

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

puls

sierpień – wrzesień 2017 nr 8-9

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

Wywiad
z **prof. Wojciechem
Zgliczyńskim**,
konsultantem
wojewódzkim
w dziedzinie
endokrynologii
na Mazowszu

[str. 10]

Ryczałt do zwrotu?

[str. 8]

Rośnie akceptacja
dla Kodeksu Przejrzystości

[str. 18]

Niedomagania zdrowia
publicznego

[str. 28]

Honor i pamięć

[str. 42]



CZAS NA ZDROWIE+



19 lipca 2017 r. odbyło się w Sejmie pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia. Na sali sejmowej byli wówczas przedstawiciele Porozumienia Zawodów Medycznych, m.in. Julian Wróbel. W tym samym dniu na ulicach Warszawy miała miejsce manifestacja, podczas której przedstawiciele PZM wsparli projekt ustawy. Dokument został przekazany do sejmowych komisji: zdrowia i finansów, które zajmą się nim we wrześniu. ■ kb

Fot. archiwum PZM



Fotografika.ach





Co najmniej co czwarty* z nas narażony jest w ciągu życia na wystąpienie zaburzeń psychicznych.

Lekarze są w czołówce zawodów wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa.

Nie lecz się sam. Pozwól sobie pomóc.

NZOZ Centrum Terapii DIALOG organizuje dla **wszystkich lekarzy z Warszawy**

BEZPŁATNE PORADY I KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW PSYCHIATRÓW

23 - 24 września 2017 (sobota - niedziela)

w godzinach od 8:00 do 20:00

Aby skorzystać z naszej wiedzy i doświadczenia w ramach bezpłatnych konsultacji

zadzwoń: (22) 436 83 50 (hasło: lekarz)

lub napisz: lekarze@terapiadialog.pl



URSYNÓW
Warszawa
ul. Stryjeńskich 19



ŚRÓDMIEŚCIE
Warszawa
ul. Słomińskiego 19



MOKOTÓW
Warszawa
ul. Bukowińska 12

NASZE UPRAWNIENIA

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii

Wpis na listę Wojewody Mazowieckiego jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z pełnymi uprawnieniami Podmiotu Leczniczego

Ośrodek akredytowany do prowadzenia szkoleń lekarzy starających się o specjalizację z psychiatrii

*) wg badania EZOP: www.ezop.edu.pl

dialog
CENTRUM TERAPII

**PORADNIA ZDROWIA
PSYCHICZNEGO DLA LEKARZY
I STUDENTÓW MEDYCYNY**

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to trzy wysokospecjalistyczne przychodnie psychiatryczno-psychologiczne, w których ponad 70 lekarzy psychiatrów (w tym profesorów) oraz ponad 100 psychologów - psychoterapeutów 7 dni w tygodniu od 7:30 do 22:00 w ramach Specjalistycznych Poradni pomaga w każdym miesiącu kilku tysiącom pacjentów.

Szczegóły na www.psychiatrzy.warszawa.pl



Nr 8–9/2017 (268–269),
sierpień – wrzesień 2017

Na okładce:
prof. dr hab. n. med.
Wojciech Zgliczyński
(fot. M. Beczek)

W numerze m.in.:	
▶ Nowy Rok w ochronie zdrowia?	4
▶ Wprowadzając sieć, wprowadzamy rynek	6
▶ Ryczałt do zwrotu?	8
▶ Endokrynologia poprawia jakość życia	10
▶ Jedyny taki koncert	12
▶ wybory	15
▶ Rośnie akceptacja dla Kodeksu Przejrzystości	18
▶ Apel...	20
▶ Reformy, ale czy zmiany na lepsze?	22
▶ W służbie dobra i zła	23
▶ leczmy ból	24
▶ Pacjent, którego nigdy nie zapomnę	26
▶ Niedomagania zdrowia publicznego	28
▶ patronat „Pulsu”	30
▶ Goniec Medyczny	31, 47
▶ 11. Światowy Dzień Gruźlicy	32
▶ Gorączka terminalna	34
▶ Doniesienia naukowe wędrowki po regionie	36
▶ Lekarze w wojnie 1920	38
▶ u nas w samorządzie	43
▶ muzy i my	48
▶ dla ducha i ciała	52
▶ literatura i życie	54
▶ wspomnienia	56
▶ nowe przepisy prawne	58
▶ felietony:	60
▶ Balicki	16
▶ Walewski	16
▶ Jankowska	41
▶ Kowal	42
▶ Müldner-Nieckowski	46
▶ Ciepły	47

Fot. archiwum



Minęło 10 lat i...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

19 czerwca 2007 r. do Kancelarii Premiera w Al. Ujazdowskich w Warszawie zbliżał się pochód pielęgniarek. Gdy premier odmówił spotkania z przedstawicielkami protestujących, powstało symboliczne już „białe miasteczko”. Wspierali je lekarze z OIL w Warszawie. A czas był gorący – wcześniej, w kwietniu, Zarząd Krajowy i Zgromadzenie Reprezentantów Organizacji Terenowych OZZL podjęły decyzję w sprawie akcji protestacyjnej lekarzy w Polsce. Na Mazowszu na protest zdecydowało się kilkanaście szpitali. „Puls” relacjonował te wydarzenia. Sięgnęłam do archiwalnych numerów.

Do przewodniczącego ORL w Warszawie zwraca się przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: „W imieniu własnym, a także Zarządu Krajowego OZZPiP, chciałabym serdecznie podziękować wszystkim ludziom dobrej woli, którzy włożyli wielką pracę oraz nieocenioną pomoc w organizację »białego miasteczka«. Pomimo braku wymiernych efektów dotychczasowych protestów zapewniamy, że nie ustaniemy w podejmowaniu różnorodnych inicjatyw i działań dla poprawy sytuacji społecznej i zawodowej polskich pielęgniarek i położnych, wierząc zarazem, iż w dalszym ciągu możemy liczyć na zrozumienie i poparcie z Państwa strony”.

Metropolita warszawski, ks. abp Kazimierz Nycz – do lekarzy OIL w Warszawie: „Znając sytuację polskiej służby zdrowia i trudności, które napotyka, a także wsłuchawszy się w głosy, które padły na dzisiejszym spotkaniu, pragnę podtrzymać na duchu wszystkich lekarzy w ich pięknym powołaniu – służbie człowiekowi najbardziej dotkniętemu, choremu, czekającemu z nadzieją na pomoc ze strony lekarza, szpitala. Zapewniam o nieustannej modlitwie – przede wszystkim o cierpliwość Waszą, lekarzy. Żeby sprawy materialne – skądinąd bardzo ważne i dotkliwe dla każdego z Was i dla służby zdrowia w ogóle – nie obniżyły tego, co świadczy o jakości pomocy człowiekowi choremu. Zapewniam o modlitwie o doczekanie takich czasów, kiedy sprawy służby zdrowia, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów będą jeszcze lepiej dostrzeżone i zaspokojone”.

Prezydium Konferencji Episkopatu Polski: „Wobec przedłużających się protestów środowisk zawodowych obejmujących służbę zdrowia, a zwłaszcza trwającego w ostatnich dniach protestu pielęgniarek, prezydium Konferencji Episkopatu Polski zwraca się do wszystkich zainteresowanych stron z apelem o podjęcie rzeczowego, wolnego od emocji dialogu i zaniechanie nacisku. Wiernych gorąco prosimy o modlitwę w intencji ludzi, od których zależy prowadzenie rozmów i znalezienie rozwiązania problemów [...]”.

W czerwcu 2016 r. ulicami Warszawy maszerowali młodzi lekarze. – *Nasza manifestacja nie zakończyła się sukcesem, a raczej kolejnymi upokorzeniami* – podsumowywał wtedy Damian Patecki z Porozumienia Zawodów Medycznych. Przyjęta wiosną tego roku przez Sejm ustawa o wynagrodzeniach minimalnych nie oznacza właściwie żadnych podwyżek dla pracowników służby zdrowia. Jesienne protesty zapowiadają pielęgniarki i Porozumienie Zawodów Medycznych, głódówkę – młodzi lekarze. Obywatelski projekt ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, pod którym podpisało się prawie 250 tys. osób, trafił w lipcu do Sejmu. Co i kiedy postanowią sejmowe komisje: zdrowia i finansów publicznych – zobaczymy. ■



**Nowy Rok
w ochronie zdrowia?**
str. 4



Gorączka terminalna
str. 34



Lekarze w wojnie 1920
str. 43

Idzie jesień



Fot. M. Teperak

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

Mija lato. Wracamy z urlopów do codziennych obowiązków i problemów, których w ochronie zdrowia nie brakuje. Mówimy o nich od dawna i tej jesieni nie będzie inaczej. Zbliżający się czas przeziębień zwiększy liczbę pacjentów w poczekalniach, ale oczekujących na wizytę w gabinecie lekarskim przybywa przede wszystkim z innego powodu. Lekarzy wciąż jest za mało. Brakuje ich już nie tylko w państwowych placówkach. Czas oczekiwania na spotkanie z lekarzem pacjentów korzystających z abonamentów medycznych w prywatnych podmiotach również znacznie się wydłuża. Lekarze są coraz starsi, średnia wieku w naszym zawodzie przekracza 55 lat, a wśród młodszych kolegów nie maleje zainteresowanie zawodową emigracją. Nowych, młodych kadr nie przybędzie z dnia na dzień. Aby zatrzymać tych, którzy pracują, potrzeba funduszy. Czy się znajdują na ten ważny cel? A jeżeli nawet, to kiedy?

Jesienią szpitale zaczną działać w sieci. Przy obliczaniu ryczałtu premiowany będzie posiadany przez placówkę certyfikat jakości. To dobry prognostyk, przecież zależy nam, aby jakość naszych usług była jak najlepsza i jak najlepiej oceniana przez pacjentów, a tym samym doceniana finansowo. Lekarze z uwagą przyglądają się także zmianom, które zawiera projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przyjęty w sierpniu przez Radę Ministrów. Proponowany model koordynowanej opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia będzie oparty na zespole, w którego skład wejdą: lekarz POZ (koordynator), pielęgniarka i położna. Zaplanowany dwuletni program pilotażowy to rozsądny okres, by sprawdzić nowe rozwiązania, przede wszystkim dotyczące finansowania POZ. Jednak w przypadku zespołów Ministerstwo Zdrowia proponuje aż siedem lat (do końca 2024 r.) na dostosowanie się świadczeniodawców do nowych przepisów. To bardzo dużo czasu, może nawet zbyt dużo, biorąc pod uwagę, że propozycja zmian w POZ jest kluczowa dla całego systemu ochrony zdrowia i dostępności leczenia. Odsuwanie w przyszłość terminu dostosowania się do nowych wymagań, nawet jeżeli będzie dotyczyło niewielkiej liczby podmiotów, chyba nie ułatwi wprowadzenia w całości nowego modelu.

Nadchodząca jesień to kolejny etap wyborczego kalendarza naszej Izby. Jak zawsze zachęcam koleżanki i kolegów do aktywnego udziału w wyborach oraz pracy w samorządzie lekarzy i lekarzy dentyistów. Informacje wyborcze publikujemy w „Pulsie” i na stronie internetowej Izby (www.izba-lekarska.pl).



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

ks. prof. Stanisława Warzeszaka,

zawsze nam bliskiego
duszpasterza służby zdrowia Archidiecezji Warszawskiej,
wieloletniego krajowego kapelana służby zdrowia.

Rodzinie i bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia

Prezes i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Nowy Rok w ochronie zdrowia?

Fot. licencja Artmedia Partners



Fot. archiwum

Małgorzata Solecka

Od wielu lat 1 stycznia dla pracowników ochrony zdrowia i dla pacjentów jest datą nie tyle magiczną, co newralgiczną. Kolejne ekipy rządowe wierzyły chyba w moc noworocznych postanowień, skoro właśnie 1 stycznia wprowadzano wszystkie większe i mniejsze reformy oraz zmiany w systemie. Rząd Beaty Szydło reformę w zdrowiu zaczyna trzy miesiące wcześniej.

Data może jest inna, ale dwa fundamentalne elementy wszystkich reform pozostają niezmiennie. Po pierwsze, nie ma żadnych dodatkowych pieniędzy. Wręcz przeciwnie – jeśli coś rośnie (i to planowo, jako skutek wprowadzanych przez rząd regulacji), to koszty świadczeń. Po drugie, dyrektorzy szpitali będą mieć miesiąc (aż miesiąc – zdaniem ministra zdrowia, lub tylko miesiąc – zdaniem menedżerów) na przygotowanie swoich placówek do nowych realiów, przede wszystkim finansowych.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapowiedział przekazanie szpitalom danych o wysokości ryczałtów na ostatnie trzy miesiące roku 31 sierpnia. Późno? Na początku sierpnia minister zdrowia niecierpliwym się dyrektorom powiedział, że wiedza na temat wysokości ryczałtu jest im „w chwili obecnej” zupełnie zbędna. Słowa Konstantego Radziwiłła wprawiły wielu szefów szpitali w osłupienie, zwłaszcza że tegoroczne wakacje wielu z nich spędziło na głowieniu się, skąd wziąć pieniądze na pokrycie kosztów ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników medycznych.

Pieniądze miały pochodzić ze środków, jakie NFZ otrzymał po uwolnieniu rezerw i zmianie planu finansowego. W lipcu minister finansów wydał ostatecznie zgodę i fundusz mógł sięgnąć po dodatkowe ponad 2,1 mld zł. Do lipca p.o. prezes NFZ Andrzej Jacyna zapowiadał, że pieniądze te zostaną przeznaczone przede wszystkim na podniesienie wartości punktu – z 52 do (docelowo) 54 zł. Podwyżka miała być realizowana w dwóch turach: od 1 lipca punkt miał kosztować 53 zł, od października – 54. Zmiana planu finansowego NFZ na 2017 r. pozwoli na zagwarantowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach sieci szpitali, a także poza siecią. Zapewni również zrealizowanie zapowiedzianej przez prezesa funduszu podwyżki wyceny świadczeń – mówili przedstawiciele NFZ.

W sierpniu okazało się, że wbrew zapowiedziom (również z Ministerstwa Zdrowia) wartość punktu nie wzrośnie. NFZ podniósł natomiast (o 2 proc.) wartość punktową świadczeń. Kolejna podwyżka planowana jest na 1 października. NFZ tłumaczy zmianę decyzji względami formalnymi i przygotowaniem do ujednoczenia rozliczeń w ramach sieci szpitali.

Efekt jest jednak zauważalny gołym okiem: bez zwiększenia limitu punktów, jaki szpital ma zapisany w kontrakcie, podwyżka punktowej wyceny świadczeń oznacza jedynie, że szpital, lecząc pacjentów tak jak dotychczas, szybciej zanotuje nadwykonania. Alternatywą jest wydłużanie kolejek. Aby uniknąć takiego scenariusza, w sierpniu NFZ po raz kolejny zmienił plan finansowy i przekazał około 200 mln zł na operacje wszczepienia endoprotez i usunięcia zaćmy – dwa niewalgaliczne świadczenia, do których kolejki są najdłuższe.

Dodatkowe pieniądze w systemie oczywiście się znalazły. Jednak problemem wielu oddziałów NFZ (w tym mazowieckiego) jest to, że resort zdrowia oczekuje sfinansowania wszystkich zadań z dodatkiem przekazanych pieniędzy. – *W ministerstwie w ogóle nie chcą słyszeć, że na coś nie ma pieniędzy. Te dodatkowe 2 mld zł powinniśmy wydać dwa razy. To się nazywa kreatywna księgowość* – usłyszeliśmy od jednego z urzędników funduszu.

Brak pieniędzy przyniósł na Mazowszu natychmiastowy efekt: zamiast konkursów ofert będzie aneksowanie obowiązujących w tej chwili umów. Aneksy zostaną podpisane do 31 marca, natomiast (tego dowiedzieliśmy się nieoficjalnie) świadczeniodawcom fundusz najprawdopodobniej zaproponuje mniej korzystne niż do tej pory warunki. Propozycje kontraktów mają jednak dostać wszyscy.

W stanie niepewności co do przyszłości finansowej pozostają więc zarówno świadczeniodawcy „sieciami”, jak i znajdujący się poza siecią szpitali. Ci ostatni – wiele na to wskazuje – muszą przyzwyczajać się do myśli, że po kilku miesiącach pracy na podstawie aneksu kolejnego kontraktu z NFZ nie otrzymają. Najprawdopodobniej bowiem zapowiadane przez ostatni rok konkursy ofert, jako istotne uzupełnienie finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach sieci, przejdą do historii, zwłaszcza w regionach takich jak Mazowsze, w których będzie duże zagęszczenie szpitali pracujących w sieci. Już w czerwcu przedstawiciele oddziału funduszu nieoficjalnie przyznawali, że również w 2018 r. konkursy ofert, jeśli w ogóle zostaną ogłoszone, będą mieć marginalny zasięg.

Szpital „sieciami” czekają przede wszystkim na ogłoszenie wysokości ryczałtów na ostatni kwartał. I na ostateczny kształt wzoru, według którego będzie obliczany ryczałt na kolejne okresy rozliczeniowe (najpierw kwartalne, potem półroczne i roczne). Propozycja, jaką przedstawił resort zdrowia w przesłanym 11 sierpnia do konsultacji publicznych projekcie rozporządzenia, jest dość skomplikowana. Obliczenie ryczałtu wymaga zastosowania kilkunastu odrębnych wzorów, a słowniczek pojęć obejmuje 39 pozycji.

Zawiłość wzoru na ryczałt tłumaczył dziennikarzom podsekretarz stanu Piotr Gryza. Z wyjaśnień wynika, że ministerstwo, przygotowując wzór, postawiło sobie za punkt honoru przewidzenie wszystkich istotnych okoliczności, które mogą wpłynąć na pracę szpitala. – *Idea polega na tym, że kolejny ryczałt budowany będzie na podstawie wykonania ryczałtu z okresu bieżącego* – mówił Piotr Gryza. Jeśli szpital nie wykona planu, otrzyma ryczałt odpowiadający części planu, którą udało mu się wykonać. Jeśli zrealizował plan (przynajmniej w 98 proc.), ryczałt będzie odpowiadał planowi.

Szpital, które miały nadwykonania, mogą liczyć na wyższy ryczałt, jednak wraz ze wzrostem liczby nadwykonań ich finansowanie będzie maleć. – *Jeśli dyrektor oddziału NFZ będzie miał większą pulę środków, większy udział w tym wzroście środków będą miały szpitale, które notują nadwykonania* – wyjaśniał podsekretarz stanu.

Obliczony ryczałt może być jeszcze obniżony lub podwyższony o nie więcej niż 5 proc. w oparciu o określone wskaźniki jakościowe. Centrum Monitorowania Jakości zyska upoważnienie do podnoszenia ryczałtu placówki o 1–2 proc. Prawo do wyższego ryczałtu otrzymają również niektóre szpitale posiadające własne laboratorium mikrobiologiczne lub diagnostyczne, a także placówki wykonujące dużo świadczeń ambulatoryjnych.

– *Chcemy premiować tych, którzy prowadzą działalność zmierzającą do podwyższenia jakości, co wyraża się odpowiednimi certyfikatami. Z drugiej strony chcemy premiować tych, którzy zwiększają dostępność świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także szpitale wykonujące bardziej skomplikowane zabiegi* – mówił Piotr Gryza.

Co na to praktycy? Dyrektorzy szpitali analizują projekt rozporządzenia i zwracają uwagę przede wszystkim na stopień komplikacji wzoru i dużą liczbę zmiennych. Ale również na to, że brakuje dość oczywistych – na pierwszy rzut oka – wskaźników, które ich zdaniem bardziej świadczyłyby o jakości leczenia niż uzyskiwane certyfikaty. Chodzi na przykład o premiowanie krótkiego czasu hospitalizacji. Brak tego wskaźnika może spowodować, według naszych rozmówców, że część szpitali będzie sztucznie „nabijać” punkty niezbędne do osiągnięcia planu,

przedłużając w sposób nieuzasadniony hospitalizacje pacjentów niewymagających długiego pobytu w szpitalu.

Największą niewiadomą dla dyrektorów szpitali są jednak kwestie związane z pracownikami. Najpóźniej w październiku w ochronie zdrowia może dojść do najpoważniejszych od lat protestów. Porozumienie Rezydentów OZZL oraz Porozumienie Zawodów Medycznych zapowiedziały na 2 października rozpoczęcie protestu głodowego, ale nastroje panujące zarówno wśród młodych lekarzy, jak i wśród pozostałych pracowników medycznych wyraźnie się radykalizują. Oburzenia nie kryją pielęgniarki, które w trakcie negocjacji płacowych z dyrektorami szpitali dowiadują się, że tzw. zembalowe zostaje wliczone do podstawowej płacy, przez co tracą one prawo do podwyżek wynikających z ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pracowników medycznych. O tym, że resort zdrowia właśnie w ten sposób skalkulował finansowe skutki ustawy, świadczy dołączana na każdym etapie prac Ocena Skutków Regulacji. Nie zmienia to jednak faktu, że również pielęgniarki coraz częściej mówią o proteście, podkreślając, że niekorzystne dla nich przeniesienie wynegocjowanego dodatku do podstawowej pensji oznacza zerwanie przez rząd porozumienia, więc i one nie muszą przestrzegać jego postanowień.

Ale to nie koniec perturbacji kadrowych. Od 1 października wiek emerytalny kobiet wynosić będzie ponownie 60 lat. Tymczasem z danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wynika, że średnia wieku pielęgniarki w Polsce w 2016 r. wynosiła 51 lat. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w październiku 2017 r. uprawnienia emerytalne zdobędzie niemal 3,8 tys. pielęgniarek i położnych. Szefowie szpitali przyznają, że jednym sposobem na zatrzymanie pielęgniarek w pracy byłoby podwyżki daleko wykraczające poza te, które gwarantuje ustawa o wynagrodzeniach minimalnych. Problem polega na tym, że negocjacje z pracownikami są w tej chwili praktycznie niemożliwe, bo szpitale ciągle czekają na informacje, jak będą wyglądać ich finanse. Zarówno w bliższej, jak i w dalszej przyszłości. ■

Z podsekretarzem stanu w MZ Piotrem Gryzą rozmawiają Janusz Michalak i Bartłomiej Leśniewski.

Wprowadzając sieć, wprowadzamy rynek



Fot. archiwum MZ

Wprowadzenie sieci szpitali miało być częścią proponowanych reform. NFZ miał zostać zlikwidowany, planowano zmienić sposób finansowania opieki zdrowotnej i POZ. Tymczasem projekt ruszy w otoczeniu niemal niezmiennym. Nie budzi to pańskich obaw?

Nie zgodzę się z tezą postawioną w pytaniu. Moim zdaniem otoczenie się zmienia – i to istotnie. Mamy projekt zwiększenia finansowania służby zdrowia, zmienia się POZ, to wszystko odbywa się na naszych oczach. Okazuje się, że na przeprowadzenie tych zmian potrzebujemy więcej czasu niż na wprowadzenie sieci. Projekty trzeba dobrze przygotować, skonsultować z partnerami i interesariuszami. Nikt się z tych projektów nie wycofał. Tymczasem projekt sieci należało wprowadzić niezwłocznie. Sytuacja szpitali w wielu wypadkach była dramatyczna, w innych zwyczajnie trudna. Trzeba było szybko reagować – tu zwłoka przekładała się na istotne i rosnące straty. Zaczęliśmy od sieci, bo taka była konieczność. I cieszę się, że udało nam się to zrobić. A z pozostałych elementów reformy przecież nie zrezygnowaliśmy. Zaczęliśmy od sieci, resztę wprowadzimy później, ale bez zbędnej zwłoki.

I bez dodatkowych pieniędzy. Wymarzonych 6 proc. PKB nie osiągniemy szybko. To może utrudnić wprowadzenie reform.

