sprzeciw musi budzić nacisk, jaki organy ścigania kładą na tzw. sprawy lekarskie. Nie chcę wnikać, czy za postawą prokuratorów stoją względy ścisłego legalizmu, czy może szeroko komentowane w prasie osobiste pobudki przełożonych. Niewątpliwie szpitale i ich pracownicy cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem wymiaru sprawiedliwości od wielu lat, ale obecnie ściganie lekarzy zdaje się wręcz elementem oficjalnej polityki karnej. Zgadza się z tym, że państwo, prowadząc politykę karania, może kłaść specjalny nacisk na ściganie określonych grup sprawców, chociażby nietrzeźwych kierowców, którzy mają skłonność do recydywy, bo ich siadanie za kółkiem jest zjawiskiem nagminnym i niebezpiecznym. Jakie jednak są racjonalne powody ścigania lekarzy, którzy popełniają błąd? Nietrzeźwy kierowca popełnia przestępstwo wówczas, kiedy wypije za dużo i wsiada za kierownicę. Skorumpowany urzędnik – kiedy przyjmuje kopertę za złożenie stosownej obietnicy. Lekarz natomiast oskarżany jest o przestępstwo wtedy, gdy wykonuje ciężką pracę, pod presją czasu i w ramach ograniczonych środków. A im warunki trudniejsze, tym ryzyko popełnienia czynu zabronionego jest większe, co dotyczy przede wszystkim lekarzy pracujących w medycynie ratunkowej i na SOR.

Poza tym trudno nie mieć zastrzeżeń do tego, jak w praktyce może wyglądać proces karny lekarza i z jak nieracjonalnym zaangażowaniem środków może się wiązać, co jednak nie stoi na przeszkodzie prokuraturze, aby oskarżać. Opiszę pokrótce wymowny przykład. Dwoje lekarzy zostało oskarżonych o narażenie na niebezpieczeństwo 78-letniego pacjenta przez zaniechanie stałego monitorowania jego funkcji życiowych. Chory przebywał w szpitalu od przeszło dwóch miesięcy, najpierw na chirurgii, potem na OIOM, wreszcie na oddziale chorób wewnętrznych, gdzie zmarł. Jego przypadek konsultowało kilku specjalistów. Rokowania od po-

czątku nie były pomyślne. Prokuratura wszczęła postępowanie, w trakcie którego przesłuchano wszystkich lekarzy mających kontakt z pacjentem, w sumie około 30 osób. Biegły opiniujący w sprawie stwierdził, że na ostatnim etapie pobytu w szpitalu pacjent nie był podłączony do kardiomonitora, co stanowiło nadmierne dla niego ryzyko. Prokurator postawił dwojgu lekarzy zarzuty i skierował sprawę do sądu, mimo zgłaszanych zastrzeżeń. Przed sądem ponownie przesłuchano wszystkich świadków, a następnie biegłego, który jak się okazało m.in. nie miał właściwej specjalizacji, aby opiniować w tej kwestii. Sąd zwrócił sprawę prokuraturze, aby powołać innych biegłych. Wyznaczony w tym celu zespół stwierdził kategorycznie, że pacjent przez cały czas pobytu w szpitalu miał właściwą opiekę. Sprawa wróciła do sądu. Prokurator próbował zakwestionować korzystną dla oskarżonych opinię, lecz nieskutecznie. Zapadł wyrok uniewinniający. Postępowanie trwało łącznie 5 lat.

Opisany proces niewątpliwie trwał zbyt długo, zaabsorbował zbyt wiele osób, a dla oskarżonych wiązał się z dźwiganiem brzemienia podejrzenia o przestępstwo przez kilka lat. Stan taki nie był jednak wynikiem opieszałości sądu, ale trudnego do zrozumienia uporu prokuratury, aby doprowadzić do uznania lekarzy winnymi błędowi.

Błędy w medycynie niekiedy się zdarzają. Czy jednak najważniejszą na nie reakcją państwa jest ściganie i karanie osób, które się mylą? Niewątpliwie prawo karne powinno mieć zastosowanie w odniesieniu do przypadków nagannej podejścia lekarza do zawodu. Nie mam wątpliwości, że prokurator powinien zainteresować się lekarzem, który wykonuje zabieg po pijanemu lub który przyjmuje korzyści

majątkowe. Nie można jednak stawiać w jednym rzędzie osoby skorumpowanej oraz lekarza, który popełnił błąd. Pomyłka może zdarzyć się każdemu, ale nie każdemu grozi zań odpowiedzialność karna.

Uważam, że kwestia błędów lekarskich, nawet brzemiennych w skutki,

powinna znajdować rozwiązanie przede wszystkim na gruncie odpowiedzialności dyscyplinarnej i prawa cywilnego. Sądy lekarskie dysponują zarówno wiedzą, jak i wystarczająco zróżnicowanym arsenalem środków prawnych, aby odpowiednio reagować na nieprawidłowości w pracy lekarzy. Prawo cywilne daje natomiast szerokie możliwości ugodowego rozwiązywania sporów i gwarancję odpowiedniej rekompensaty pokrzywdzonym, a przy tym w zdecydowanie mniejszym stopniu angażuje lekarzy osobiście. Efektywne wykorzystanie tych płaszczyzn prawnych byłoby wystarczające dla zapewnienia poczucia sprawiedliwości społecznej, a zarazem zdjęłoby z organów ścigania, powołanych do zwalczania przestępczości, ciężar prowadzenia postępowań karnych przeciwko lekarzom. Wbrew przekonaniu niektórych, lekarze to nie jest środowisko przestępcze. ■

„ Nie można stawiać w jednym rzędzie osoby skorumpowanej oraz lekarza, który popełnił błąd.

UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!



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

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

UWAGA!!!

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

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



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie

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

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

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



24h Infolinia Prawna
501-538-539

biuro@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl

OC W SKŁADCE NA SAMORZĄD LEKARSKI

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

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

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

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



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 Rencistów

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

Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

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

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

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/>).

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie www.izba-lekarska.pl; **ZAKŁADKA PRACA DLA LEKARZY**

Krajowe oferty pracy na 9.06.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 21	diabetologia 4	med. nuklearna 1	proktologia 1	stomatologia dziecięca 7
alergologia 5	endokrynologia 10	med. podróży 1	psychiatria 7	stomatologia endod. 1
andrologia 1	endokrynologia/ginek. 1	med. pracy 8	psychiatria dziecięca 4	stomatologia implant. 1
anestezjologia 8	endokrynologia dziecięca 2	med. ratunkowa 7	radiologia 3	stomatologia ortodon. 8
balneologia i med. fiz. 1	gastroenterologia 11	med. rodzinna 27	rehabilitacja med. 6	stomatologia periodon. 1
chirurgia/proktologia 1	geriatria 2	nefrologia 2	reumatologia 5	stomatologia protetyka 2
chirurgia dziecięca 2	ginekologia i poł. 16	neonatologia 3	stomatologia 27	urologia 3
chirurgia naczyniowa 3	hematologia 2	neurologia 11	stomatologia chirurg. 8	USG 6
chirurgia ogólna 11	hipertensjologia 1	neurologia dziecięca 6		
chirurgia onkologiczna 1	hipertensjologia 1	okulistyka 15		
choroby płuc 8	kardiologia 8	onkologia 1		
choroby wewnętrzne 40	kardiologia dziecięca 1	onkologia kliniczna 1		
choroby zakaźne 1	laryngologia 10	ortopedia 10		
dermatologia 10	laryngologia dziecięca 1	pediatria 27		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





BIULETYN ORL w WARSZAWIE

redaguje sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek

UCHWAŁA NR 19/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 24 MARCA 2017 R.

w sprawie przyjęcia Regulaminu Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

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

§1

1. Przyjmuje się Regulamin Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Traci moc uchwała nr 104/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 listopada 2014 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 kwietnia 2017 r.

UCHWAŁA NR 20/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 24 MARCA 2017 R.

w sprawie zmiany uchwały nr 54/R-VII/16 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 listopada 2016 r. w sprawie ustalenia terminu obrad XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

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

§1

W §1 uchwały nr 54/R-VII/16 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 listopada 2016 r. w sprawie ustalenia terminu obrad XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza wyrażenie: „29–31 marca 2018 r.” zastępuje się wyrażeniem: „5–7 kwietnia 2018 r.”

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 26/R-VII/17 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 21 KWIETNIA 2017 R.

w sprawie przyznawania w drodze losowania nagród dla lekarzy, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego

Działając na podstawie art. 25 pkt. 4 w związku z art. 5 pkt. 7 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2016 r., poz. 522 t.j. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

1. Ustanawia się nagrody rzeczowe dla lekarzy, którzy zostali wylosowani zgodnie z warunkami zawartymi w Regulaminie Losowania Nagród stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.
2. W pierwszym losowaniu przyznanych zostanie 15 nagród dla lekarzy, którzy w okresie od 6.11.2008 r. do 31.12.2017 r. złożyli w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dokumenty w celu weryfikacji – podliczenia punktów edukacyjnych i dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując 200 pkt. w przynajmniej jednym zakończonym okresie rozliczeniowym.
3. W kolejnych losowaniach przyznanych zostanie 5 nagród dla lekarzy, którzy w okresach 12-miesięcznych, począwszy od stycznia 2018 r., złożą w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dokumenty w celu weryfikacji – podliczenia punktów edukacyjnych, i dopełnią obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując 200 pkt. w przynajmniej jednym zakończonym okresie rozliczeniowym.

§2

1. Ustala się, że wartość 1 nagrody wynosi 3 tys. zł brutto.
2. Kwoty przeznaczone na nagrody zostaną wyasygnowane ze środków przeznaczonych w budżecie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na organizację szkoleń.

§3

1. Nagrody zostaną przyznane w drodze losowania, zgodnie z regulaminem losowania nagród dla lekarzy i lekarzy dentystów, stanowiącym załącznik do uchwały.
2. Laureatom, którzy wylosowali nagrody, wręczone zostanie zaświadczenie potwierdzające wygraną wraz z informacją określającą sposób jej przekazania.

§4

1. Nagrody mają charakter rzeczowy, a ich przekazanie następować będzie w formie refundacji w oparciu o dokumenty księgowe (faktury), potwierdzające poniesienie kosztów odbytych szkoleń wybranych przez lekarza, w ciągu 18 miesięcy od dnia wylosowania nagrody.
2. Refundacji podlegają koszty uczestnictwa w szkoleniu oraz koszty zakwaterowania i podróży o łącznej wartości 3 tys. zł brutto.
3. Szkolenia muszą spełniać warunki określone w art. 19 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§5

Nadzór nad wykonaniem uchwały powierza się dyrektorowi Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Sekcji Finansowo-Księgowej Izby.

§6

Regulamin zostanie zamieszczony na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w zakładce Punkty Edukacyjne – Dla Lekarzy.

§7

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

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

Beneficjentem naszych działań jest pacjent



Fot. ach

O roli samorządów zawodów zaufania publicznego rozmawiali uczestnicy konferencji „Samorząd zawodowy gwarantem bezpieczeństwa jednostki”, która odbyła się w Senacie RP.

Przedstawiciele samorządów zawodowych mówili o obowiązkach i zadaniach, jakie spoczywają na ich organizacjach, o problemach poszczególnych zawodów wynikających z uwarunkowań prawnych i społecznych.

W każdym z wystąpień był przywoływany art. 17, ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „w drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem takich zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. To właśnie interes publiczny, dobro obywateli i ich bezpieczeństwo były tematem przewodnim poszczególnych wystąpień, m.in. o znaczeniu zawodów prawniczych, o roli samorządu zawodowego inżynierów budownictwa, a także o samorządach przedstawicieli zawodów medycznych. Wśród zawodów medycznych samorząd mają lekarze i lekarze dentyści, lekarze weterynarii, pielęgniarki i położne, diagnostki laboratoryjni, farmaceuci i od niedawna – fizjoterapeuci.

– Wykonujemy zawody, które w związku z ciągłym i dynamicznym rozwojem wiedzy medycznej i technologii wymagają od nas nieustannego kształcenia się, zdobywania nowych umiejętności. Wykonujemy zawody zaufania publicznego o szczególnym charakterze i znaczeniu dla interesu publicznego – wskazywał Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie, mówiąc o samorządach zawodów medycznych i ich roli dla bezpieczeństwa pacjenta, o sprawowaniu pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu i zawodowej odpowiedzialności. Zwracał uwagę na problemy środowiska medycznego, które oddziałują na sytuację pacjenta, o brakach kadrowych, o emigracji lekarzy, przemęczeniu personelu medycznego, biurokracji, o braku czasu na rozmowę z pacjentem. Na przykładzie OIL w Warszawie wspominał o dodatkowych działaniach podejmowanych przez samorząd na rzecz swoich członków, takich jak: bezpłatna pomoc prawna dla lekarza, lekarskie ubezpieczenie OC zawarte w składce na samorząd, organizacja kursów i szkoleń, inicjatywy na rzecz poprawy warunków pracy lekarzy i lekarzy dentyistów. – Samorząd to ludzie, to my, nasze pomysły, wola działania, wiedza i praktyka, umiejętność oceny potrzeb i wskazywanie tego, co wymaga zmiany. To siła samorządu. Beneficjentem naszych działań jest pacjent – akcentował.

Konferencja została zorganizowana przez Senacką Komisję Praw Człowieka, Praworządności i Petycji oraz Mazowieckie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Wzięli w niej udział parlamentarzyści i przedstawiciele zawodów zaufania publicznego. ■

ach

Punkty za wiedzę, nagrody za punkty

31 stycznia 2017 r. weszło w życie znowelizowane rozporządzenie ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Nowelizacja wychodzi naprzeciw zgłaszanym od kilku lat przez samorząd lekarski postulatom dotyczącym zniesienia obowiązujących dotychczas limitów punktów edukacyjnych w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego. Dotyczy to m.in. udziału w kursach medycznych, kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych, w posiedzeniach towarzystwa naukowego (załącznik do ww. rozporządzenia z dokładną liczbą punktów za poszczególne formy doskonalenia zawodowego zamieszczono na stronie www.izba-lekarska.pl). Wprowadzone zmiany nie tylko ułatwiają zdobywanie punktów edukacyjnych, ale również pośrednio obniżają koszty ich uzyskania.

Potwierdzeniem dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego jest otrzymanie wpisu w Prawie Wykonywania Zawodu. W tym celu każdy lekarz, który ukończył kolejny 4-letni okres rozliczeniowy, powinien dostarczyć do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków OIL w Warszawie dokumenty (zaświadczenia, dyplomy, certyfikaty) potwierdzające uczestnictwo w szkoleniach zawodowych.

Od nałożenia na lekarzy prawnego obowiązku dokumentowania doskonalenia zawodowego (6 listopada 2004 r.) potwierdzenie dopełnienia tego obowiązku uzyskało około 4600 osób, a więc nieco ponad 18 proc. aktywnych członków naszej Izby. Nie wszyscy zdobyli wymaganą liczbę 200 pkt. edukacyjnych. Dane nie odzwierciedlają jednak rzeczywistej aktywności, ponieważ znaczna część (około 70 proc.) lekarzy uczestniczy w szkoleniach, lecz większość nie przedstawia w OIL zaświadczeń, choć ma ich wiele.

Chcąc zmotywować kolegów do rejestrowania uzyskanych punktów edukacyjnych, ORL w Warszawie ustanowiła nagrody dla lekarzy, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego przynajmniej w jednym 4-letnim okresie rozliczeniowym. Wartość jednej nagrody wynosi do 3 tys. zł brutto.

Są to nagrody pieniężne, a ich realizacja następować będzie w formie refundacji kosztów udziału w szkoleniach wybranych przez lekarza w ciągu 18 miesięcy od dnia losowania. Zwracane będą koszty uczestnictwa w szkoleniach oraz wydatki na zakwaterowanie i podróż. Szkolenia muszą spełniać warunki określone w art. 19 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W pierwszym losowaniu nagród wezmą udział lekarze, którzy w okresie od 6.11.2008 r. do 31.12.2017 r. złożyli lub złożą w ODZLiLD w Warszawie dokumenty w celu weryfikacji i obliczenia punktów edukacyjnych, potwierdzające dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego, czyli uzyskanie przynajmniej 200 pkt. w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym. Dla lekarzy biorących udział w tym losowaniu przewidziano 15 nagród.

Następne losowania będą miały miejsce w I kwartale każdego roku. Udział w nich wezmą lekarze, którzy w poprzednim roku kalendarzowym zakończyli 4-letni okres rozliczeniowy i zdobyli minimum 200 pkt. edukacyjnych. Dla laureatów kolejnych losowań przewidziano 5 nagród rocznie. Pełny tekst regulaminu losowania nagród zamieszczony został na stronie internetowej Izby: <http://izba-lekarska.pl/punkty-edukacyjne/dla-lekarzy/>.

Mimo że konsekwencje niedopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy nie są określone przepisami prawa, w praktyce może mieć ono znaczenie w przypadku postępowania w trybie odpowiedzialności zawodowej albo w sądach powszechnych, aplikacji na stanowiska w drodze postępowania konkursowego, podejmowania pracy w innych krajach, audytów zewnętrznych i wewnętrznych w placówkach służby zdrowia.

Mamy nadzieję, że ustanowione przez ORL nagrody zachęcą koleżanki i kolegów do dokumentowania udziału w szkoleniach i dostarczania otrzymanych dokumentów ODZLiLD. ■

Krzysztof Dziubiński
dyrektor
Ośrodka Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentyków



Sprzedam tanio wyposażenie gabinetu stomatologicznego (Warszawa). Tel.: 502-022-513.

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



REKLAMA



Fot. archiwum

Pacjent, którego CZ. 3 nigdy nie zapomnę

Jarosław Kosiaty

Czasem pamięć o naszych pacjentach zostaje zaklęta w niezwykłych przedmiotach. Jestem przeciwny przyjmowaniu wszelkich dowodów wdzięczności od chorych i ich bliskich. Nie zapomnę jednak zaskoczenia, gdy wiele lat temu starszy mężczyzna po wykonanym badaniu wyjął małe zawiniątko, a z niego niewzruszenie kolorowymi pisakami na niewielkiej kartce papieru. Do dzisiaj przechowuję go wśród najcenniejszych drobiazgów.

Pięknym dowodem pamięci pacjentów o lekarzach są zdobiące ściany gabinetów ginekologicznych i pediatrycznych zdjęcia uśmiechniętych bobasów, dziecięce rysunki i kartki z niezgrabnie wypisanymi życzeniami.