Nie podzielam tej opinii. Przeciwnie – wprowadzenie sieci może przyspieszyć dojście do wydatków na zdrowie na poziomie 6 proc. polskiego PKB. Przeciwnicy szybkiego zwiększania finansowania

ochrony zdrowia używali argumentu, że zwykłe dokładanie pieniędzy do obecnego systemu nic nie da, bo jest nieuszczelny, niewydolny. Jakby warunkując, że pieniądze może być więcej dopiero wtedy, gdy system zostanie poprawiony. Właśnie go poprawiamy, zyskując istotny argument w rozmowach.

Ale tracąc wsparcie sektora prywatnego. Dlaczego sieć uderzyła właśnie w ten sektor? Dlaczego zdusiła rozwijający się, choć nie bez przeszkód, rynek?

Sieć wcale nie uderzyła w podmioty prywatne. Przede wszystkim miała na celu wsparcie tych podmiotów i szpitali, które kompleksowo, a nie wycinkowo, zaspokajały potrzeby zdrowotne obywateli. Te podmioty staraliśmy się wyselekcjonować według ściśle opracowanych i jasnych kryteriów. I to właśnie im staraliśmy się zapewnić odpowiednie podstawy finansowe. I nie dzieliliśmy ich na publiczne i prywatne. Podmioty prywatne także znalazły się w sieci. Do sieci zostało zakwalifikowanych 78 podmiotów niepublicznych. Zupełnie nie mogę się zgodzić ze stawianym często zarzutem, że sieć uderza w rynek. Jest odwrotnie – wprowadzenie sieci to w istocie działanie prorynkowe. Przyjrzyjmy się temu, co działo się do tej pory. Nasi poprzednicy od lat nie przeprowadzali konkursów, decydując się najwyżej na niekończące się aneksowanie. Zapisy rynkowe, owszem, były, ale ich realizacja była skutecznie blokowana. My, wprowadzając sieć, uruchamiamy rynek.

Trzeba przyznać, że ryczałt ma niewiele wspólnego z rynkiem. Sieć naprawdę uruchomi rynek? W jaki sposób?

Mechanizmów rynkowych nie można racjonalnie wdrożyć w funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie dzieje się tak w żadnym kraju. Część systemu musi być z nich wyłączona. Dotychczasowa praktyka, a więc blokowanie konkursów, nierozpisywanie nowych, sprawiała, że rynek nie działał. Teraz, gdy jasno określimy, co pozostaje rozliczane w ramach sieci, a co nie, wyraźnie odgraniczymy część rynkową od nierynkowej. I w ten sposób uruchomimy, choćby częściowo, rynek, który dotychczas nie działał w ogóle, w całości.

[...]

Z tego, co wiemy, obecnie trwa gromadzenie pieniędzy na wprowadzenie projektu sieci szpitali. Czy wiecie już, ile to naprawdę będzie kosztowało? Oddziały NFZ nie płacą za nadwykonania, bo boją się, że zabraknie im środków. Do tej pory w wielu wypadkach dokupowały świadczenia z korzyścią dla pacjentów. Czy to pierwsze ofiary sieci?

Z naszych obliczeń wynika, że wprowadzenie sieci nie doprowadzi do wzrostu kosztów funkcjonowania systemu. Dane wskazują, że będzie wręcz przeciwnie. Nie wiązałbym zatem prezentowanej przez fundusz troski o wydatki z wprowadzeniem sieci szpitali. NFZ zawsze decydował się na dokupowanie świadczeń dopiero wtedy, gdy upewnił się, że stać go na to. Tak jest i tym razem. A swoją drogą, popieram taką metodę likwidowania kolejek jak dokupowanie świadczeń w najbardziej deficytowych segmentach.

Co się stanie z podmiotami, które nie weszły do sieci? Co np. z AOS, w ramach której w prawie 30 tys. przychodni co roku udziela się około 280 mln porad lekarskich? Podmioty prywatne padną, czy wchłoną je szpitale? Ile zostanie ich na rynku?

Powiem to wprost: element prywatny jest niezbędny. Nie wyobrażam sobie systemu ochrony zdrowia bez niego. Ale tak jak wyznacznikiem działań w tym zakresie nie może być – i w przypadku sieci szpitali nie jest – forma właścicielska, tak nie może być nim również wyłącznie liczba udzielanych porad. Zjawisko zwiększania podaży świadczeń (z reguły w wyniku stosowanych systemów rozliczeniowych) nie zawsze ma związek z zapewnianiem właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Wyznacznikiem takim natomiast powinna być, z powodów, o których mówiłem wcześniej, możliwość zapewnienia pacjentowi kompleksowej i skoordynowanej opieki przed- i poszpitalnej. Stąd zasadnicza rola w systemie sieci szpitali zarówno AOS, jak i rehabilitacji. Ostatecznie pacjenta bowiem nie będzie interesowała liczba świadczeń, które uzyskał, ale efekt zdrowotny. Natomiast przychodnie AOS funkcjonujące poza systemem sieci szpitali nadal będą mogły uczestniczyć w konkursach i, jak wcześniej wspominałem, także w tym zakresie uruchamiamy rynek w segmencie, w którym *de facto* nie działał. [...] ■

Cały wywiad opublikowano w „Menedżerze Zdrowia” nr 6–7/2017.



INVICTA Klinika Leczenia Niepłodności nr 1 w Polsce!

INVICTA Sp. z o.o. Oddział w Warszawie zatrudni.

lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa

Zainteresowanych:
Rozwojem w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności

Oferujemy:

- kompleksowe szkolenie w zakresie zabiegów i procedur leczenia niepłodności
- możliwość otwarcia specjalizacji w zakresie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości
- atrakcyjne wynagrodzenie
- zatrudnienie w ramach kontraktu w pełnym wymiarze (oczekiwane 4 dni w tygodniu, w tym 2 popołudnia plus 2 soboty w m-cu)
- przyjazną atmosferę w pracy

Zapraszamy także lekarzy na końcu specjalizacji

Zainteresowanych:
Diagnostyką prenatalną i opieką nad pacjentką ciężarną

Oferujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie
- przyjazną atmosferę w pracy
- zatrudnienie w ramach umowy cywilno-prawnej

Osoby zainteresowane prosimy o wysyłanie CV na adres e-mail: rekrutacja@invicta.pl (podając w temacie maila lekarz ginekolog) lub kontakt telefoniczny pod nr +48 662 017 946. www.invicta.pl

OGŁOSZENIE



Fot. archiwum

Ryczałt do zwrotu?

Artur Fałek

Były dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia

Każda kolejna regulacja zawierająca rozbudowane wzory zniechęca do analiz.

Postaramy się z tej gmatwaniny wzorów „wyciągnąć” wnioski o perspektywach i konsekwencjach dla szpitala.

Pierwsza konstatacja: świadczeniodawcy będą działać przez pewien czas na zasadzie prowizorium ryczałtowego. Zgodnie z §5 ust. 5 Zarządzenia nr 69/2017/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obliczenie wartości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy następuje w terminie 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego, z zastrzeżeniem, że do czasu obliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu stosuje się ryczałt w wysokości obowiązującej w poprzednim okresie rozliczeniowym, z uwzględnieniem długości okresów rozliczeniowych. Ryczałt obowiązuje z mocą wsteczną od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego.

Oznacza to, że wysokość ryczałtu na drugi okres rozliczeniowy świadczeniodawcy poznają pod koniec marca 2018 r., a do tego czasu będą finansowani ryczałtem w wysokości ryczałtu początkowego R0. Ponieważ R0 wyznaczany jest w oparciu o wykonanie 2015 r., będzie to dla świadczeniodawców sześć raczej chudych miesięcy, co w kontekście zbliżającego się końca roku i wyniku finansowego za cały rok może mieć istotne znaczenie.

Jak obliczyć wartość ryczałtu w drugim okresie rozliczeniowym?

Zgodnie z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu otrzymania przez oddział wojewódzki NFZ danych co do liczb LI wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy I, na okres planowania, ustala się na podstawie następującego wzoru: $R(I,i+1) = R(I,i) \times k$. Ponieważ w słowniczku rozporządzenia mamy definicje: $R(I,i+1)$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy I, na okres planowania; $R(I,i)$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy I, na okres obliczeniowy; $R(I,0)$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy I, na pierwszy okres rozliczeniowy systemu, to do obliczenia wartości (prowizorium) ryczałtu na drugi okres rozliczeniowy brakuje wzoru mówiącego, że w drugim okresie rozliczeniowym $R(I,i+1) = R(I,0) \times k$ albo stwierdzenia, że w drugim okresie rozliczeniowym $R(I,i) = R(I,0)$. Istnieje obawa, że w przeciwnym wypadku ryczałt wyliczymy dopiero na trzeci okres rozliczeniowy.

Długość okresu rozliczeniowego

Projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu wprowadza pojęcia trzech okresów: 1) planowania ($i+1$) – okres rozliczeniowy, dla którego ustala się kwotę ryczałtu, 2) obliczeniowego (i) – okres rozliczeniowy poprzedzający okres planowania, 3) okresu porównawczego ($i-1$) – okres rozliczeniowy poprzedzający okres obliczeniowy. Powszechna jak się wydaje ciekawość długości okresów nie została zaspokojona. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Załącznik do obwieszczenia ministra zdrowia z 11 lipca 2016 r., poz. 1146) stanowią (§1, pkt 5), iż przez okres rozliczeniowy rozumie się nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie. Z Zarządzenia nr 69/2017/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z 10 sierpnia 2017 r., w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynika, że należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy jest częścią kwoty zobowiązania stanowiącego iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania. Załączony do przedmiotowego zarządzenia wzór umowy daje dowolność w zakresie jej obowiązywania. Wynika z tego, że nie ma pewności co do długości okresów rozliczeniowych. Nie będą dłuższe niż rok, ale czy będą trwały kwartał czy pół roku, to się okaże w praktyce.

Czy szpitale będą oddawały pieniądze?

Wydaje się, że istotą finansowania świadczeń ryczałtem jest stałość ryczałtu w okresie rozliczeniowym. Co prawda okres rozliczeniowy, co do długości trwania, jak wskazano wyżej, można traktować dość dowolnie, ale raczej zwykliśmy myśleć o rocznych okresach rozliczeniowych. Można sobie wyobrazić miesięczne okresy rozliczeniowe, które pozwalałyby na szybką korektę ryczałtu odpowiednio do liczby zrealizowanych i sprawozdanych jednostek sprawozdawczych, ale czy byłoby to jeszcze budżetowanie? W Zarządzeniu nr 69/2017/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia widzimy dwa zapisy dotyczące zmiany wysokości ryczałtu:

– pierwszy w §5 ust. 7 – „W przypadku wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu PSZ, skutki tej zmiany uwzględnia się, począwszy od okresu sprawozdawczego, w którym dokonano zmiany” – jest uzasadniony 90-dniowym opóźnieniem w obliczeniu ryczałtu; jest to spójne logicznie, chociaż może prowadzić (w przypadku kwartalnych okresów rozliczeniowych) do sytuacji, w której ryczałt jest wyznaczany na końcu okresu rozliczeniowego, oczywiście z mocą obowiązywania od początku tego okresu.

W sytuacji ryczałtu obliczonego niższego niż prowizorium – szpital... będzie zwracał środki do NFZ?!

– drugi w §12, ust. 3 – „W przypadku zmiany wysokości ryczałtu PSZ w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany” – zdaje się generalnie dopuszczać możliwość zmiany wysokości ryczałtu, podważając pewność finansowania.

Potencjalnie dobre wieści dla przodowników pracy

Jest szansa na uzyskanie, niestety dopiero w kolejnym okresie rozliczeniowym, możliwości uwzględnienia w wysokości ryczałtu ponadplanowej liczby (czy w takim przypadku można rzeczywiście mówić o ponadplanowej liczbie, skoro dotyczy to planowanego okresu rozliczeniowego?) jednostek sprawozdawczych jako odroczonej gratyfikacji za zwiększenie liczby udzielanych świadczeń w okresie rozliczeniowym. W projekcie przedmiotowego rozporządzenia ministra zdrowia jak się wydaje nastąpiła też korekta pomysłu na ich obliczanie. Wiosną pisaliśmy o dziwnym podejściu w tym aspekcie, nawet w wersji interpretacyjnej resortu, nagradzającym 200 proc. wykonania wzrostem wartości ryczałtu o 15,5 proc.

Przy pomyślnych wiatrach (czyli niedowyożnaniu przewyższającym nadwyżnanie w skali oddziału wojewódzkiego) można liczyć na ponadplanowe jednostki sprawozdawcze obliczane degresywnie w stosunku do wykonania, ale w daleko korzystniejszej relacji dającej ekwiwalent poniesionych nakładów.

Formuła w tym zakresie (przy wspomnianych pomyślnych wiatrach) zadziałała tak, że realizacja jednostek rozliczeniowych w ilości:

5 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 98,57 proc. ich ilości (np. realizacja i sprawozdanie 10 000 pkt. ponad plan spowoduje uwzględnienie w ryczałcie na kolejny okres 9875 pkt.),

10 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 96,36 proc.,
15 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 93,04 proc.,
20 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 90,00 proc.,
50 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 76,00 proc.,
100 proc. ponad plan spowoduje dodanie do ryczałtu 62,00 proc.

Problem polega na tym, że „opłacalność” ponadplanowej liczby jednostek sprawozdawczych zależna jest od relacji niedowyożnania do nadwyżnania. Przy relacji niższej od 1 „ponadplanowa liczba jednostek sprawozdawczych” będzie proporcjonalnie zmniejszana, przy braku niedowyożnania osiągnie 0. Na przykład przy relacji niedowyożnania do nadwyżnania równej 0,6 spowoduje, że w powyższym przykładzie w ryczałcie na kolejny okres liczbę 9875 pkt. trzeba będzie pomnożyć przez 0,6, co w ostateczności da 5925 pkt., które następnie zostaną pomnożone przez prognozowaną cenę jednostki sprawozdawczej.

Dodatkowa liczba jednostek sprawozdawczych

W przypadku dodatniego współczynnika prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu na okres planowania, określonego w planie zakupu, planowana wartość ryczałtu świadczeniodawcy może wzrosnąć



o wartość dodatkowej liczby jednostek sprawozdawczych. Wzór wygląda groźnie, ale nie ma wielkiego wpływu na dodatkową liczbę jednostek rozliczeniowych.

Przy wykorzystaniu „Symulatora obliczania ryczałtu PSZ w danym OW NFZ – na podstawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego” opublikowanego na stronach MZ, po wstawieniu wartości prognozowanej stopy wzrostu równej 2 proc. zmienność dodatkowej liczby jednostek sprawozdawczych dla świadczeniodawców w danym oddziale wojewódzkim, względem sprawozdanej liczby jednostek sprawozdawczych, mieściła się w przedziale od 1,77 do 2,07 proc. Pytanie, czy nie lepiej nagradzać (przy relacji niedowyożnania do nadwyżnania niższej od 1) w większym stopniu za nadwyżnania, niż w wykwinny sposób obliczać dodatkową liczbę jednostek sprawozdawczych także tym, którzy mieli niedowyożnania?

Przedstawiony w projekcie rozporządzenia sposób obliczania wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej różni się istotnie od pierwotnej wersji, można mieć wrażenie wystawionej „na rybkę”.

Wynikające ze sposobu obliczania wysokości ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy obniżone finansowanie w ostatnim kwartale zostanie rozciągnięte co najmniej na I kwartał 2018 r. Może niekorzystnie wpływać na wynik finansowy szpitali za rok 2017.

Przy danych rzeczywistych, podobnych do danych jednego z oddziałów wojewódzkich przedstawionych w „Symulatorze”, przy relacji niedowyożnania do nadwyżnania bliskiej 1, bardzo korzystna, w perspektywie wysokości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy, może okazać się realizacja świadczeń i sprawozdanie ponadplanowych jednostek rozliczeniowych.

Sposób wyznacznania ryczałtu został wzbogacony o narzędzia zamykające wysokość ryczałtu w „posiadanej puli środków”, ale we wzorze i tak pozostają dwa parametry... do „ręcznego” wyznacznania: Ci+1 – prognozowana cena jednostki sprawozdawczej na okres planowania, określona w planie zakupu; d – współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu, na okres planowania, określony w planie zakupu.

Powyższa analiza rodzi we mnie pytanie: czy szpital w sieci nie będzie w sytuacji chomika w kołowrotku, gdzie co prawda może kręcić szybciej, zwiększając swoją masę mięśniową, ale nadal będzie w tym samym miejscu. ■

Artykuł ukazał się w „Menedżerze Zdrowia”, 24.08.2017.

Endo- kryno- logia poprawia jakość życia

Z prof. dr. hab. n. med. **Wojciechem Zgliczyńskim**, kierownikiem Kliniki Endokrynologii CMKP w Szpitalu Bielańskim w Warszawie, zastępcą dyrektora CMKP ds. klinicznych, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie endokrynologii na Mazowszu, rozmawia Anetta Chęcińska.

Według danych NFZ czas oczekiwania na wizytę w poradni endokrynologicznej w Warszawie wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy. Jaka jest dostępność świadczeń z zakresu endokrynologii na Mazowszu?

Dostępność świadczeń z zakresu endokrynologii w ramach diagnostyki i leczenia szpitalnego na Mazowszu ocenić można jako dobrą. W pięciu warszawskich szpitalach mamy ponad 140 łóżek endokrynologicznych. Przypadki pilne są z reguły hospitalizowane w ciągu kilku dni, natomiast czas oczekiwania na planową hospitalizację zależy od schorzenia i wynosi od kilku tygodni do 4–6 miesięcy. Podmioty lecznicze rozmieszczone są jednak nierównomiernie, gdyż większość zlokalizowana jest w Warszawie. Mają renomę i najwyższy stopień referencyjności, przyjmują więc również najtrudniejsze przypadki z całej Polski. Natomiast dostępność świadczeń w poradniach endokrynologicznych jest niewystarczająca i ocenić ją można jako ledwie dostateczną. Podstawowy powód to rzeczywiście długi czas oczekiwania na wizytę, w niektórych poradniach sięgający

1,5 roku. Dostępność tych świadczeń w aglomeracji warszawskiej jest najlepsza, ale na obrzeżach województwa praktycznie nie ma poradni endokrynologicznych. Na 109 poradni tej specjalności, działających na Mazowszu w ramach kontraktu z NFZ, aż 50 zlokalizowanych jest w Warszawie, 19 w miejscowościach podwarszawskich, a jedynie 40 w miastach powiatowych (w tym po cztery w Siedlcach i Radomiu). W siedmiu powiatach nie ma poradni endokrynologicznych.

Co powinno się zmienić w kontraktowaniu tych świadczeń?

Z przeprowadzonych przeze mnie w 2014 r. kontroli w poradniach endokrynologicznych wynika, że kontraktowanie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej jest zdecydowanie niewystarczające. Od tamtego czasu NFZ nie rozpisywał nowych konkursów, więc czas oczekiwania na poradę endokrynologa się nie skrócił. Poza tym do wydłużenia kolejek przyczynia się niezgłaszanie się pacjentów na wyznaczone wizyty, co w Warszawie dotyczy 30 proc. zapisanych. Podobnie niewystarczające jest kontraktowanie świadczeń wymagających hospitalizacji. Większość jednostek ma nadwykonania, które najczęściej nie są refundowane przez NFZ. Zwiększenie kontraktów powinno zaspokoić potrzeby populacji województwa oraz, co istotne, zmniejszyć czas oczekiwania na hospitalizację.

Czy brakuje endokrynologów?

Na Mazowszu zarejestrowanych mamy ich ponad 270, z czego tylko niespełna 100, czyli około 1/3, pracuje w poradniach specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ. Z tej grupy ponad 2/3 osób zatrudnionych jest w Warszawie, a jedynie około 30 – poza jej granicami. Jak na największe województwo w kraju, to zdecydowanie za mało. Doskonale wykształceni specjaliści są, ale nie ma wielu chętnych do pracy na warunkach NFZ. Przyczyny są oczywiste: lekarz za przyjęcie tego samego pacjenta prywatnie zarobi trzy razy więcej, niż pracując w ramach umowy z NFZ. Wszyscy wiemy, że wycena procedur i kontraktowanie ambulatoryjnych świadczeń w zakresie endokrynologii są zbyt niskie. A zatem podniesienie wyceny procedur i kontraktów powinno przyczynić się do zmniejszenia kolejek oczekujących i zachęcić endokrynologów do pracy w ramach NFZ.

Czy młodzi lekarze interesują się szkoleniem specjalizacyjnym z endokrynologii? Ile przyznano miejsc rezydenckich na Mazowszu?

Zainteresowanie szkoleniem jest olbrzymie i stale wzrasta. W województwie specjalizację z endokrynologii odbywa 43 lekarzy: w trybie rezydenckim 16, w ramach etatu 7, w ramach umowy cywilnoprawnej (wolontariatu) aż 20. Liczba specjalizujących się lekarzy oraz miejsc specjalizacyjnych jest istotnie mniejsza niż w latach poprzednich, gdyż stołeczne ośrodki pediatryczne i ginekologiczne, w związku z wyodrębnieniem w 2015 r. ze specjalizacji endokrynologia dyscyplin pokrewnych: endokrynologia i diabetologia dziecięca oraz endokrynologia ginekologiczna i rozrodu, ograniczają nabór na specjalizację z endokrynologii dorosłych. Rocznie 12–15 osób uzyskuje tytuł endokrynologa. O każde zwalniane miejsce specjalizacyjne ubiegają się dwie – trzy osoby, ale rocznie przyznawane są jedynie dwie lub trzy rezydentury. Wiemy, że ta forma kształcenia podyplomowego jest zdecydowanie najlepsza.

Endokrynologia to nie tylko choroby tarczycy. Z jakimi problemami zdrowotnymi pacjentów najczęściej spotykają się lekarze tej specjalności?

Choć na układ endokrynny składa się wiele narządów syntetyzujących i wydzielających hormony: podwzgórze, przysadka, przytarczycy, trzustka, nadnercza, gonady, ale też



Fot. M. Bączek

tkanka tłuszczowa, przewód pokarmowy, śródbłonek naczyń, serce i nerki, rzeczywiście najczęściej do naszych poradni trafiają pacjenci z chorobami tarczycy. Musimy zdawać sobie sprawę, że u około połowy populacji kobiet po 50. roku życia występują guzki tarczycy, a u około 15 proc. „zdrowej” populacji można wykazać cechy autoimmunologicznego zapalenia tarczycy prowadzącego z czasem do jej niedoczynności. Coraz częściej rozpoznajemy również zaburzenia czynności tarczycy u kobiet w ciąży. U 5–10 proc. populacji ciężarnych stwierdza się subkliniczną niedoczynność tarczycy, która – nieleczona – może skutkować gorszym rozwojem intelektualnym potomstwa. Nieco inaczej wygląda to na świecie, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie najwięcej jest pacjentów z otyłością, zaburzeniami metabolicznymi z nią związanymi i cukrzycą. W Polsce cukrzycą zajmują się głównie diabetolodzy, a pacjenci z otyłością niestety nie mają swojego specjalisty, który interdyscyplinarnie pokierowałby diagnostyką i leczeniem choroby stanowiącej plagę naszych czasów.

Lekarze jakiej specjalności najczęściej kierują pacjentów do endokrynologa?