Niekiedy w naszej praktyce trafiamy na roszczeniowych i agresywnych chorych. Z biegiem lat staramy się uodpornić na złe słowa i niesprawiedliwe zarzuty, choć nie jest to łatwe, rodzi frustrację i prowadzi do wypalenia zawodowego. Może dlatego tak utkwiła mi w pamięci sytuacja z izby przyjęć szpitala przy ul. Banacha. Przywieziono z Dworca Centralnego brudnego bezdomnego, którego wcześniej wszyscy omijali z daleka. Gdy pomagaliśmy mu zdjąć łachmany, stał bezradny na środku sali zabiegowej, w końcu popatrzył na nas z wdzięcznością i powiedział cicho: – *Dziękuję.*

A oto kolejne listy nadesłane do redakcji portalu Esculap.com na hasło „Pacjent, którego nigdy nie zapomnę”.

• Lata 90., jesień. Do mojego gabinetu okulistycznego w poradni zgłasza się około 40-letnia pacjentka. Bardzo miła, wesola, z pochodzenia Białorusinka. Przyszła dobrać sobie okulary, ale też skarżyła się na bóle głowy. Nigdy wcześniej nie była u lekarza. Zdrowa. Dobrałam jej dwie pary okularów i pomyślałam, że obejrzę dno oka, zmierzę ciśnienie gałkove (choć czas na kompleksowe badanie było małe, za drzwiami kłębił się tłum pacjentów). Oglądam dno oka i nogi się pode mną uginają. Proszę o konsultację starszego koleżę... wymieniamy spojrzenia... Pacjentka zauważyła lekką zmianę w moim zachowaniu i pyta: – *Pani doktor, co się dzieje?* A ja: – *Nic, ale trzeba jeszcze zrobić dodatkowe badania, m.in. RTG czaszki [tomografia była wtedy mało dostępna]. Z wynikami proszę się natychmiast zgłosić.* Wypisuję skierowania. Potem telefon do kolegi neurologa: – *Rysiu, skieruję do Ciebie pacjentkę, dno oka mi się nie podoba, tarcze zastoinowe... guz?* Pacjentka zgłasza się z RTG, wynik nic nie wnosi. Twierdzi, że bóle głowy przeszły i żeby sobie nie robić kłopotu. Ale ja, najdelikatniej jak potrafię, proszę, aby jeszcze tylko udała się do neurologa i dam jej spokój. Dwa dni przed Wigilią do gabinetu przychodzi starszy pan. Okazuje się, że to mąż pacjentki. Ma ze sobą teczkę z badaniami, wśród nich TK głowy (diagnozowana na neurologii, skierowana do kliniki neurochirurgii). Wynik: w tylnych dołach czaszkowych symetryczne dwa guzy, każdy

o średnicy około 6 cm, prawdopodobnie oponiaki! Zabieg neurochirurgiczny tuż po świętach, 27 grudnia. Mąż pacjentki mówi: – *Chciałem oddać recepty na okulary, bo pewnie się jej już nie przydadzą, rokowania nie są najlepsze.* Neurochirurdzy zapytali tylko, w jaki sposób wykryto guza. Pełna ostrość wzroku, bóle głowy tak, ale niesugerujące nic złego, sporadyczne. I że jeszcze „chwila”, a mogłoby być inaczej... Proszę męża pacjentki, żeby jednak kupił żonie okulary do czytania, bo jak wydobrzeże, to się jej przydadzą. Proszę też, żeby koniecznie mnie poinformował o dalszym przebiegu choroby.

Żadnych wiadomości. Po roku, dwóch pytam kolegę, czy coś wie na jej temat. Ale niestety niewiele wiedział, słyszał, że chyba pacjentka zmarła. Zrobiło mi się smutno, tym bardziej że była to bardzo sympatyczna osoba. Co jakiś czas przypominałam sobie o niej...

Kilka lat temu do mojego prywatnego gabinetu przychodzi pacjentka. Witamy się, pytam, w czym mogę pomóc. W pierwszych słowach słyszę wschodni akcent. Pacjentka na to: – *Ja to może bym nie przyszła jeszcze, chociaż okulistom zawdzięczam życie, ale potłukły mi się okulary do czytania. Zrobiłam je kilkanaście lat temu, przed operacją.* Pytam, przed jaką operacją? I tu...: – *Miałam operację guza mózgu! Tętno mi przyspieszyło.* Pytam pacjentkę, dlaczego zawdzięcza okulistom życie. Ona na to: – *Przyszłam po okulary, a pewna pani doktor zaczęła mnie badać, poprosiła starszego doktora o pomoc, wysłała mnie na dalsze badania. I się okazało to, co się okazało.* Zrobiło mi się gorąco i pytam: – *Czy pamięta pani, jaka doktor panią badała?* Ona: – *Dokładnie nie, ale chyba to była wysoka blondynka. Wtedy mówię: – Tą lekarką byłam ja, a ta wysoka blondynka to była moja pielęgniarka. Ucieszyła się bardzo, a ja jeszcze bardziej. Zapytała: – Jak mam się pani odwdziżyć za to, że uratowała mi pani życie? Gdyby nie pani, nie byłoby mnie dzisiaj tutaj. Nie zdawałam sobie sprawy, że idę do pani, poleciła panią moja znajoma.* Odpowiedziałam: – *Już mi się pani odwdziżyła, bo widzę panią całą, zdrową, jak zwykle uśmiechniętą.* Pacjentka stwierdziła: – *Nie poszłabym do okulisty, gdyby nie zniszczone okulary, które mi pani zapisała, a które zrobił dla mnie mąż.* Zapytałam o męża. Niestety, nie żył od dwóch lat, był od niej sporo starszy, chorował na chorobę nowotworową. Obejrzałam dno oka – żadnego śladu choroby, pełna ostrość wzroku, tarcze różowe. Pożegnaliśmy się radośnie, a pacjentka obiecała, że jeszcze kiedyś mnie odwiedzi.

Ten dzień od rana był niezwykły. Wcześniej pod mój zastrzeżony numer telefonu zadzwoniła kobieta: – *Cześć Bogusia, jak się czujesz? – A o co chodzi? – To ja, Irena, leżałyśmy razem na onkologii.* Ja na to: – *Nie leżałam na onkologii. Mam co prawda na imię Bogusia, ale to chyba pomyłka!* Zbladłam... jakiś zły znak? Taka dziwna pomyłka... Ale za kilka godzin zupełnie o tym zapominałam dzięki mojej pacjentce z Białorusi. :-)

• Pacjentów, których zapamiętam na całe życie, było wielu, bardzo wielu. Mimo że minęło sporo lat, do dzisiaj pamiętam ich twarze, brzmienie głosu, uśmiech, łyż, nasze rozmowy i zwierzenia, radości i smutki rozstań...

Pamiętam panią Krystynę, jedną z moich pierwszych pacjentek, kiedy byłam młodą, „stażową” lekarzem. Kobieta po sześćdziesiątce, z nowotworem oskrzela. W ciężkim stanie. Z ogromną wolą życia i zawsze w cudownym humorze, co wprawiało wszystkich dookoła w wielkie zdumienie. Do dziś pamiętam jej słowa, kiedy szła na przepustkę do domu i miała zakaz mycia napromienianych pól klatki piersiowej. Tak bardzo marzyła o kąpieli w wannie, że kiedy przyjechała po nią córka, pani Krystyna, filuternie przytykając oko, zapytała przy innych pacjentkach obecnych na sali: – *Pani doktor, a dupę mogę moczyć?* Wywołało to wybuch radości wszystkich obecnych, nie wyłączając mnie, oraz wielkie zaniepokojenie jej córki, która zaczęła strofować moją przeuroczą pacjentkę. Pani Krystyna zupełnie nie przejęła się oburzeniem córki, machnęła ręką i stwierdziła: – *Och, my tak sobie zawsze z panią doktor rozmawiamy.* Do dzisiaj pamiętam jej słowa, jej głos. Rzeczywiście rozmawialiśmy o wszystkim i umawialiśmy się na kawę, żeby – jak mówiła pani Krystyna – „posiedzieć i popatrzyć na ludzi”. Nawet w dni, kiedy byłam najbardziej zapracowana, znajdowałam czas, żeby posiedzieć choć chwilę, potrzymać ją za rękę i porozmawiać, mając świadomość, że jej dni są policzone. Zresztą rozmów i codziennego pogłaskania domagały się wtedy

wszystkie pacjentki, zazdrosne o siebie nawzajem. Wspominam tamten czas jak jedno z najpiękniejszych chwil mojego życia. Pracowałam pod okiem doświadczonych i wspaniałych lekarzy, którzy chętnie dzielili się swoją wiedzą i pokazali mi, jak wygląda prawdziwa medycyna, opieka nad chorym, lekarska życzliwość i serdeczność. Od córki pani Krystyny dostałam na pamiątkę własnoręcznie wykonany exlibris z gałązką jabłoni z ogrodu mojej babci i z ogromnym sercem w tle. To było prawie 20 lat temu.

Pamiętam moją babcię, własną niezwykłą diagnozę i jej walkę z chorobą nowotworową. Dzień po zdaniu ostatniego egzaminu na VI roku postawiłam swoje pierwsze w życiu rozpoznanie. Do dziś nie wiem, jak mogło mi się udać, bo to był zupełnie niezwykły przypadek. Wiedziona intuicją dotknęłam przypadkowo jednym palcem może centymetra kwadratowego obfitej piersi babci i natrafiłam na małą guzik. Nikt go nie umiał wyczuć, nikt mi nie wierzył. Uwierzyła mi tylko zaprzyjaźniona pani doktor, która zrobiła biopsję w miejscu, które jej pokazałam, choć sama też niczego nie wyczuwała. Dla mojego spokoju niemal na poczekaniu zrobiła badanie. Wynik był jednoznaczny. Komórki nowotworowe. Bardzo wczesne rozpoznanie. Niestety, po 10 latach nastąpił nawrót choroby. (nadeszła D.K.-G.)

• W ostatnim czasie do naszego ambulatorium laryngologicznego w Krakowie przyszło kilkoro pacjentów, którzy pozostaną mi w pamięci i to z różnych przyczyn. Oto jedna z nich.

21-letnia studentka, córka stomatologa, trafiła do laryngologa w celu oceny zmian w lewej zatoce szczękowej, widocznych w tomografii komputerowej głowy. Pacjentka, cierpiąca od miesiąca na przemijającą pokrzywkę twarzy, tułowia i kończyn, bóle głowy i brzucha, przeszła diagnostykę alergologiczną i radiologiczną, która nie przyniosła rozpoznania. Mimo stosowania antyhistaminików objawy wystąpiły ponownie, a obrzęk warg zdecydował o podejrzeniu niedoboru inhibitora C1 dopełniacza. Pacjentka w trybie pilnym została skierowana do jednostki o wyższym poziomie referencyjnym.

Jeżeli wspomnę jeszcze o pacjentce z hipereozynofilią idiopatyczną i o kobiecie z zespołem antyfosfolipidowym, to dowiodę, że obecnie laryngolog coraz częściej trafia w swojej praktyce na pacjentów ze schorzeniami o podłożu immunologicznym. (nadeszła P.T.-Z.)

• Spotkania z pacjentami bywają niekiedy bardzo dziwne. Pewnego dnia do mojego gabinetu dziarskim krokiem wkroczył starszy mężczyzna. Na jego twarzy malował się grymas,

a spojrzenie wyrażało jedno: ratunku, pani doktor! Na rutynowe pytanie: – *Co pana do mnie sprowadza?* opowiedział nieprawdopodobną historię. Właśnie poznał kobietę swojego życia. Czekał na nią... 50 lat. Szczęście przysłonił mu tylko jeden problem. Zadbany, elegancki pan chciał się poczuć stuprocentowym mężczyzną. Niestety, aktualne jego możliwości ograniczały wiek. Jako lekarz pierwszego kontaktu po raz pierwszy spotkałam się z takim zdeteterminowanym pacjentem. Presję pogłębiał inny argument jego wybranki.

Chowała go w szafie. Był nim sztucer myśliwski. 74-letni pan poprosił o radę. Zbadałam najważniejsze parametry układu krążenia. Nic nie wskazywało na zaawansowaną miażdżycę. Ciche tony serca wzbudziły jednak we mnie czujność diagnosty. Po przedstawieniu problemu pacjent poprosił o zapisanie leków. Śledził każdą literkę. Były to leki wspomagające pracę serca. Udzieliłam wyczerpującej informacji na temat ich działania. Zdziwiony brakiem najważniejszego według niego środka, poprosił o wypisanie go na osobnej receptce. Spojrzałam na niego, a on na mnie. Po otrzymaniu recepty pacjent zaproponował mi umowę. Jeśli ten ostatni lek zadziała, wróci i pocałuje mnie w najmniejszy palec stopy. Tym lekiem była viagra. Jednak obietnicy do dzisiaj nie spełnił... (nadeszła M.H.-C.)

Wracając na koniec do nietypowych upominków od pacjentów:

• Razem z pudełkiem czekoladek dostałam zapakowane do reklamówki pudełko prezerwatyw rozmiaru XXXL od... siostry chorego. Do dzisiaj nie wiem dlaczego!

• Kiedyś sporo radości sprawiła mi kasetka magnetofonowa z nagraniem utworów Chopina w wykonaniu nieco ekscentrycznego pacjenta.

• Najpiękniejszy prezent otrzymany przez moją koleżankę psychiatrę to torba suszonych grzybów. Pacjent, który nie wychodził z domu, chyba schizofrenik z jakimiś halucynacjami, zmobilizował się, poszedł do lasu, zebrał i ususzył grzyby. Myślę, że coś takiego trzeba szczególnie docenić. ■



Fot. licencja Artmedia Partners



Fot. archiwum

Randka z alergią

Krystyna Knypl

Powszechnie wiadomo, że sezon wiosenno-letni sprzyja częstszemu występowaniu alergii z powodu zwiększonej ekspozycji na pyłki drzew, krzewów i kwiatów. Przyroda nie ma jednak wyjątkowości na rozbudzenie alergii wiosną. Rozkwitające o tej porze roku uczucia też mogą się przyczynić do wystąpienia alergii.

Historia z własnej praktyki lekarskiej

Pewien mój pacjent z dość trudnym do kontroli nadciśnieniem tętniczym poczuł sezonowy przypływ uczuć do atrakcyjnej koleżanki z pracy i zaprosił ją na kawę. Było *sympatycznie*. Pomyślał więc, że na następnej randce powinno być *romantycznie*, co się stało za sprawą kolacji przy blasku świec. Zasady randkowania w dzisiejszym świecie, nastawionym na spektakularne i szybkie sukcesy, nakazują, aby na kolejnej randce było *erotycznie*. Sprawy sercowe mojego pacjenta rozwijały się pomyślnie, wybranka przychylnie reagowała na coraz wyższe poziomy słownych zalotów. Pacjent postanowił więc przejść od słów do czynów, bo je przecież cenią sobie najbardziej prawdziwi mężczyźni! Objął dziewczynę i pocałował w usta. Lecz im dłużej całował, tym bardziej był zdziwiony. Czuł narastające pieczenie i swędzenie warg. Gdy do mrowienia dołączył się obrzęk warg, uczucie ucisku w gardle i problemy z oddychaniem, uznał, że trzeba przerwać zaloty. Tymczasem objawy nasilały się coraz bardziej i randkownicze wyładowali na izbę przyjęć pobliskiego szpitala. Lekarz dyżurny rozpoznał obrzęk Quinckego, a za najbardziej prawdopodobny alergen uznano szminkę z ust wybranki serca mojego pacjenta.

Pacjent z nadciśnieniem tętniczym jest potencjalnie narażony na wystąpienie obrzęku Quinckego nie tylko w efekcie działania czynnika alergicznego, ale też w przebiegu leczenia inhibitorami enzymu konwertującego angiotensynę, a w szczególności po kaptoprilu podawanym w celu opanowania zwyczaj ciśnienia krwi.

Doraźne obniżanie ciśnienia krwi

W hipertensjologii wyróżnia się konieczność obniżenia ciśnienia w stanie nagłym lub w stanie pilnym. Oba stany zdefiniowano w 1993 r. w amerykańskich wytycznych leczenia nadciśnienia tętniczego (JNC).

Kaptopril jest lekiem zarejestrowanym do podawania doustnego. Dość rozpowszechniony sposób podawania podjęzykowego jest niezgodny z charakterystyką produktu leczniczego, a co więcej nie ma dowodów naukowych, że droga ta daje jakiegokolwiek korzyści.

Każdy, kto podaje kaptopril podjęzykowo w celu opanowania zwyczaj RR, lubi szarpać los za brodę, zwłaszcza że takie podanie leku zwiększa ryzyko wystąpienia obrzęku Quinckego. Nie należy liczyć, że w razie nieszczęścia sąd będzie przychylny i zinterpretuje okoliczności na korzyść lekarza. Stosowanie kaptoprilu podjęzykowo jest odrębną drogą podania leku, wymagającą oddzielnego zarejestrowania.

Jeżeli lek jest dopuszczony do podania podjęzykowego, jego postać nazywa się „tabletką podjęzykową”. Jeżeli zaś ma postać określoną jako „tabletką”, a tak jest w ulotkach wszystkich producentów kaptoprilu, oznacza to stosowanie wyłącznie doustne. Podjęzykowe podawanie leku jest uzasadnione, gdy na takiej drodze działa on szybciej – jak leki o dużej lipofilności, na przykład z nitrogliceryną. Kaptopril ma małą lipofilność, nie istnieje więc racjonalny powód, aby go podawać podjęzykowo, toteż żaden producent nie zarejestrował tego leku do podaży podjęzykowej.

Fakt, że kaptopril podany podjęzykowo nie działa szybciej niż przyjęty doustnie, jest znany od 1987 r. z doniesienia P. Dessè-Fulgheri i wsp. „Comparison of sublingual and oral captopril in hypertension” opublikowanego na łamach „Clinical and Experimental Hypertension”. Autorzy sprawdzali u 40 osób z nadciśnieniem tętniczym ciśnienie krwi, aktywność reninową osocza oraz stężenie leku we krwi po 5, 10, 20, 30, 40, 60 i 90 minutach od podania. Pacjenci byli podzieleni na dwie grupy – jedna otrzymała lek doustnie, a druga podjęzykowo. Nie stwierdzono znaczących statystycznie różnic u osób należących do obu grup ani w kolejnych pomiarach ciśnienia krwi, ani w aktywności reninowej osocza oraz w stężeniu leków.

Nagłych sytuacji klinicznych, w których należy względnie szybko obniżyć ciśnienie, jest kilka zaledwie. Należy do nich obrzęk płuc w przebiegu wysokiego ciśnienia (okoliczność kliniczna raczej historyczna), rozległe oparzenie, trwający zbieg operacyjny, udar mózgowy i postępujące rozwarstwienie aorty. Wszystkie te stany wymagają obniżania ciśnienia w warunkach oddziału intensywnej terapii przez podanie leków parenteralnych. Pozostałe liczne zwyczaj ciśnienia krwi to stan pilny, dla opanowania którego wystarczy doustne podanie leku hipotensyjnego.

Rozróżnienie stanu nagłego i stanu pilnego z trudem przebijają do świadomości wielu lekarzy, w 1996 r. powstało nawet pojęcie „pseudoemergency”. Większość zwyczaj ciśnienia krwi stanowi wskazanie do pilnego obniżenia. Najczęściej są spowodowane niesystematycznym zażywaniem leków hipotensyjnych, często przyczyną jest zdenerwowanie lub niepokój.

Wobec utrzymywania się na skalę międzynarodową zwyczaj podawania kaptoprilu podjęzykowo do tematu powrócili autorzy tureccy E. Karakiliç i wsp. w doniesieniu „Same effect of sublingual and oral Captopril in hypertensive crisis”



Fot. licencja Artmedia Partners

opublikowanym na łamach „European Review for Medical and Pharmaceutical Sciences”, 2012,16,1642-1645 (<http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1642-1645.pdf>). Zacytujmy fragment tabeli z tej pracy.

Hipotensyjne działanie kaptoprilu podanego doustnie i podjęzykowo

Czas od podania kaptoprilu (min)	Ciśnienie krwi (mm Hg)	
	Kaptopril doustnie 25 mg, n=28	Kaptopril podjęzykowo 25 mg, n=43
0	182/99	185/90
5	172/94	178/98
15	165/89	170/93
30	158/87	160/95
45	152/84	153/86
60	147/81	147/83

Widać, że efekt hipotensyjny po podaniu podjęzykowym nie jest szybszy ani większy, a do tego lek jest podawany niezgodnie z ChPL!

Niejednemu alergikowi wiatr w oczy

Nie tylko mój pacjent miał pecha na randce. Podczas kongresu American College of Allergy, Asthma and Immunology w 2010 r. (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/207934.php>) przedstawiono przypadek 30-letniego mężczyzny, który także z randki trafił do szpitala z objawami silnej alergii. Okazało się, że przyczyną były alergeny z orzeszków ziemnych, które jego dziewczyna zjadła przed spotkaniem. Mimo wyszczotkowania zębów alergen był w jej ślinie jeszcze 2 godziny po konsumpcji. Zespół Amlota-Lessofa to coraz częściej spotykana forma alergii w obrębie jamy ustnej, w około 10 proc. przypadków powikłana obrzękiem Quinckego. Często jest to krzyżowa reakcja alergiczna z pyłkami brzozy, pod którym to drzewem nie powinni umawiać się na randkę pechowcy. ■



Fot. archiwum

Konferencja

Dum spiro, spero

Tadeusz M. Zielonka

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Już po raz siódmy spotkali się w Wojskowym Instytucie Medycznym lekarze i inżynierowie na konferencji naukowej poświęconej pamięci dr. Wojciecha Lubińskiego, który zginął w katastrofie pod Smoleńskiem, pełniąc dyżur lekarza prezydenta RP. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł objął tegoroczną konferencję honorowym patronatem. Prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego, podczas uroczystego otwarcia spotkania zauważył, że już od kilku lat na konferencji poruszano naukowe i medyczne aspekty zanieczyszczenia powietrza oraz budowano interdyscyplinarne zespoły zajmujące się badaniem skutków smogu. Podkreślił brak dostatecznych środków finansowych na prowadzenie tych prac i niezwracanie wystarczającej uwagi na głosy polskich naukowców mówiących o rosnących zagrożeniach. Dr Paulina Karwowska, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Warszawie, zaznaczyła jak bardzo konferencja wpisuje się w główny nurt działań WHO, która dostrzega w zanieczyszczeniu powietrza jeden z najważniejszych czynników szkodliwych dla zdrowia. Organizacja stara się mobilizować państwa członkowskie do większej aktywności w ograniczaniu ilości szkodliwych substancji trafiających do środowiska. W Europie blisko pół miliona ludzi rocznie umiera z powodu zanieczyszczeń powietrza, z czego ponad 50 tys. w Polsce.

Konferencję otworzył wykład nestora polskich naukowców prof. Janusza Hałuszki z Rabki, który już w latach 60. badał wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie dzieci. Wieloletnie badania naukowe prowadzone w Rabce, Limanowej i w Krakowie wykazały częstsze infekcje dróg oddechowych i przewlekłe zapalenie zatok u dzieci spowodowane krakowskim smogiem.

W kolejnym wykładzie ekspert Światowej Organizacji Zdrowia, prof. Michał Krzyżanowski, przedstawił szkodliwy wpływ ozonu powstającego pod wpływem promieni ultrafioletowych z tlenków azotu, których głównym źródłem jest energetyka i transport drogowy. Z tego względu największe stężenie ozonu jest obserwowane w Polsce latem w słoneczne dni. Udowodniony jest związek między ekspozycją na ozon

a zapadalnością na choroby układu oddechowego i umieralnością z ich powodu. Coraz więcej danych świadczy również o wpływie ozonu na rozwój chorób układu krążenia, pojawiają się informacje o przyczynianiu się tego gazu do rozwoju innych chorób, takich jak cukrzyca.

Prof. Jolanta Walusiak-Skorupa z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi omówiła choroby zawodowe wynikające z wziewnej ekspozycji w miejscu pracy. Przedstawiła najważniejsze szkodliwe dla zdrowia substancje odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych układu oddechowego, przypominając zawody, w których dochodzi do narażenia. W Polsce widoczne jest znaczne w porównaniu z krajami sąsiednimi niedodiagnozowanie chorób zawodowych, wynikające z niekierowania do wojewódzkich poradni medycyny pracy cierpiących na astmę, POChP i inne choroby powstające pod wpływem czynników toksycznych, drażniących i uczulających w miejscu pracy.

Prof. Rafał Górny z Centralnego Instytutu Medycyny Pracy omówił zagadnienie narażenia na bioaerozole. Zwrócił uwagę na to, jak trudno określić dopuszczalne stężenia bakterii, wirusów, grzybów i endotoksyn w powietrzu w przestrzeniach zamkniętych (w budynkach). Pokazał, jak długotrwały i żmudny był proces opracowania norm i wydania aktów normatywnych określających akceptowalne stężenia poszczególnych bioaerozoli. Spośród tysięcy gatunków roślin, zwierząt, bakterii, grzybów, wirusów i pasożytów jedynie kilkaset ma udowodnione znaczenie w patogenezie chorób u ludzi.

Na drugą sesję złożyły się nagrodzone w roku ubiegłym prace w konkursie *Dum spiro, spero*. Tematem doniesienia dr Anny Merlinger-Gruchały z Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego była zależność między zanieczyszczeniem powietrza PM₁₀ a masą urodzeniową krakowskich noworodków. Na podstawie danych o ponad 80 tys. porodów zestawionych z pomiarami zanieczyszczenia w Krakowie udało się wykazać związek między niską masą urodzeniową i wcześniactwem a wysokim stężeniem pyłów zawieszonych w powietrzu (PM₁₀), którym oddychały kobiety w pierwszym trymestrze ciąży

W kolejnym doniesieniu dr inż. Joanna Jakubiak-Lasocka z Health Quest omówiła wpływ drobnych pyłów na zachorowalność i śmiertelność dzieci oraz niemowląt. Badania przed laty nie wykazały związku zanieczyszczeń powietrza ze śmiertelnością i hospitalizacjami dzieci, ale z biegiem lat, wraz z pogorszeniem się sytuacji w tym względzie, korelacje stały się już widoczne. Łukasz Adamkiewicz z Fundacji #13 Centrum Zmian Klimatu i Zrównoważonego Rozwoju wskazał ryzyko wystąpienia obturacji oskrzeli w zależności od stężenia pyłów PM₁₀. Badania przeprowadzone z zespołem naukowców z Politechniki Warszawskiej dowodzą, że osoby mieszkające w odległości do 50 m od głównych traktów komunikacyjnych Warszawy mają częściej zwężenie oskrzeli mierzone w badaniu spirometrycznym niż osoby



Prof. G. Gielera otwiera konferencję

Fot. A. Kosater

mieszkające z dala od szlaków komunikacyjnych. Obserwano związek zaburzeń czynnościowych płuc nie tylko z liczbą przejeżdżających samochodów, ale też z ich prędkością (im mniejsza prędkość z powodu korków, tym większe zaburzenia funkcji płuc). Na zakończenie mgr inż. Anna Gayer z Politechniki Warszawskiej przedstawiła ocenę skutków zdrowotnych zanieczyszczenia powietrza w jednostkach DALY. Wskaźnik DALY (*disability adjusted life-years*) stosowany jest do określenia stanu zdrowia danej populacji i wyraża lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku choroby. Wykazano jednoznaczny związek zanieczyszczenia powietrza z tym wskaźnikiem w Polsce.

W trzeciej sesji doc. Artur Badyda z Politechniki Warszawskiej przedstawił zagadnienie szkodliwości grillowania, na którym dość powszechnie spędzają wolny czas Polacy. Grill jest źródłem dużej ilości pyłów zawieszonych PM₁₀ i PM_{2,5}, a co gorsza rakotwórczych węglowodorów aromatycznych w niezwykle wysokim i z pewnością szkodliwym dla zdrowia stężeniu. To pierwsze badanie wskazujące potrzebę zachowania większej ostrożności podczas grillowania. Pewnym rozwiązaniem może być stosowanie grillów gazowych, które wytwarzają zdecydowanie mniej szkodliwych substancji.

Dr Piotr Dąbrowiecki z Wojskowego Instytutu Medycznego obalił mit dobrego powietrza w małych miasteczkach. Zaprezentował doniesienie, którego autorzy na podstawie badań prowadzonych w Legionowie wykazali, że zanieczyszczenie powietrza w tej miejscowości i szkodliwy jego wpływ na zdrowie są większe niż w centrum Warszawy. Okazuje się, że Żywiec i Pszczyna są dziś bardziej zanieczyszczone niż Kraków, a Rybnik bardziej niż Katowice.

Optymistyczne było doniesienie mgr Magdaleny Kostrzów z Kopalni Wieliczka, która pokazała jak skuteczne są trzytygodniowe turnusy rehabilitacyjne chorych na POChP prowadzone pod ziemią w uzdrowisku Wieliczka. Efekty rehabilitacji podziemnej były lepsze i trwalsze niż takich samych ćwiczeń prowadzonych na powierzchni. Niestety, pesymistyczne były wyniki badań autora niniejszego sprawozdania nad świadomością pulmonologów na temat wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie. Zaledwie 19 proc. pulmonologów uważa, że ma wystarczającą wiedzę w tym zakresie. Tylko co dziesiąty ankietowany specjalista chorób płuc deklarował wykorzystanie tej wiedzy w praktyce klinicznej i informowanie pacjentów o zagrożeniach, jakie powoduje zanieczyszczone powietrze. Wyniki były gorsze niż w grupie lekarzy różnych specjalności.

Mgr Weronika Piestrzyńska z Health and Environment Alliance – HEAL Polska omówiła znaczenie działań organizacji pozarządowych dla poprawiania jakości powietrza w naszym kraju. Chociaż kluczową rolę mają do odegrania władze państwowe i samorządowe, organizacje pozarządowe, podobnie jak media i społeczeństwo obywatelskie, mogą uczynić bardzo dużo w tym zakresie. Można mówić o wielkim sukcesie tegorocznych kampanii społecznych i medialnych uświadamiających społeczeństwu i rządzącym znaczenie czystego powietrza dla zdrowia. Bardzo ważne jest działanie organizacji non profit w dziedzinie ekologii i Polacy coraz bardziej doceniają ich rolę.

Na zakończenie konferencji Beata Lubińska, wdowa po Wojtku Lubińskim, podziękowała licznie przybyłym uczestnikom i organizatorom konferencji za pamięć o nim. ■

Konkurs *Dum spiro, spero*

Podczas piątej konferencji poświęconej pamięci dr. Wojciecha Lubińskiego (konferencje organizowane są co roku w kwietniu, w rocznicę katastrofy pod Smoleńskiem) zrodził się pomysł konkursu *Dum spiro, spero* jego imienia. Tematem dorocznych sesji naukowych jest wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie, którym zajmował się dr Wojciech Lubiński. Pragnąc podkreślić znacznie tego niezwykle ważnego dla Polaków problemu, a także promować ośrodki oraz naukowców, którzy się nim zajmują, organizatorzy konferencji – Wojskowy Instytut Medyczny, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc i Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP – ogłosili w 2015 r. konkurs na najlepszy artykuł roku opracowany w polskim ośrodku badawczym na temat skutków zdrowotnych zanieczyszczeń powietrza. Powołana została trzyosobowa komisja konkursowa, pod przewodnictwem wieloletniego dyrektora Biura WHO ds. Wpływu Zanieczyszczeń Powietrza na Zdrowie w Bonn, prof. Michała Krzyżanowskiego z King's College London, z udziałem dr. hab. n. med. Andrzeja Chciałowskiego z Wojskowego Instytutu Medycznego i dr. hab. n. med. Tadeusza M. Zielonki, członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Ogłoszenie werdyktu jury i wręczenie nagród odbywa się w czasie dorocznej konferencji w Wojskowym Instytucie Medycznym.

Na pierwszą edycję konkursu w 2016 r. wpłynęło 7 artykułów, a na drugą, w 2017 r. – już 14. Poziom merytoryczny nadsyłanych prac był bardzo wysoki. Jury zaskoczył jednak fakt, że tematem wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie zdecydowanie częściej zajmują się inżynierowie

niż lekarze. Laureatem pierwszej edycji została Anna Merlinger-Gruchała z Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, za artykuł na temat zależności między zanieczyszczeniem powietrza PM₁₀ a niską masą urodzeniową krakowskich noworodków.

Pierwszą nagrodę w tegorocznej edycji konkursu otrzymała Anna Zwoździak z Politechniki Wrocławskiej za pracę zatytułowaną „Influence of PM₁ and PM_{2,5} on lung function parameters in healthy schoolchildren – a panel study”. Drugą nagrodę otrzymał Grzegorz Dziubanek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego za artykuł „Long-term exposure to urban air pollution and the relationship with life expectancy in cohort of 3.5 million people in Silesia”.

Podczas siódmej konferencji wręczono nagrody tegorocznym laureatom. Autorzy artykułów poświęconych omawianej tematyce, które zostaną opublikowane w 2017 r., są zaproszeni do udziału w trzeciej edycji konkursu *Dum spiro, spero*.

Zgłoszenia z kserokopią artykułu można przesłać pocztą w nieprzekraczalnym terminie 31.01.2018 r. (data stempla pocztowego) pod adresem Wojskowego Instytutu Medycznego (04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128) lub drogą elektroniczną w formie pliku pdf w nieprzekraczalnym terminie 31 stycznia, godz. 23.59, pod adresem: konkurs2015@wim.mil.pl. Szczegóły oraz regulamin konkursu znajdują się na stronach internetowych WIM, PTChP i federacji oraz w kwartalniku „Lekarz Wojskowy”. ■

Tadeusz M. Zielonka



Fot. archiwum

Farmakoterapia bólu przewlekłego w oparciu o drabinę analgetyczną WHO

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

CZ. 7 (koanalgetyki)

Denosumab

Denosumab to przeciwciało monoklinalne z klasy IgG2, wytworzone z linii komórkowej ssaków techniką inżynierii genetycznej. Jest naturalnym inhibitorem ligania, białkowego receptora o nazwie RANK, określa się je więc jako tzw. RANKL. Układ receptora RANK jest aktywatorem osteoklastogenezy. Mechanizm działania denosumabu polega na blokowaniu RANKL, który aktywuje receptor RANK do zwiększonej produkcji osteoklastów. W organizmie człowieka występuje naturalny fałszywy receptor pułapka, wiążący RANKL, o nazwie OPG (osteoprotegeryna), dzięki któremu w sposób naturalny powstaje mniej osteoklastów. Wprowadzenie substancji podobnej do OPG (preparaty niedostępne w Polsce) będzie kolejną metodą leczenia nadmiernej osteolizy. Każda substancja blokująca RANKL będzie zmniejszać pulę osteoklastów, a w konsekwencji prowadzić do zmniejszenia resorpcji kości (przewaga osteogenezy nad osteolizą). Zachowanie właściwych proporcji RANKL i OPG zapewnia równowagę między resorpcją a kościotworzeniem. Ta dynamiczna równowaga zostaje zaburzona w chwili pojawienia się komórek nowotworowych, które w sposób niekontrolowany produkują liczne czynniki wzrostu i cytokiny,

pobudzając osteoblasty do niepoohamowanej produkcji RANKL, co nasila procesy resorpcji tkanki kostnej. Nadmierna aktywacja osteoblastów ma znaczenie zarówno dla rozwoju przerzutów osteolitycznych, jak i osteoblastycznych. Denosumab wiąże się trwale z RANKL i zmniejsza nie tylko resorpcję tkanki kostnej, lecz także stężenie biochemicznych markerów obrotu kostnego. Może również zapobiegać inwazji tkanki kostnej przez komórki nowotworowe, hamując aktywację receptora ligania RANK na powierzchni osteoblastów (denosumab naśladuje OPG). Denosumab 60 mg (preparat o nazwie Prolia) ma rejestrację do leczenia osteoporozy (zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn) oraz przerzutów do kości u mężczyzn z rakiem prostaty, u których stosowana jest farmakologiczna kastracja. Lek podaje się podskórnie raz na 6 miesięcy. Prolia jest refundowana tylko dla kobiet powyżej 65. roku życia, z udokumentowaną osteoporozą, z co najmniej jednym złamaniem osteoporotycznym, przy udokumentowanej nieskuteczności bisfosfonianów lub udokumentowanym braku ich tolerancji oraz przy BMD < -2,5. Lek może być stosowany w leczeniu osteoporozy u mężczyzn, ale nie ma w tym wskazaniu refundacji leku.

Szalejące jelita

Nieswoiste zapalenia jelita należą do chorób trapiących społeczeństwa rozwinięte i są coraz poważniejszym problemem. Badania epidemiologiczne dowodzą, że częstotliwość zapadalności np. na chorobę Leśniowskiego-Crohna wzrosła dwukrotnie w ostatniej dekadzie. Druga choroba z tej grupy to wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Obie mają podłoże immunologiczne, powodują zmiany zapalne w obrębie układu pokarmowego.

„Dolegliwości w tych chorobach są szczególnie uciążliwe: bóle brzucha, wymioty, niekontrolowane wypróżnienia. Cierpią na nie ludzie młodzi, którym choroba uniemożliwia pracę zawodową, życie intymne, zmusza do diety – napisano w raporcie opracowanym pod merytoryczną opieką prof. Grażyny Rydzewskiej z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA. – Objawy choroby stają się przyczyną wstydu, częstych zwolnień lekarskich, znacznego pogorszenia jakości życia”.