Najczęściej skierowania wystawiają lekarze rodzinni. Nie ma się co dziwić, skoro statystycznie co druga dojrzała kobieta ma zmiany guzkowe w tarczycy, a co czwarta autoimmunologiczne zapalenie tarczycy. Stanowią bardzo dużą część pacjentów, tylko czy są to osoby poważnie chore, wymagające opieki specjalisty? Może wystarczy im krótka konsultacja? Czy w każdym przypadku *incidentaloma* – ujawnionego w badaniach obrazowych guzka tarczycy (występującego

u około 50 proc. populacji), przysadki (zmiany spotykane u około 15 proc.) lub nadnerczy (u 5 proc. ogólnej populacji) – pacjent wymaga pilnej wizyty u endokrynologa? Wiemy, że tylko około 5 proc. zmian guzkowych tarczycy i nadnerczy to nowotwory złośliwe. W przysadce pojawiają się jedynie rzadko występujące przerzuty nowotworowe. Większość zmian złośliwych wymaga pilnej interwencji specjalisty, ale najczęściej wszystkie ujawniają cechy złośliwości już we wstępnej ocenie. Ważne, aby lekarz rodzinny potrafił je wyselekcjonować. Bardzo duże znaczenie mają więc wszystkie formy kształcenia podyplomowego lekarzy tej specjalności. Często odczuwam wielką satysfakcję, gdy na kursach, organizowanych corocznie przez mój zespół („Postępy endokrynologii i diabetologii” w Juracie i „Jesienna szkoła endokrynologii” w Zakopanem), wśród ponad 700 uczestników istotną grupę – z reguły ponad 100 osób – stanowią lekarze rodzinni. Są to koledzy, którzy trafnie przewidują, że niedługo będą musieli prowadzić chorych z najczęstszymi, ale i najłagodniejszymi zaburzeniami endokrynnymi, jakimi są wole guzkowe obojętne i choroba Hashimoto.

Jaka jest dostępność nowoczesnych terapii endokrynologicznych w Polsce?

Postęp w diagnostyce i leczeniu zaburzeń endokrynnych na świecie jest znaczący. Dostępność najnowocześniejszych, a więc również kosztownych, metod diagnostycznych w tej dziedzinie w naszym kraju jest nie najgorsza. Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, z metodami medycyny nuklearnej włącznie, nie odbiegają od światowego poziomu. Nieco gorsza jest sytuacja w zakresie dynamicznie rozwijającej się

na świecie diagnostyki genetycznej. Możliwość korzystania z nowoczesnych terapii endokrynologicznych w porównaniu z notowaną w innych specjalnościach medycznych jest również nie najgorsza. Istnieją problemy np. z leczeniem inhibitorami kinazy tyrozynowej w raku tarczycy, ale w niektórych nowotworach neuroendokrynnych terapia taka jest refundowana. Chorzy z akromegalią mogą w pełni korzystać z analogów somatostatyn pierwszej generacji, a trwają starania o udostępnienie im najnowocześniejszych preparatów drugiej generacji. Najskuteczniejsze leki stosowane na świecie w hiperprolaktynemii – kabergolina (agonista dopaminy), lub w hiperkortyzolemii – metyrapon (bloker syntezy nadnerczowej), są w Polsce dostępne, ale niestety nie są refundowane. W większości przypadków stosujemy więc znacznie tańsze odpowiedniki – bromokryptynę albo ketokonazol. Mimo tych braków, endokrynologia w Polsce nie ustępuje światowej, głównie dzięki świetnie wykształconym i rozsądnie postępującym lekarzom.

Czy starzenie się społeczeństwa, ale też styl życia mają wpływ na zwiększenie liczby zachorowań na choroby endokrynne?

Proces starzenia się społeczeństwa związany jest m.in. z wydłużeniem przeciętnego trwania życia, a im dłużej żyjemy, tym większe ryzyko zachorowania na nowotwory, również gruczolów dokrewnych. Częstość zmian guzkowych stwierdzanych w tarczycy, przysadce i nadnerczach rośnie z wiekiem. W ostatnich latach znacząco poprawiła się dostępność badań obrazowych, w efekcie zwiększa się odsetek ujawnianych przypadkowo zmian ogniskowych w tych gruczolach. Nowotwory złośliwe szczęśliwie stanowią jednak w tej grupie znikomy procent. W związku z tym pojawia się nowy, nieznany do tej pory problem nadrozpoznawalności mikroognisk raka tarczycy – nowotworu, który w starszym wieku rzadko stanowi przyczynę zgonu. Dlatego w tych przypadkach kluczowe jest doświadczenie i rozważne postępowanie lekarzy specjalistów. Podobną sytuację mamy w zakresie rosnącej z wiekiem częstości występowania niedoczynności tarczycy, której leczenie u osób starszych jest problematyczne. Z drugiej strony endokrynologia, z hormonalnym leczeniem zastępczym (nie tylko estrogenami), istotnie poprawia jakość życia, a odpowiednio stosowana może to życie wydłużać. Dla przykładu, od niedawna wiadomo, że wydłużenie telomerów odpowiadających za starzenie się komórki w dużym stopniu zależy od androgenów, a ich skracanie, przyspieszające ten proces, od kortykosteroidów.

Wyzwania w endokrynologii?

W mojej opinii największe wyzwania zdrowotne, jakie stoją przed naszym społeczeństwem, które są zarazem wyzwaniami dla endokrynologii, to starzenie się populacji i epidemia otyłości. Endokrynolodzy mogą być bardzo skuteczni w prewencji otyłości i poprawie jakości życia w starszym wieku. Już teraz dobrze wiemy, że rozważne leczenie, polegające np. na zmniejszeniu wydzielania insuliny, spowodowanego opornością insulinową w otyłości, lub uzupełnienie brakujących na starość hormonów powinny się przyczynić do poprawy zdrowia społeczeństwa. ■

Konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii na Mazowszu: **prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński**, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki, Klinika Endokrynologii CMKP, 01-809 Warszawa, ul. Cegłowska 80, tel. 22-834-31-31, klinendo@cmkp.edu.pl



Z okazji jubileuszu, 25. rocznicy pierwszego w Polsce wszczepienia przez prof. Henryka Skarżyńskiego implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, w Światowym Centrum Słuchu oraz w Centrum Słuchu i Mowy „Medincus” w Kajetanach od 10 do 14 lipca 2017 r. odbywały się warsztaty kliniczne i konferencja naukowa w ramach programu naukowo-medycznego „Muzyka w rozwoju słuchowym człowieka”. Wydarzenia te zwińczył niezwykły koncert uczestników warsztatów, którzy osiągnęli najlepsze rezultaty w rehabilitacji słuchu. Wykonali utwór, nad którym pracowali podczas warsztatów pod okiem zawodowych muzyków.

Na tegoroczny festiwal i warsztaty kliniczne zgłosiło się ponad 150 osób z Polski, Australii, Rosji, Ukrainy, Grecji, Węgier, Singapuru, Niemiec, Kazachstanu, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Tajwanu, Filipin, Hiszpanii, Serbii i Chin.





Podczas zjazdu podjęto próbę pobicia rekordu Guinnessa w kategorii „Spotkanie w jednym miejscu i czasie największej liczby osób z implantami słuchowymi”, ustanowionego w 2012 r. także w Kajetanach. Do Kajetan przyjechali pacjenci z rodzinami. W sumie blisko 2000 gości. Próba zakończyła się sukcesem pacjentów i wynikiem 601!

– Z okazji jubileuszu zaprosiliśmy pacjentów i ich rodziny na wielki zjazd – mówił prof. Henryk Skarżyński, pomysłodawca spotkania. – Najważniejsze dla nas było to, aby pacjenci mogli porozmawiać ze specjalistami, sprawdzić stan swojego implantu, zapoznać się z nowościami technicznymi w dziedzinie implantów słuchowych. Ważne, abyśmy się integrowali i spotykali także poza wizytami kontrolnymi w instytucie, ponieważ osoba z implantem słuchowym musi mieć zapewniony z nami kontakt do końca życia. ■ oprac. kb

Błogosławieństwo papieża Franciszka

Z okazji 25. rocznicy pierwszego w Polsce wszczęcia przez prof. Henryka Skarżyńskiego implantu ślimakowego osobie niesłyszącej nadszedł niezwykły dar ze Stolicy Apostolskiej. Podczas uroczystości w Światowym Centrum Słuchu ksiądz biskup Rafał Markowski przekazał specjalnie przygotowane dla prof. Henryka Skarżyńskiego oraz wszystkich pracowników Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu błogosławieństwo Ojca Świętego Franciszka i sam też nie szczędził słów uznania:

„(...) Papież Franciszek ciągle pochyla się nad wszystkimi, którzy miłosierdzia potrzebują, ale także do miłosierdzia nieustannie wzywa. To błogosławieństwo jest symboliczną jego obecnością tu, pośród nas! Błogosławieństwo dla prof. Henryka Skarżyńskiego jest wyrazem wdzięczności za jego osobowość i osiągnięcia medyczne (...). Apostolskie błogosławieństwo dla pracowników Światowego Centrum Słuchu jest wyrazem wdzięczności za codzienny trud i pomoc, którą niosą potrzebującym. To wdzięczność papieża i Kościoła za miłosierdzie okazywane na co dzień pacjentom”. ■ oprac. kb



Prof. Witold Rużyłło uhonorowany

28 czerwca 2017 r. na Zamku Królewskim w Warszawie prof. Witold Rużyłło odebrał tytuł doktora honoris causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Najwyższą akademicką godność otrzymał za wybitne osiągnięcia naukowe i kliniczne, o wymiarze światowym, w dziedzinie kardiologii, oraz wkład w rozwój badań na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. ■ *oprac. ach*



Fotografie: ewg



List intencyjny o współpracy naukowej

Wojciech Puzyra, prezes Zarządu Centrum Medycznego „Żelazna” sp. z o.o., i prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w obecności ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła podpisali list intencyjny inicjujący współpracę obu podmiotów w zakresie działalności naukowej, badawczej i dydaktycznej. ■ *oprac. ach*



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie

<http://ckp.wum.edu.pl>

oraz w Dziekanacie Centrum Kształcenia Podyplomowego,
ul. Zwirki i Wigury 61,
Budynek Rektoratu, pok. 509,
02-091 Warszawa
tel.: (22) 57 20 519
faks: (22) 57 20 511
e-mail: ckp@wum.edu.pl

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!



Prowadzimy studia podyplomowe:

- prawo medyczne w ochronie zdrowia
- medycyna estetyczna
- metodologia badań klinicznych
- żywienie kliniczne
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- seksuologia kliniczna
- seksuologia sądowa
- pomoc psychologiczna w medycynie
- rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych
- zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych

NOWE KIERUNKI

- psychodietetyka
- medycyna prewencyjna, regeneracyjna i przeciwstarzeniowa
- bezpieczeństwo i zarządzanie ryzykiem działalności leczniczej

oraz studia MBA:

- SGH-WUM-MBA w ochronie zdrowia



Głosujemy korespondencyjnie

WYBORY

Okręgowa Komisja Wyborcza zakończyła wstępny etap przygotowania do wyborów delegatów. Członkowie Izby zostali wpisani na listę rejonów wyborczych, odrębnie lekarzy i lekarzy dentyistów. W 149 rejonach wyborczych zgłoszono 336 kandydatów: 282 lekarzy i 54 lekarzy dentyistów. Listy kandydatów i szczegółowe dane o nich są opublikowane na stronie internetowej Izby.

W ostatnim tygodniu września rozpoczynamy głosowanie w poszczególnych rejonach. Zamierzamy je zakończyć w październiku 2017 r. Zasadniczą formą głosowania jest głosowanie drogą korespondencyjną. Każdy z nas dostanie z odpowiednim wyprzedzeniem (trzytygodniowym) zestaw dokumentów do głosowania. Głosujemy przez wskazanie na karcie do głosowania nazwiska kandydata.

Kartę włożoną do nieoznakowanej koperty przesyłamy w drugiej, zaadresowanej do Okręgowej Komisji Wyborczej, potwierdzając po jej zaklejeniu swoje dane (podpis i pieczęć). Głos dostarczony korespondencyjnie w terminie określonym przez OKW jest równoważny z głosowaniem osobistym.

Koleżanki i koledzy, którzy nie oddadzą głosu drogą korespondencyjną, mogą głosować osobiście, w wyznaczonym dniu, wrzucając wypełnioną kartę do głosowania do urny

w swoim rejonie, w obecności członków Komisji Skrutacyjnej. Komisja na podstawie liczby głosów oddanych na kandydata w drodze korespondencyjnej i osobiście ustala wyniki wyborów. Szczegółowa instrukcja i dokumenty do głosowania korespondencyjnego będą przekazywane imiennie każdemu członkowi Izby.

Wyniki wyborów ogłosi w formie obwieszczenia przewodniczący OKW w listopadzie.

Wybieramy delegatów na Zjazd OIL w Warszawie, który jest najwyższą władzą samorządu. Koleżanki i koledzy wybrani na okres czterech lat będą mieli znaczny wpływ na wszelkie decyzje dotyczące naszego środowiska.

Forma głosowania korespondencyjnego umożliwia każdemu w najmniej obciążający sposób udział w wyborach delegatów naszej Izby.

Głosujemy!

Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
w Warszawie



Fot. archiwum

PRACUJ W SIECI MEDYCZNEJ DOCENIANEJ PRZEZ LEKARZY I PACJENTÓW



zaledwie 3% rotacja wśród lekarzy dowodzi, że doceniają oni atmosferę i warunki pracy w ENEL-MED



średnia ocena 5,51 w skali 6 stopniowej w ankiecie zadowolenia pacjentów, to potwierdzenie wysokiej jakości naszych usług



poczuj się jak lekarz a nie urzędnik - nowoczesna infrastruktura, organizacja obsługi pacjenta i wsparcie medyczne gwarantują możliwość pełnego skoncentrowania się na leczeniu



JUŻ NIEDŁUGO
OTWARCIE NOWEJ PLACÓWKI
ENEL-MED W GALERII PÓŁNOCNEJ
NA BIAŁOŁĘCE

OGŁOSZENIE

WYPEŁNIJ FORMULARZ NA STRONIE
www.enel.pl/kariera

LUB WYŚLIJ CV NA ADRES
rekrecja@enel.pl

enel-med

Fot. archiwum



Marek Balicki

Brzytwa Ockhama to zasada mówiąca, że nie należy wprowadzać nowych pojęć i założeń, jeżeli nie ma ku temu ważnych powodów. Najlepsze są rozwiązania najprostsze, przyjmujące najmniejszą liczbę założeń. Inaczej mówiąc: nie należy mnożyć bytów ponad potrzebę.

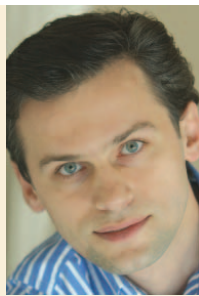
Zapomniało o tym Ministerstwo Zdrowia, przygotowując rozporządzenie o sposobie ustalania ryczałtu dla szpitali, które znajdują się w sieci. Zawarto w nim kilkanaście wzorów matematycznych o tak dużym stopniu skomplikowania, że w wielu szpitalach dyrektorzy nie podejmowali nawet próby obliczenia swojego przyszłego budżetu. Niewiele pomógł symulator obliczania ryczałtu zamieszczony na stronie internetowej resortu. W dodatku zaprezentowano go jedynie w formie do odczytu, co uniemożliwia podstawienie konkretnych danych.

Skutkiem regulacji ma być poprawa dostępności świadczeń oraz koordynacji i kompleksowości ich udzielania. Taka deklaracja zawarta jest w dokumencie oceniającym skutki regulacji. Nie napisano jednak, jak to się odbędzie. Mamy więc klasyczny przykład myślenia życzeniowego. Czy zagmatwanie nowych zasad finansowania może coś zmienić na lepsze? Raczej trudno się tego spodziewać.

Najistotniejsze, że nadal przedmiotem rozliczeń będzie liczba wykonanych usług, a nie zapewnienie opieki określonej grupie ludności (dopiero wtedy ryczałt miałby sens). Tak jak w modelu Alzira, który został stworzony i wdrożony w hiszpańskiej Walencji dla blisko 250 tys. mieszkańców. Polega on na tym, że podmiot prywatny zawiera z publicznym kontrakt na dostarczanie zintegrowanych usług zdrowotnych określonej populacji w zamian za wynagrodzenie w formie kapitaacji. Kapitaacja oznacza tu określoną kwotę na osobę przemnożoną przez liczbę mieszkańców, waloryzowaną co roku, zgodnie ze wskaźnikiem inflacji. W ten sposób prywatny operator przejął od władz publicznych ryzyko związane z zagwarantowaniem opieki zdrowotnej ludności. Dla operatora zaletą kontraktu jest stały przychód, który umożliwia mu długoterminowe planowanie wydatków, np. inwestycji.

Gdy pacjent z obszaru objętego działaniem operatora wybiera inną placówkę, operator musi płacić 100 proc. kosztów. Otrzymuje jednak środki na pokrycie 80 proc. kosztów leczenia pacjentów spoza swojego rejonu. Chodzi o to, żeby nie zmniejszać dostępności usług dla „swoich” pacjentów. Zachowano swobodny wybór lekarza i szeroką dostępność świadczeń w ramach własnych placówek. W drugim etapie realizacji modelu podwyższono wartość stawki kapitacyjnej, a operator przejął nie tylko opiekę szpitalną i specjalistyczną, ale również POZ. Poprawiło to zarządzanie strumieniem pacjentów i w wyniku kierowania ich do centrów ambulatoryjnych znacząco spadła liczba zbędnych hospitalizacji. W sumie zastosowanie modelu Alzira przyniosło sukces. Koszty opieki okazały się niższe, a wskaźnik satysfakcji pacjentów wyższy niż w regionie. Nie dziwi, że hiszpańskie doświadczenia wykorzystują inni. My zaś będziemy czekać na skutki wprowadzenia sieci i wyższej matematyki. ■

Fot. archiwum



Wstyd zawodowy

Paweł Walewski

Bardzo cenię starania rzecznika praw obywatelskich o utrzymanie praworządności w Polsce. Podzielałem jego niepokój, gdy łamana jest konstytucja i kiedy spiera się z ministrami różnych resortów (nierządki również zdrowia) o decyzje, które godzą w sprawiedliwość społeczną. Ostatnio Adam Bodnar wystąpił z inicjatywą, by z ustawy o zawodzie lekarza znikła kara dożywotniego pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W pierwszej chwili byłem tym zaskoczony, gdyż samorząd lekarski w przeszłości był wielokrotnie krytykowany za zbyt łagodne wymierzanie kar. A teraz okazuje się, że niektóre są zbyt surowe?

Ale warto rozważyć, czym kierował się rzecznik, wysuwając swój postulat. Otóż uznał, że skoro w przypadku innych zawodów medycznych nie ma takiego środka represji jak pozbawienie prawa wykonywania zawodu na zawsze, to i lekarze nie powinni być w ten sposób karani. Trybunał Konstytucyjny wymógł na samorządzie pielęgniarskim usunięcie takiego zapisu w 2010 r., orzekając, że pozbawienie szansy na przywrócenie do zawodu uniemożliwia pełną rehabilitację, co niezgodne jest z konstytucją gwarantującą poszanowanie godności i wolne prawo wyboru zawodu.

Adam Bodnar stoi więc na straży równości prawa, bo z jego punktu widzenia nie ma argumentów różnicujących profesje medyczne. Dlaczego u pielęgniarek kara wykluczenia może ulec zatarciu po 15 latach, a u lekarzy nie? Dobre pytanie! Legaliści też się dziwią: można stwierdzić, że ktoś jest niezdolny do wykonywania zawodowych czynności, jeśli jednak zaniechał złych uczynków, powinien mieć prawo do rehabilitacji i po odbyciu kary nie można odbierać mu szansy.

Ten prawniczy osąd zderza się jednak z etyką. Zawodowe uśmiercenie zarezerwowane jest przecież tylko dla wyjątkowych przypadków (w ciągu 28 lat istnienia samorządu zapadło jedynie 11 wyroków skazujących lekarzy na dożywotnie wykluczenie z zawodu) i nie ma wątpliwości, że w każdym z nich oskarżeni zachowali się tak podle, iż nie powinni liczyć na czyjąkolwiek wyrozumiałość. Czy każdy musi być lekarzem? Chyba nie. To mimo wszystko profesja, w której powołanie wciąż odgrywa istotną rolę. Zatem czy osoba, która dopuściła się karygodnego czynu, powinna otrzymać po 10, 15, a nawet 20 latach możliwość powrotu do pacjentów, których wcześniej znieważała, lub, mówiąc wprost, przyczyniła się do czyjejś śmierci? Mam wątpliwości. To zachowania niedające się w żaden sposób usprawiedliwić, dlatego więc nie stosować kar, które raz na zawsze przetrną możliwość kontaktu z chorymi? Pacjenci muszą mieć pewność, że ich lekarz zastępuje na szacunek i nigdy nie nadużył zaufania ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Rewolucja w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby C

Dr n. med. Andrzej Gietka

Specjalista hepatolog, Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Hepatologii CSK MSW

Zakażenie HCV jest najczęstszą przyczyną przewlekłej choroby wątroby. Liczbę zakażonych na świecie szacuje się na 180-200 mln. Chociaż dane dotyczące epidemiologii w Polsce są niepewne, to przyjmuje się, że u około 2% populacji stwierdza się obecność przeciwciał anty-HCV, z czego u 30-40% jest obecny wirus przewlekłego zapalenia wątroby C. Tak więc szacunkowa liczba chorych przekracza 200 tys.

Powszechnie stosowanym testem w badaniach przesiewowych jest badanie obecności przeciwciał przeciw HCV. Jednak podstawą rozpoznania jest stwierdzenie we krwi materiału genetycznego wirusa (RNA HCV) metodą PCR. Należy bezwzględnie pamiętać, że samo stwierdzenie obecności przeciwciał anty-HCV nie jest równoważne z chorobą.

Wirus zapalenia wątroby typu C jest przenoszony głównie drogą parenteralną. O ile w latach 70. i 80. ub. wieku było to głównie przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych to obecnie, dzięki coraz doskonalszej prewencji, wśród przyczyn nowych zakażeń są stosowanie narkotyków dożylnych, drobne zabiegi ambulatoryjne, leczenie stomatologiczne oraz tatuaże. Rzadko do zakażenia dochodzi drogą płciową. Ryzykowne zachowania seksualne i duża liczba partnerów zwiększa ryzyko. U 2-4 % chorych do zakażenia może dochodzić w trakcie porodu. Wyróżniamy 6 genotypów HCV, których oznaczenie ma ogromne znaczenie w rokowaniu i wyborze optymalnego leczenia. W Polsce około 80% chorych zakażonych jest genotypem 1, kilkanaście procent genotypem 3, stosunkowo rzadko spotyka się w Polsce genotyp 4, jeszcze rzadziej 2.

Zakażenie HCV, w ogromnym odsetku przypadków, ma przebieg bezobjawowy. Do pojawienia się marskości, a w jej następstwie ryzyka raka pierwotnego wątroby dochodzi tylko u 30-40% chorych. Niemal nigdy nie zdarza się to wcześniej niż po 20-30 latach choroby.

Pierwszym lekiem wprowadzonym do leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby (pwzw) C, w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, był interferon alfa. Pozwalał on na uzyskanie trwałej eliminacji wirusa (SVR - sustained viral response) zaledwie u 8-10% chorych. Wprowadzenie pegylowanych postaci interferonu alfa, powszechne dołączenie do leczenia rybawiryny, indywidualizacja toku trwania terapii, pozwoliła na uzyskanie eradykacji wirusa u około 50% chorych.

Leczenie interferonem z rybawiryną było niezwykle trudne, trwało nierzadko aż 72 tygodnie (!) i związane było z ogromnym ryzykiem, często ciężkich, powikłań.

W ostatnich latach doszło do rewolucyjnych postępów w leczeniu pwzw C. Pojawił się szereg bezpośrednio działających leków przeciwwirusowych (DAA - direct acting antivirals). Skuteczność tego leczenia jest niewiarygodna. W najczęstszym w Polsce genotypie 1, leki te pozwalają uzyskać 99-100% trwałych odpowiedzi w przypadku chorych nieleczonych uprzednio interferonem, zaledwie po 8-tygodniowej terapii. Leczenie lekami z grupy DAA jest refundowane od października 2015 roku.



HCV/PL/17-03/NPM/1344

Co więcej, ich niezwykle mała toksyczność sprawia, że możemy je stosować nawet u chorych z marskością wątroby.

Najtrudniejszy do leczenia jest obecnie genotyp 3, ale i u tych chorych skuteczność leczenia przekracza 85%. Rzadko do leczenia jest dołączana rybawiryna.

W dobie interferonu warunkiem kwalifikacji do leczenia była biopsja wątroby zapobiegająca podejmowaniu ryzykownego leczenia u chorych z małymi zmianami w wątrobie. Z tego powodu leczenie było prowadzone w dużych ośrodkach, mających możliwości wykonania biopsji oraz posiadających doświadczenie w leczeniu ciężkich powikłań interferonoterapii.

Wprowadzenie niezwykle skutecznych i bezpiecznych leków z grupy DAA wyeliminowało konieczność wykonywania biopsji, a leczenie może być prowadzone w każdym ośrodku leczenia chorób wątroby.

W ostatnim czasie zarejestrowano do leczenia leki pangentypowe, skuteczne u chorych z każdym genotypem HCV. Pozwalają one na uzyskanie niemal 100% trwałych odpowiedzi wirusologicznych u większości chorych. Lada chwila można oczekiwać wprowadzenia pierwszych leków pangentypowych w ramach refundacji NFZ.

W wielu krajach skuteczność i bezpieczeństwo leczenia pwzw C powodują, że prowadzą je lekarze rodzinni po konsultacji z hepatologiem lub lekarzem chorób zakaźnych.

Rewolucja w leczeniu pwzw C sprawiła, że dzisiaj jesteśmy w stanie skutecznie i bezpiecznie wyleczyć niemal wszystkich chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby C. Musimy się więc starać by jak najwcześniej rozpoznawać HCV u pacjentów. Skierowanie na nieodpłatne badanie anty-HCV może wydać tylko lekarz specjalista. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mogą kierować pacjentów do poradni specjalistycznych, proponować badanie anty-HCV opłacone przez pacjenta (ok. 35-45 zł) lub zachęcać ich do udziału w akcjach bezpłatnych badań przesiewowych.

Artykuł został przygotowany w ramach działań informacyjnych nt. zakażenia HCV prowadzonych przez Gilead Sciences Poland.

HCV/PL/17-06/NPM/1872



Fot. ach

Coraz liczniejsi polscy lekarze zgadzają się na upublicznienie danych dotyczących zakresu i wartości swojej współpracy z innowacyjnymi firmami farmaceutycznymi. Są wśród nich także medycy z Mazowsza.

Infarma kolejny raz opublikowała informacje na temat wartości i zakresu współpracy 34 firm farmaceutycznych (sygnatariuszy Kodeksu Przejrzystości) z przedstawicielami zawodów medycznych, a także organizacjami ochrony zdrowia. W 2016 r. wydano w sumie na ten cel blisko 735 mln zł.

Ewa Szarkowska

Rośnie akceptacja dla Kodeksu Przejrzystości

Wsparcie badań i edukacji

Niezmiennie głównym obszarem współpracy branży farmaceutycznej ze środowiskiem medycznym jest działalność badawczo-rozwojowa, na którą przeznaczono 60 proc. wymienionej wcześniej kwoty, czyli około 444 mln zł. Gros tej sumy stanowiły wydatki na badania kliniczne, w tym wynagrodzenia dla badaczy i ośrodków realizujących badania.

Kolejne 23 proc. (około 166 mln zł) wydano na współpracę z organizacjami ochrony zdrowia (towarzystwami naukowymi, szpitalami, fundacjami, stowarzyszeniami itp.), a 17 proc. (ponad 124 mln zł) – przeznaczono dla przedstawicieli zawodów medycznych – głównie lekarzy, ale także pielęgniarek, położnych i farmaceutów. Ponad połowę łącznej kwoty 290 mln zł stanowiły koszty związane z wydarzeniami naukowymi i edukacyjnymi, tj. kongresami, konferencjami, seminariami. Kolejną znaczącą jej część (ponad 60 mln zł) przeznaczono na wynagrodzenia z tytułu świadczonych usług, takich jak prowadzenie wykładów, przygotowywanie analiz medycznych, działalność w radach naukowych i doradczych.

Więcej osób wyraża zgodę na publikację danych

Istotnym elementem Kodeksu Przejrzystości jest upublicznienie wysokości wynagrodzeń i innych świadczeń przekazanych przez firmy farmaceutyczne przedstawicielom zawodów medycznych. Zgodnie z kodeksem oraz obowiązującymi w Polsce normami w zakresie ochrony danych osobowych, publikacja danych o współpracy z przemysłem farmaceutycznym wymaga jednak zgody osoby, której te dane

dotyczą. Niektóre przedsiębiorstwa proszą o udzielenie jej z góry, na dłuższy okres, np. roku, inne – przy podpisywaniu każdej umowy o współpracy.

Z podsumowania Infarmy wynika, że zgody na upublicznienie swych danych za rok 2016 udzieliło około 10 tys. przedstawicieli zawodów medycznych, o blisko 1600 więcej niż rok wcześniej. Wśród nich było wielu lekarzy z województwa mazowieckiego. Odsetek indywidualnych pozwoleń na publikację danych sięgnął 23 proc. (w 2015 r. – 22 proc.), natomiast średnia wartość świadczeń branży farmaceutycznej na rzecz tych osób w roku 2016 wyniosła 2829 zł, a w 2015 – 2772 zł. W przypadku organizacji ochrony zdrowia, czyli towarzystw naukowych, szpitali, fundacji itp., wartości te wynoszą odpowiednio 83 proc. (13 proc. więcej niż w 2015) i 41 859 zł.

– Kodeks Przejrzystości to inicjatywa, którą wdroyliśmy dwa lata temu, a której popularyzację postrzegam jako proces rozłożony na lata. Zdajemy sobie sprawę, że jesteśmy na początku drogi, której celem jest pełna przejrzystość współpracy. Podejmujemy wszelkie kroki, które mają poprawić zrozumienie przez społeczeństwo wartości współpracy firm farmaceutycznych z przedstawicielami zawodów medycznych, a także zapewnić poparcie inicjatywy ze strony środowisk medycznych. Wierzimy, że skuteczna komunikacja i pogłębiony dialog wpłyną na wzrost liczby zgód na upublicznienie indywidualnych danych w kolejnych latach. Część środowiska medycznego ma pytania i wątpliwości, które są w pełni zrozumiałe. Naszym zadaniem jest je rozwiewać – mówi Bogna Cichowska-Duma, dyrektor generalna Infarmy.



Podziękowanie

Prof. dr. hab. n. med. Jackowi Różańskiemu za złote ręce i serce oraz Zespołom obu klinik – Kardiologii i Transplantologii oraz Wad Wrodzonych Serca za perfekcjonizm.

Z najwyższym uznaniem i wdzięcznością
Anna Malanowska i Jan Krusiewicz

OPINIE



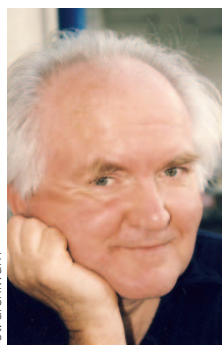
Fot. archiwum

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Górski, przewodniczący Odwoławczej Komisji Bioetycznej MZ, członek European Group on Ethics in Science and New Technologies (2010–2015), wiceprezes PAN (2007–2015).

Warto przypomnieć, że w USA od czterech lat transparentność współpracy z firmami farmaceutycznymi jest regulowana prawem federalnym (tzw. Sunshine Act).

Polecam stronę: <https://openpaymentsdata.cms.gov/summary>. Znajdują się tam dane dotyczące płatności na rzecz lekarzy i szpitali, przekraczających 10 dol. (zatem nawet iście symbolicznych). Zarejestrowano informacje dotyczące 631 tys. lekarzy i 1146 szpitali. Rejestracji podlegają m.in. honoraria, dary, finansowanie podróży i posiłków, wykłady sponsorowane.

Nie sądzę, aby można było akceptować obecną sytuację w Polsce, w której obowiązują ścisłe reguły przy dodatkowym zatrudnianiu lekarza w jednostce publicznej, np. na uczelni lub w instytucie badawczym (istnieje specjalna baza MNiSzW gromadząca te informacje). Trzeba uzyskać zgodę podstawowego pracodawcy, są różne ograniczenia. Tymczasem w przypadku dodatkowej pracy tego samego lekarza na rzecz firm farmaceutycznych nie tylko nie ma ograniczeń, ale nawet podstawowej transparentności. Wreszcie warto przypomnieć, że przejrzystości wymaga Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 51).



Fot. archiwum

Prof. Zbigniew Szawarski, filozof i etyk, przewodniczący Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH.

Jeśli ludzie nie chcą upublicznienia swoich danych osobowych, muszą mieć racjonalne powody. Myślę, że najbardziej przekonującym wyjaśnieniem ich decyzji jest obawa, że dane mogą być wykorzystane przeciwko nim. Ludzie mają poczucie zagrożenia i nie ufają kolegom, przełożonym, instytucjom, w których pracują. Czy i w jakiej mierze obawa jest uzasadniona, to całkiem inne zagadnienie. Ze względu na erozję zaufania w naszym kraju, zdecydowaną przewagę zawiści nad uznaniem oraz rosnącą opresyjność, taka postawa wydaje mi się całkiem sensowna. Człowiek rozumny nie działa na własną szkodę.

Samoregulacja branży

Kodeks Przejrzystości został przygotowany przez Europejską Federację Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA), którą w Polsce reprezentuje Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma. Zgodnie z kodeksem na stronach internetowych przedsiębiorstw zamieszczane są informacje o wartości świadczeń, takich jak koszty udziału w konferencjach naukowych, a także o wynagrodzeniach z tytułu wszelkich usług świadczonych przez przedstawicieli zawodów medycznych firmom sygnatariuszom Kodeksu Przejrzystości.

Należą do nich m.in. konsultacje, wykłady i szkolenia. W przypadku organizacji ochrony zdrowia upublicznieniu podlegają dodatkowo darowizny oraz świadczenia sponsoringowe, wspierające organizację konferencji naukowych.

Polacy pozytywnie o Kodeksie Przejrzystości

Potrzebę podjęcia inicjatywy zwiększającej przejrzystość współpracy potwierdziło badanie opinii publicznej przeprowadzone w 2016 r. przez Millward Brown. Choć 88 proc. Polaków było świadomych, że lekarze współpracują z firmami farmaceutycznymi, wiedza na temat zakresu współpracy nie była pełna. Co piąty rodak nie potrafił powiedzieć, na czym ona dokładnie polega. 71 proc. badanych zgodziło się z opinią, że współpraca lekarzy i firm farmaceutycznych umożliwi tworzenie nowych terapii, a 79 proc. – że pozwala również na udział medyków w konferencjach naukowych, które poszerzają ich wiedzę. Jednocześnie czterech na pięciu respondentów uważało, że lekarze częściej przepisują leki tych firm, z którymi współpracują. W efekcie 44 proc. ankietowanych zadeklarowało brak zaufania do tych relacji, natomiast 49 proc. twierdziło, że są one dla pacjentów korzystne. Zdaniem autorów badania nie może zatem dziwić, że ponad połowa Polaków wyraziła zainteresowanie danymi publikowanymi zgodnie z zaleceniami Kodeksu Przejrzystości. 66 proc. pozytywnie oceniło tę inicjatywę, a co trzeci badany wyraził przekonanie, że zwiększy ona zaufanie zarówno do lekarzy, jak i firm farmaceutycznych.

CENTRUM KARIERY

Centrum Kariery to projekt CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. powołanej

przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie do realizacji kluczowych projektów w obszarze HR dla lekarzy członków OIL.

Centrum Kariery ma ambicję zostać wiodącym dostawcą kompleksowych, profesjonalnych rozwiązań HR dla rynku ochrony zdrowia w Polsce i za granicą.

Jednym z głównych celów Centrum Kariery jest pomoc i wsparcie w planowaniu i rozwoju kariery zawodowej lekarzom. Szczególną uwagę poświęcamy lekarzom i lekarzom dentystom młodym, wchodzącym dopiero na rynek pracy.

Zamierzamy być animatorem rozwoju talentów w sektorze ochrony zdrowia.

Oferujemy:

- ❖ Bezpłatne pośrednictwo pracy
- ❖ Szkolenia z zakresu kompetencji psychospołecznych (miękkich)
- ❖ Outsourcing procesu rekrutacji dla podmiotów leczniczych
- ❖ Ekspertykę centrum informacji dla młodych lekarzy oraz lekarzy cudzoziemców planujących pracę w Polsce
- ❖ Doradztwo personalne

www.centrumkariery.org.pl

Znajdź nas na **LinkedIn**

APEL

organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych z 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze niniejszego apelu reprezentujący środowisko pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6 proc. PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zwracając uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że pomimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,
- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności leczenia, jak również ciągłe zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,
- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,
- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wykonują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń, nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,
- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,
- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,
- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już

obecnie przekłada się na zbyt małą liczebność personelu medycznego, a w nieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,

- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę,

podpisane pod niniejszym apelem organizacje pacjentów wspólnie z Konferencją Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządami zawodów medycznych apelują do Rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6 proc. PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6 proc. PKB będą niewystarczające.

W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną postulujemy również wprowadzenie zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń.

Za niezmiernie ważne uznajemy także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ocenie sygnatariuszy tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi, zanim zostaną wprowadzone w życie w skali całego kraju.

Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej. Obecny system opieki zdrowotnej nie jest zdolny do funkcjonowania na oczekiwanym przez Polaków poziomie. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdro-

wia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów. Należy więc jak najszybszej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce, w odpowiednich, godnych warunkach.

Warszawa, 26 czerwca 2017

Lista sygnatariuszy „Apelu organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych z 26.06.2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce”

1. Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Warszawa
2. Federacja Pacjentów Polskich
3. Fundacja 3-4 Start
4. Fundacja Carita Życ z Szpiczakiem
5. Fundacja Insulinooporność – zdrowa dieta i zdrowe życie
6. Fundacja MyPacjenci
7. Fundacja na rzecz Osób Niewidomych i Słabowidzących
8. Fundacja NeuroPozytywni
9. Fundacja Onkologiczna Nadzieja
10. Fundacja Światło dla Życia
11. Grupa Wsparcia Chorych na Nowotwory Mieloproliferacyjne
12. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
13. Krajowa Izba Fizjoterapeutów
14. Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN
15. Mazowieckie Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona
16. Naczelna Izba Aptekarska
17. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
18. Naczelna Rada Lekarska
19. Obywatelski Parlament Seniorów
20. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej
21. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”
22. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
23. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową
24. Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
25. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
26. Polska Unia Onkologii
27. Polska Unia Organizacji Pacjentów
28. Polski Związek Niewidomych
29. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne
30. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
31. Polskie Stowarzyszenie na rzecz Dzieci Chorych na Padaczkę
32. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą
33. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego
34. Polskie Towarzystwo Alergologiczne
35. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
36. Polskie Towarzystwo Badania Bólu
37. Polskie Towarzystwo Bioetyczne
38. Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej
39. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
40. Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
41. Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki
42. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
43. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
44. Polskie Towarzystwo Dietetyki
45. Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
46. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
47. Polskie Towarzystwo Epileptologii
48. Polskie Towarzystwo Farmakologiczne
49. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii
50. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
51. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów
52. Polskie Towarzystwo Hepatologiczne
53. Polskie Towarzystwo Higieniczne
54. Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej
55. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
56. Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów
57. Polskie Towarzystwo Krioterapii
58. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran
59. Polskie Towarzystwo Lekarskie
60. Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej
61. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
62. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
63. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej
64. Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii
65. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
66. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
67. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
68. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
69. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
70. Polskie Towarzystwo Neurochirurgów
71. Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej
72. Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych
73. Polskie Towarzystwo Okulistyczne
74. Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej
75. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
76. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
77. Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi
78. Polskie Towarzystwo Patologów
79. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
80. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji
81. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne
82. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO
83. Polskie Towarzystwo Transplantacyjne
84. Polskie Towarzystwo Wrodzonych Wad Metabolizmu
85. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
86. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego
87. Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi
88. Porozumienie Rezydentów OZZL
89. Retina AMD Polska
90. Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Obywatelskich
91. Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę
92. Stowarzyszenie Chorych na Choroby Reumatyczne
93. Stowarzyszenie Chorych na Choroby Reumatyczne – Leszno Wlkp.
94. Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka
95. Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi „Magnolia”
96. Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych
97. Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” im. prof. T. Koszarowskiego
98. Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Układu Pokarmowego „Apetyt na Życie”
99. Stowarzyszenie Pomocy Chorym Dzieciom LIVER
100. Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi
101. Towarzystwo Chirurgów Polskich
102. Towarzystwo Internistów Polskich
103. Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
104. Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek
105. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków „WAMO”
106. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków im. Hanka Żechowskiej – Koło Podkarpackie „Podaj dalej”
107. Zgierskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych



Reformy, ale czy zmiany na lepsze?

Filip Niemczyk, adwokat

Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości należy niewątpliwie do zasadniczych zadań państwa. Za prawdziwością tego stwierdzenia przemawia lektura przywoływanej ostatnimi czasy po wielokroć Konstytucji RP. Wśród praw człowieka i obywatela w art. 68 czytamy o prawie do ochrony zdrowia oraz równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Art. 45 mówi natomiast o tym, że każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy, bez nieuzasadnionej zwłoki, przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd.

Oba systemy działają w sposób daleki od ideału, cierpią na podobne bolączki, a hasło koniecznych zmian i reform pada z ust polityków od wielu lat, niezależnie od opcji, jaką reprezentują. Niestety, z ogólnikowo sformułowanych diagnoz oraz postulowanych „cudownych recept” na naprawę służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości wynika niewiele, żeby nie powiedzieć, że ich efekt jest zazwyczaj odwrotny od deklarowanego.

Odpowiednikiem zarzutu o przewlekłości postępowań sądowych jest zarzut nadmiernie długich kolejek do specjalistów. Obu sfer dotyczą też powszechnie formułowane zastrzeżenia co do jakości pracy i rzekomo wszechobecnego błędów, korupcji, nepotyzmu, braku empatii i wielu innych, z którymi spotkał się z pewnością każdy, kto na co dzień pracuje w szpitalu lub sądzie. Rozpowszechnione przekonanie o patologii w służbie zdrowia i wymiarze sprawiedliwości, podsycane przez polityków i media, znajduje odzwierciedlenie w rekordowo niskim zaufaniu do zawodów lekarza, sędziego, adwokata.

Najzagorzalsi krytycy stanu służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości zdają się mieć dość kiepskie pojęcie o realiach pracy oraz ludziach, którzy wykonują zawody medyczne czy prawnicze. Z publicystycznych i politycznych dyskusji znika fakt, że zawód lekarza, podobnie jak zawód sędziego i adwokata, to zawody zaufania publicznego, których istotą jest pewna misja i służba społeczna. Spotkałem wielu lekarzy i prawników, którzy wykonywanie zawodu i etos z nim związany traktują niezwykle poważnie, niejednokrotnie spełniają swe obowiązki służbowe kosztem życia prywatnego.

Nawet jednak ciężka praca i niezłomna postawa moralna pracowników nie wystarczą, kiedy zmuszeni jesteśmy skonfrontować oczekiwania społeczne wobec służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości z ekonomią. Polska przeznaczająca relatywnie niewielkie środki na utrzymanie systemów służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości. Należy oczywiście dyskutować o racjonalności wykorzystania tych środków i poprawie sprawności funkcjonowania poszczególnych systemów, ale, jak mówi znane powiedzenie, od mieszania herbaty nie stanie się sódzsa.

Na społeczną ocenę pracy lekarza lub sędziego niewątpliwie wpływ ma z jednej strony rozpowszechnione przekonanie o ponadprzeciętnie wysokich zarobkach tychże, a z drugiej – konfrontacja z trudnymi niejednokrotnie warunkami lokalowymi sądów i szpitali, tłokiem, kolejkami, długim czasem oczekiwania na wizytę lub rozprawę. Łatwo wysnuć zatem wniosek, że pieniądze, które mogłyby zostać przeznaczone na lepszą obsługę pacjenta lub interesanta, trafiają do kieszeni pracowników. Wniosek taki jest oczywiście fałszywy, bo wysokie zarobki są mitem, co z pewnością potwierdzi każdy młody lekarz i prawnik, nie mówiąc o personalu pomocniczym. Wniosek ten jest fałszywy również dlatego, że poprawa jakości funkcjonowania służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości z pewnością nie zależy od obniżenia zarobków osób w nich zatrudnionych. Wręcz odwrotnie, poprawa warunków pracy i płacy zapobiegnie odpływowi wartościowych fachowców zagranicę, do sfery usług całkowicie komercyjnych, oraz ograniczy zjawisko pracy na kilku etatach, co pozwoli na pełniejsze zaangażowanie się ich w obowiązki.

Na sprawność działania systemów służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości wpływ ma również ich przeciążenie liczbą spraw i przypadków. Do polskich sądów z każdym rokiem wpływa więcej spraw, których rozpoznawanie trwa coraz dłużej. Jedną z recept powinno być zatem propagowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów, w szczególności mediacji lub arbitrażu. Analogicznie – mniej chorych będzie zgłaszać się do lekarza specjalisty i szpitala, jeśli zawczasu będziemy propagować zdrowy styl życia.

Nie ma jednego właściwego rozwiązania problemów służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości, a przede wszystkim nie ma prostych recept, po które najchętniej sięgnęliby politycy. Niewątpliwie należy racjonalnie wykorzystywać dostępne zasoby materialne i ludzkie, rozwijać informatyzację, aby zapewnić zdalny dostęp do lekarza i sądu, poprawiać jakość usług przez inwestowanie w wykształcenie kadr każdego szczebla. Ogólnikowych pomysłów można by wymieniać jeszcze wiele i niewątpliwie są one banalne dla osób, które pracują w zawodach medycznych i prawniczych. Gdy jednak skonfrontujemy te oczywiste diagnozy powszechnie znanych problemów z populistycznymi receptami, jakie proponują nam politycy, możemy dojść do wniosku, że każda okazja jest dobra, aby o nich przypomnieć. Ostatnim pomysłem polityków na reformę wymiaru sprawiedliwości okazuje się bowiem całkowita wymiana kadr, „oczyszczenie”, które pozwoli wszystko zacząć od początku. W moim przekonaniu takie reformy nie tylko nie rozwiązują żadnego realnego problemu, ale potęgują chaos i sprawiają, że rzeczywiste zmiany na lepsze odłożone zostają na bliżej nieokreśloną przyszłość. Można jedynie sobie życzyć, aby podobnych zmian nie próbowano dokonać w służbie zdrowia. ■



Fot. egw

W służbie dobra i zła

Tadeusz Tołłoczko

Podczas I wojny światowej niemiecki uczyony Fritz Haber opracował produkcję tzw. gazu musztardowego – trującego fosgenu, i osobiście kierował jego stosowaniem na wszystkich frontach. Na skutek tego w męczarniach zginęło przeszło 60 tys. ludzi. Żona chemika po pierwszym użyciu gazu popełniła samobójstwo, ale on bezpośrednio po pogrzebie udał się na front. Uznano go za zbrodniarza wojennego.

Przed wojną pracował nad technologią otrzymywania amoniaku metodą syntezy azotu i wodoru, co umożliwiło masową produkcję nawozów sztucznych. W wielu krajach mieszkańcy cierpieli z powodu braku żywności, więc wiadomość o tym odkryciu przyjęto z wielkim entuzjazmem na całym świecie. Głoszono, że Haber wymyślił wytwarzanie „chleba z powietrza”. Mimo kontrowersji związanych z jego doświadczeniami, w 1918 r. otrzymał Nagrodę Nobla.

Po latach to „cudowne odkrycie” miało swoje przewrotne konsekwencje. W niektórych krajach wprowadzono ograniczenia produkcji żywności, a na inne nałożono kary za jej nadprodukcję. W tym samym czasie nawet w tych państwach, które stosowały restrykcje, oraz w krajach Trzeciego Świata miliony ludzi cierpiało i umierało z głodu.