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej od dwóch lat prowadzi akcję, której celem jest przełamanie społecznego tabu dotyczącego tych chorób i upowszechnienie wiedzy o nich. Na stronie www.flakirozrabiaki.org można znaleźć najważniejsze informacje, porady ekspertów oraz historie pacjentów, którym mimo choroby udaje się żyć aktywnie. ■ **mkr**

Hamuj raka

Rak płuca jest jednym z największych problemów onkologicznych nie tylko w Polsce. Ponadnarodowa organizacja Lung Cancer Europe (LuCE) prowadzi akcję edukacyjną, której celem jest zmiana postrzegania raka płuca, promowanie profilaktyki oraz optymalnych standardów diagnostyki i leczenia. Sformułowane przez nią postulaty są upowszechniane i prezentowane na europejskich forach, m.in. w Parlamencie Europejskim, i w wielu krajach. W Polsce do tej akcji przyłączyły się organizacje pacjentów: Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca, Polskie Amazonki oraz Fundacja Onkologiczna Alivia. Rak płuca jest przyczyną wyższej liczby zgonów niż nowotwory piersi, prostaty i jelita grubego łącznie.

Zdaniem LuCE realizacja pięciu najważniejszych postulatów, nazwanych szansami, może w znacznym stopniu zmniejszyć zagrożenie chorobą i jej rozwój. Pierwsza szansa dotyczy profilaktyki, czyli przede wszystkim natychmiasto-

Denosumab w dawce 120 mg (preparat o nazwie X-GEVA) ma rejestrację do zapobiegania powikłaniom kostnym u pacjenta z chorobą nowotworową (złamanie patologiczne, ucisk na rdzeń kręgowy) oraz w przypadku konieczności wykonania zabiegu operacyjnego u chorego na nowotwór (operacyjne złamanie patologiczne i/lub ucisku na rdzeń kręgowy). Dawkę 120 mg podaje się podskórnie raz na 4 tygodnie.

Działania niepożądane denosumabu to: hipokalcemia, martwica jałowa kości szczęki, zakażenia skóry (głównie zapalenia tkanki łącznej). Przed rozpoczęciem leczenia denosumabem należy skorygować hipokalcemię odpowiednią podażą wapnia i witaminy D3 oraz dokonać sanacji jamy ustnej. Nie zaleca się stosowania denosumabu w zaawansowanej niewydolności nerek (przy GFR < 30 ml/min).

Leki podawane miejscowo (zewnętrznie)

Lidokaina podawana miejscowo działa głównie na zależne od napięcia patologiczne kanały sodowe tworzące się w uszkodzonym nerwie, inicjując powtarzalne ektopeowe pobudzenia. Drugi mechanizm działania lidokainy związany jest z hamowaniem uwalniania mediatorów procesu nocycypcji przez keratynocyty, które stanowią 95 proc. komórek naskórka i są ściśle związane z włóknami nerwowymi. Lidokaina stosowana w postaci plastrów powoduje dodatkowo efekt ochładzania skóry (plaster jest równocześnie hydrożelowym opatrunkiem) oraz zapewnia mechaniczną ochronę obszarów skóry objętych procesem chorobowym. 5-proc. lidokaina w plastrach stosowana powierzchniowo jest rekomendowana jako lek pierwszego wyboru w zlokalizowanym, obwodowym bólu neuropatycznym (neuralgia popółpaścowa). Najczęstszym działaniem niepożądanym jest miejscowe podrażnienie skóry. Pozytywny efekt 5-proc. lidokainy obserwowano również w przypadkach neuralgii międzyżebrowej, przetrwałego bólu pooperacyjnego (po

torakotomii, mastektomii, operacji przepukliny pachwinowej, amputacji) i *meralgia paresthetica*.

Kapsaicyna jest wysoko wybiórczym agonistą receptora waniloidowego z grupy receptorów przejściowego potencjału (ang. *receptor potential vanilloid receptor TRPV1*). Mechanizm jej działania polega na usuwaniu neuroprzekaźnika, substancji P, z zakończeń włókien nerwowych. W konsekwencji dochodzi do odwracalnego uszczuplenia zapasów substancji P, a zatem do zmniejszenia transmisji bólu z obwodu do wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego. Podstawowy mechanizm działania 8-proc. kapsaicyny jest jednak przede wszystkim następstwem otwarcia kanałów jonowych dla jonów wapnia sprzężonych z receptorem TRPV1, co prowadzi do defunkcjonalizacji (zaniku) pierwotnych zakończeń nerwowych w następstwie odwracalnego uszkodzenia ich mitochondriów. 8-proc. kapsaicyna w postaci plastrów jest dostępna w Polsce od 2009 r. Ulga w dolegliwościach bólowych po godzinnej aplikacji plastra utrzymuje się nawet przez 12 tygodni. 8-proc. kapsaicyna może być skuteczna u pacjentów z neuralgią popółpaścową, neuropatią w przebiegu zakażenia wirusem HIV i poli-neuropatią po chemioterapii.

Antagoniści receptora NMDA

Nadpobudliwość receptora NMDA bywa przyczyną występowania zjawiska sensytyzacji ośrodkowej. W ograniczaniu zwiększonej aktywności receptora NMDA stosuje się ketaminę oraz dekstrometorfan.

Ketaminę podaje się w dawce doustnej 20–40 mg, od 4 do 6 razy na dobę, zewnątrzżońkowo w dawce 30 mg lub w ciągłym wlewie dożylnym w dawce 1–2 µg/kg mc/min.

Z kolei dekstrometorfan, który można stosować w neuropatii cukrzycowej i w neuropatii popółpaścowej, podaje się w 2–3 dawkach doustnych po 45 mg. Skuteczność kliniczną wykazują również amantadyna oraz mementyna. ■



wego rzucenia palenia papierosów (palenie zwiększa ryzyko zachorowania o 15–30 razy, 85 proc. przypadków raka płuca jest związanych z paleniem) oraz wykonywania badań kontrolnych przez osoby mające kontakt z substancjami kancerogennymi.

Druga szansa to wczesna diagnostyka u osób z niepokojącymi objawami. 70 proc. przypadków (22 tys. osób corocznie słyszy taką diagnozę w Polsce) rozpoznawanych jest

w stadium rozsiewu lub miejscowego zaawansowania. Oznacza to, że najskuteczniejsze leczenie operacyjne nie jest już możliwe.

Trzecia szansa mówi o konieczności wykonywania badań genetycznych u chorych, zwłaszcza tych, którzy mają raka niedrobnokomórkowego. Stosunkowo niedawno wykazano, że badania molekularne pozwalają na dokładniejsze określenie rodzaju nowotworu, a zatem także na dobór indywidualnego leczenia.

Nowoczesne terapie celowane oraz – w przypadku progresji choroby – przełamanie oporności na leki to szansa czwarta i piąta. Inaczej mówiąc: stosowanie terapii zgodnej z europejskimi standardami zarówno w przypadku pierwszego leczenia, jak i w przypadku, gdy przestanie ono działać i trzeba zastosować leki aktywizujące układ immunologiczny lub antyangiogenne.

W Polsce dostęp do nowoczesnych terapii, zgodny z zaleceniami europejskich towarzystw naukowych, nie jest dostateczny. W naszych programach lekowych znajdują się tylko cztery innowacyjne preparaty. Organizacje pacjentów nieustannie postulują, aby rak płuca stał się priorytetem onkologicznym. ■

mkr



Badania kliniczne na zakręcie

Graf. licencja Artmedia Partners

Polowanie na króliki doświadczalne – to tytuł, który przed kilku laty ukazał się w polskiej prasie opiniotwórczej. Podobnych było znacznie więcej, nie ma jednak sensu mnożyć bulwersujących przykładów. Takie tytuły wciąż się zdarzają i pewnie nigdy nie znikną. Ważniejsze jest to, że polscy pacjenci przestają uważać siebie za „króliki doświadczalne”, a lekarzy za tych, którzy na nich jedynie zarabiają.

Chorzy coraz częściej widzą dla siebie szanse w realizowanych u nas badaniach klinicznych. Sami pytają lekarzy, gdzie są prowadzone, czy mogliby w nich uczestniczyć i na jakich zasadach. Tak jest szczególnie w przypadku onkologii, ponieważ możliwości korzystania z nowoczesnych metod leczenia w tej dziedzinie są mocno ograniczone. Ale nowych terapii brakuje też w wielu innych specjalnościach.

Tym większe powinno być zainteresowanie nowelizacją ustawy o badaniach klinicznych, na którą czekają zarówno lekarze, jak i pacjenci. W Polsce, za sprawą Rozporządzenia nr 536 Parlamentu Europejskiego z 2014 r., właśnie rozstrzyga się przyszłość tych badań. W kwietniu 2017 r. zakończył prace powołany w Ministerstwie Zdrowia zespół ds. opracowania nowych rozwiązań legislacyjnych dotyczących badań klinicznych.

Polska nie wykorzystuje potencjału tych badań. Od ostatniej legislacji w tym zakresie (2016 r.) mamy zastój. Liczba prowadzonych co roku badań prawie się nie zmieniła. W 2009 r. było ich 469, w 2010 – 409, w 2014 – zaledwie 396, w 2015 ich liczba zwiększyła się do 441, w 2016 przeprowadzono 458.

Nie zmieniła się specjalnie liczba biorących udział w badaniach pacjentów: w 2009 r. – 34 tys., w 2011 – 41 tys., a w 2014 – 29 tys. Podobnie jest z lekarzami: w minionych latach zwykle uczestniczyło w badaniach od 2,5 do 3 tys. medyków. Mogło być znacznie lepiej, tym bardziej że dla lekarzy, którzy nie są rozpieszczani płacami, to szansa dodatkowego zarobku. Oczywiście, są „kominowcy”, którzy zarabiają na badaniach klinicznych krocie, ale to inna sprawa.

Na tle innych krajów europejskich wypadamy pod tym względem najwyżej średnio. W Polsce na 1 mln mieszkańców wykonuje się 10 badań klinicznych, podczas gdy w Czechach – 25 (najwięcej w UE), na Węgrzech i we Francji – 23. Wyrzędzają nas również Wielka Brytania (20 badań) oraz Niemcy i Bułgaria (po 15). Za nami są Ukraina i Rosja, gdzie na 1 mln mieszkańców przypadają 2 badania.

W porównaniu z USA i Azją Unia Europejska w zakresie stosowania badań klinicznych nie wypada dobrze. Powodem są utrudnienia prawno-administracyjne na naszym kontynencie (co ma zmienić wspomniane Rozporządzenie nr 536). W Polsce bariery są jeszcze większe, na co eksperci zwracają uwagę od wielu lat.

Rozporządzenie, o którym mowa, obliguje nas do zmian legislacyjnych. Z pewnością zostaną wprowadzone, ale nie wiemy, jakie one będą. Wiadomo, że na razie nie nastąpi rewolucja. Przypada to dr Antoni Jędrzejowski ze Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, który uczestniczył w posiedzeniach zespołu powołanego przy ministrze zdrowia. Rozwiązania, jakie przygotowano, mogą jednak poprawić funkcjonowanie badań klinicznych w naszym kraju. Przede wszystkim proponuje się rezygnację z jednego z najbardziej uciążliwych obowiązków – dostarczania umów między sponsorem i badaczem oraz ośrodkiem badawczym, wraz z wnioskiem o rozpoczęcie badania klinicznego (czego nie stosuje się w żadnym innym kraju).

Bardziej przejrzyste mają być przepisy dotyczące podziału obowiązków sponsora badań i Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (związanych z badaniami klinicznymi). Sponsor będzie odpowiadać za świadczenia, których nie ma w koszyku świadczeń gwarantowanych, oraz związane z powikłaniami na skutek zastosowanego produktu leczniczego.

Pomyślano również o poprawie bezpieczeństwa pacjentów uczestniczących w badaniach. Służyć mają temu bardziej korzystne formy ubezpieczenia i ewentualne odszkodowania za szkody niemożliwe do przewidzenia lub powstałe w wyniku nieprzestrzegania przez personel medyczny procedur. Na wypłatę odszkodowania nie będzie mieć już wpływu orzeczenie winy, bo na ogół trudno ją udowodnić, lecz zasada wynikająca z oceny ryzyka szkody powstałej w efekcie zastosowania produktu leczniczego.

Przewidziano również udział pacjentów w ocenie etycznej badań. W obradach komitetu bioetycznego będą uczestniczyć przedstawiciele organizacji pacjentów (na zasadzie członków). Zespół ministerialny opowiedział się za tym, żeby komitety bioetyczne oceniały protokoły badawcze. Na razie jedynie Francja chce z tego zrezygnować.

Rozporządzenie nr 536 miało wejść w życie w 2017 r., ale już wiadomo, że to niemożliwe. Najpierw musi być uruchomiony portal poświęcony badaniom klinicznym w UE, który powstanie nie wcześniej niż pod koniec 2018 r. Nowe przepisy mają zatem szansę obowiązywać od 2019 r.

Wcale jednak nie mamy zbyt dużo czasu na wprowadzenie własnej ustawy (lub nowelizację obecnie obowiązującej). Im wcześniej zostanie opracowana i uchwalona, tym lepiej. Sukcesem byłoby, gdyby się udało jeszcze w 2017 r. Poza lekarzami i pacjentami skorzysta na tym również nasza gospodarka, innowacyjna gospodarka. ■

Zbigniew Wojtasiński

Przybywa zakażeń HIV

Według danych NIZP-PZH od początku epidemii HIV i AIDS w 1985 r. do końca lutego 2017 w Polsce zdiagnozowano 21 459 zakażonych ogółem oraz 3457 zachorowań na AIDS. Od 2011 r. notuje się ponad 1000 nowo rozpoznanych zakażeń HIV rocznie.

To nie jest wzrost epidemiczny – mówi dr hab. n. med. Justyna D. Kowalska z Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych WUM. – Niepokoi jednak, że zakażeń przybywa, mimo prowadzonego od lat programu lekowego.

Specjaliści zwracają uwagę, że nowe rozpoznania dotyczą w dużej mierze ludzi młodych, ale też osób z zaawansowaną chorobą, której nie były świadome. Dlatego tak ważną w profilaktyce jest możliwość szybkiego i anonimowego wykonania testu w całej Polsce, a także edukacja społeczeństwa w tym zakresie.

– Im wcześniej wdrożymy leczenie, tym mniejsze ryzyko, że osoba zakażona przeniesie zakażenie na kogoś innego – podkreśla dr Kowalska. – Mamy duży problem z prowadzeniem rutynowego testowania w dziedzinach medycyny, w których powinno być oczywistością. Istnieją wytyczne, ale nie są realizowane. Zalecany test jest wykonywany tylko u 25 proc. kobiet w ciąży. Nie mogę zrozumieć, dlaczego nie przeprowadza się testu na HIV u 100 proc. pacjentów z gruźlicą? Dlaczego kobiety z rozpoznaniem nowotworem szyjki macicy nie mają testu na HIV w standardzie diagnostycznym?

W 2016 r. 33 proc. nowych zakażeń HIV w Polsce rozpoznano u osób w wieku 20–29 lat, 38 proc. – w wieku 30–39 lat, a 16 proc. – w wieku 40–49 lat. W 61 proc. przypadków droga zakażenia pozostała nieznana, w pozostałych – prawdopodobną przyczyną transmisji były kontakty seksualne mężczyzn (28 proc.), ryzykowne kontakty heteroseksualne (8 proc.) i iniekcje środków odurzających (3 proc.). Według szacunków WHO w Polsce od 6 do 11 tys. kobiet może być zakażonych HIV. Ponad 50–70 proc. zakażonych nie zna swojego statusu serologicznego. W innych krajach rozwiniętych – maksymalnie 30 proc.

– Test nikogo nie ocenia – podkreśla prof. Magdalena Marczyńska, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM, ordynator Oddziału XI Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. – Zalecamy jego wykonanie, bo zależy nam na zdrowiu pacjenta, a w przypadku kobiety ciężarnej także na zdrowiu jej potomstwa. Jeżeli test przeprowadzimy w I trymestrze ciąży, a wynik jest dodatni, dzięki terapii, jeżeli poród nie będzie powikłany, mamy prawie 100-proc. pewność, że dziecko będzie zdrowe.

W wyniku włączenia większej liczby pacjentów do leczenia antyretrowirusowego, liczba nowych zachorowań i zgonów chorych na AIDS systematycznie spada. Według danych Krajowego Centrum ds. AIDS 30 kwietnia 2017 r. leczeniem antyretrowirusowym było objętych 9923 pacjentów, w tym 113 dzieci.

Efektywne leczenie poprawia jakość życia osób zakażonych HIV, umożliwia im aktywność rodzinną, społeczną i zawodową. ■

ach

Do utraty tchu

Jak w przypadku wszystkich chorób rzadkich, wiedza o nadciśnieniu płucnym jest szczególnie ważna dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Szybkie rozpoznanie choroby może bowiem pacjentom wydłużyć życie.

Nieleczone nadciśnienie płucne tętnicze prowadzi do niewydolności serca. – Szybkie jego rozpoznanie ma kluczowe znaczenie dla przebiegu choroby i skuteczności podejmowanego leczenia – twierdzi prof. Adam Torbicki, kierownik Kliniki Krążenia Płucnego i Chorób Zakrzepowo-Zatorowych CMKP. – Ale brak jednoznacznie charakterystycznych objawów w pierwszych etapach choroby utrudnia szybką diagnostykę. Obniżona wydajność fizyczna, szybkie męczenie się i uczucie duszności podczas wysiłku fizycznego jeszcze niedawno dobrze tolerowanego, to sygnały, które powinny wzbudzić czujność, szczególnie jeśli dotyczą młodych ludzi.

Nadciśnienie płucne tętnicze jest chorobą rzadką, nieleczone prowadzi do śmierci. W 2017 r. 80 organizacji pacjentów z całego świata po raz szósty obchodziło Światowy Dzień Nadciśnienia Płucnego. Znalazło się wśród nich Polskie Stowarzyszenie Osób z Nadciśnieniem Płucnym i Ich Przyjaciół. Celem organizacji jest wspieranie chorych oraz przekazywanie społeczeństwu jak największej liczby informacji o schorzeniu.

mkr



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 multimediów, 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 Hyundai i30 Nowej Generacji.



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



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

Komputerowa rewolucja w szpitalach regionu radomskiego

Już niebawem placówki służby zdrowia będą musiały prowadzić dokumentację medyczną wyłącznie w formie elektronicznej. Czy szpitale w regionie radomskim są do tego przygotowane?

Rząd planował wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej na styczeń 2018 r., ale – jak się okazało podczas przeprowadzonej kilka miesięcy temu kontroli stanu informatyzacji placówek służby zdrowia – większość szpitali nie zdążyłaby wprowadzić nowoczesnych rozwiązań do końca roku. Dlatego postanowiono przesunąć termin na początek 2019 r. Od tego momentu mają być prowadzone w formie elektronicznej trzy dokumenty: karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta odmowy przyjęcia do szpitala oraz pisemna informacja specjalisty dla lekarza kierującego. Rok później pojawią się obowiązkowe e-recepty, a od 1 stycznia 2021 r. – e-skierowania.