Po I wojnie światowej Haber pracował nad chemicznym zwalczaniem insektów, które były wówczas plagą. Produktem ubocznym doświadczeń stał się śmiertelny gaz cyklon B, zastosowany (po śmierci wynalazcy w 1934 r.) podczas II wojny światowej przez Niemców w obozach koncentracyjnych. Niektórzy członkowie rodziny Habera także zostali otruci tym gazem w Auschwitzu.

Czy Haber powinien dostać Nagrodę Nobla? Postęp niewątpliwie przyczynia się do coraz większej skuteczności działania, ale zarówno w dobrym, jak i w złym wymiarze, może wywoływać przerażenie i dawać nadzieję. Toteż istotne staje się pytanie: czy postęp sprawia, że ludzie *per saldo* stają się lepsi według odwiecznych kryteriów dobra i zła?

Śledząc trendy współczesnej mentalności, kreowanej przez egoizm, utylitaryzm i zysk, przypuszczam, że w przypadku nikłej kontroli moralnej nad życiem, a tym samym i postępem, osiągniemy etap, w którym eutanazja będzie przymusowa, a wszyscy będą w pełni inwigilowani przez władze.

Technika jest niewątpliwie motorem cywilizacji, ale my, jako *homo sapiens*, powinniśmy nauczyć się sterować nie tylko materią, aparaturą, narzędziami, prawami fizyki i chemii, ale również swoim własnym myśleniem, aby postęp służył człowiekowi, eliminując zagrożenia jego praw.

Moralność nie nadąża za postępem naukowym, bowiem właśnie postęp techniczny doprowadził do desakralizacji wielu fundamentalnych norm i pojęć moralnych. Zwiększenie komfortu naszego bytu nie może odbywać się z pominięciem idei dobra, godności i prawdy. Czy postęp, który stwarza zagrożenia moralne, wolności, ekologiczne itd., jest rzeczywiście postępem? Tego pytania bagatelizować i przemilczać nie wolno. Za nim kryje się zbyt wiele ważnych problemów medycznych, dylematów moralnych, prawnych i ekonomicznych. Dążenie do osiągania stale rosnących zysków nielicznej grupy ludzi na świecie ujawnia rozbieżności w ocenie wdrażania nowych odkryć naukowych, racjonalizacji wydatków i korzyści. Problemy te determinują politykę naukową i zdrowotną zarówno przedsiębiorstw, jak i państw. Dlatego jednym z najpoważniejszych wyzwań ludzkości jest powiązanie postępu z moralnością naukowców, przedsiębiorców, menedżerów i użytkowników węzłem prawa i świadomości. Bez tego tworzy się pustka wypełniona moralną i prawną swawolą. Dopiero ujawnione dobro i zło, jako skutki postępu, uświadamiają nam jego istotę i właściwości. ■



Fot. egw

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 29.

Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązani do zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

Na pozór, wobec ogólnego obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, nakazującego lekarzowi nieujawnianie żadnych wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskanych w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, art. 29 wydaje się niepotrzebny. W istocie jest

jednak wzmocnieniem tego generalnego zobowiązania w szczególnym zakresie, jakim są dane genetyczne pacjenta i, co bardzo ważne, także jego rodziny. „Materiał genetyczny” to w praktyce zapisane dane genetyczne (informacja o obecności określonych genów, sekwencji genomu, dane dotyczące predykcji chorób itp.), ale także materiał biologiczny pozwalający pozyskać te informacje. Należy mieć świadomość ogromnych możliwości jego wykorzystania, również w celach, które w różny sposób naruszają prawa pacjenta lub jego rodziny. Możliwość określenia ryzyka zachorowania na konkretne choroby lub ustalenia pokrewieństwa osób, których materiałem biologicznym lub danymi lekarz dysponuje, ma wielką „siłę rażenia”. Lekarz musi zdawać sobie sprawę, że ujawnienie przez niego danych tego rodzaju grozi skrzywdzeniem pacjenta, ale także jego bliskich. Na przykład zrujnowaniem czyjejs kariery lub doprowadzeniem do rozpadu rodziny. Dlatego zapewnienie poufności danych genetycznych (także dopilnowanie osób asystujących) jest tak istotnym obowiązkiem lekarza. ■





Fot. archiwum

Tapentadol

– co powinniśmy wiedzieć o nowym leku przeciwbólowym z grupy opioidów z III szczebla drabiny analgetycznej

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Nie mam konfliktu interesów z firmą, która wprowadziła lek na polski rynek, a wiedza naukowa o tym leku, którą przedstawiam, powinna być bardziej powszechna w Polsce.

Tapentadol to pierwszy przedstawiciel nowej klasy leków przeciwbólowych, działających ośrodkowo, określanej jako MOR-NRI. Jest agonistą receptora opioidowego μ (MOR) oraz inhibitorem wychwytu zwrotnego noradrenaliny. Nie jest racematem, czyli połączeniem dwóch substancji, tylko jedną substancją o dwóch mechanizmach działania. W przeciwieństwie do tramadolu nie wywiera znaczącego klinicznie wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny (stężenie noradrenaliny w szczelinie synaptycznej wzrasta o ponad 450 proc., a serotoniny tylko o 130 proc.). Śladowy wpływ na układ serotoninowy sprawia, że ryzyko rozwoju zespołu serotoninowego w przypadku łączenia preparatu z lekami działającymi w mechanizmie serotoninowym jest niewielkie. Lek ten, mimo bardzo niskiego powinowactwa z receptorami opioidowymi (50 razy mniejszego niż powinowactwo morfiny), dzięki podwójnemu mechanizmowi działania wykazuje silny efekt przeciwbólowy (tylko dwu-, trzykrotnie słabszy niż daje morfina). W badaniach klinicznych tapentadol wykazuje działanie przeciwbólowe zarówno w bólu ostrym (pooperacyjnym, pourazowym), jak i przewlekłym o różnym pochodzeniu (somatycznym, trzewnym i neuropatycznym). W bólu ostrym lek wykazuje silniejsze działanie opioidowe. W przewlekłym przeważa mechanizm noradrenergiczny, co czyni preparat szczególnie przydatnym w leczeniu bólu neuropatycznego oraz bólu w narządzie ruchu, który poza bólem nocycyptywnym – zapalnym, ma również komponent neuropatyczny (choroba zwyrodnieniowa stawów – OA, przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa – LBP). Rośnie również liczba badań nad skutecznością i bezpieczeństwem stosowania tapentadolu w bólu towarzyszącym chorobie nowotworowej.

Niskie powinowactwo tapentadolu z receptorem opioidowym poprawia bezpieczeństwo stosowania leku: mniejsze jest ryzyko rozwoju depresji oddechowej, tolerancji i uzależnienia, a przede wszystkim działań niepożądanych, zwłaszcza reakcji przewodu pokarmowego (nudności, wymiotów, zaparc). Lek cechuje również niższy procent rezygnacji z przewlekłej terapii opioidami.

Tapentadol metabolizowany jest głównie w wątrobie, w procesie glukuronidacji – sprzęgania z kwasem glukuronowym do nieaktywnych metabolitów (brak ryzyka kumulacji), a w niewielkim stopniu przez układ enzymów wątrobowych, dlatego jego przyjmowanie zmniejsza ryzyko interakcji z lekami metabolizowanymi przez układ cytochromu P-450. Może być stosowany u chorych z łagodną niewydolnością wątroby (w zre-

dukowanej dawce). W 99 proc. jest eliminowany drogą nerkową, w 1 proc. usuwany z kałem.

Tapentadol zaczyna działać szybko. Maksymalne stężenie (C-max) w przypadku pojedynczej dawki uzyskuje się w ciągu 1–2 godzin po podaniu preparatu o natychmiastowym uwalnianiu i po 3–6 godzinach po podaniu preparatu o kontrolowanym uwalnianiu. Lek wchłania się liniowo. Biodostępność po podaniu doustnym jest porównywalna z charakteryzującą morfinę (32 proc.). Tapentadol w niskim procencie (20 proc.) wiąże się z białkami krwi (niski potencjał interakcji). Okres półtrwania w surowicy krwi wynosi 4–5 godzin. Lek w krótkim czasie (25–30 godzin) osiąga stan równowagi między stężeniem w surowicy krwi a stężeniem w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Tapentadol przyniesie ulgę:

- choremu z bólem o składowej neuropatycznej [obwodowy ból neuropatyczny (neuralgia popółpaścowa, neuropatia cukrzycowa)], choremu z bólem neuropatycznym towarzyszącym chorobie nowotworowej (naciek na struktury obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego, polineuropatia po chemio- i radioterapii, przerzuty do kości), z bólem w narządzie ruchu (OA, LBP),
- choremu nietolerującemu innych opioidów,
- choremu na nowotwór w trakcie leczenia onkologicznego (brak interakcji z lekami przeciwnowotworowymi),
- choremu z przewidywanym długim okresem leczenia (tapentadol zyskuje z czasem terapii – wolniej rozwija się tolerancja i niższy procent pacjentów rezygnuje z terapii z powodu działań niepożądanych),
- choremu na nowotwór w okresie remisji i ozdowieńcowi.

Tapentadol jest lekiem zarejestrowanym w Polsce od 2011 r. Tabletki o szybkim czasie uwalniania, po 50, 75 i 100 mg, do stosowania co 4–6 godzin (maks. 600 mg na dobę) są jeszcze w Polsce niedostępne. W sprzedaży jest tylko lek o kontrolowanym uwalnianiu (w postaci tabletek po 50, 100, 150, 200 i 250 mg w opakowaniach po 60). Maksymalna zalecana dawka preparatu o kontrolowanym uwalnianiu wynosi 500 mg na dobę.

Wskazaniem do stosowania tapentadolu o kontrolowanym uwalnianiu zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego jest leczenie bólu przewlekłego o dużym natężeniu u osób powyżej 18. roku życia, który może być właściwie opanowany jedynie po zastosowaniu opioidowych leków przeciwbólowych. Lek objęty jest refundacją w leczeniu przewlekłego bólu o dużym natężeniu w przebiegu chorób nowotworowych u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub kontrolowanym uwalnianiu i/ lub nietolerujących morfiny. ■

Piśmiennictwo u autorki.

Efektywność służby zdrowia a badania laboratoryjne



Z raportu „Medycyna laboratoryjna – efektywność kosztowa” wynika, że w Polsce deficyt badań laboratoryjnych znacząco wpływa na rezultaty leczenia, a co za tym idzie na jego koszty. Bowiern owe koszty rosną wraz z zaawansowaniem choroby. Badania wskazują, że zwłaszcza diagnozowanie chorób układu krążenia (m.in. oznaczanie lipidogramu), monitorowanie leczenia cukrzycy (przez sprawdzanie poziomu hemoglobiny glikowanej) oraz chorób nerek jest niedostateczne w podstawowej i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Relatywnie najmniej badań wykonuje się w województwach lubelskim i mazowieckim.

W przypadku cukrzycy roczny koszt leczenia w stanie przedcukrzycowym oszacowano na 5 zł, w stadium cukrzycy z powikłaniami na ponad 9 tys. zł (1,8 tys. razy więcej). Analiza efektywności kosztowej dowiodła, że po zwiększeniu liczby badań poziomu glukozy u pacjentów o 25 proc. pierwsze oszczędności z tytułu leczenia tej choroby NFZ zanoto-

wały już po dwóch latach i rosną stopniowo do około 0,5 mld zł rocznie po sześciu latach. Nie liczone koszty pośrednie, wynikające z pogarszającego się stanu zdrowia diabetyków.

Średni koszt leczenia pacjenta z przewlekłą chorobą nerek w stadium I–III wynosi 120–138 zł, w stadium IV – 1,9 tys. zł, w stadium V – 35,5 tys. zł. Wzrost liczby badań kreatyniny w powiązaniu z albuminą o 25 proc. dawałby NFZ oszczędności rzędu 93–197 mln zł rocznie po 10 latach.

Czechy i Słowacja wydają na badania laboratoryjne więcej niż Polska, nie tylko nominalnie, ale też w relacji do PKB (my – 0,78 promila PKB, wymienione kraje – powyżej 1 promila PKB). Nasz poziom wydatków na badania – 8,5 euro na obywatela, należy do najniższych w Europie. Wykonujemy mniej badań także w stosunku do zaleceń towarzystw medycznych, a obowiązujących procedur dla POZ i AOS nie mamy.

Zdaniem eksperta Katarzyny Piętki-Kosińskiej, współautorki raportu, konieczne są również zmiany systemowe: motywowanie personelu medycznego, objęcie badaniami przesiewowymi grup ryzyka oraz wprowadzenie procedur badań w podstawowej i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w poszczególnych chorobach. ■ **mkr**



UNIWERSYTET WARSZAWSKI

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

Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny

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

Początek zajęć – październik 2017 r.

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

w 2 ratach – 4200 zł,

w 4 ratach – 4400 zł.

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

Bliższe informacje można uzyskać

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

albo drogą e-mailową pod adresem klm@wpia.uw.edu.pl,

a także na stronie internetowej Wydziału Prawa i Administracji

www.wpia.uw.edu.pl (szukać w rubryce Studia Podyplomowe).





Pacjent, którego nigdy nie zapomnę

Jarosław Kosiaty

Chorujemy wszyscy – młodzi i starzy, biedni i bogaci. Problemy ze zdrowiem nie omijają także ludzi znanych: pisarzy, aktorów, polityków. Ich kontakty z białym personelem spod znaku Eskulapa są często przedmiotem licznych anegdot i opowiadań. Oto niektóre z nich.

✿ W nieodległych czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej do jednego ze stołecznych szpitali przyjęty został wysoki rangą dygnitarz partyjny. W czasie obchodu łóżko pacjenta w pojedynczej sali zostało szczelnie otoczone wianuszkami pielęgniarek i lekarzy, z ordynatorem oddziału na czele. Zestresowany asystent długo czytał wyniki wykonanych badań i konsultacji specjalistycznych. Na koniec pacjent zapytał zawiedziony:

– Panie ordynatorze, czy to już wszystko, co możecie dla mnie zrobić?

Chwilę ciszy przerwał jeden z asystentów:

– A może by tak jeszcze konsultację... ginekologiczną?
– Właśnie! – podjął szybko chory. – Dlaczego nie miałem jeszcze konsultacji ginekologicznej?

Wdzięcznymi bohaterami anegdot są także przedstawiciele sztuki pięknych.

✿ Do lekarza zgłosiła się Olga Boznańska (1865–1940), wybitna polska malarka okresu Młodej Polski. Artystka narzekała na „silny rozstrój nerwowy”. Lekarz zalecił jej dietę, unikanie podniet, picia alkoholu i palenia.

– Ponadto niech się pani trzyma z daleka od osób, które działają pani na nerwy. I proszę się zgłosić za dwa tygodnie. Minął miesiąc, a artystka się nie zgłosiła. Lekarz spotyka ją przypadkowo i pyta:

– Dlaczego pani nie przyszła?
– Miałam się trzymać z daleka od ludzi, którzy działają mi na nerwy.

✿ Inna polska malarka i ilustratorka – Maja Berezowska (1898–1978), zachorowała na zapalenie wyrostka robaczkowego. Po operacji zapytała chirurga:

– Panie doktorze, czy ten szew będzie widoczny? Doktor rzucił okiem na zoperowane miejsce i stwierdził:
– To będzie zależało tylko od pani.

✿ Malarza i rysownika Stanisława Lentza (1861–1920) zapytał kiedyś znajomy lekarz:

– Z czego prędzej by pan zrezygnował: z kobiet czy z wina? Artysta błyskawicznie odpowiedział:
– To zależałoby od rocznika wina. I rocznika kobiet.

✿ Żona kompozytora i pianisty Władysława Żeleńskiego (1837–1921) przeziębła się i lekarz zalecił jej, by kilka dni pozostała w łóżku. Po wyjściu medyka Władysław zaczął gorączkowo czegoś szukać.

– A czego ty tak szukasz, Władysław? – zapytała pani Żeleńska.
– Kluczy do naszego rodzinnego grobowca – odparł Władysław.

– Mój Boże, a na cóż ci one teraz potrzebne?
– No bo też ty i twoja rodzina zawsze zostawiacie wszystko na ostatnią godzinę.

✿ Maurycy Madurowicz (1831–1894), profesor położnictwa na Uniwersytecie Jagiellońskim, odbierał kiedyś poród w domu zamożnego kupca. Gdy wszystko dobrze się skończyło, mąż położnicy uznał, że umówione wcześniej honorarium jest za wysokie. Profesor starał się przekonać kupca o niestosowności jego postępowania, aż wreszcie, widząc, że wszelkie argumenty są bezcelowe, zawołał do akuszerki:

– Madame, proszę wsadzić dziecko z powrotem!
I dopiero ta uwaga poskutkowała.

✿ W czasie jednej z tatrzańskich wypraw wielki miłośnik przyrody, profesor patologii Tytus Chałubiński (1820–1889), polecił swojemu przyjacielowi Sabale, by go ogolił. Ten przygotował brzytwę, mydło i pędzel. Aby uzyskać dobrą pianę, Sabała pluł na pędzel, co oburzyło profesora:

– Sabała, czyś ty zwariował, plujesz na pędzel! – obrugał znanego górala i przewodnika tatrzańskiego.
– Jak gołę pana profesora, to pluję na pędzel, a jak innych, to prosto na gębę – próbował usprawiedliwiać się Sabała.

Z bardziej współczesnych czasów pochodzi następująca anegdota:

✿ Dwoje młodych ludzi przyszło z wizytą do pani doktor, która po załatwieniu bieżącej sprawy zapytała.

– A co z dziećmi? Jesteście państwo już kilka lat po ślubie, może jest jakaś przeszkoda natury medycznej?
– No... nie, po prostu nie mamy teraz na to czasu. Mąż ma bardzo dużo pracy, dodatkowe dyżury, a ja robię doktorat i dorabiam korepetycjami – odpowiedziała w imieniu obojga młoda małżonka.
– Moi kochani – dobrotliwie uśmiechnęła się starsza pani doktor – to przecież zajmuje tylko 15 minut...

Wiele naszych koleżanek i kolegów lekarzy pracowało w różnych krajach, a potem dzieliło się niezwykłymi wspomnieniami. Pediatra i nefrolog prof. Irena Krzeska (1923–2008) swoje doświadczenia z pracy na Czarnym Łądzie zawarła w książce „Krokodyl nigdy się nie spieszy. Afrykańska przygoda z medycyną” (2004). Wcześniej ukazały się „Z medycyną przez świat” (1987) oraz „Kanada pachnąca medycyną” (1961). Z ostatniej z wymienionych publikacji pochodzi taki opis:

✿ „Pewnego razu w gabinecie dr Krzeskiej zjawiła się starsza pani z siedmioletnim chłopcem. Dr Krzeska sądziła, że jest babką pacjenta, tymczasem okazało się, że jest jego matką.

– Ile ma pani lat? – spytała lekarka.
– Pięćdziesiąt cztery.
– A ile dzieci?
– Dwadzieścia dwoje.
– Z jednym mężem?
– No pewnie.
– Niech się pani nie dziwi – wtrącił się w tym miejscu rezolutny synek. – Mama prawie nigdy nie wychodzi z domu, za to papa zawsze wraca na noc... Dlatego mam tyle rodzeństwa – dorzucił z miną pełną rezygnacji”.

Obszerną skarbnicą anegdot z życia naszych medyków są publikacje lekarza ftyzjatri i historyka medycyny prof. Romana Dzierżanowskiego (1918–2008). Spod jego pióra wyszły setki felietonów, ponad 40 artykułów oraz 9 książek, m.in.: „Každy chory ma doktora” (1972), „Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji” (1983), „Swawolny Hipokrates” (1998), „Na zdrowie! Przysłowia, aforyzmy, myśli i sentencje o medycynie i medykach, o ludziach zdrowych i chorych, o chorobach i o ich leczeniu” (2008).

Oto zagadka ze „Swawolnego Hipokratesa”:

✿ „Pierwszy dzień lekarskiej pracy w szpitalu w Tomaszowie Lubelskim. Do gabinetu dr Aliny Bilińskiej wchodzi starszy człowiek, pracownik majątku Tyszkiewiczów. Lekarka pyta stereotypowo: – Co panu dolega? Pada odpowiedź: – Nyje mnie pod chabrem. Nyje, a jeszcze w chrumpciu tarachta, zaś w brzuchu kałabamuje. Doktor Bilińska nie przypuszczała, że zacna polska mowa kryje w sobie tyle tajemnic. Chłop po prostu miał biegunkę i trochę dolegliwości reumatycznych”.

A to inne, autentyczne wypowiedzi pacjentów, spisane przez koleżanki i kolegów lekarzy:

- ✿ Tępo sikam, świad mam między przepustnicą, a prąd pociąga za jajka.
- ✿ Mam coś tępego w głowie.
- ✿ Tak mnie czyści, że aż żona mi zazdrości, bo ona ma zaparca.
- ✿ Przychodzą mi ciepłe uczucia do mózgu.
- ✿ Mam świerszcze w uszach.
- ✿ W gardle tworzy mi się tworzywo.
- ✿ Chcę zastrzyki, ale w tabletkach, a nie w igle.
- ✿ Mam w płucach jakieś pęcherzyki. A na opisie zdjęcia napisali, że wykryli też jakieś wnęki. To pewnie gruźlica i z wnęk zdążyły się zrobić dziury, bo czuję, jak mi wieje po plecach.
- ✿ Dziękuję, że skierował mnie pan na prześwietlenie, bo już mi pomogło.
- ✿ Zapominam się od żołądka.
- ✿ Nogi mam za ciasne.
- ✿ Pokażę panu moje fragmenty.
- ✿ Mam bardzo rzadką chorobę (chodziło o biegunkę).
- ✿ Dobiegam pięćdziesiątki, więc wybieram się na rentę.
- ✿ Stolec oddaję tylko co jakiś czas.
- ✿ Nie śpię jak piernik.
- ✿ Wymiotuję górą i dołem.
- ✿ Miałam ścisłą dietę, ale wzięło mnie na śledzia, a on mi cały w ustach zdrętwiał.



Rys. M. Berezowska (cikwariela podarowana przez autorkę dr. n. med. W. Biezańskiemu)

- ✿ Mocz mi tężeje.
- ✿ Głowa mi piszczy i strzykoce.
- ✿ Zrobiło mi się mrocznie i strasznie.
- ✿ Krzyż i głowa w gorączce, jakby mysz w środku wierciła.
- ✿ Po co mnie pan dotyka! Jak mówię, żem chora, to chora. Niechże pan tak już nie puka, bo mi się trzęsie w środku!
- ✿ Często mam w sercu skurcz, a potem następuje rozkurcz.
- ✿ Nie idę z gnojem już któryś dzień.
- ✿ Kupuję sobie „Herbatol” na przewody sikowe.
- ✿ Dokuczają mi drżączki koło serca. Ale są to raczej trzęsawki niż migawki.
- ✿ Bolą mnie krapyki.

À propos ostatniego określenia. Śląskie nazewnictwo związane z nogami i stopami jest bardzo bogate. Oprócz krapyków mamy jeszcze: gyry, giczoty, klepety, kopyta, ratki, syry i szłapy. Równie ciekawa jest gwara warszawska, np. cyferblat to twarz, a klawisze – ręce, a także poznańska: kieloch to ząb, kluka – nos, bryle – okulary, a szwaje – nogi. Na szczęście lekarze nadal mogą się porozumiewać, stosując tacińskie nazewnictwo. ■



Fot. archiwum

Niedomagania zdrowia publicznego

Krystyna Knypl

Współczesny człowiek dokłada wielu starań, aby jego zdrowie zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i publicznym było lepsze. Nie dość, że na skalę masową ma nadwagę, nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię, to jeszcze angażuje się w ruchy antyszczepionkowe, produkuje tony chemikaliów i nadużywa antybiotyków.