Jak poradzą sobie z tymi wymogami placówki z regionu radomskiego? Problemów nie powinien mieć Radomski Szpital Specjalistyczny, który właśnie pozyskał na wprowadzenie e-usług blisko 9 mln zł z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020. Koszt realizacji całego projektu to ponad 11 mln zł. – *Wprowadzimy nowoczesne rozwiązania, które ułatwią i usprawnią pracę personelu, a jednocześnie poprawią komfort pacjentów* – zapewnia Jerzy Zawodnik, wiceprezydent Radomia.

Szpitalna platforma internetowa obejmie 15 e-usług. Planowane jest m.in. uruchomienie portalu informacyjnego dla pacjentów oraz systemu e-rejestracji i przypomnienia o terminie wizyt lekarskich. – *Zostanie również wprowadzony program zarządzania kolejkami, który umożliwi skrócenie do minimum czasu oczekiwania przed gabinetem lekarskim* – tłumaczy Jerzy Zawodnik. Także personel medyczny, głównie lekarze, za pomocą urządzeń mobilnych będzie mieć wgląd w historię choroby pacjenta. System umożliwi zdalne umawianie wizyt, zlecenie leków oraz badań bezpośrednio przy łóżku chorego. Wszystkie e-usługi powinny być realizowane w RSS przed końcem 2018 r.

Sięgają po unijne fundusze

Do podobnej inwestycji szykuje się druga radomska lecznica – Mazowiecki Szpital Specjalistyczny. Jednak dotychczas dopiero udało się wybrać partnerów do wspólnej realizacji ambitnego projektu informatyzacji placówki, który również ma być w znacznym stopniu sfinansowany z funduszy unijnych. Reszta pozostaje w sferze planów i zamierzeń.

Po pieniądze z Unii Europejskiej śmiało sięgają także inne lecznice z regionu radomskiego. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą dostał 3,2 mln zł na projekt „E-zdrowie”, czyli kompleksową komputeryzację szpitala i przychodni specjalistycznych. Inwestycja ma być realizowana wspólnie z trzema innymi placówkami działającymi na terenie powiatu przysuskiego: w Odrzywole, Klwowie i Potworowie. Dzięki niej skróci się czas oczekiwania pacjentów na podjęcie leczenia, natomiast lekarze otrzymają szybszy i łatwiejszy dostęp do pełnej informacji o stanie chorego i przebiegu jego terapii. W ramach projektu utworzone zostanie m.in. centralne archiwum wyników badań diagnostycznych, zdjęć rentgenowskich, zapisów EKG i innych danych z urządzeń szpitalnych.

Wprowadzenie podobnego systemu planuje szefostwo SPZZOZ w Pionkach, który otrzymał blisko 2 mln zł na e-usługi. Pacjenci szpitala i należących do niego poradni będą mogli m.in. drogą elektroniczną zapisać się na wizytę u lekarza, otrzymać skierowanie na badania, a także odwołać lub zmienić termin konsultacji. Komunikację z pacjentami ułatwi system e-powiadomień, czyli informacji przesyłanych drogą e-mailową lub SMS-em.

Lekarz ze smartfonem



Graf. licencja Artmedia Partners

System elektronicznej dokumentacji medycznej oraz pakiet usług z zakresu e-zdrowia wdroży w 2018 r. także SPZZOZ w Lipsku, który pozyskał na ten cel ponad 2,6 mln zł. W ramach projektu zakupiona zostanie infrastruktura sieciowa i serwerowa oraz udostępnionych będzie osiem e-usług: e-szkolenia, e-diagnostyka, e-profilaktyka, e-rejestracja z powiadomieniami, e-wyniki, e-konsultacje, e-przychodnia oraz e-recepta. W przedsięwzięcie zaangażuje się jeszcze czterech partnerów – placówki medyczne w Chotczy, Rzecznowie, Przyłękę i Ciepeliowie.

Realizacja kompleksowego projektu informatyzacji, mającego nie tylko poprawić jakość leczenia, ale również ograniczyć koszty działalności, jest jedną z największych w ostatnim okresie inwestycji SPZZOZ w Iłży. Wdrożenie systemu kosztowało 2,7 mln zł. Dziś lekarze za pomocą smartfonów lub tabletów mają stały dostęp do bazy leków, wyników badań oraz elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów, mogą też prowadzić zdalną konsultację, natomiast chorzy e-mailowo albo SMS-em otrzymują informację o terminie wizyty u specjalisty.

Wprowadzenie e-usług planują również inne placówki w regionie, np. SPZZOZ w Kozienicach, gdzie jednak dopiero opracowywana jest specyfikacja techniczna projektu, którego koszty oszacowano na 6 mln zł. ■

Rafał Natorski

Szpital w Siedlcach

28 kwietnia odbyło się uroczyste otwarcie nowego skrzydła Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o.

Oddany do użytku obiekt to trzykondygnacyjny budynek o powierzchni użytkowej 2234 mkw. Niski parter zajmuje apteka szpitalna, na wysokim parterze znajdują się dodatkowe pomieszczenia oddziału dziecięcego (16 łóżek), zlokalizowane w bezpośrednim sąsiedztwie głównego oddziału dziecięcego (30 łóżek). Jest także pokój z łazienką dla rodziców oraz pokoje dla dzieci z rodzicami. Na I piętrze przewidziano 17-łóżkowy Oddział Okulistyczny. Część pobytowa została oddzielona od diagnostyczno-zabiegowej i administracyjnej. Swoje miejsce zyskało ambulatoryjne leczenie okulistyczne. Koszt całkowity inwestycji to ponad 10 mln zł.

O szczepieniach

W kwietniu w Ciechanowie odbyła się konferencja pt. „Fakty i mity na temat szczepień ochronnych”.

Zorganizował ją Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny z udziałem Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie. Spotkanie przeznaczone było głównie dla pracowników służby zdrowia oraz opieki społecznej, oświaty i samorządu. W konferencji wzięła udział dr n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz, krajowy konsultant ds. epidemiologii, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień Państwowego Zakładu Higieny.

Operacja 3D

W maju w grodzkim Szpitalu Zachodnim miała miejsce innowacyjna operacja przy użyciu technologii 3D.

Operację przeprowadził ordynator Oddziału Neurologii dr n. med. Rafał Górski z zespołem lekarskim szpitala. Pacjentowi usunięto guz mózgu zlokalizowany u podstawy czaszki. Chirurgowie operowali w okularach do odbioru obrazu trójwymiarowego z wykorzystaniem superprecyzyjnego przestrzennego obrazu z egzoskopu.

Bródnowski zasłużony

Sejmik Województwa Mazowieckiego wyróżnił w kwietniu Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Odznaką Honorową „Zasłużony dla Mazowsza”.

W uzasadnieniu napisano m.in.: „*Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. to jedna z najważniejszych placówek służby zdrowia w naszym regionie, zatrudniająca wybitnych specjalistów i ciesząca się znakomitą renomą oraz zaufaniem pacjentów. W imponującym tempie szpital się zmienia, podnosi jakość oferowanych świadczeń, nowoczesnie i stanowi wspólną wizytówkę centralnego Mazow-*

sza. Szpital Bródnowski w Warszawie od wielu już lat służy utrzymaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia cierpiącym. Nowe osiągnięcia w dziedzinie wiedzy medycznej, leczenie zgodne ze standardami współczesnej medycyny, pełen zakres monitorowania czynności życiowych chorego, nowoczesna diagnostyka i wykwalifikowana, rzetelna kadra to tylko nieliczne z zalet, którymi może się pochwalić szpital”. Odznaka Honorowa „Zasłużony dla Mazowsza”, nadawana przez Sejmik Województwa Mazowieckiego, jest zaszczytnym wyróżnieniem za szczególne zasługi dla regionu.

Spotkanie w Senacie

W maju w Senacie odbyła się konferencja pt. „Nowoczesne technologie medyczne i ich wpływ na profilaktykę oraz codzienną praktykę kliniczną w polskiej służbie zdrowia”.

Organizatorami spotkania byli: marszałek Senatu Stanisław Karczewski, Komitet Nauk Klinicznych PAN, Rada Główna Instytutów Badawczych i Światowe Centrum Słuchu IFiPS. Celem konferencji jest upowszechnienie wśród polityków i w środowiskach opiniotwórczych informacji o najnowszych technologiach stosowanych w różnych specjalnościach medycznych oraz stworzenie klimatu sprzyjającego wspieraniu inicjatyw medycznego środowiska naukowego. **pk**

Niewydolność serca

– Jakość życia pacjenta z zaawansowaną niewydolnością serca jest porównywalna z jakością życia pacjenta dializowanego – mówi prof. Przemysław Leszek z Kliniki Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii w Aninie. – Ma zmniejszoną tolerancję wysiłku, obrzęki obwodowe, przy skrajnej duszności śpi w pozycji siedzącej, pojawia się depresja, która odbiera mu chęć do walki o zdrowie.

Leczenie redukuje objawy niewydolności serca, ale pojawiają się inne: zawroty głowy, zaburzenia snu, obniżenie potencji, częste oddawanie moczu.

U podłoża niewydolności serca leży choroba wieńcowa, nadciśnienie, cukrzyca. W Polsce cierpi na nią około 800 tys. osób, blisko 1 mln choruje bezobjawowo, a 8–9 mln żyje z wysokim ryzykiem zachorowania. Z jej powodu hospitalizowanych jest około 200 tys. pacjentów rocznie. Zdaniem prof. Grzegorza Opolskiego, kierownika I Katedry i Kliniki Kardiologii uniwersyteckiego szpitala przy ul. Banacha, w najbliższych latach liczby te zwiększą się o 25 proc. Przyczyną wzrostu jest m.in. starzenie się społeczeństwa i – paradoksalnie – skuteczniejsze leczenie innych chorób.

Z okazji Dnia Świadomości Niewydolności Serca Sekcja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego uruchomiła portal internetowy: www.slabeserce.pl, na którym można znaleźć szeroką wiedzę o chorobie i wskazówki, jak sobie z nią radzić. **mk**



DELEGATURA RADOMSKA

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



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

doniesienia naukowe



Wiek lekarza a ryzyko zgonu pacjenta

Lekarze doświadczeni zwykle obdarzani są przez pacjentów większym zaufaniem. Zaskakujące są zatem wyniki amerykańskich obserwacji sugerujące, że chorzy w szpitalach, którymi opiekowali się lekarze po 60. roku życia, częściej umierają.

Badania przeprowadził dr Yusuke Tsugawa z Harvard T.H. Chan School of Public Health ze swym zespołem. Objęto nimi 737 tys. pacjentów w wieku co najmniej 65 lat, hospitalizowanych w latach 2011–2014. Spośród zajmujących się nimi lekarzy prowadzących (hospitalists) wydzielono dwie grupy: młodszych niż 40-letni i starszych niż 60-letni.

Wśród pacjentów, którymi opiekowali się młodszy medycy, odnotowano 11 proc. zgonów w ciągu 30 dni od przyjęcia do szpitala, natomiast 12 proc. zgonów odnotowano wśród tych, którymi zajmowali się starsi lekarze. Duże znaczenie miało to, jak wielką liczbą pacjentów się opiekowali. Jeśli było ich wielu, w obu grupach śmiertelność chorych była taka sama. Młodszy lekarze mieli mniej zgonów, gdy liczba chorych pod ich opieką była mała lub umiarkowana. Wtedy zauważono zależność, że z każdym wzrostem wieku lekarzy o 10 lat śmiertelność ich pacjentów po 30 dniach hospitalizacji zwiększała się o 19 proc.

Nie można wykluczyć, że nie wiek lekarzy, lecz inny czynnik zadecydował o różnicach w śmiertelności hospitalizowanych pacjentów. Mogło być również tak, że chorych w ciężkim stanie częściej przyjmowali starsi lekarze. Jeśli to pominąć, można spekulować, że starsi lekarze mają większe doświadczenie, ale młodszy dysponują najnowszą wiedzą medyczną, bo później skończyli studia.

(„British Medical Journal”, online, 16 maja 2017)

Działania niepożądane

Chodzi o tzw. efekt nocebo, który jest odwrotnością placebo. Z najnowszych obserwacji wynika, że świadomość działań niepożądanych terapii może powodować, iż częściej będą odczuwane lub w większym nasileniu, niż wtedy, gdy pacjent o nich nic nie wie.

Sprawdził to dr Peter Sever z zespołem z Imperial College London. Przeanalizowano badania, którymi objęto 10 tys. pacjentów w wieku 40–79 lat, leczonych statynami, w Wielkiej Brytanii i krajach skandynawskich. W chwili rozpoczęcia badań nie zażywali tych leków i nie przeszli zawału serca, u wszystkich występowało jednak nadciśnienie oraz co najmniej trzy inne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

W pierwszej fazie badań, w latach 1998–2002, pacjenci tradycyjnie byli podzieleni na dwie grupy: jedni otrzymywali statyny, a drudzy jedynie placebo. Jedni i drudzy w jednakowym stopniu odczuwali bóle mięśni i zaburzenia erekcji, prócz tego osoby zażywające placebo częściej narzekały na zaburzenia snu.

W drugim etapie badań, który realizowano w latach 2002–2005, wszyscy ochotnicy wiedzieli, że zażywają statyny. Wtedy na bóle mięśni narzekało 1,26 proc. przyjmujących

statyny i 1 proc. pacjentów, którzy ich nie otrzymywali. Uznano, że to różnica znamienista statystycznie.

Dr Ian Kronish z Center for Behavioral Cardiovascular Health Columbia University Medical Center w Nowym Jorku twierdzi, że w mediach dużo pisze się o statynach, więc wiele osób je stosujących wie o ich działaniach niepożądanych, przede wszystkim o bólach mięśni.

(„Lancet”, online, 2 maja 2017)

Zaburzenia poznawcze: stres, a nie chemioterapia

U części chorych na raka piersi pojawiają się zaburzenia poznawcze, które często wiązano z chemioterapią. Najnowsze badania tego jednak nie potwierdzają. Powodem zaburzeń jest stres związany z wykryciem i leczeniem choroby, a nie zastosowane leki.

Dr Kerstin Hermelink ze szpitala uniwersyteckiego w Monachium i jej zespół analizowali trzy grupy liczące w sumie 150 osób: pacjentki z rakiem piersi leczone chemioterapią, cierpiące na tę chorobę, ale niepoddane wspomnianej terapii oraz zdrowe kobiety. Zaburzenia poznawcze występowały tak samo często u pacjentek przed chemioterapią, po niej, u tych, które jej nie otrzymały, i u osób, które w ogóle nie były chore.

Wszystkie uczestniczki badania były poddawane testom neuropsychologicznym co kilka miesięcy przez rok. Po siedmiu miesiącach obserwacji nie stwierdzono żadnych różnic. Natomiast po roku zauważono niewielką różnicę w zdolnościach poznawczych kobiet z rakiem piersi i tych, które nie chorowały. Nie było to jednak związane z zastosowaniem chemioterapii, lecz z zespołem stresu pourazowego – zapewniają autorzy badań.

(„Journal of the National Cancer Institute”, online, 3 maja 2017)

Ciąża kobiet z rakiem piersi

Urodzić dziecko czy nie? Wiele kobiet z rakiem piersi w okresie rozrodczym obawia się zająć w ciążę, ponieważ wydaje się im, że może ona zmniejszyć ich szansę na skuteczną walkę z chorobą. Jeśli były jeszcze jakieś wątpliwości, rozwiewają je badania przedstawione podczas kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO), który na początku czerwca 2017 r. odbył się w Chicago.

Wniosek jest jednoznaczny: nawet kobiety z pozytywnym receptorem estrogenowym w komórkach nowotworowych nie muszą się lękać. Przekonują o tym badania, którymi objęto 1207 pacjentek, przeprowadzone pod kierunkiem prof. Matteo Lambertini z Institute Jules Bordet w Brukseli.

Dziesięcioletnie obserwacje sugerują, że nie ma żadnych różnic w długości przeżycia ogółem kobiet z rakiem piersi, które urodziły dziecko, i tych, które nie zdecydowały się na potomstwo. Nie zauważono ich również wśród pacjentek z ER pozytywnym. Prof. Lambertini twierdzi nawet, że według jego badań kobiety z receptorem estrogenowym po urodzeniu dziecka mają o 42 proc. mniejsze ryzyko zgonu. Jego zdaniem sugeruje to, że ciąża może działać ochronnie.

Belgijski specjalista zastrzega jednak, że potrzebnych jest więcej badań dotyczących kobiet z bardziej agresywnym HER-2 dodatnim rakiem piersi oraz tych, które są nosicielkami genów BRCA.

(Reuters, 3 czerwca 2017) ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

Szacun dla nazaretanek

Paweł Kowal

1 czerwca 2017 r. dziewczyny z Gimnazjum Nazaretanek obcięły sobie warkocze, żeby przekazać je innym dziewczynom, które leczone na nowotwory straciły włosy. Tego samego dnia, zgodnie ze zwyczajem wprowadzonym w 1994 r., zebrał się nietypowy Sejm. Obradowały dzieci i młodzież. Nie bójcie się Państwo, nie będzie o polityce – tej zasady przestrzegam w niniejszej rubryce nader skrupulatnie. Będzie o przyszłości Rzeczypospolitej i młodzieży chowaniu. Otóż dzieci przemawiały, udając dorosłych. Część z nich stanowiły nastolatki, słowem gimnaza i liceum. Ich wystąpienia przypominały konkursy piosenki dla małych miss, tylko okraszone politycznym sosem. Młodzież nie żałowała krytyki zawodowym politykom. Poza tym określała swoje zdecydowane poglądy polityczne już w pierwszym zdaniu. Mnóstwo filmików krąży w sieci, można obejrzeć. Staram się pisać tak, by nikogo z minipostów nie reklamować. Zobaczcie.

Spotkanie sejmowe pokazało, jak młodzi i dzieci widzą dorosłych. Każdy wie, że dziecko jest jak krzywe zwierciadło – gdy nas naśladuje, zobaczymy rzeczy, na które nie zwró-

cilibyśmy uwagi, chyba że rysowałby nas Henryk Sawka. Politycy wszystkich opcji bawili się szaleństwem politycznym dzieci, bili brawo itd. Czy to na pewno dobry pomysł, żeby mała dziewczynka lub chłopczyk oceniali publicznie kompetencje ministrów tego czy tamtego rządu, nie przebiegając w słowach? Czy to na 100 proc. dobry pomysł, by dzieci krytkowały dorosłych? Czy chcielibyśmy w tej roli zobaczyć własne pociechy? Szkoda, że nikt nie powiedział dość. Ale nie jest za późno.