Tym właśnie zagadnieniom poświęcona była konferencja zorganizowana przez Komisję Europejską 15 czerwca 2017 r. w Madrycie, której tytuł brzmiał „Preparedness, Alert and Response. Lessons Learned in Europe from Last Cross-Border Health Infectious Threats”. Obrady odbywały się na terenie kampusu de Chamartin w Instytucie Zdrowia Publicznego Carlosa III (<http://madridsalud.es/contact-info/>). Placówka ta, istniejąca od 1986 r., jest zapleczem intelektualnym i naukowym w zakresie biomedycyny dla hiszpańskich władz oraz systemu ochrony zdrowia.

Nowe zagrożenia dla zdrowia

Świat stoi przed wieloma nowymi zadaniami związanymi ze zdrowiem, które wynikają przede wszystkim z masowej migracji ludności oraz chemizacji życia codziennego. Pod pojęciem migracji ludności należy rozumieć nie tylko przemieszczanie się ludzi z terenów ogarniętych wojnami, ale także niespotykane nigdy wcześniej natężenie ruchu lotniczego, morskiego i drogowego spowodowane globalizacją gospodarki. Dzisiejsze lotniska są w nie mniejszym stopniu zatłoczone niż stadiony sportowe podczas finałowych rozgrywek piłkarskich. Popularne zalecenie lekarskie o omijaniu zatłoczonych miejsc jako sposobie uniknięcia infekcji zdecydowanie traci na aktualności.

Tematyka konferencji

Zaprezentowano programy z zakresu zdrowia publicznego realizowane obecnie przez Komisję Europejską:

AIR SAN (<http://www.airsan.eu/>), który dotyczy zagrożeń zdrowotnych związanych z ruchem lotniczym;

SHIP SAN (<http://www.shipsan.eu/Home.aspx>) – obejmujący zagrożenia biologiczne i chemiczne związane z transportem morskim;

EMERGE (http://www.emerge.rki.eu/Emerge/EN/Content/Partners/Partners_node.html) – skoncentrowany na wspólnych działaniach mających na celu zwalczanie szczególnie niebezpiecznych patogenów wywołujących różne rodzaje gorączki krwotocznej oraz chorób odzwierzęcych. Ważnym zagadnieniem dla zdrowia publicznego jest też potencjalne wykorzystanie niektórych wysoce zakaźnych patogenów jako materiału bioterrorystycznego. Na szczęście uzyskiwanie wirusa gorączki krwotocznej Ebola czy wirusa Marburg jest bardzo trudne w warunkach laboratoryjnych;

EpiSouthPlus dotyczy zagrożeń zdrowotnych związanych z migracją ludności w rejonie Morza Śródziemnego, a także Morza Czarnego, co nie zawsze sobie uświadamiamy. W związku z tym w pracach EpiSouthPlus uczestniczą także kraje nienależące do Unii Europejskiej, takie jak Ukraina i Mołdawia.

Na konferencji mówiono także o antybiotykooporności, która jest systematycznie rosnącym problemem. Dyskutowano o innych aspektach współczesnego świata mających wpływ na zdrowie publiczne, takich jak bezpieczeństwo elektronicznych baz danych dotyczących zdrowia ludności, ruchy antyszczepionkowe, media społecznościowe i... poprawność polityczna. Tak, tak! Poprawność polityczna też wywiera wpływ na zdrowie społeczeństw, z uwagi na nią właśnie temat poruszano raczej w rozmowach kulturalnych niż *ex cathedra*.

Chemia nasza powszednia

Nie w pełni zdajemy sobie sprawę z inwazji przemysłu chemicznego w nasze życie codzienne. Liczba znajdujących się obecnie w obrocie handlowym substancji chemicznych wynosi 87 tys., z tego 10 tys. to substancje używane w produkcji kosmetyków i środków higieny osobistej. Kontrolowany jest wpływ na zdrowie zaledwie 150 substancji chemicznych*. Nic więc dziwnego, że z uwagi na szkodliwe działanie wycofano z obrotu tylko kilkanaście substancji. To dobitny przykład, jak niewielki jest nadzór nad rozszalałym przemysłem chemicznym.

Nie zastanawiamy się, zakładając codziennie ubrania w różnych kolorach, farbując włosy czy robiąc makijaż, że roczna produkcja barwników w krajach Unii Europejskiej sięga aż

* K.L. Krzysztyński, M.W. Obiedziński, H. Kalota, A. Marszałek: Biomonitorowanie człowieka w profilaktyce zatruczeń środowiskowych. Wydawnictwo Medyk 2017.

9 mln ton. W 2006 r. Unia Europejska wydała dokument zakazujący produkcji 24 barwników, których metabolity okazały się bardzo szkodliwe z uwagi na toksyczne oraz kancerogenne działanie. A co z pozostałymi? Tajemnica handlowa – odpowiada kilkunastu producentów perfum odmawiających ujawnienia szczegółowego składu chemicznego oferowanych pachnidel.

Groźne dla naszego zdrowia są także opakowania z tworzyw sztucznych, do wytwarzania których używa się szkodliwych środków zmiękczających. Roczna globalna produkcja tych środków wynosi 6 mln ton, z czego 1 mln ton wytwarza się w Europie. Do różnego rodzaju toreb plastikowych pakujemy żywność uprawianą na chemicznych dopalaczach i błędne koło się zamyka.

Media są ważne!

Podczas obrad sporo mówiono o roli mediów i dziennikarzy, a także o sposobie przekazywania informacji o zagrożeniach zdrowotnych. W jednym z wniosków końcowych konferencji podkreślono, że ogromne znaczenie ma jasne i proste, zrozumiałe dla wszystkich obywateli, formułowanie informacji oraz nieumniejszanie ryzyka zdrowotnego nowych zagrożeń. Narracja naukowa i akademicka nie nadaje się do komunikowania się ze społeczeństwem.

Pora na pytania

Zwykle na koniec obrad jest czas na zadawanie pytań. Pozostając w tej konwencji, rada bym się dowiedzieć, dlaczego na tak ważnej konferencji byłam jedyną osobą z Polski?

Na liście uczestników znalazłam przedstawicieli Komisji Europejskiej, CHAFAEA, czyli Agencji Wykonawczej ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/chafea_pl), reprezentantów wielu ministerstw zdrowia i placówek naukowych zajmujących się zdrowiem publicznym w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, a także dziennikarzy medycznych z Włoch, Portugalii i Hiszpanii. Pilnie poszukiwałam na niej przedstawicieli naszego Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia – Państwowego Zakładu Higieny, a także kadry naukowej z wydziałów nauk o zdrowiu krajowych uniwersytetów medycznych. Bez skutku!

To niewątpliwie zaszczyt jednoosobowo reprezentować Ojczyznę w tak ważnym dla zdrowia publicznego miejscu i czasie. Męczy mnie jednak niepokój, że nawet starając się ze wszystkich sił, jednoosobowo „nie ogarnę tematu”, że o wdrażaniu szeroko pojętych systemowych rozwiązań nie wspomnę.

Systemowe rozwiązania powinny obejmować wiele aspektów organizacyjnych i medycznych, łącznie z zabezpieczeniem baz danych placówek medycznych przed atakami hakerskimi. Globalny paraliż baz danych i systemów informatycznych placówek medycznych wskutek takiego ataku mógłby być groźniejszy dla zdrowia publicznego od wielu znanych i nieznanymi patogenów. Ważne jest, aby nie dać się po raz kolejny zaskoczyć. ■

CENTRUM KARIERY

dla swoich Klientów poszukuje lekarzy specjalistów
i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego na następujące stanowiska pracy:

Lekarz Specjalista w nowo otwieranych mini-klinikach w Warszawie

Nr ref. Specjalizacja
1/1/INT/WAW Choroby wewnętrzne

Druga specjalizacja z Pediatrii lub doświadczenie w pracy z pacjentem
pediatrycznym będzie dużym atutem

1/2/PD/WAW Pediatria
1/3/MR/WAW Medycyna Rodzinna

Mini-kliniki w systemie Walk-In dogodnie ulokowane w centrach dużych
miast, czynne 7 dni w tygodniu oferują bez czekania ekspresowe porady
lekarzy specjalistów oraz diagnostykę laboratoryjną.

Wymagania:

- Min. I stopień specjalizacji, aktualne PWZ

Oferujemy:

- Pracę w dynamicznie rozwijającym się zespole
- Atrakcyjne wynagrodzenie
- Umowę kontraktową w pełnym/niepełnym wymiarze godzin

2/2/INT-MR/MAZ

Lekarz POZ

Klientem jest nowoczesna przychodnia o ugruntowanej pozycji w nowo
wybudowanym budynku i zlokalizowana jest we wschodniej części
woj. mazowieckiego w odległości 80 km od Warszawy.

Oprócz nieodpłatnych świadczeń w ramach kontraktu z NFZ,
przychodnia świadczy usługi odpłatne.

Dysponuje również własną apteką realizującą recepty refundowane.

Wymagania:

- Specjalista Chorób Wewnętrznych lub Medycyny Rodzinnej
- Rezydenci w/w specjalizacji od 3 roku wwyż
- Aktualne PWZ

Oferujemy:

- Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt
- Elastyczny czas pracy w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- atrakcyjne wynagrodzenie
- umebrowane mieszkanie służbowe (50m²)
- ryczałt na samochód

CV wraz z powołaniem się na nr ref. oferty prosimy przesyłać na adres e-mail
jacek.kopacz@oilwaw.org.pl

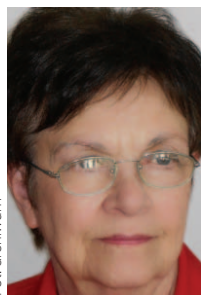
Prosimy dodać do CV następującą klauzulę:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji
(zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).

Osoba do kontaktu:

Jacek Kopacz

tel. 22 542 83 63, kom. 784 986 594



Krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe a zachowanie homeostazy ustrojowej

Dr hab. n. med. Elżbieta Wasilewska-Dziubińska, prof. nadzw. CMKP
Zakład Neuroendokrynologii Klinicznej CMKP

Krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (KKT) stanowią grupę słabych kwasów 2–6-węglowych powstających w świetle jelita grubego w wyniku fermentacji, pod wpływem działania saprofitycznych bakterii jelitowych, spożytego rozpuszczalnego błonnika i skrobi odpornej (nieatrakcyjnej w jelicie cienkim). Są to głównie kwasy: octowy, propionowy i masłowy, które występują w proporcji 60:25:15.

Od 2003 r. po identyfikacji receptorów sierocych, związanych z białkiem G, jako receptorów dla kwasów tłuszczowych, wyodrębniono receptory dla KKT – GPR41 i GPR43. Po wykazaniu ich obecności w ścianie przewodu pokarmowego i w innych tkankach lawinowo narasta liczba publikacji poświęconych KKT. Według komputerowej bazy danych medycznych MEDLINE do końca marca 2017 r. opublikowano 99 702 prace dotyczące tej tematyki.

KKT miejscowo wpływają na utrzymanie struktury i prawidłowe funkcjonowanie jelita grubego. Po przejściu do krążenia ogólnego, jako substrat energetyczny, zaspokajają 5–10 proc. dziennego zapotrzebowania energetycznego organizmu. Jako cząsteczki sygnalizacyjne oddziałują na receptory – GPR41 i GPR43, wpływają na regulację równowagi energetycznej, stymulują odporność oraz działają przeciwwzapalnie.

W jelicie grubym kwas masłowy jest głównym substratem energetycznym dla kolonocytów i bakterii jelitowych. Stymulując wzrost liczby bakterii saprofitycznych, przyczynia się do hamowania rozwoju bakterii chorobotwórczych konkurujących o miejsce kolonizacji w ścianie jelita grubego. Kwas masłowy pobudza wydzielanie śluzu i wywiera efekt troficzny, dzięki czemu stymuluje regenerację nabłonka jelitowego. KKT, obniżając pH w okrężnicy, przyczyniają się do ochrony jelita grubego przed inwazją mikroorganizmów chorobotwórczych. Uszczelniają ścianę jelitową, a w efekcie wzmacniają barierę ochronną, bo nie dopuszczają do przenikania do krwiobiegu szkodliwych chorobotwórczych substancji ze światła jelita grubego. Regulacja przez KKT wchłaniania zwrotnego wody i elektrolitów wpływa na motorykę jelit i przepływ naczyniowy w ścianie jelita grubego, jak również na rytm wypróżnień. Do najlepiej poznanych działań KKT należy działanie przeciwwzapalne przez hamowanie aktywności mediatorów stanu zapalnego w nabłonku jelita, stymulacja przez limfocyty B syntezy IgA w tkance limfoidalnej ściany jelita grubego oraz IgA i IgG w tkance limfoidalnej pozajelitowej. Uważa się, że kwas masłowy jest główną cząsteczką sygnalizacyjną wywołującą odpowiedź immunologiczną gospodarza. Zwraca się również uwagę na możliwość zapobiegania przez kwas masłowy rozwojowi

nowotworów w jelicie grubym przez hamowanie wzrostu komórek nowotworowych.

Po przyjęciu pokarmu powstające KKT (głównie kwas octowy) przechodzą do tkanek obwodowych, aktywują receptory GPR43 i hamują stymulowane przez insulinę odkładanie tłuszczu w tkance tłuszczowej. Przez podniesienie tkankowej wrażliwości na insulinę wpływają na metabolizm wątroby i mięśni szkieletowych, zwiększając wydatek energetyczny. KKT w zwojach układu sympatycznego pobudzają receptory GPR41 i powodują wzrost aktywności tego układu, a tym samym zwiększenie wydatku energetycznego oraz pobudzenie termogenezy.

KKT – głównie kwas octowy i propionowy, zapobiegają otyłości przez wzrost wydzielania neuropeptydów hamujących łaknienie – GLP-1, PYY i leptyny, oraz dzięki aktywacji spalania kwasów tłuszczowych i stymulacji glukoneogenezy w wątrobie. Poza tym przyczyniają się do poprawy tolerancji glukozy w cukrzycy typu 2 w wyniku zwiększenia wrażliwości tkanek na insulinę.

Zapewnienie możliwości fizjologicznego oddziaływania KKT wymaga dostarczenia organizmowi wraz ze spożytym pokarmem odpowiedniej ilości błonnika rozpuszczalnego i skrobi odpornej oraz zachowania prawidłowej flory bakteryjnej w jelicie grubym. Według zaleceń WHO właściwa ilość błonnika w diecie dla osoby dorosłej wynosi 25–40 g/dobę. Obniżona podaż błonnika prowadzi do zmniejszenia syntezy KKT, a w konsekwencji do zachwiania równowagi immunologicznej i do rozwoju chorób cywilizacyjnych: otyłości, zespołu metabolicznego, cukrzycy typu 2, nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Należy podkreślić, że czynnikiem prowadzącym do zakłócenia stanu flory jelitowej są antybiotyki mogące przyczynić się do stanu dysbiozy i w efekcie do zmniejszenia syntezy KKT, którego następstwem jest zahamowanie produkcji immunoglobulin i obniżenie odporności ogólnoustrojowej.

W ramach szeroko rozumianej profilaktyki konieczne jest wprowadzanie do diety produktów bogatych w błonnik rozpuszczalny i skrobię oporną, takich jak: produkty pełnoziarniste, nieprzetworzone płatki zbożowe, ciemne makarony, grube kasze, brązowy ryż, rośliny strączkowe, jarzyny, owoce surowe i suszone, które przyczynia się do zachowania prawidłowego składu mikroflory jelitowej i pobudzenia produkcji KKT. Dieta bogata w błonnik, który jest niezbędny do powstawania KKT, ma swój udział w zapobieganiu i leczeniu narastającej epidemii chorób cywilizacyjnych. ■

Wykład wygłoszony podczas konferencji „Ból i cierpienie” 22.04.2017 r.



Goniec Medyczny

Dyżury w trakcie rezydentury

Ministerstwo Zdrowia proponuje, aby samodzielny dyżur w ramach umowy rezydenckiej można było odbywać po otrzymaniu zgody kierownika specjalizacji i tylko w akredytowanej jednostce macierzystej.

Data końca recept papierowych

Zgodnie z nowymi przepisami papierowe recepty mogą być wystawiane do 31 grudnia 2019 r.

Obowiązek dla nałogowych palaczy?

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych apeluje o wprowadzenie obowiązku darmowej tomografii płuc dla palaczy, którzy mają więcej niż 55 lat i tkwią w nikotynowym nałogu ponad 35 lat. Specjalny raport w tej sprawie trafił już do resortu zdrowia.

Poza kolejnością

Działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych uzyskają prawo do korzystania m.in. z wizyt u lekarza specjalisty poza listą oczekujących. Nie będą też musieli stać w kolejce w aptece.

Polscy chirurdzy

Urządzenie do małoinwazyjnego zamykania żył i proteza wewnątrznaczyniowa COLT, stosowana w leczeniu trudnych do operowania tętniaków aorty, to tylko dwa przykłady godnych uwagi innowacji opracowanych przez polskich chirurgów naczyniowych – informuje prof. Piotr Szopiński.

Spada zainteresowanie zawodem

Eksperci przyznają, że zwiększenie limitów na studiach medycznych nie rozwiąże problemu. Na 13 najpopularniejszych uczelniach było w tym roku o niemal 5 tys. mniej kandydatów na stacjonarne studia medyczne niż rok wcześniej. To spadek aż o 10 proc.

Odebrane prawo wykonywania zawodu

Zaledwie 11 razy w historii samorządu lekarskiego jego członkom odebrano prawo wykonywania zawodu lekarza. I to w uzasadnionych przypadkach. Tak Naczelna Izba Lekarska odpowiada na wystąpienie Adama Bodnara.

Tania żywność to problemy ze zdrowiem

W sprzedaży są parówki zawierające 6 proc. wsadu mięsnego. Sprzedają się świetnie, są słone, tłuste i tanie. Jednak w przyrodzie nie ma nic za darmo. Jeśli mniej płacimy za żywność, więcej zapłacimy później za leki – ostrzega na łamach serwisu dla handlu.pl ekspert ds. żywności prof. Agnieszka Wierzbicka z Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW.

Plaga podrabianych lekarstw

W ciągu dwóch lat liczba potwierdzonych przez prokuraturę czynów polegających na podrabianiu produktów leczniczych wzrosła niemal czterokrotnie. W większości dotyczy to leków sprzedawanych przez Internet. Pół biedy, gdy ludzie spożywają mąkę w kapsułkach. Wtedy tracą tylko pieniądze...

Palący i tak wiedzą swoje

Drastyczne opisy i zdjęcia na opakowaniach papierosów nie odstraszyły Polek i Polaków i nie doprowadziły do zahamowania sprzedaży wyrobów tytoniowych.

Nowy konsultant krajowy

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł dokonał zmiany na stanowisku konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Prof. Stanisława Radowickiego zastąpił prof. Krzysztof Czajkowski. Odwołania prof. Radowickiego domagali się m.in. uczestnicy pikiet organizowanych przed MZ w ramach akcji „Szpitale bez aborderów”.

Zmarł najstarszy mężczyzna na świecie

Izraelskie media podały, że w wieku 113 lat zmarł w Izraelu najstarszy mężczyzna na świecie, ocalony z Holokaustu Izrael Krystal. Urodził się 15 września 1903 r. w Żarnowie, wówczas w zaborze rosyjskim, a dziś w województwie łódzkim.



CENTRUM
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO

Początek zajęć: **PAŹDZIERNIK**

ZAPISZ SIĘ JESZCZE DZIŚ !

OSTATNIE DNI REKRUTACJI !

MBA W OCHRONIE ZDROWIA

STUDIA PODYPLOMOWE:

- COACHING W OCHRONIE ZDROWIA
- ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE BADANAMI KLINICZNYMI
- PAKIET 3 PRAW: PRAWO MEDYCZNE, OCHRONY ZDROWIA I PACJENTA
- PSYCHOLOGIA W PRACY Z PACJENTEM MEDYCZNYM **nowość**
- STUDIUM PRAWA MEDYCZNEGO
- ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ W PODMIOTACH LECZNICZYCH
- ZARZĄDZANIE W GOSPODARCE SENIORALNEJ **nowość**
- ZARZĄDZANIE W SEKTORZE FARMACEUTYCZNYM **nowość**



SUKCES W PRAKTYCE

22 54 35 322

CKP@LAZARSKI.EDU.PL

UL. ŚWIERADOWSKA 43, 02-662 WARSZAWA.

SPRAWDŹ CAŁĄ OFERTĘ:
CKP.LAZARSKI.PL

Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelnia Łazarskiego

Skontaktuj się z nami

11. Światowy Dzień Gruźlicy

Tadeusz M. Zielonka

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Już po raz 11. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc wspólnie z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Światową Organizacją Zdrowia zorganizowały konferencję z okazji Światowego Dnia Gruźlicy. Tematem spotkania, które honorowym patronatem objął rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgoś, były postępy w diagnostyce i leczeniu gruźlicy. Podczas otwarcia obrad stwierdzono, parafrazując klasyka, że prątki gruźlicy mocno się trzymają i wiele wskazuje, iż tak będzie również w najbliższych latach. Dr Małgorzata Grzemska z Departamentu STOP TB Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie podkreśliła na wstępie, że konferencja znakomicie wpisuje się w nową strategię WHO (na lata 2015–2035), która stawia sobie za cel uwolnić świat od gruźlicy w ciągu nadchodzących dwóch dekad.

Pierwszą sesję otworzyła prof. Ewa Agustynowicz-Kopeć z Instytutu Gruźlicy wykładem na temat postępów w diagnostyce mikrobiologicznej. Chociaż ocena bakterioskopowa nie zmieniła się wiele od 1883 r.,

a hodowle na tradycyjnych stałych podłożach wciąż są stosowane, mimo że na ich wynik czeka się kilka miesięcy, notujemy postęp we wprowadzaniu nowoczesnych hodowli prątków na podłożach płynnych, a zwłaszcza w szybkiej diagnostyce molekularnej w układach zamkniętych. W 2017 r. na rynku znajdują się unowocześnione zestawy, które charakteryzuje większa czułość i krótszy czas niezbędny do wykrycia materiału genetycznego prątka. Nowym kierunkiem diagnostycznym jest wykrywanie w moczu metodami immunoenzymatycznymi lipoarabinomannanu, swoistego składnika ściany komórkowej prątków gruźlicy.

Agnieszka Napiórkowska z Zakładu Mikrobiologii Instytutu Gruźlicy omówiła postęp w diagnostyce lekowrażliwości prątków. Chodzi o wprowadzanie nowych metod genetycznych pozwalających ocenić wrażliwość na leki w ciągu zaledwie kilku godzin, a nie, jak wcześniej, kilku tygodni. Mają one jednak ograniczenia, gdyż nie wszystkie mutacje wpływające na oporność na leki są już znane, wyniki mogą więc być fałszywie negatywne. Poza tym metody genetyczne opracowane są jedynie do oceny wrażliwości na niektóre leki.

W kolejnym wykładzie Monika Kozirńska z Instytutu Gruźlicy przedstawiła możliwości, jakie stwarzają metody genetyczne w ustalaniu szerzenia się prątka gruźlicy w świecie, lokalnie i indywidualnie. Już dziś udaje się z całą pewnością określić, czy doszło do endo-, czy egzogennej reinfekcji, a także ustalić przez kogo zostaliśmy zakażeni, co w wielu przypadkach bywa źródłem roszczeń pacjentów i ich rodzin z powodu nieszczelności reżimów sanitarnych.



Wykład Dagmary Borkowskiej, kolejnej przedstawicielki Instytutu Gruźlicy, dotyczył zastosowania testów IGRA w diagnostyce gruźlicy utajonej. Zdaniem autorki rysują się możliwości wykorzystania nowoczesnych testów IGRA plus, które oceniają odpowiedź nie tylko komórek CD4, ale również CD8, w diagnostyce aktywnych zachorowań na gruźlicę. Nadają się też do zastosowania u dzieci i osób zakażonych wirusem HIV.