Nie chodzi o to, żeby nie było tego sejmiku. Jeśli jednak ma zostać zwołany w kolejnych latach i ma być swego rodzaju przedszkolem demokracji, trzeba w nim postawić na kulturę polityczną. Nie tylko na grzeczne formy wypowiedzi, ale też na szacunek dla doświadczenia starszych i instytucji. Należy pokazać, że nie można zbyt łatwo odbierać innym prawa do działania w dobrej wierze, oceniać intencji innych jako z gruntu złych, skupiać się na personaliach. Trzeba natomiast mówić o sprawach ważnych. Nie każdy musi być grzeczny i akuratywny jak dziewczyny od nazaretanek, wobec których szacun i tyle. Nie każdy musi być jak gimnaza i licealiści wolontariusze w Muzeum Powstania Warszawskiego czy setkach innych przedsięwzięć. Jasne, nie wszyscy muszą od dziecka apelować o prawo do broni i czytać polityczną prasę. Sejm dzieci i młodzieży nie może jednak skupiać się na wadach dorosłych, bo wtedy całe przedsięwzięcie traci sens, a zamiast szkoły demokracji jest zgorszenie. ■

MUZY I MY



Rzeczy warszawskie

Muzeum Warszawy w odnowionych wnętrzach kamienic przy Rynku Starego Miasta prezentuje na wystawie głównej przedmioty codziennego użytku i dzieła sztuki będące punktem wyjścia do opowiedzenia historii swoich właścicieli i twórców oraz wydarzeń i procesów, które ukształtowały współczesną Warszawę. Przygotowano tematyczne gabinety, m.in. portretów, pocztówek, suvenirów, syren warszawskich i pomników.

muzeumwarszawy.pl

Koncerty organowe

Międzynarodowy Festiwal Muzyki Organowej „Organy Archikatedry” jest jednym z najważniejszych festiwali organowych w Europie. Przez letnie miesiące, od 2 lipca do 17 września, w każdą niedzielę w Archikatedrze św. Jana w Warszawie koncertują znakomici organiści z Polski i z zagranicy.

www.kapitula.org

Jazz na Starówce

Międzynarodowy Festiwal Plenerowy Jazz na Starówce należy do najpopularniejszych i największych – pod względem zgromadzonej publiczności – spotkań jazzowych w Polsce. Koncerty z udziałem artystów krajowych i zagranicznych odbywają się w każdą sobotę lipca i sierpnia na Rynku Starego Miasta w Warszawie.

www.jazznastarowce.pl

Warszawa Singera

Festiwal Warszawa Singera odbędzie się już po raz 14. Spektakle teatralne, koncerty, wystawy, dyskusje i warsztaty są okazją do spotkania z kulturą i tradycją żydowską. Do udziału w festiwalu są zapraszani artyści z całego świata, a podziwia ich co roku bardziej liczna publiczność. Przy pl. Grzybowskim i ul. Próznej, a także na wybranych warszawskich scenach. Od 26 sierpnia do 3 września.

www.festivalsingera.pl

Chopin na Okólniku

Wieczory Chopinowskie na Okólniku to letni cykl koncertów odbywających się na patio (a w razie niepogody w sali koncertowej) Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina. W każdym tygodniu słuchacze poznają utwory w wykonaniu reprezentacji jednej z dziewięciu uczelni muzycznych w Polsce. Koncerty w lipcowe i sierpniowe wtorki.

www.chopin.edu.pl

ach



Fot. ach

W kwietniu 2017 r. odbyła się XIV Gala Nagrody „Złoty Otis”. Wyróżnieniem tym są honorowane wybitne osoby, które pracę zawodową łączą z aktywnością społeczną. W tym roku nagrodę w kategorii Lekarz i Społecznik odebrała Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, specjalistka chorób wewnętrznych. Laureatka jest delegatem na Krajowy i Okręgowy Zjazd Lekarzy. Przez dwie kadencje pełniła funkcję przewodniczącej Okręgowego Sądu Lekarskiego, a obecnie jest jego wiceprzewodniczącą. ■ kb



Goniec Medyczny

W ostatnim trymestrze ciąży

Lekarze ze Szpitala św. Rafała w Krakowie wycięli guza mózgu pacjentce, która niebawem miała rodzić. Kobieta była przytomna podczas operacji. Pełna narkoza mogłaby zaszkodzić dziecku.

Należy karać

– Wobec lekarzy i pielęgniarek odwodzących ludzi od szczyptę należy wyciągać konsekwencje – powiedział w Bydgoszczy minister zdrowia Konstanty Radziwiłł.

Domowe ciśnieniomierze

Amatorskie urządzenia do mierzenia ciśnienia krwi aż w 70 proc. przypadków podają wartości ze sporym błędem – twierdzą naukowcy z University of Alberta. Zalecają porównywanie wyników domowego aparatu z pomiarami wykonanymi przez lekarza.

Jad węża

„Podany myszom lek przeciwplytkowy, oparty na białku występującym w jadu węża, zapobiega zakrzepom, a nie powoduje nadmiernego krwawienia” – informuje czasopismo naukowe „Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology”.

Znaleziska w suplementach diety

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

Zarodek zamrożony przez 16 lat

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

Pętla długów

Rosnące pensje, wyższe wymogi, niskie wyceny świadczeń – z tych powodów sytuacja szpitali powiatowych szybko się pogarsza. Apelują o uruchomienie rezerw NFZ i przekazanie im 2,5 mld zł. ■

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

Lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny Esculapa

e-mail: redakcja@esculap.pl



Niezwykły rok 1917

Stefan Ciepły

Sto lat temu powstały w Krakowie dwa wielkie szpitale:

na Prądniku, urządzony w barakach podczas I wojny światowej jako wojskowy szpital zakaźny (obecnie Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II), oraz wzniesiony w południowej części miasta, w Kobierzynie, w latach 1907–1917 jako zakład dla umysłowo chorych, wzorowany *notabene* na powstałych w końcu XIX stulecia Tworkach (obecnie Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego).

Rok 1917. Cóż to był za niezwykły rok w Krakowie. 23 maja 136 naukowców Uniwersytetu Jagiellońskiego wydało deklarację w sprawie niepodległości Polski, odrzucając *de facto* akt utworzenia przez państwa centralne (5 listopada 1916 r.) Królestwa Polskiego. 31 lipca ogłoszono w mieście powszechną mobilizację. W Krzysztoforach przyjmowano ochotników, których 4 września zaprzysiężono na Błoniach. 28 września rozpoczęła się ewakuacja zarządzona na wieść o zbliżaniu się frontu. Liczba ludności zmalała o 1/3, a do Wiednia wyjechał m.in. prezydent Krakowa Juliusz Leo. W nocy z 30 listopada na 1 grudnia 1917 r. do Wieliczki dotarły wojska rosyjskie, a 4 grudnia rozpoczęła się bitwa o „twierdzę Kraków”. Nasiliły się nastroje anty-austriackie i antyniemieckie na tle rosnącej świadomości nieuchronnej klęski państw centralnych.

Jak w takich warunkach wyglądała uroczystość otwarcia obu placówek, którym dziś wystawiane są certyfikaty stulecia? W wypadku Szpitala im. Jana Pawła II, mieszczącego znany w kraju Instytut Kardiologii, wzniesiony z inicjatywy Antoniego Działkowiaka, początek był nader prozaiczny. Ot, istniejące od 1909 r. barakowe sanatorium zostało przez lekarza miejskiego Krakowa Tomasza Janiszewskiego, późniejszego ministra zdrowia w rządzie Ignacego Paderewskiego, przekształcone w szpital zakaźny. Decyzja była reakcją na epidemie duru plamistego, ospy i dyzenterii. W lutym 1918 r. wybuchła prawdziwa epidemia grypy, zwanej hiszpanką, więc placówka pełniła taką samą rolę także w okresie II Rzeczypospolitej. Kardiologia pojawiła się dopiero w latach 70. XX w.

Natomiast historia drugiego jubilatą rozpoczęła się w 1907 r. Na powierzchni 52 hektarów wybudowano prawdziwe miasto, ze wszystkimi atrybutami cywilizacyjnymi: ogrodem, oczyszczalnią ścieków, teatrem, kaplicą, folwarkiem, warsztatami, bocznica kolejową, blokami mieszkalnymi dla personelu i oczywiście pawilonami szpitalnymi. Cudo, do którego NFZ nie chce się przyznać. Dlaczego? Raczej wiadomo.

I tak w Krakowie – posmutniałym wskutek ostatecznej nieobecności Zbigniewa Wodeckiego, w klimacie zamętu wokół obsady dyrekcji Starego Teatru, przy niebywałym napływie turystów – trwa oczekiwanie na skutki wprowadzenia tzw. sieci szpitali, która obejmie obu jubilatów. ■



Fot. archiwum

Lek na rozum

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Wszyscyśmy już dawno zauważyli

zuchwałość twórców reklam paramedycznych we wszystkich możliwych mediach. Są to teksty, filmy, audycje, w których wmawia się ludziom głupstwa na temat chorób, zdrowia, wyglądu, młodości i starości, a których intencją jest powiększanie kasy tak zwanej Big Pharma.

Większość tych enuncjacji nosi znamiona znachorstwa, a niektóre są nim wprost, na przykład informacje o preparatach odchudzających, przywracających słuch i włosy. Ze szczególną przykrością odbieramy bzdury wygadywane na ekranie przez osoby podające się za lekarzy albo (niestety) lekarzami będące. To bywa wręcz upokarzające, tym bardziej że w gabinecie pacjenci na tych „telewizyjnych doktorów” się powołują. Przedstawiają ich jako autorytety, którym my nie dorastamy do pięt. Autorytet twierdzi w klipie, że jako osoba stara nie może żyć bez magnezu (żeby zabrzmiało naukowo: o dużej bioretencji) albo jako młoda ma parodontozę i (przy okazji) infekcję intymną, gdy tymczasem my, w gabinecie, uważamy, że wystarczy normalnie jeść i się myć.

Wychodzi na to, że jesteśmy niedouczeni i nie na czasie, a tylko ci z ekranu chcą dla ludzi dobrze. Inaczej nie byłiby pokazywani w telewizji.

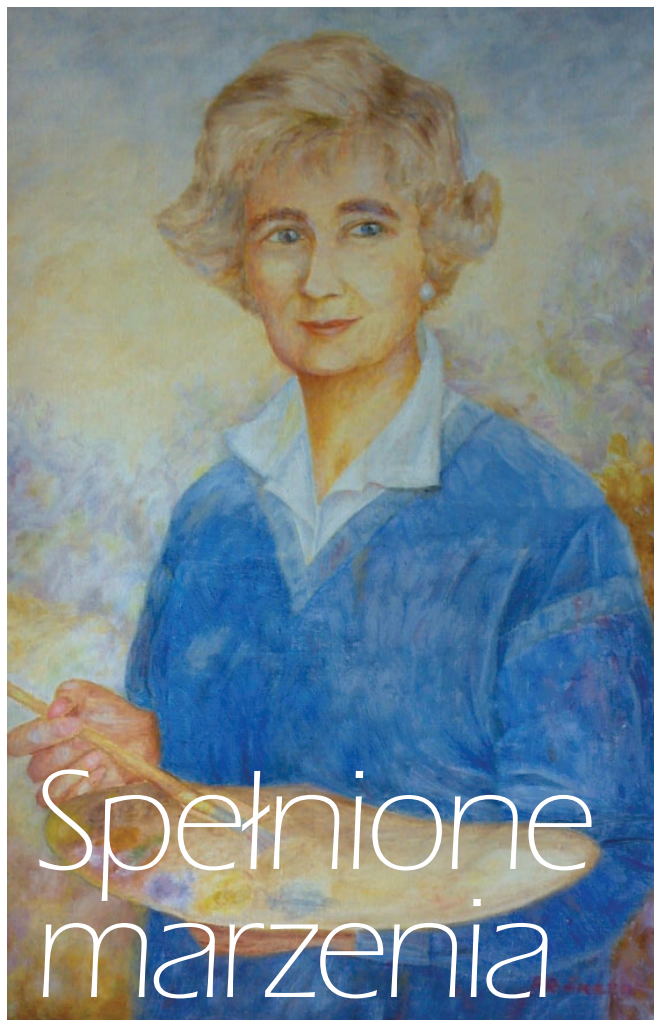
Pacjenci nie mają podstaw, żeby analizować i rozumieć teksty reklamowe, to jasne, ale dlaczego my, lekarze, mamy tolerować wybryki reklamodawców? To z pewnością zadanie dla resortu zdrowia i izb lekarskich.

Najbardziej charakterystyczne przekłamania są widoczne już na samej powierzchni języka reklam. Ze zdumieniem widzimy i słyszymy, że istnieją leki „na wątrobę”, „na serce”, „na stawy”. Tak jakby wątroba, serce czy stawy były czymś złym i należałoby się z nich wyleczyć. Tłumaczenie starszej pani bez matury, że leki jeśli już działają, to nie na szkodliwą wątrobę, ale najpewniej na patogeny, które zazwyczaj nawet nie są częścią organizmu ludzkiego; że nie choruje sama wątroba, ale „cały człowiek” – jest stratą czasu. Język laika z założenia wszystko upraszcza, choroby wrzuca do jednego worka z nazwą narządu albo jakiegoś mitycznego stanu chorobowego (tzw. zatrucia organizmu), a leczenie sprowadza do czyszczenia z toksyn działających tylko na wyobraźnię.

Wykorzystują to znachorzy i producenci farmaceutyków od setek lat, więc sprawa nie jest nowa. Kiedy tylko w 1989 r. pękła tama przedsiębiorczości, dawna fala zalała nas na nowo. Odbiorcy zaś, nasi pacjenci, poddali się językowi znachorstwa w mediach i Internecie, ale i mowie forumowiczów, którzy piszą, co im ślina na język przyniesie, kłamią na portalach, anonimowo się popisują, wymyślają niestworzone historie.

Myślę, że jedynym sposobem na te narastające, idące w złym kierunku zaburzenia jest przywrócenie oświaty zdrowotnej. Rozpoczęcie systematycznego objaśniania pojęć podstawowych, aby manipulacje medialne przestały oddziaływać. Najlepiej zacząć od swojego gabinetu, u siebie.

Przydałaby się też odezwa do władz, bo sprawa ma charakter systemowy. Panie Ministrze! ■



Spełnione marzenia

Gdy w dzieciństwie w domu rodziców pozwolono mi oglądać albumy z malarstwem, to było dla mnie wielkie święto – wspomina dr Regina Antczak-Rutkowska. – Już wtedy malarstwo mnie fascynowało. Kochałam też przyrodę Mazowsza, na którym się urodziłam.

Rodzinne, pogodne życie nie trwało zbyt długo. Przyszła wojna i niemiecka okupacja. Rodzice zostali wysiedleni z majątku. Młoda Regina po maturze zdecydowała się na studia medyczne. W latach 1946–1950 kształciła się w Warszawie, w Akademii Stomatologicznej, która wówczas była jeszcze odrębną uczelnią. Obowiązywały nakazy pracy. Na szczęście wysłano ją do Trójmiasta, gdzie już pracował w Akademii Medycznej mąż chirurg.

Zamieszkanie nad morzem było jej marzeniem, ale wkrótce okazało się, że źle się tam czuje. Po czterech latach przeprowadzili się więc w okolice Warszawy, a potem do samej stolicy. Dr Regina pracowała w przychodni w Szymanowie. Tam wśród pacjentów byli m.in. zakonnicy z Niepokalanowa, ale i osoby z pobliskiego ośrodka dla niepełnosprawnych umysłowo.

– Zawsze marzyłam o wyjeździe do pracy zagranicę, chciałam się sprawdzić – mówi dr Rutkowska. – Znałam języki, miałam II stopień specjalizacji ze stomatologii zachowawczej. Córki były już dorosłe, nie musiałam się nimi zajmować na co dzień. Moje hobby to turystyka. Pracowałam w kolejowej służbie zdrowia i od czasu do czasu otrzymywałam darmowy bilet kolejowy ważny na całą Europę. W ten sposób wraz z córkami zwiedziłam Włochy. Ale chciałam zobaczyć więcej. Sądziłam, że praca zagranicą mi to ułatwi.

W tamtych czasach możliwość wyjazdu była znikoma, zwłaszcza dla osób niepartyjnych, a do takich należała dr Rutkowska. Prośby zbywano stwierdzeniem, że jest bardzo potrzebna w kraju. Ale kiedyś szczęśliwie złożyło się, że jej pacjentem został polski inżynier, który kończył studia w Londynie i pracował jako wystannik ONZ w Libii. Gdy zobaczył na stoliku lekarki słownik języka angielskiego, spytał, czy nie myślała o wyjeździe do pracy w innym kraju. Obiecał załatwić zaproszenie z Libii i dotrzymał słowa.

Zaproszenie podpisał sam Kaddafi! Teraz już nie było trudności. Polservice, który wtedy zajmował się wyjazdami fachowców zagranicę, zaproponował natychmiastowy wyjazd. Obiecano jej też pomoc na miejscu. Potem okazało się, że jest zupełnie inaczej, wszystko musiała załatwiać sama. A Polservice'owi trzeba było oddać znaczną część zarobku.

– Po dwóch miesiącach, w 1978 r., poleciałam do Libii – wspomina dr Rutkowska. – Trafiłam do zupełnie obcego mi świata, nigdy nie byłam w kraju arabskim. Momentami gubiłam się w Trypolisie, bo domy nie miały numeracji, napisy po arabsku. Nie dostałam pracy w stolicy, tylko daleko na wschodzie kraju, w Dernie, 100 km od Tobruku.

Dr Rutkowska pracowała w nowej klinice, której dyrektor mówił po angielsku. Również angielskojęzyczna była pomoc dentystyczna, przemiła i inteligentna dziewczyna. Dr Regina mieszkała przy polskiej rodzinie. Największą trudnością wcale nie były kłopoty językowe, ale mentalność tamtejszych mieszkańców.

Każda pacjentka: żona, córka, siostra, przychodziła z mężczyzną i tylko on mógł decydować o zabiegu. Nawet gdy szły korytarzem do gabinetu, on je wyprzedzał o kilka kroków. W kontaktach pomogło szybkie opanowanie języka arabskiego.

Pracowała w Libii dwa i pół roku. Tamtejsze władze chciały zatrzymać ją jeszcze na cztery lata, ale tęskniła za Polską, była tam zupełnie sama. W tej samej klinice pracowali lekarze z różnych krajów, m.in. z Jugosławii, Egiptu, Pakistanu, Bangladeszu.

– Zawsze byłam ciekawa świata, ludzi i różnych kultur, dlatego nie żałowałam, że wyjechałam do Afryki – wspomina dr Regina.