Prof. Jarosław Dziadek, genetyk z Polskiej Akademii Nauk, podjął próbę odpowiedzi na pytanie, czy znamy nowe miejsca docelowe zastosowania leków przeciwpłatkowych. Przedstawił sposób, w jaki naukowcy starają się znaleźć substancje niszczące prątek. Podstawą poszukiwań są badania nad genomem tej bakterii. Zespół prof. Jarosława Dziadka z Łodzi od lat zajmuje się tym problemem.

Druga sesja poświęcona była problemom terapeutycznym. Otworzył ją wykład dr Małgorzaty Grzemskiej z WHO, która przedstawiła bardzo ambitne plany Światowej Organizacji Zdrowia na najbliższe lata. Głównym celem jest zmniejszenie liczby zachorowań o 95 proc. w ciągu zaledwie 20 lat. Trudno uwierzyć, że uda się ów cel osiągnąć, skoro w najbliższej dekadzie założono spadek liczby nowych przypadków o 10 proc. rocznie. Obecnie wynosi 1,5 proc. rocznie w skali globalnej, a w Europie, gdzie jest największy, sięga tylko 4,8 proc. W przeszłości, zaraz po II wojnie światowej, wraz z poprawą jakości życia nastąpił spadek tak szybki, jak oczekiwany obecnie, ale potem, w związku z nasilaniem się wielolekooporności i szerzeniem zakażeń HIV, sytuacja się pogorszyła. WHO zamierza uszczelnić w najbliższych latach obowiązujące obecnie schematy diagnostyczne i terapeutyczne. W kolejnej dekadzie spadek liczby zachorowań ma osiągnąć niespotykany wcześniej wynik 17 proc. rocznie. Będzie to możliwe dzięki wprowadzeniu nowoczesnych procedur diagnostycznych, leków i szczepionki. Podczas sesji zostały zaprezentowane trzy nowe leki (bedakilina, linezolid i delamanid) oficjalnie zaakceptowane do leczenia wielolekoopornej gruźlicy, ale ze względów finansowych nie stosowane w Polsce. Omówiono wskazania, przeciwwskazania, interakcje lekowe, działania niepożądane, dawkowanie i koszty leczenia. Na przykład 24-tygodniowe leczenie bedakiliną kosztuje około 52 tys. zł. Znac-

nie przekracza zatem dotychczasową refundację NFZ terapii gruźlicy wielolekoopornej. W dodatku bedakilina musi być podawana w pięciolekowym zestawie. Nic dziwnego, że dotychczas zaledwie dwóch chorych w naszym kraju skorzystało z tego leczenia. Tymczasem prof. Alena Skrahina, dyrektor Instytutu Gruźlicy w Mińsku, zaprezentowała znakomite wyniki leczenia bedakiliną u blisko 300 chorych na Białorusi. W Mińsku z powodzeniem stosowano również linezolid i delamanid, które dotychczas nie były wykorzystywane w Polsce do leczenia chorych z wielolekooporną gruźlicą. Dużo do myślenia dała odpowiedź prof. Skrahiny na pytanie lekarzy z Otwocka, jak sobie radzą na Białorusi z chorymi niewspółpracującymi, głównie uzależnionymi od alkoholu, którzy nie stawiają się do poradni przeciwgruźliczej w celu kontynuowania leczenia. Ze względu na złą sytuację materialną tych chorych wprowadzono w Mińsku paczki żywnościowe przekazywane im po zgłoszeniu się do poradni w celu zażycia leków. Dr Grzemska podkreśliła, że w takich przypadkach potrzebne są pozytywne bodźce i podała przykłady podobnych działań w innych krajach.

Prof. Wiesława Rudnicka, biolog z Uniwersytetu Łódzkiego, omówiła prace nad wyprodukowaniem nowej szczepionki przeciwko gruźlicy. Wiadomo, że stosowana powszechnie szczepionka BCG nie chroni przed zakażeniem prątkiem gruźlicy i ograniczyła jedynie występowanie ostrych i ciężkich zachorowań. Problem okazuje się bardzo skomplikowany i trudniejszy niż myślano. Dokonywane w ostatnich latach próby kliniczne II i III fazy nie wykazały, aby nowe szczepionki były skuteczniejsze od szczepionki BCG. Badania trwają. Sukcesem jest mniejsza liczba odczynów miejscowych po zastosowaniu szczepionek nowej generacji.

Ostatni wykład, na temat roli witamin D w gruźlicy, wygłosiła dr Katarzyna Białek-Gosk z Kliniki Pneumonologii WUM. Z pewnością witamina D odgrywa rolę w patogenezie choroby, gdyż osoby z obniżonym jej stężeniem częściej zapadają na gruźlicę. Dotychczas jednak nie udało się jednoznacznie dowieść, że suplementacja witaminy D poprawia wyniki leczenia gruźlicy.

Obie sesje pokazały, jak wiele wydarzyło się w dziedzinie diagnostyki i leczenia gruźlicy w ostatnim czasie, ale też jak wiele jest jeszcze do zrobienia. ■



Fotografie: W. Włodomska/WUM



Gorączka terminalna

Zbigniew Wojtasiński

Sprawa ta przez kilka miesięcy była najgłośniejsza w świecie medycyny, etyki, a nawet polityki, bo włączyli się w nią papież Franciszek i prezydent USA Donald Trump. Od dawna nie było tak dużych emocji związanych z dylematem zaprzestania leczenia terminalnie chorego dziecka.

Chodzi o chłopca o imieniu Charlie, który 4 sierpnia 2016 r. urodził się w Anglii z rzadką i ciężką chorobą genetyczną, jaką jest encefalomiopatia mitochondrialna. W październiku jego stan był tak poważny, że przewieziono go do szpitala dziecięcego Great Ormond Street w Londynie. Rokowania od początku były fatalne.

Życie dziecka trzeba było podtrzymywać za pomocą aparatury wymuszającej krążenie krwi i oddychanie, ponieważ choroba ta wywołuje postępujący zanik mięśni oraz rozległe uszkodzenia mózgu. Kiedy na początku 2017 r. dramat Charliego i jego rodziców Connie Yates i Chrisa Garda z Bedford w zachodnim Londynie stał się głośny, chłopiec nie słyszał, nie widział, nie mógł się poruszać ani nawet przetykać. Nie było tylko pewności, czy cierpi i czy w ogóle jego zdezastrowany układ nerwowy jest do tego zdolny.

Doszło do sporu, który ciągnął się do lipca 2017 r. i przeszedł wszystkie możliwe szczeble drabiny sądowej. Pod koniec lutego lekarze uznali, że chłopcu nie można pomóc. Jego rodzicom zaproponowano, żeby wyrazili zgodę na odłączenie aparatury podtrzymującej funkcje życiowe.

Nie chodziło o niską jakość życia, za którą często ukrywają się pieniądze wydawane na kosztowne, ale „niepotrzebne” leczenie, jak to oceniały niektóre media. Szpital argumentował, że chodzi o dobro dziecka, a nie o niską kwalifikację jakości jego życia. Podtrzymywanie jego życia za pomocą aparatury uznano za uporczywą terapię.

Rodzice jednak nie zgodzili się na odłączenie aparatury. Twierdzili, że są w bliskim kontakcie z dzieckiem i uważają, że chłopiec nie cierpi, a lekarze się mylą, bo jego stan jest lepszy niż wynika z ich oceny. Szpital podjął jedyną możliwą w tej sytuacji decyzję – skierował sprawę do sądu.

Nie ma sensu przytaczać całej historii procesów sądowych, jakie toczyły się w tej sprawie od początku marca do lipca 2017 r. Wszystkie instancje, poczynając od sądu w Londynie do Sądu Najwyższego, przyznały rację lekarzom. Przyznał ją również Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Powstaje pytanie, czy w takiej sytuacji, nawet jeśli lekarze ponad wszelką wątpliwość z medycznego punktu widzenia mają rację, nie należy jednak pozostawić ostatecznej decyzji rodzicom? W USA prawdopodobnie sąd w takiej samej sytuacji bardziej przychyliłby się do woli rodziców.

W lipcu rodzice chłopca pogodzili się z tym, że ich synowi nie można już pomóc. Jednak zarzucili szpitalowi, że ich dziecko miało szansę przeżyć, gdyby wcześniej, kiedy jeszcze nie było dużych zniszczeń mózgu, zdecydowano się na zastosowanie eksperymentalnej terapii.

Dzięki apelowi o pomoc na portalu społecznościowym zebrali 1,3 mln funtów, żeby poddać syna leczeniu w jednym ze szpitali w USA, w którym testowana jest kontrowersyjna wciąż terapia nukleozydowa. Zastosowano ją u kilku pacjentów z rzadkimi chorobami, ale żaden nie chorował na encefalomiopatię mitochondrialną. Lekarze szpitala Great Ormond Street słusznie uznali, że w przypadku Charliego Garda byłby to eksperyment, na który nie mogą się zgodzić.

Szczegóły sporu rodziców z londyńskim szpitalem dziecięcym poznał cały świat. Przeważało odczucie, że lekarze z góry skreślili życie terminalnie chorego dziecka, a walczą o niego jedynie zrozpaczeni rodzice. Górę wzięły ogromne emocje, a nie medyczne argumenty.

Papież Franciszek zaapelował, żeby rodzice mogli zgodnie ze swą wolą towarzyszyć mu i leczyć go do końca jego dni. Mariella Enoc, prezes szpitala Bambino Gesù, zaproponowała przetransportowanie chłopca na leczenie do Rzymu.

W sprawę włączył się również prezydent USA Donald Trump, który na Twitterze napisał, że „jeśli możemy cokolwiek pomóc małemu Charliemu Gardowi – podobnie jak nasi przyjaciele z Wielkiej Brytanii i papież – będziemy zachwyceni”.

Rodziców Charliego przekonał dopiero dr Michio Hirano, który przyjechał do Londynu, by osobiście sprawdzić, czy można u ich syna zastosować eksperymentalną terapię nukleozydową. Badania obrazowe wykazały, że uszkodzenia mózgu dziecka są zbyt duże, żeby leczenie mogło pomóc.

Szpitalowi zarzucono jeszcze, że nie godzi się nawet to, żeby rodzice zabrali malca do domu, by w spokoju spędzić z nim resztę jego życia. Faktycznie, lekarze nie aprobowali zabrania chłopca do domu, ponieważ nie było tam warunków do opieki nad pacjentem w tak ciężkim stanie. Przez drzwi nie przeszłaby nawet aparatura podtrzymująca funkcje życiowe. Nie znaleziono specjalisty, który byłby w stanie prowadzić w domu intensywną terapię małego dziecka.

Rodzicom chłopca zaproponowano hospicjum dziecięce. Connie Yates i Chris Gard zgodzili się i w sądzie, podczas ostatecznej rozprawy, doszło wreszcie do ugody. Nadal jednak jest w nich żal, że nie mogli od początku sami decydować o losie swego dziecka i nadal myślą, że gdyby wcześniej zastosowano eksperymentalną terapię jego stan mógłby być choć trochę lepszy. Rodzice kierują się emocjami, inaczej niż lekarze... ■



Fot. egw

Komentarz do artykułu

Gorączka terminalna

Romuald Krajewski

Treść artykułu „Gorączka terminalna” sugeruje, że rodzice na równi z lekarzami mogą decydować czy leczyć, czy nie. Tak nie jest. Jeżeli lekarze uznają, że terapia jest daremna (uporczywa), podejmują decyzję medyczną opartą na ocenie stanu pacjenta i dostępnych możliwości leczenia. Ta decyzja należy wyłącznie do zespołu leczącego.

Problem może natomiast stanowić jej wdrożenie, ponieważ faktycznie oznacza ona, że zdaniem zespołu leczącego (powinno to być decyzja zespołowa), opartym na aktualnej wiedzy medycznej, dalsze leczenie nie ma sensu, jest daremne, nie prowadzi do zmiany rokowania, przedłuża tylko zazwyczaj terminalny stan pacjenta, często także przysparzając mu bólu. Leczący mogą jedynie zapewnić opiekę służącą zapobieganiu nadmiernemu cierpieniu.

Na ogół pacjenci albo ich opiekunowie zgadzają się z propozycją takiego postępowania. Jeżeli jednak nie, powstaje trudna sytuacja, podobna do opisywanej w artykule. Najtrudniej odpowiedzieć na pytanie, czy decyzja lekarzy jest rzeczywiście słuszna. Każda tego rodzaju decyzja ma bowiem charakter indywidualny i nie jest „prawdą absolutną”. W praktyce medycznej nie ma też i nie powinno być jedynego słusznego postępowania. Możliwości leczenia o większej albo mniejszej skuteczności lub przeprowadzenia szeroko rozumianego, mającego mocniejsze lub słabsze uzasadnienie eksperymentu medycznego są we współczesnej medycynie bardzo duże i, jeżeli informacja o problemie jest rozpowszechniona, zapewne szybko znajdzie się lekarz, który będzie uważał, że coś jeszcze można zrobić. Jeżeli grono terapeutów poszerzy się o uzdrowicieli (w tym i pracowników medycznych wykraczających poza sprawdzalne metody medyczne i działających jak uzdrowiciele), możliwości działania niczym nie będą ograniczone. Gdy sprawa uzyska rozgłos, przyciągnie uwagę znanych osób, które z różnych powodów zechcą się włączyć, aspekty medyczne i realna ocena sytuacji zejdą na dalszy plan.

Przyjęcie, że decyzja o leczeniu należy tak samo do rodziców, jak i do lekarzy, że sądy decydują raz tak, raz inaczej, prowadziłyby do leczenia „na życzenie”, a nie na podstawie wiedzy medycznej. Byłoby to groźne dla pacjentów, m.in. dlatego, że działająca na tej zasadzie medycyna miałaby na celu spełnianie życzeń klienta. Również niemających uzasadnienia w wiedzy medycznej, opartych na magii, na osobistych głębokich przekonaniach, natchnieniu, anegdotach czy stymulowanych marketingiem. Takie zjawiska już istnieją, ale są uznawane za nieprawidłowe praktyki. Pewność, że zwracając się do lekarza, pacjent może oczekiwać pomocy opartej na sprawdzonych, skutecznych metodach wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, odróżnia lekarzy od osób oferujących metody o nieudowodnionej skuteczności.

W praktyce medycznej jest mnóstwo sytuacji, w których wybór dokonany przez pacjenta jest możliwy i bardzo

potrzebny. Nie musi to być zawsze wybór najlepszy dla skuteczności terapii. Jeżeli mieści się w granicach przyjętej praktyki medycznej, coraz częściej dokonują go poinformowani pacjenci. Natomiast zobowiązanie lekarzy do stosowania na życzenie także diagnostyki i leczenia, które nie mają uzasadnienia medycznego, powodowałoby u pacjentów szkody wynikające z działań niepożądanych, nieskutecznych metod, niepotrzebnego ryzyka, powikłań, straty czasu i środków.

Zasada nieprowadzenia terapii daremnej jest powszechnie uznawana. Różnice interpretacyjne dotyczą momentu i sposobu uznawania terapii za daremną oraz zastosowania tej zasady w konkretnym przypadku, gdy trzeba rozważyć, czy w pełni uwzględniono aktualną wiedzę medyczną (także uzasadnione terapie eksperymentalne) i dostępne możliwości działania, czy ewentualne propozycje innych działań mają jakieś uzasadnienie medyczne. Jeżeli zdania osób podejmujących decyzje medyczne i osób wyrażających zgodę albo odmawiających zgody na proponowane postępowanie różnią się, sąd jest najlepszym miejscem do rozstrzygnięcia sporu. Artykuł pokazuje, że sądy w UK podchodzą do tego problemu zgodnie z przedstawionymi wcześniej zasadami.

Większość ludzi umiera z powodu jakiejś choroby i w końcowym okresie ich życia leczenie często staje się niestety daremne. To są niezwykle trudne, przez wielu ludzi nieakceptowane sytuacje. Od czasu do czasu skłaniają więc one do prób wymuszenia, zwłaszcza przez osoby bliskie choremu, postępowania uznawanego przez nie z jakiegoś powodu za dające nadzieję. Jeżeli bardzo wątpliwy eksperyment medyczny, czy wręcz zupełnie niemający uzasadnienia pomysł nazwie się „leczeniem ratującym życie” i zaangażuje się media oraz polityków, uda się wymusić wiele, ale efektem zwykle jest pogorszenie sytuacji pacjenta i jego bliskich. Dlatego lekarze, co podkreśla między innymi Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, dla dobra pacjentów muszą mieć zagwarantowaną autonomię zawodową i muszą umieć z niej korzystać.

W naszym Kodeksie Etyki Lekarskiej omówiono ten problem bardzo dobrze.

„Art. 32. 1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

Zaprzestanie uporczywej terapii nie może oznaczać jednak pozostawienia chorego bez opieki.

„Art. 30. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”. ■

doniesienia naukowe



Erekcja: okno zdrowia mężczyzny

Wystarczy zadać mężczyźnie jedno pytanie, żeby wiedzieć, jaki jest stan jego zdrowia. Chodzi o zaburzenia erekcji, które mogą być objawem różnego typu schorzeń, zarówno dopiero się rozwijających, jak i już występujących. Problem nie dotyczy tylko chorób sercowo-naczyniowych, o których mówiło się już wcześniej. Najnowsze badania wykazały, że kłopoty z erekcją ma ponad połowa cierpiących na cukrzycę.

Wskazuje na to metaanaliza 145 badań, którymi objęto 88,5 tys. mężczyzn zamieszkałych głównie w Azji i Europie. Wynika z niej, że zaburzenia erekcji najczęściej występują u mężczyzn z cukrzycą typu 2. Narzeka na nie aż 66,3 proc. osób z tą chorobą, dwukrotnie więcej niż chorych z cukrzycą typu 1 (37,5 proc.).

Powodem jest miażdżycza tętnic, która pogarsza dopływ krwi zarówno do ciał jamistych prącia, jak i do mięśnia sercowego. A cukrzyca przyspiesza jej rozwój. Dr Damiano Pizzol z Operational Research Unit of Doctors with Africa Cuamm w Beira, w Mozambiku, uważa, że zaburzenia erekcji są wręcz sygnałem alarmowym informującym o rozwoju cukrzycy, która często wykrywana jest dopiero po kilku latach od wystąpienia pierwszych objawów.

Lekarz rodzinny może wiele się dowiedzieć o zdrowiu pacjenta, pytając go, czy nie ma zaburzeń erekcji. Niestety, na ogół temat ten jest wciąż krępujący dla obu stron, poza tym mężczyźni nawet przed lekarzem nierzadko ukrywają zaburzenia erekcji.

(bit.ly/2h6uZfu, „Diabetic Medicine”, online, July 18, 2017)

Dziecko źle leczone po opuszczeniu szpitala

Już po odebraniu dziecka ze szpitala rodzice często nie przestrzegają zaleceń lekarzy, najczęściej źle podają leki. *Compliance* w tym przypadku może mieć wręcz kluczowe znaczenie dla powodzenia zleconej terapii. Wskazuje na to metaanaliza 64 badań przeprowadzonych w latach 1985–2016 na całym świecie, m.in. w USA, Kanadzie, Chile, Izraelu, Szwajcarii, Arabii Saudyjskiej i na Tajwanie.

Ujawniono, że 38 proc. rodziców lub opiekunów nie przestrzega zleconej dawki leków, a 42 proc. nie stosuje ich tak często jak zaordynowali lekarze. Zaniżenie lub zawyżenie o 20 proc. dawki leku zdarzało się odpowiednio w 48 proc. i 42 proc. czasu trwania leczenia. Rodzice najczęściej popełniali błędy, kiedy musieli odmierzać dawkę leków w płynie, które zazwyczaj podaje się dzieciom.

Pomyłki można by skorygować podczas wizyty kontrolnej, ale rodzice często nie przestrzegają również ich terminów. Tak zdarza się w przypadku 62 proc. dzieci wypisanych ze szpitala oraz 81 proc. maluchów po wizycie pogotowia ratunkowego. Najczęściej ma to miejsce w rodzinach, w których jest więcej niż jedno dziecko, rodzice nie mają prywatnego ubezpieczenia lub są bardzo obciążeni pracą.

Zlecona wizyta kontrolna odbywa się częściej, kiedy jej termin zostanie ustalony jeszcze przed odebraniem dziecka ze szpitala. Również w podawaniu leków rodzice popeł-

niają mniej błędów, kiedy lekarze poświęcą im więcej czasu, żeby wszystko wyjaśnić.

(bit.ly/2ussOGg, „Pediatrics”, online, July 24, 2017)

Odstawienie statyn skracia życie

Warto pomyśleć dwa razy zanim odstawi się statyny z powodu działań niepożądanych, takich jak bóle mięśni i brzucha. Z badań specjalistów z Bostonu wynika, że rezygnacja z tych leków skutkuje 13-proc. wzrostem ryzyka zgonu lub zawału serca albo udaru mózgu. Analizowano trzy rodzaje statyn: atorwastatynę, rosuwastatynę oraz simwastatynę.

Jeden z autorów badania, prof. Alexander Turchin z Brigham and Women's Hospital w Bostonie, twierdzi, że w okresie od pół roku do roku statyny odstawia od jednej czwartej do nawet połowy pacjentów, którym zostały przepisane. Zwykle im dłużej trwa leczenie, tym więcej chorych przestaje zażywać te leki, podobnie jak wiele innych stosowanych przewlekłe.

Badaniami objęto ponad 200 tys. dorosłych mieszkańców Bostonu przyjmujących statyny. Prawie 45 tys. z nich zgłosiło działania niepożądane, głównie bóle mięśni i brzucha. Prof. Robert Rosenson z Icahn School of Medicine w Nowym Jorku sugeruje, by lekarze pytali pacjentów, czy nie obserwują działań niepożądanych i ewentualnie zmieniali opcję leczenia, zanim chorzy całkowicie odstawią statyny.

U.S. Preventive Services Task Force zaleca, żeby leki te stosowały wszystkie osoby między 40. a 75. rokiem życia, które nie mają kłopotów z sercem, ale zaobserwowano u nich co najmniej jeden czynnik ryzyka oraz występuje u nich 10-proc. ryzyko zawału lub udaru w najbliższych dziesięciu latach.

(bit.ly/2gY8TM9 and bit.ly/2gXM8lx, „Annals of Internal Medicine”, online, July 24, 2017)

Nadciśnienie w ciąży i zaraz po porodzie

Czeka nas zmiana poglądów dotyczących nadciśnienia w czasie ciąży. Dotąd wydawało się, że może przejść w stan przewlekły po wielu latach od urodzenia dziecka. Najnowsze badania specjalistów duńskich sugerują, że może się tak stać już wkrótce po porodzie.

Autor badania, prof. Heather Boyd z Kopenhagi, powołuje się na obserwacje ponad 1 mln Duńców, które urodziły dziecko lub poroniły w latach 1978–2012. Obliczono, że w pierwszym roku po porodzie u kobiet z nadciśnieniem w czasie ciąży ryzyko jego nawrotu było od 12 do 25 razy większe niż w przypadku matek, u których do tego nie doszło. W pierwszej dekadzie po urodzeniu dziecka ryzyko nawrotu nadciśnienia było dziesięciokrotnie większe.

Nadciśnieniem przewlekłym po tym, które pojawiło się w okresie ciąży, bardziej zagrożone są kobiety, które po raz pierwszy rodziły w starszym wieku. Z duńskich badań wynika, że w przypadku dwudziestolatek wystąpiło ono u 14 proc. matek, a u kobiet, które rodziły po czterdziestce – u 32 proc.

„British Medical Journal” w tym samym wydaniu publikuje badania amerykańskie, z których wynika, że nadciśnienie w czasie ciąży częściej przechodzi po porodzie w stan przewlekły u kobiet otyłych.

(bit.ly/2twXFUJ, bit.ly/2vrXmbp i bit.ly/2tO5NLV, „The BMJ”, online, July 12, 2017) ■

Zbigniew Wojtasiński

Mazowieckie szpitale dostaną dodatkowe środki na inwestycje

Radni województwa mazowieckiego postanowili zasilić budżety szpitali łączną kwotą ponad 31 mln zł, które będą przeznaczone na inwestycje.