Po powrocie do Polski dr Rutkowska pracowała do 1989 r., lubiła swój zawód. W przychodni przy ul. Kasprzaka spędzała dwa dni tygodniowo.

Na emeryturze dr Rutkowska mogła wreszcie poświęcić się całkowicie swojej pasji – malarstwu. Wprawdzie już w Libii zaczęła malować, dzięki zachęcie spotkanego tam artysty malarza z Jugosławii, który zobaczył jej rysunki kredkami.

– Bardzo namawiał mnie, abym nie zaniedbywała tego zajęcia – mówi dr Rutkowska. – Zresztą malowanie łączyło nostalgię. Malowałam nie palmy, ale mazowieckie wierzby. Tamte krajobrazy zaczęłam malować dopiero po powrocie do Polski.

W kraju do kontynuowania pracy artystycznej zdingował ją prof. Piotr Kubikowski, prorektor AM, któremu obrazy bardzo się podobały. Przerzuciła się na malowanie olejem. Korzystała z pracowni i konsultacji prof. Marii Rotwand i prof. Jacka Bukowskiego z WSP. Poza pejzażami malowała i maluje także portrety, a ostatnio wyobra-

Lepiej, żeby mogli pozostać ludźmi

Czy lekarze to bogowie? Oczywiście, że nie. Nawet jeśli tak o sobie czasami myślą. W tytule książki „Mali bogowie. O znieczulicy polskich lekarzy” (Wydawnictwo Czerwone i Czarne) Paweł Reszka sięga nie po jedną, lecz po dwie klisze dotyczące lekarzy i ich pracy. Po pierwsze, że uważają się za panów życia i śmierci, i na każdym kroku podkreślają swoją przewagę nad pacjentami. Po drugie, że wobec tych pacjentów pozostają obojętni, znieczuleni.

Nie należy oceniać książki po okładce, a już na pewno nie po tytule. Autor, dziennikarz – przez wiele lat w „Rzeczpospolitej” był m.in. korespondentem wojennym, później korespondentem w Moskwie. Pracował również dla „Tygodnika Powszechnego”. Przed napisaniem książki zatrudnił się na dwa tygodnie w szpitalu. Za krótko, by zgłębić wszystkie meandry systemu? Na pewno

wystarczyło, by dobitnie przekonać się, że one istnieją. Że nie są fanaberią, wymysłem protestujących pracowników ochrony zdrowia. Również, może przede wszystkim – lekarzy. – *Lekarze są przepracowani. Muszą zarabiać więcej, zarabiać normalnie i pracować mniej. Ten system jest nie-ludzki* – mówił mi Paweł Reszka, gdy spotkaliśmy się, by porozmawiać o książce.

Problemy ochrony zdrowia są skomplikowane. Czy można o nich pisać „z marszu”, bez specjalnego wglębiania się w tematykę, studiowania dzieł ustaw i rozporządzeń? Reszka udowadnia, że można. Książka zawiera solidny background, ale jej wartość polega przede wszystkim na tym, że autor powierza lwią część narracji samym zainteresowanym. Robi to, co zawsze robił najlepiej – rozmawia z konkretnymi ludźmi, którzy mówią



mu o swoim życiu, swojej pracy. O tym, jak praca wpływa na ich życie i jak sami pod jej wpływem się zmienili.

„Mali bogowie. O znieczulicy polskich lekarzy” to lektura, po którą sięgnąć może każdy. Ale, po którą każdy lekarz sięgnąć powinien. ■

Małgorzata Solecka

Przecież nie umiem śpiewać!

To chyba najczęstszy argument, który słyszymy, gdy usiłujemy namówić kogoś do śpiewania w naszym chórze **Medicantus**. Jesteśmy lekarzami, a więc podejźmy do tego naukowo. Badania wskazują, że prawdopodobnie jedynie około 4 proc. populacji wykazuje biologicznie uwarunkowany brak zdolności muzycz-

nych (amuzję). Jest więc duża szansa, że jesteś wśród 96 proc. osób, których ten problem nie dotyczy! Kolejna dobra wiadomość jest taka, że śpiewania można się nauczyć. Nie trzeba mieć głosu jak Pavarotti lub Callas. Przeciwnie – w chóralnym śpiewaniu docenia się głosy niewybijające się, które potrafią stworzyć harmonię z innymi.

Może więc warto otworzyć się na nowe doświadczenia? Wznieść się na chwilę ponad rutynę i codzienność? Podzielić z innymi pasję? Poczucie wspólnoty i radość współtworzenia sztuki?

Czekamy. ■

Krystyna Olenderek

Koleżanki i Koledzy, poszukujemy nowych chórzystów. Serdecznie zapraszamy. dyrygent.smim@interia.pl

żenie kosmosu. Wydała album swojego malarstwa, brała udział w licznych wystawach zbiorowych w kraju, a także w Niemczech i na Litwie, kilkakrotnie wystawiała indywidualnie, m.in. w Starej Kordegardzie w 2002 r. Otrzymała pierwszą nagrodę w wielkim konkursie plastycznym telewizji Porion w 1997 r. Jeden z jej obrazów „Największy pielgrzym świata” był wystawiany w kościele św. Krzyża w Warszawie w okresie obchodów Millenium, a następnie podarowany kardynałowi Kazimierzowi Nyczowi, który przekazał go muzeum przy świątyni Opatrzności.

Inny został ofiarowany Janowi Pawłowi II w czasie jego pielgrzymki do Polski w 1999 r.

W uznaniu za wieloletnią pracę twórczą dr Antczak-Rutkowska została przyjęta do Związku Polskich Artystów Plastyków. Reprodukcje jej obrazów były publikowane na okładkach „Pulsu” w 2007 r. Lekarka jeździ na plenery organizowane przez Sekcję Malarską OIL w Warszawie, korzysta także z pomieszczeń atelier przy ul. Koziej. ■

Małgorzata Skarbek

Sezon na medal



Fotografie: archiwum i ach



Przygodę z nartami rozpoczęła w wieku trzech lat pod okiem ojca, lekarza chirurga Andrzeja Szczepanika, zapalonego narciarza i taternika. Od szóstego roku życia trenowała w Warszawskim Klubie Narciarskim. Jako nastolatka została powołana do kadry juniorów. Z powodu kontuzji 17-letnia zawodniczka potrzebowała przerwy na rehabilitację. A potem były studia medyczne, praca, życie rodzinne, które przesunęły karierę sportową na dalszy plan.

Dr n. med. Katarzyna Luterek pracuje w I Klinice Położnictwa i Ginekologii, na Oddziale Patologii Ciąży Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jako starszy wykładowca szkoli studentów medycyny. A wolnym czasie...

– Od dwóch lat znów intensywnie jeżdżę na nartach z rodzinnym klubem sportowym. Do sezonu przygotowuję się przez cały rok. Wyjeżdżam na treningi i biorę udział w zawodach – opowiada dr Luterek. – Na pewno trudno łączyć obowiązki zawodowe, sprawy domowe i pasję sportowe, zwłaszcza gdy w piątek po pracy wsiadam do samochodu i prosto ze szpitala zmierzam w góry, ale jazda na nartach wyzwala taką energię i radość, że dają radę. Dopinguje mnie rodzina, najbliżsi, a także moi współpracownicy i studenci. W tym roku po raz pierwszy byłam ze studentami WUM na treningach. Razem pojechaliliśmy na VI Akademickie Mistrzostwa Uczelni Medycznych w Narciarstwie Alpejskim. Miniony sezon był naprawdę udany. W zawodach No Limit Kasprowy, w których bierze udział kilkuset zawodników, zawodowców i amatorów, byłam szóstą w swojej kategorii. Na nartach jeżdżą moje córki i mąż.

Fot. archiwum No limit Kasprowy

W sezonie 2016/2017 dr Katarzyna Luterek zdobyła: 1. miejsce w slalomie w kategorii k4 IV Narciarskiego Pucharu Polski Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych; 1. miejsce w klasyfikacji generalnej w kategorii masters Narciarskiego Pucharu Mazowsza 2017; 1. miejsce w slalomie gigancie w kategorii masters XXXVII Otwartych Mistrzostw Warszawy; 1. miejsce w slalomie gigancie w kategorii masters XXXVII Pucharu Rodzinnego im. Janusza Pawlika; 6. miejsce w kategorii W3 w zawodach No Limit Kasprowy; 8. miejsce w VI Mistrzostwach Polskich Uczelni Medycznych w Narciarstwie Alpejskim w klasyfikacji drużynowej kobiet.

Na następne sezony wyzwań też nie zabraknie. W planach są kolejne zawody, m.in. Światowe Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, a także doskonalenie jazdy i poprawa już osiągniętych wyników. Kto wie, czy sportowe zacięcie dr Luterek nie ujawni się też w innych dyscyplinach.

– Niedawno odkryłam windsurfing – podkreśla z entuzjazmem. – Lato, woda i adrenalina jak na nartach. ■

ach





Fot. A. Ostrzycki

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W kwietniu 2017 r. impreza odbyła się, jak poprzednie, w Dębicy (w województwie podkarpackim). Wieczorem zawodnicy i osoby towarzyszące wzięli udział w konferencji naukowej „Postępy w medycynie sportowej”. Organizatorami i dobrymi duchami mistrzostw oraz konferencji byli, jak zwykle, dr Janusz Bieniasz i dr Lesław Ciepela z Towarzystwa Lekarskiego w Dębicy.

Zwycięzili reprezentanci Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie. Zawodnicy zrzeszeni w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie zajęli szóste miejsce na 18 startujących drużyn. Konkurencje rozegrano w sześciu grupach wiekowych. Najmłodszy zawodnik, nie licząc dzieci startujących poza konkursem, miał 25 lat, najstarszy – prof. Janusz Emerich z Gdańska – 78.

Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowało sześć startujących: Teresa Zasadzka, Hanna Ruta, Jerzy Leszczyński, Maciej Pasieczny, Piotr Marianowski i piszący te słowa Adam Ostrzycki. Warto, aby w przyszłym roku reprezentacja OIL w Warszawie była liczniejsza. Zapraszamy w imieniu organizatorów wszystkich, którzy kochają pływanie, aby wraz z całym rodzinami wzięli udział w XIV Mistrzostwach Polski Lekarzy w Pływaniu. W gościnnej Dębicy atmosfera spotkań jest doskonała. ■

Adam Ostrzycki
Instytut Kardiologii w Warszawie
Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
II Kliniki Choroby Wieńcowej

Rozpoczęcie sezonu motocyklowego 2017 Klubu DoctorRiders

W tym roku mieliśmy ogromną przyjemność rozpoczynać sezon motocyklowy w pięknym Zamościu. Szczególnie ciepły i perfekcyjnie przygotowany program imprezy zawdzięczamy Jasiowi (Janowi Zydlewskiemu) i jego przemijającej żonie Teresie. Jasio niestrudzenie od lat organizuje spotkania, dzięki którym poznajemy piękne zakątki naszej ojczyzny.

Mimo że majowa pogoda była zmienna i czasami kropiło, zwiedzaliśmy między innymi Roztoczański Park Narodowy i Krasnobród. Na rynek w Zamościu, gdzie przywitał nas prezydent miasta, wjechaliśmy w szyku paradnym. Wysłuchaliśmy koncertu orkiestry symfonicznej Namysłowskiego, nie rozstając się praktycznie z naszymi stalowymi rumakami. Wielkim przeżyciem była relacja płk. dr. Marcina Wojtkowskiego ze służby na misjach zagranicznych lekarzy w mundurach. Potem była zabawa, koncerty, spotkania i permanentne szkolenie w technice jazdy motocyklem. Ten zlot pozostanie w naszej pamięci na długie lata. ■

Krzysztof Sankiewicz (Sanki)



Fot. K. Sankiewicz



Fot. archiwum

Lampart – prawdziwy król zwierząt

Jacek Walczak

www.jacekwalcak.com

W bajkach królem zwierząt był zawsze lew. Czy wałkoń, który łaskawie pozwala swoim partnerkom polować dla siebie i żyje z ich zdobyczy, może być szanowanym monarchą? Ambitnym celem turystów w parkach narodowych Tanzanii jest wytropienie „wielkiej piątki”, czyli najbardziej niebezpiecznych zwierząt Afryki. Lista jest już ustalona od dawna – bawół afrykański, słoń, nosorożec, lew i lampart. Natomiast kolejność wymaga weryfikacji. Nosorożec, mało rozgarnięty krótkowidz, czy słoń, który spędza 16 godzin na dobę na jedzeniu, nie mogą raczej kandydować do królewskiego tronu. Czujny, dysponujący wyczulonymi zmysłami groźny bawół również nie ma wystarczających predyspozycji. Lampart, najłżejszy i najmniejszy (nieco ponad 50 kg wagi i 2,5 m długości) z nich, wydaje się najbardziej godny tytułu. Szlachetny samotnik żyje na ogromnych terenach, od Afryki przez środkową Azję, aż po Chiny i Malaje. Dzięki niezwyklej przebiegłości i umiejętności dostosowania do różnorodnych warunków stał się najbardziej rozpowszechnionym ze wszystkich wielkich kotów. Lampart przetrwał tam, gdzie pobratymcy dawno wyginęli.

Tajemniczy kot nie popełnia błędów taktycznych, jest niezwykle sprawny, a w odniesieniu do wagi ciała jest najsilniejszym ze wszystkich zwierząt tego gatunku. Nigdy nie pozwala ani innemu zwierzęciu, ani człowiekowi zbliżyć się

do siebie, za to sam skutecznie podkrada się do celu. Dobrze czuje się zarówno na częściowo otwartej sawannie, jak i w gęstym równikowym lesie. Osobniki żyjące na otwartej sawannie są jaśniejsze od mieszkających w lasach tropikalnych. Lampart nie gardzi żadną zdobyczą, od rozmaitego ptactwa przez gady, gryzonie do ssaków nawet pokaźnych rozmiarów, takich jak antylopy i mały. Grasuje także na skrajach wiosek, skąd porywa wszelkie zwierzęta domowe – kozy, drób, a nawet psy. Zdarzały się przypadki napaści lamparta na ludzi, zwłaszcza dzieci, więc nie cieszy się sympatią tubylców. On jednak zawaha się przed atakiem nawet na kiepsko uzbrojonego lub bezbronnego mężczyznę. Nawet zdesperowany, prawie nigdy nie rzuca się na człowieka, chyba że ma szansę napaść od tyłu. Kiedy tylko ma drogę odwrotu, zawsze wybiera ucieczkę.

Ze względu na jego samotniczy, nocny tryb życia, wytropienie lamparta jest trudne, nieprzypadkowo więc uznany został za najbardziej nieuchwytny i najgroźniejszy zwierzę łowne w Afryce. Zwykle dzień spędza, śpiąc w gałęziach dość wysokich drzew, w szczelinie skalnej lub w gęstwinie ciernistego głogu. Poluje w nocy i kiedy zaspokoi pierwszy głód, wciąga zdobycz na drzewo. Niekiedy bywa trzykrotnie cięższa od niego. Potem co noc odwiedza podniebną spiżarnię i coraz bardziej rozsmakowuje się w „daniu”, w miarę jak mięso gnije i mięknie, bowiem uwielbia padlinę.

Lampart nigdy nie poluje w stadzie. Walczy i umiera w samotności. Jedynie w okresie godowym spotyka się ze swoją królową, lecz po chwili uniesień ją opuszcza. Trzy miesiące później rodzą się kociątka, rzadko więcej niż trzy. Król nigdy nie ogląda swojego potomstwa. Jego partnerka samotnie zajmuje się dziećmi, zatem najczęściej udaje się jej wychować tylko jedno.

Lampart należy do najbardziej inteligentnych, wyrachowanych, cierpliwych i czujnych zwierząt. W stosunku do wagi ciała uznany został za najsilniejsze zwierzę na ziemi. Sploty stalowych mięśni i ścięgien kształtują jego doskonałe ciało. Biega i pływa zwinnie. Tubylcy w Tanzanii w języku suahili nazywają go *chui* i już sam dźwięk tego słowa powoduje ich ekscytację. ■



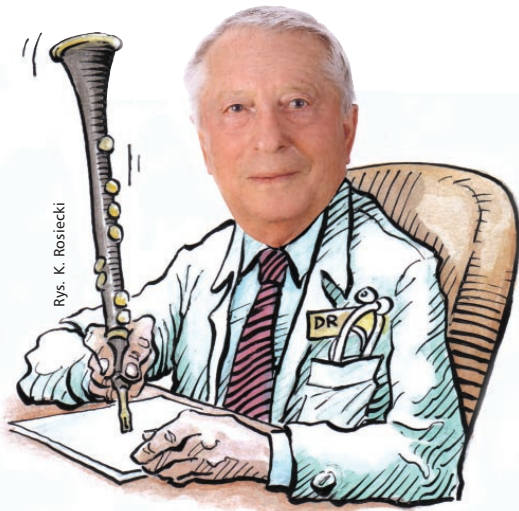
Fotografie: J. Walczak

Desant górników na Słupię

„Zagrajciez 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



Rys. K. Rosiecki

Wigry całe są piękne, ale istnieją nad nimi miejsca piękności wyjątkowo wielkiej i do takich należy olbrzymia, wiecznie nastońieczniona i zamknięta od lądu prastarym lasem, rozległa Zatoka Słupiańska. Przez lata cała zatoka stanowiła naszą bazę żeglarską, gdyż prawie każdego roku zasiedlaliśmy kempingowe domki w ośrodku wczasów pracowniczych, gdzie mieliśmy zaprzyjaźnionych szkutników, jakże przydatnych rybaków i pod ręką mnóstwo nudzących się wczasowiczek!

Pewnego lata sąsiadujący z nami domek zajęła grupa pań i panów, którzy nad Wigry przyjechali aż ze Śląska! Wszyscy byli młodzi, zdrowi i weseli, a ponieważ panowie byli górnikami – co w czasie komuny oznaczało najlepiej sytuowaną grupę zawodową – mieli forsy jak lodu! Nic też dziwnego, że w domku naszych sąsiadów trwało nieustannie wesołe party, które przystaniowy Jurek tłumaczył tak: jak się zdrowo nafigułają z damami, to przecież się godzi ździebko napić, na pochwałę mocy i dobroćliwości Bożej. Jak człowiek był młody, to się nigdy i niczemu nie dziwił, ale mimo wszystko zainteresowanie nasze wywołał fakt, że mieszkańcy bardzo rzadko opuszczali swoje lokum. Ściślej mówiąc, nie wychodzili panowie, chyba że za potrzebą i to rzadko! Co się tyczy pań, na krótkie momenty domek opuszczały, by skoczyć do Gawrychrody po kolejne skrzynki gorzały czy wyprać w jeziorze jakieś swoje fatalaszki.

Zdumienie moje przeto wywołała pewnego wczesnego ranka obecność jednego z górników w naszym pomieszczeniu. Młody człowiek kiwał się lekko na nogach i z wyraźnym osłupieniem patrzył na ogromne słońce, które właśnie się wytaczało gdzieś znad ruskiej granicy. Wkrótce mieliśmy wypłynąć,

więc byłem zajęty takielunkiem Oriana. Ponieważ roboty było co niemiara, a nasze nieme spotkanie się przedłużało, kierowany ciekawością postanowiłem z mým sąsiadem zamienić parę słów. – *Fajnie tu, co?* – spytałem, aby zagaic rozmowę. – *Uuu* – potwierdził swój zachwyt rozmówca. – *A panowie jeszcze długo?*

dzian. Nie rozmazując białej kaszy po czystym obrusie, jak mawiała babcia Rozalia, idę na całość. – *Panie* – mówię – *niech mi pan wytłumaczy, jak to jest. To wy jechaliście przez całą Polskę, by tutaj dotrzeć i siedzieć w domku? Czy warto było przemierzać ponad 700 kilosów, by się tutaj, w zamknięciu, napić wódki?*



Rys. P. Wozniak

– *Nii* – odparł. – *Kasa się kończy, trzeba wracać do domu i trochę poszychtować.* Po takim, mocno przegadanym wstępie postanawiam przystąpić do ataku frontального, gdyż miałem unikalną okazję dowiedzieć się, co sprawiło, że całe to towarzystwo zjechało nad Wigry. Po co? – *Panowie ze Śląska?* – zaczął nam oględnie. – *Ano* – mówi mło-

– *Panie* – odpowiada młody – *Ale jak tu się k...a pije! I za to ja też kocham Wigry!*

Wkrótce mili sąsiedzi nas opuścili, przyspieszając swój wyjazd z powodu gwałtownego niedoboru tak lekko-myślnie przepijanej gotówki. Zapadła wigierska cisza. Cisza, którą można krajać fińskim nożem. ■



Generał dobroci

Maciej Wiśniewski (1937–2017)

Generałowie są różni: brygady, dywizji, broni, armii, ale najbardziej zasłużonym wojskowym w moim mniemaniu był podpułkownik w stanie spoczynku Maciek Wiśniewski. Był radiologiem. I stopień specjalizacji uzyskał w Szpitalu Wojskowym przy ul. Szaserów, pod kierownictwem prof. Piotra Kozłowskiego, II stopień w Szpitalu MSW, promowany przez dr. hab. n. med. Zenona Waleckiego. Oba egzaminy zaliczył z wynikiem dobrym, co nie było łatwe, bowiem pełnił służbę wojskową, która zabierała Mu dużo czasu.

Pozostawił żonę Marylę, która jest lekarką, syna Piotra – lekarza ortopedę, i najmłodszego Michała pracującego w administracji.

Maciek kochał ludzi i ludzie kochali Jego. Praktycznie całe życie poświęcił pacjentom, ich rodzinom i znajomym. Wszyscy zwracali się do Niego o poradę w różnych sprawach, nie tylko lekarskich. Nigdy nikomu nie odmówił, nawet kosztem własnego zdrowia. Sam jestem lekarzem i muszę przyznać, że tak oddanego ludziom lekarza nie spotkałem. Ponieważ Maciek związany był z wojskiem i został powołany do wojska zaraz po skończeniu studiów, postanowiłem nadać Mu tytuł generała dobroci.

Śmierć Maćka, chociaż się tego spodziewaliśmy, bardzo nas zasmuciła. Odszedł człowiek wielkiej dobroci, uczynności i pracowitości.

PS Podobno Wszchemogący przydzielił Mu już pokój z komputerem i niezbędne narzędzia lekarskie. Żegnaj, Drogi Maćku.

Jerzy Borowicz



Czas to najlepsze lekarstwo na smutek, wspomnień nikt nam nie odbierze.

Dr Janinie Barbachowskiej

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci **Męża**

Lecha Barbachowskiego

składają
prezes ORL, Okręgowa Rada Lekarska, Okręgowy Sąd Lekarski,
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wraz z Zespołem Zastępców i pracownikami Biura



Z wielkim żalem przyjęliśmy smutną wiadomość o śmierci
śp.

Profesor Haliny Pilawskiej,

najwyższej próby lekarza, nauczyciela i społecznika.

Od początków działalności zawodowej była członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Przez wiele lat przewodniczyła Szczecińskiemu Oddziałowi PTL i była członkiem Zarządu Głównego.

W szczególny sposób zaangażowała się w sprawę reaktywacji samorządu lekarskiego i powołania Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Była jej pierwszym prezesem – założycielką.

Z odejściem Pani Profesor Haliny Pilawskiej tracimy wspaniałego człowieka i wielką humanistkę stojącą na straży etosu pracy lekarza i najwyższych wartości etycznych.

Krystyna Podgórska-Baraniecka, Mieczysław Chruściel



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
śp.

Doktora Zdzisława Wydry,

wybitnego lekarza związanego z ziemią niżańską,
wieloletniego ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala im. PCK w Nisku,
specjalistę położnictwa i ginekologii, seksuologa, społecznika,
przyjaciela, współpracownika, wychowawcę młodzieży.

Wieloletni członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego,
aktywnie uczestniczył w powstawaniu odradzających się izb lekarskich.

Miał wielki dar i intuicję, dzięki którym pomagał tam, gdzie wielu nie widziało nadziei.

Dawał pacjentkom ciepło i poczucie bezpieczeństwa.

Krystyna Podgórska-Baraniecka, Mieczysław Chruściel



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

14 kwietnia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 783, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

26 kwietnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 13 kwietnia 2017 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pełnienia służby przez kandydata do służby celno-skarbowej oraz funkcjonariusza służby celno-skarbowej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 831.

27 kwietnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 24 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 767.

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń.

W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok.

Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę, a także na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów.

Stwierdzenie:

1) trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu),

2) nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów

– następuje po przeprowadzeniu przez lekarzy specjalistów, o których mowa dalej, postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem ustalonego sposobu i kryteriów.

Sposób i kryteria są ustalane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przez specjalistów w odpowiednich dziedzinach medycyny, powoływanych i odwoływanych przez ministra zdrowia.

Minister zdrowia ogłasza je w drodze obwieszczenia, a nie rzadziej niż raz na 5 lat powierza lekarzom specjalistom dokonanie oceny zgodności sposobu i kryteriów postępowania z aktualną wiedzą medyczną.

Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii.

Nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii.

Stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów jest równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu.

Zgodnie z nowelizacją przepisów ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów następuje w sposób określony w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich po stwierdzeniu zgonu w sposób określony w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

W postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej nie mogą brać udziału lekarze, o których mowa w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, którzy stwierdzili u tej osoby trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) oraz ci, którzy stwierdzili u tej osoby nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów.

Do czasu ogłoszenia sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) oraz nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stosuje się kryteria i sposób ogłoszone na podstawie przepisów ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

27 kwietnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 kwietnia 2017 r. w sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 848.

28 kwietnia 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 kwietnia 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. 852.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku dotyczącym leczenia szpitalnego – programów lekowych.

28 kwietnia 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 865, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o leczeniu niepłodności.

29 kwietnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 798.

Znowelizowana ustawa wprowadza postanowienia:

- dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 102 z 7.04.2004 r., str. 48, ze zm. – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 8, str. 291),
- dyrektywy Komisji (UE) 2015/565 z 8 kwietnia 2015 r. zmieniającej dyrektywę 2006/86/WE w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 93 z 9.04.2015 r., str. 43),
- dyrektywy Komisji (UE) 2015/566 z 8 kwietnia 2015 r. w sprawie wykonania dyrektywy 2004/23/WE w odniesieniu do procedur weryfikacji równorzędnych norm jakości i bezpieczeństwa przywożonych tkanek i komórek (Dz. Urz. UE L 93 z 9.04.2015 r., str. 56).

Przepisy ustawy określają zasady:

- pobierania, przechowywania, przeszczepiania i zastosowania u ludzi komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok,
- testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich,
- donacji, pobierania, gromadzenia, testowania i dopuszczania do obiegu tkanek i komórek przeznaczonych do wytwarzania produktów leczniczych terapii zaawansowanej w rozumieniu rozporządzenia (WE) nr 1394/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z 13 listopada 2007 r. w sprawie produktów leczniczych terapii zaawansowanej i zmieniającego dyrektywę 2001/83/WE oraz rozporządzenie (WE) nr 726/2004 (Dz. Urz. UE L 324 z 10.12.2007 r., str. 121, ze zm.).

Zgodnie z definicją zawartą w ustawie określenie „zastosowanie u ludzi” oznacza zastosowanie tkanek lub komórek na ciele lub w organizmie biorcy oraz zastosowanie pozaustrojowe tkanek lub komórek.

Za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej ani korzyści osobistej.

Zwrot kosztów pobrania, przechowywania, przetwarzania, sterylizacji, dystrybucji, przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów i zastosowania u ludzi komórek lub tkanek pobranych od dawcy nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści majątkowej lub osobistej.

Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia albo pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.

Dopuszcza się przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów albo stosowanie u ludzi komórek lub tkanek pochodzących od zwierząt.

Przeszczepianie lub stosowanie, o którym mowa, wymaga uzyskania pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.

Do przeszczepiania lub stosowania stosuje się przepisy dotyczące eksperymentów medycznych.

Komórki, tkanki, narządy mogą być pozyskane w celu przeszczepienia lub komórki, tkanki mogą być pozyskane w celu zastosowania u ludzi z narządów lub ich części usuniętych z innych przyczyn niż w celu pobrania z nich komórek, tkanek albo narządów po uzyskaniu zgody na ich użycie od dawcy lub jego przedstawiciela ustawowego.

W celu gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania, dystrybucji, dopuszczania do obiegu lub prowadzenia działalności przywozowej tkanek i komórek przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi są tworzone banki tkanek i komórek.

Wniosek o uzyskanie pozwolenia na wykonywanie czynności, o których mowa wcześniej, jednostka organizacyjna składa do Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. Pozwolenia udziela minister zdrowia na okres 5 lat.

Bank tkanek i komórek:

- jest obowiązany prowadzić, gromadzić i przechowywać dokumentację dotyczącą podejmowanych czynności dotyczących tkanek i komórek,
- prowadzący działalność przywozową tkanek lub komórek z państwa trzeciego, w tym dokonujący jednorazowego przywozu, jest obowiązany prowadzić, gromadzić i przechowywać dokumentację podejmowanych czynności, obejmującą rodzaje i ilość przywożonych tkanek lub komórek oraz ich pochodzenie i przeznaczenie – przez okres 30 lat od dnia wydania tkanek lub komórek w celu przeszczepienia albo zastosowania u ludzi, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorców tkanek oraz komórek.

Bank tkanek i komórek oznacza komórki i tkanki w sposób umożliwiający identyfikację ich dawcy za pomocą jednolitego kodu europejskiego najpóźniej przed ich dopuszczeniem do obiegu lub dystrybucją w celu przeszczepienia albo zastosowania u ludzi.

Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy i medyczne laboratorium diagnostyczne oznaczają w sposób umożliwiający identyfikację dawcy za pomocą niepowtarzalnego oznakowania, bez konieczności stosowania jednolitego kodu europejskiego:

- narządy,
- komórki i tkanki:



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



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



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

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

- a) przywożone na terytorium RP w nagłych przypadkach,
- b) dystrybuowane bezpośrednio w celu natychmiastowego przeszczepienia lub zastosowania u ludzi przez bank tkanek i komórek, który posiada ważne pozwolenie,
- c) przeznaczone do testowania.

Kto bez wymaganego pozwolenia lub wbrew przepisom niniejszej ustawy pobiera komórkę, tkankę i narząd albo przeszczepia komórkę, tkankę i narząd lub stosuje u ludzi komórkę albo tkankę, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Kierownik podmiotu leczniczego, który wbrew szczególnemu obowiązkowi nadzoru nad tym podmiotem dopuszcza do pobierania komórki, tkanki lub narządu, przeszczepiania komórki, tkanki lub narządu albo stosowania u ludzi komórki lub tkanki bez wymaganego pozwolenia, jak również powziąwszy wiadomość o pobieraniu komórki, tkanki lub narządu, ich przeszczepianiu albo stosowaniu u ludzi bez wymaganego pozwolenia, nie podejmuje prawem przewidzianego postępowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Tkanki i komórki przechowywane w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy są oznaczane w sposób umożliwiający identyfikację dawcy za pomocą niepowtarzalnego oznakowania, bez konieczności stosowania jednolitego kodu europejskiego, pod warunkiem że zostaną dopuszczone do obiegu lub dystrybuowane.

4 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 877, obwieszczenie ministra zdrowia z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

5 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 882, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

5 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 884, obwieszczenie ministra zdrowia z 3 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

6 maja 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 10 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 815.

8 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 890, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

10 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 912, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 21 kwietnia

2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

10 maja 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 832.

11 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 836.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania **od osoby wykonującej zawód medyczny** przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, **w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami**. Dotychczas informacji tych udzielał wyłącznie lekarz.

Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Przed nowelizacją prawo do leczenia bólu przysługiwało jedynie pacjentom w stanie terminalnym.

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.

W wykazie uprawnionych, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną, zostali wskazani dodatkowo:

- rzecznik praw pacjenta,
- upoważnione przez podmiot tworzący osoby wykonujące zawód medyczny w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- osoby wykonujące zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
- członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) **do wglądu**, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innemu uprawnionemu organom albo podmiotom możliwości **sporządzenia notatek i zdjęć**,

2) przez sporządzenie wyciągu z niej, jej odpisu, kopii lub wydruku,

3) przez **wydanie oryginału** za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, **na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,**

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,

5) na informatycznym nośniku danych.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w pkt. 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów albo podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **prowadzi wykaz** zawierający informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt. 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **może pobierać opłatę.**

Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Zmianie uległa maksymalna wysokość opłaty za:

– jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej; aktualnie nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez prezesa GUS,

– udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych; aktualnie nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia.

Wysokość opłaty uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **przechowuje skierowania na badania lub zlecenia lekarza** przez okres:

– 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

– 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie

– w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.

Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną uprawnionym podmiotom w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

W przypadku braku takiego podmiotu za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:

1) podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo instytutu badawczego,

2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej – w przypadku podmiotu leczniczego innego niż określony w pkt. 1 oraz praktyki zawodowej wykonywanej przez lekarza,

3) właściwa okręgowa izba lekarska – w przypadku śmierci lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej.

W przypadkach określonych w ustawie o działalności leczniczej organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.

W razie bezskutecznego upływu tego terminu organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.

W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.

Przepisów tych nie stosuje się do dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji elektronicznej.

Elektroniczna dokumentacja medyczna podmiotu po zaprzestaniu przez niego wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia w Systemie Informacji Medycznej.

Podmioty odpowiedzialne za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa na wstępie, mogą **zawrzeć umowę o przetwarzaniu danych osobowych** pod warunkiem zapewnienia ich ochrony oraz prawa do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych przez podmiot przyjmujący te dane.

W przypadku niedopełnienia obowiązków dotyczących postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na ostatniego kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, likwidatora albo syndyka karę pieniężną w wysokości do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska.

W ustawie o izbach lekarskich poszerzony został zakres wykonywanych zadań o przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku, o którym mowa w przepisach ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Izby lekarskie otrzymują z budżetu państwa środki finansowe na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją wymienionych zadań.

Podmioty, które przed dniem wejścia w życie ustawy przechowywały dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, przechowują ją na dotychczasowych zasadach.

17 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 957, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 21 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

22 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1000, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 11 maja 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

26 maja 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 25 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 923.

Zmiana dotyczy zasad waloryzacji odpłatności za pobyt świadczeniobiorcy w sanatorium uzdrowiskowym.

26 maja 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 20 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 917.

6 czerwca 2017 r. wszedł w życie art. 2 ustawy z 21 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw, opublikowany w DzU z 2017 r., poz. 992.

22 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 999.

1 lipca 2017 r. wchodzi w życie ustawa z 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 759.

W zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu minister zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ogłasza w drodze obwieszczenia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Obwieszczenia są ogłaszane w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia.

Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Do listy tej nie stosuje się przepisów dotyczących kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej.

Przepisów tych nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.



**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

Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.

Świadczeniobiorca, u którego:

- 1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,
 - 2) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy
- ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.

Świadczeniodawca realizujący leczenie, o którym mowa, wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

Oddział wojewódzki NFZ, na wniosek świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdro-

wotnej lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń szpitalnych albo programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają te zakresy liczb lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku:

- gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę,
- zakończenia leczenia onkologicznego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

W ustawie zrezygnowano ze wskaźnika minimalnego rozpoznawania nowotworów, którego przekroczenie pozbawiało lekarza podstawowej opieki zdrowotnej możliwości wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do czasu ukończenia szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów.

Zmodyfikowany został zakres informacji zawartych w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zrezygnowano m.in. z danych dotyczących objawów oraz danych dotyczących badań diagnostycznych.

Do kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wydanych świadczeniobiorcom przed 1 lipca 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe. Karty, o których mowa wyżej, zachowują ważność. ■



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 Paluszkiwicz, Julian Wróbel

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

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

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

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

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

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

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

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów

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 Gałązka

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

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

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

Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79

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

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

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

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 Siporska,

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 Dentystów

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

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

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

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 Dentystów

dyrektor Krzysztof Dziubiński

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

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

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

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

e-mail: odz@oilwaw.org.pl

Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie

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

Marketing i reklama

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

e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Koordinator Mediów

Mirosław Usidus; tel. 22-542-83-83;

monitorlekarski@oilwaw.org.pl

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

przewodniczący Julian Wróbel

prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

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

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

Klub Lekarzy

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

Fundacja „Pro Seniore”

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



26

Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych

Poznań, 14–16. 09. 2017

Wystawa i Kongres
w telefonie – pobierz
oficjalną aplikację
mobilną CEDE 2017



Wystawa czynna:

14–15 września 9:00 – 18:00;

16 września 9:00 – 16:00

Wejście na wystawę bezpłatne
po rejestracji na www.cede.pl

200 wystawców sprzęt, materiały, profilaktyka,
oprogramowanie, odzież medyczna



1

Kongres Unii Stomatologii Polskiej

Poznań, 14–16. 09. 2017

96 wykładowców

Wykłady – fora dyskusyjne – warsztaty

NAUKOWY ZAWRÓT GŁOWY

– NOWOŚCI W NAUCE (wstęp wolny)

Sesja Naczelnej Izby Lekarskiej (wstęp wolny)

**Anita
Lipnicka**

koncert
na koniec dnia

14 września
godz. 17:45, Pasaż

[cede.wystawa](https://www.facebook.com/cede.wystawa)

www.cede.pl
www.cedenews.pl