– *Udało nam się wygospodarować kolejne oszczędności, które przeznaczymy na remonty i modernizacje, a także zakup specjalistycznego sprzętu* – podkreślił marszałek Adam Struzik. Placówki warszawskie i podwarszawskie otrzymają w sumie ponad 17,6 mln zł. Do Szpitala Dziecięcego im. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie trafi około 700 tys. zł na zakup aparatów USG dla Zakładu Diagnostyki. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie otrzyma blisko 4,5 mln zł. Placówka kupi niezbędny sprzęt medyczny, m.in. endoskop, aparat RTG z ramieniem C, zestaw do artroskopii, aparaty dializacyjny i do znieczuleń, fiberołaryngoskop, litotryptor do zabiegów PCNL (w leczeniu kamicy nerkowej), cyfrowy mammograf, a także przewoźny aparat RTG. Wykonany zostanie także remont dachu budynków D i R oraz pomieszczeń Oddziału I Wewnętrzny. Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie dostanie 4,2 mln zł. Dzięki tym środkom powstanie dokumentacja projektowa i kosztorysowa modernizacji zespołu oddziałów chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i otolaryngologii. Modernizowany oddział położnictwa i neonatologii otrzyma nowe wyposażenie. Sprzęt specjalistyczny trafi także do oddziałów okulistycznego, otolaryngologicznego oraz Interwencyjnego Centrum Neuroterapii. Szpital otrzyma również środki na kontynuację modernizacji głównej magistrali kanalizacyjnej – w tym roku 100 tys. zł, a w przyszłym – 2,4 mln zł. Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie przeznaczy 390 tys. zł na zakup sprzętu, a Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzcu dostanie 2,7 mln zł na zagospodarowanie terenu i przebudowę dojazdu do obiektów położonych w Józefowie, od strony ul. 3 Maja. Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. J. Mazurkiewicza w Pruszkowie przeznaczy otrzymane środki (290 tys. zł) na zakup sprzętu komputerowego. Natomiast Szpital Kolejowy im. dr. med. Włodzimierza Roflera w Pruszkowie uzyska 97,7 tys. zł na przygotowanie dokumentacji niezbędnej do uregulowania gospodarki wodno-ściekowej. Mazowieckie Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie przeznaczy 2,8 mln zł na zakup aparatury medycznej oraz sprzętu komputerowego i oprogramowania. Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie otrzyma 2 mln zł na modernizację oddziałów szpitalnych, co pozwoli przeprowadzić prace na dwóch oddziałach – II i IX. Inwestycja będzie kontynuowana w 2018 r. Na przyszły rok na realizację tego zadania wygospodarowano 7,5 mln zł.

Akty powołania dla nowych konsultantów medycznych

Dwóch lekarzy zostało powołanych do pełnienia funkcji wojewódzkich konsultantów medycznych.

Nominację przekazał wicewojewoda mazowiecki Sylwester Dąbrowski. Akty powołania na pięcioletnią kadencję otrzy-

mały: prof. dr hab. n. med. Krystyna Chrzanowska – w dziedzinie genetyki klinicznej, oraz mgr Małgorzata Giemza – w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

W lipcu na konsultanta medycznego w dziedzinie epidemiologii wojewoda mazowiecki Zdzisław Szipera nominował dr. n. med. Krzysztofa Skórczewskiego, dyrektora Granicznej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie.

Doktorant WUM ambasadorem Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem

Zaszczytu tego dostąpił Paweł Koczkodaj, doktorant w Zakładzie Biofizyki i Fizjologii Człowieka Wydziału Nauki o Zdrowiu.

Wyboru dokonała Association of European Cancer Leagues podczas spotkania w Brukseli – podaje Biuro Prasowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wyróżnienie jest tym bardziej nobilitujące, że po raz pierwszy od momentu uruchomienia programu European Association of Cancer Leagues wybrała na ambasadora przedstawiciela Polski. Inicjatorem Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem jest Komisja Europejska. Ma on ograniczać występowanie chorób nowotworowych przez edukację i zachęcanie do prowadzenia zdrowego stylu życia. ■

pk



REKLAMA

Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

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

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



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



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



Fotografie: archiwum szpitala

W siedleckim szpitalu powiało optymizmem

Jesteśmy otwarci na to, co przyniesie jutro – zapewnia Renata Lotek-Waćkowska, dyrektor ds. medycznych Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach. Placówka rozwija się bardzo dynamicznie, o czym świadczą realizowane i planowane inwestycje, ale również imponująca liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Gdy pod koniec czerwca Ministerstwo Zdrowia ogłosiło, które placówki wejdą do tzw. sieci szpitali, szefostwo siedleckiej lecznicy odetchnęło z ulgą. Okazało się bowiem, że placówka znalazła się na liście ośrodków, które będą miały gwarantowany kontrakt z NFZ. – *Jednak nadal stoimy w rozkroku, oczekując, co w praktyce przyniesie to rozwiązanie i jak realnie przełoży się na codzienność pacjentów i personelu medycznego* – mówi Renata Lotek-Waćkowska. – *Mimo to staramy się cały czas iść do przodu, mamy wiele planów i zamierzeń, próbujemy też być jednostką innowacyjną.*

Ośrodek, który wypełni białą plamę

W czerwcu 2017 r. odbyła się uroczystość wmurowania kamienia węgielnego pod budowę Siedleckiego Ośrodka Onkologicznego. To potężna inwestycja, której koszt oszaco-

wano na blisko 112 mln zł. Pieniądze na budowę pochodzą z różnych źródeł: kredytu, budżetu województwa mazowieckiego i Ministerstwa Zdrowia, a zakup wyposażenia zostanie sfinansowany w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz z funduszy unijnych.

– *Mam nadzieję, że na początku 2019 r. pierwsi pacjenci przekroczą progi nowoczesnego ośrodka, który wypełni onkologiczną białą plamę w regionie siedlecko-ostrołęckim. Będzie to 84-łóżkowy kompleks z chemioterapią dzienną, pracownią cytostatyków, przychodnią onkologiczną, zakładem radioterapii i medycyny nuklearnej, pracownią tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz mammografii* – wylicza Renata Lotek-Waćkowska. Nowy obiekt zostanie połączony podziemnym tunelem z głównym zespołem budynków szpitala w Siedlcach.

Dyrektor placówki przyznaje, że równie dużym wyzwaniem jak budowa czy wyposażenie ośrodka jest zgromadzenie profesjonalnej kadry medycznej. Lecznica wciąż poszukuje onkologów, radioterapeutów i wysoko wykwalifikowanego personelu średniego szczebla. Dlatego nawiązała współpracę z warszawskim Centrum Onkologii-Instytutem

im. Marii Skłodowskiej-Curie, co umożliwi wymianę wiedzy i doświadczenia, szkolenie specjalistów, konsultacje i konsylia, koordynację diagnostyki i opieki, a także wspólne działania w zakresie profilaktyki oraz prowadzenie badań naukowych.

Specjalizacja? Tylko w Siedlcach

W siedleckim szpitalu niemal bez przerw trwają jakieś prace budowlane lub remontowe. Kilka miesięcy temu otwarto nowy pawilon, w którym znajdują się m.in. dwa oddziały: dziecięcy i okulistyczny. W pierwszym zwiększyła się liczba łóżek (z 30 do 46) i znacząco poprawiły warunki dla małych pacjentów, drugi wzbogacił się o nowoczesny sprzęt. – *Zwiększyły się nasze możliwo-*



Nagrody naukowe Polpharmy

Po raz 15. Naukowa Fundacja Polpharmy przyznała granty dla projektów naukowych w medycynie.

Rozstrzygnięto konkurs na temat: „Testy diagnostyczne i metody oznaczania biomarkerów w medycynie i farmacji”. Wśród nagrodzonych znalazła się dr n. med. Joanna Bogusławska z Zakładu Biochemii i Biologii Molekularnej CMKP w Warszawie.

Statuetki i dyplomy laureatom wręczali: Wojciech Kuźmierkiewicz – prezes Zarządu Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Farmacji i Medycyny, prof. Kazimierz Roszkowski-Sliż – dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, oraz Jerzy Starak – szef Polpharmy.

Podczas gali odbyła się I edycja konkursu na najlepszą prezentację plakatu pracy doktorskiej. Udział wzięli wszyscy tegoroczni laureaci konkursu stypendialnego. Najwyżej oceniono prezentację Marty Siernickiej z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. ■

mkr



Od lewej: Wojciech Kuźmierkiewicz, Jerzy Starak, laureatki – Ewa Sewerynek, Joanna Bogusławska, Agata Pastorczak, i Kazimierz Roszkowski-Sliż

Fot. archiwum Polpharmy

Kliniki WUM w prestiżowym gronie

Klinika Neurologii oraz Klinika Hepatologii i Chorób Wewnętrznych dołączyły do elitarnych sieci europejskich ośrodków referencyjnych (European Reference Networks) zajmujących się leczeniem chorób rzadkich – poinformowały władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W ramach sieci ERN Euro-NMD Klinika Neurologii, kierowana przez prof. Annę Kosterę-Pruszczyk, zajmować się będzie diagnostyką i leczeniem pacjentów z rzadkimi chorobami nerwowo-mięśniowymi, zarówno nabytymi, jak i uwarunkowanymi genetycznie. Z kolei w ramach

sieci ERN-RARE LIVER Klinika Hepatologii i Chorób Wewnętrznych, której kierownikiem jest prof. Piotr Milkiewicz, prowadzić ma leczenie autoimmunologicznych chorób wątroby, m.in. pierwotnego zapalenia dróg żółciowych (ang. PBC), pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (ang. PSC), autoimmunologicznego zapalenia wątroby (ang. AIH) oraz cholangiopatii IgG4.

Idea stworzenia sieci ERN, w celu poprawy leczenia osób dotkniętych rzadkimi schorzeniami oraz promowania ścisłej współpracy naukowej, powstała kilka lat temu w Komisji Europejskiej. ■

esz

ści leczenia w zakresie okulistyki, dzięki czemu realne stało się na przykład przeprowadzanie witrektomii (zabiegu stosowanego w leczeniu schorzeń siatkówki, które jeszcze kilkadziesiąt lat temu nieuchronnie prowadziły do utraty wzroku – przyp. red.) – wyjaśnia Renata Lotek-Waćkowska.

W planach jest modernizacja kolejnych oddziałów, zwłaszcza ortopedii i neurologii, a także zakończenie remontu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. – *Chcielibyśmy, żeby nasz SOR stał się wizytówką, nie tylko z powodu pięknych i funkcjonalnych wnętrz, ale przede wszystkim organizacji pracy. Borykamy się jednak z problemem skompletowania kadry lekarskiej gwarantującej wysoki profesjonalny poziom, ponieważ dramatycznie brakuje specjalistów z zakresu ratownictwa medycznego* – podkreśla dyrektor szpitala.

Renata Lotek-Waćkowska liczy na pozytywne efekty kooperacji z siedleckim Uniwersytetem Przyrodniczo-Humani-

stycznym, gdzie studenci uczą się m.in. na kierunku ratownictwo medyczne. – *Zależy nam na pozyskiwaniu kadr, lecz również na współpracy naukowej i wspólnych badaniach klinicznych. Chcemy się rozwijać we wszystkich kierunkach* – twierdzi dyrektor.

Nasza rozmówczyni za sukces Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach uznaje również dużą liczbę lekarzy, którzy odbywają w placówce szkolenie specjalizacyjne. W 2017 r. kierownictwo szpitala musiało nawet wystąpić o zwiększenie liczby miejsc rezydencyjnych, by umożliwić kształcenie wszystkim chętnym. – *Stwarzamy na tyle atrakcyjne warunki, że niektórzy przenoszą swoją specjalizację z innych ośrodków, nawet z Warszawy. Cieszy mnie, że mamy renomę ośrodka przyjaznego, gdzie starszy kolega pochyla się nad młodszym, poznającym dopiero arkana sztuki medycznej* – kończy Renata Lotek-Waćkowska. ■

Rafał Natorski

Zadbajmy o profilaktykę cukrzycy

Wobec wzrastającej liczby zachorowań na cukrzycę Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej i Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, pod honorowym patronatem Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów, przygotowały projekty programów profilaktyki zdrowotnej, która ma na celu przeciwdziałanie powikłaniom w cukrzycy. Programy pilotażowe będą wdrażane w pięciu województwach, ale projekty opracowano w wielu powiatach i województwach, także na Mazowszu.

Wszystkie programy zostały zaopiniowane merytorycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Mazowiecki zyskał pozytywną ocenę.

W systemie opieki zdrowotnej brak edukacji zdrowotnej, a także czynników motywujących lekarzy do prowadzenia profilaktyki. Programy edukacyjne dotyczące cukrzycy powinny być finansowane przez samorządy terytorialne, NFZ oraz ze środków unijnych. W kraju mamy 3 tys. edukatorów i 400 specjalistów do spraw diabetologii. Ich wiedza będzie wykorzystywana w realizacji programów. Oba stowarzyszenia liczą na wdrożenie ministerialnego programu tworzenia poradni stopy cukrzycowej, która jest najpoważniejszym powikłaniem w zaawansowanej cukrzycy. ■

mkr

Diagnostyka chorób tarczycy

Nieleczone choroby tarczycy mogą być przyczyną poważnych powikłań zdrowotnych. Dlatego warto, w przypadku występowania nawet niezbyt nasilonych objawów, przeprowadzić diagnostykę w tym kierunku – mówi dr n. med. Andrzej Marszałek. – Monitorowanie funkcjonowania tarczycy jest szczególnie ważne u kobiet w ciąży. W ich przypadku konsekwencją niezdiagnozowania i nieleczenia mogą być poronienia lub wady rozwojowe dziecka.

Choroby tarczycy to problem około 20 proc. Polaków, kobiety zapadają na nie pięciokrotnie częściej niż mężczyźni. Jednak objawy wskazujące na zaburzenia pracy tego gruczołu nie zawsze są swoiste, więc często się je lekceważy. Tymczasem powodują rozregulowanie gospodarki hormonalnej oraz metabolizmu komórek, a na skutek tego nieprawidłową pracę układów: rozrodczego, nerwowego i pokarmowego.

Najczęściej występujące objawy to: w nadczynności tarczycy – nadpobudliwość, zwiększona potliwość, kołatanie serca, utrata masy ciała, biegunki, zaburzenia cyklu miesięczkowego u kobiet, a w niedoczynności – sucha skóra, zmęczenie, zwiększenie masy ciała, przewlekłe zaparcia, objawy depresji, zaburzenia cyklu miesięczkowego.

Wobec notowanych coraz częściej przypadków samooleczenia się pacjentów na podstawie zaleceń „dr. Google’a” lekarze przestrzegają: ze względu na złożoność diagnostyki gruczołu tarczowego należy leczyć się w ścisłej współpracy z lekarzem. ■

mkr

Falck Medycyna **zatrudni** w swoich placówkach:
Warszawa Mokotów: ginekologa, pediatrę, radiologa (USG),
Mazowsze: lekarzy systemu, medycyny ratunkowej i lekarzy do wizyt domowych
Kontakt: 510-202-208, kadry@falck.pl



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



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



Fot. archiwum

Nic wspólnego z polityką

Janina Jankowska

Drodzy Czytelnicy, tym razem nie będzie o polityce i takich tam przepychankach, o których w mediach łomocą od świtu do nocy. Tym razem wyruszą w Wasz świat, służby zdrowia, z którym do tej pory, zważywszy długość mojego życia, miałam doświadczenia nader rzadkie.

W swojej pracy dziennikarskiej w zasadzie nie wchodziłam w problematykę zdrowia, poza jednym spotkaniem z wybitnym lekarzem internistą, hematologiem i filozofem medycyny, prof. Julianem Aleksandrowiczem. Było to dawno, dawno temu, prof. Aleksandrowicz był wówczas kierownikiem Kliniki Hematologicznej Akademii Medycznej w Krakowie i cały wolny od pracy czas poświęcał na organizację wyjazdu na operację do USA ciężko chorej na serce poetki Haliny Poświatowskiej, której był lekarzem i przyjacielem. A w PRL taki wyjazd na Zachód wymagał mnóstwa zabiegów. W tym gorącym czasie prof. Aleksandrowicz nie tylko zgodził się na spotkanie w swoim mieszkaniu przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie z dwiema dziennikarkami radiowymi z Warszawy, ale je ugościł smacznym obiadem i sporo czasu poświęcił na rozmowę, której atmosferę pamiętam do dzisiaj.

To było spotkanie ze wspomniałym człowiekiem, uczonym, lekarzem, polskim inteligentem z przedwojennym poczuciem współodpowiedzialności za losy innych, a może kraju? Brał udział w kampanii wrześniowej 1939 r. Po wejściu Niemców do Krakowa z powodu pochodzenia żydowskiego został zamknięty w getcie, z którego uciekł, by walczyć w podziemiu, w szeregach Armii Krajowej. Spotkaliśmy się w czasach, które nie sprzyjały opowiadaniu o tym. Mówił o medycynie, o swoich pacjentach, o rozmaitych powinnościach lekarza. Swój zawód traktował jak misję. Na całe życie zapamiętałam jego słowa: – *Lekarz nie może leczyć nogi, ręki czy oka. Lekarz musi widzieć całego człowieka, bez tego nie zrozumie, co się dzieje z jego sercem, okiem, nogą.*

Przywołałam to wspomnienie z powodu moich ostatnich kontaktów ze służbą zdrowia. Medycyna niemal każdego dnia czyni ogromne postępy. Wyposażenie naszych placówek zdrowia jest coraz lepsze. Jednocześnie toniemy

w morzu papierów, zmieniających się przepisów, permanentnych reform. Najczęstszy widok z naszej, pacjentów, strony, to pochylony nad papierami lekarz. Pisze, pisze, pisze...

Cenię pracę lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, wszystkich, którzy ratują nasze zdrowie. Pracują w stresie, pod ciężarem ogromnej odpowiedzialności. Wielu na co dzień, zwłaszcza chirurgów, ma do czynienia z sytuacjami ekstremalnymi. Bywa, że muszą podjąć niemal intuicyjnie decyzję, której wynik jest niewidomy. Za chwilę być może czeka ich następny trudny przypadek, a jeśli nawet banalny, to jasność umysłu, opanowanie są konieczne. Bardzo pomocne jest trzymanie się określonych procedur. Za procedurami idzie organizacja służby zdrowia, która jest jak „cyrk w budowie”. Co nowy minister zdrowia, to nowa koncepcja. A kysz, uciekam od polityki.

Pacjent po poważnej operacji jamy brzusznej trafia na salę monitorowaną przez 24 godziny, jest pod opieką dwóch pielęgniarek. Jednak każdego dnia ma dyżur inny lekarz kontraktowy. Czy zdoła zapoznać się z dokumentacją? Jaką decyzję podejmie? Odżywianie pozajelitowe do żołądka. Następnego dnia ma dyżur inny lekarz, który mówi: zatrzymać, za wcześniej na pozajelitowe. Trzeci zaleca normalne jedzenie. Dlaczego nie ma jednego lekarza prowadzącego, który obserwowałby cały proces? Czy z myślą o dobru pacjenta zaczęto likwidować etatowe, stałe zatrudnienie lekarzy? Chyba nie, tzw. kontraktowi lekarze są firmami do wynajęcia, bo to taniej, łatwiej utrzymać płynność finansową szpitala. Nie wiem, czy jeszcze istnieje instytucja konsylium lekarskiego, gdy specjaliści z różnych dziedzin analizują dany przypadek. Ja tego nie doświadczyłam.

Druga sprawa. Dopuszczenie rodziny do pielęgnacji chorego ulżyłoby pracy pielęgniarek. Co prawda jest większy luz niż przed laty, lecz sale monitorowane są w dalszym ciągu objęte reżimem. Tam leżą chorzy w ciężkim stanie, czasem agonalnym. Dlaczego nie pozwolić, by bliska osoba towarzyszyła choremu do końca?

I to nie ma nic wspólnego z polityką i płynnością finansową szpitali. To kwestia kultury i szacunku do człowieka. ■

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.



Honor i pamięć

Paweł Kowal

Na przedwojennych uroczystościach państwowych istniał zwyczaj zapraszania na trybunę honorową powstańców styczniowych. Byli otoczeni powszechnym szacunkiem, choć trzeba przyznać, że doczekali się tego dopiero pod koniec swego życia, gdy została ich już tylko garstka. Ale wcześniej Polska była pod zaborami. Powstanie poniosło klęskę i nie ustawały debaty, czy istniała szansa na zwycięstwo, czy warto było poświęcać młodych w walce. Z każdym rokiem weteranów ubywało. Z taką samą sekwencją zdarzeń i z takimi samymi ocenami spotykali się powstańcy warszawscy.

W pierwszych latach III Rzeczypospolitej pamiętano wprawdzie o Powstaniu Warszawskim, mówiono jednak o nim niechętnie, jakby z przymusu. Rozważania intelektualistów „czy było warto” zastąpiły podziękowanie bohaterom i ich uhonorowanie, a uroczystości w rocznice wybuchu powstania miały charakter sztucznych akademii. Jedynie spotkania na Powązkach były – jak na czasy PRL – pełne żarliwej pamięci. Warszawa niby wiedziała o swoich bohaterach, ale władze wspominały o nich jakoś tak półgębkiem.



Zmiana przyszła po 2002 r. Lech Kaczyński, jako prezydent Warszawy, oddał szacunek powstańcom bez dwuznaczności, bez skrywania emocji. Weterani znaleźli godne miejsce na trybunie honorowej podczas świąt państwowych i manifestacji rocznicowych. Czyn powstańców, ich poświęcenie zostało upamiętnione w otwartym wówczas Muzeum Powstania Warszawskiego. Nazwiska tych, którzy zginęli, znalazły się na Murze Pamięci. Muzeum przywróciło też pamięć o pomordowanych cywilach. Już około 50 tys. warszawiaków wymordowanych przez Niemców „odzyskało” swoje imiona.

Muzeum Powstania Warszawskiego jest fenomenem, do którego odwołuje się dzisiaj większość polskich muzeów historycznych i liczne zagraniczne. Jest jednym z najciekawszych ośrodków kreacji współczesnego patriotyzmu. Przywraca cześć nie tylko tym, którzy walczyli i zginęli, ale także tym, którzy przeżyli. Dobrze, że sędziwi weterani doczekali czasów sprawiedliwości. Dobrze, że istnieje muzeum, które przywraca i przechowuje pamięć o niezłomnej stolicy dla tych, co żyją dzisiaj, i dla tych, którzy się dopiero narodzą. Bez pamięci o 1944 r. byłibyśmy gorsi. ■



Lassnig w Zachęcie

Maria Lassnig (1919–2014) jest uznawana za jedną z najbardziej oryginalnych malarek XX w. Retrospektywna wystawa w Zachęcie prezentuje wielkoformatowe obrazy odzwierciedlające wieloletnią fascynację austriackiej artystki ludzkim ciałem i autoportretem. Ekspozycja ukazuje przekrój twórczości Lassnig od lat 40. minionego stulecia po prace z ostatniego okresu jej życia. Wystawa czynna do 15 października.

www.zacheta.art.pl

La Danse/Taniec

Festiwal Szalone Dni Muzyki (La Folle Journée) po raz ósmy odbędzie się w Teatrze Wielkim – Operze Narodowej w Warszawie. Motywem przewodnim w tym roku jest taniec i rola, jaką odgrywa nie tylko w muzyce klasycznej, ale też filmowej, jazzowej, musicalowej. Podczas festiwalu odbędzie się 55

koncertów, na których wystąpi prawie 1000 muzyków z całego świata. Impreza potrwa od 29 września do 1 października.

www.szalonednimuzyki.pl

Opowieść o nieistniejącej ulicy

O Nalewkach mówiono, że to serce żydowskiej Warszawy. Ulicę i jej mieszkańców przypomina wystawa plenerowa zorganizowana w 75. rocznicę rozpoczęcia przez Niemców akcji „Reinhardt”, w wyniku której zginęło prawie 2 mln polskich Żydów, a z warszawskiego getta w ciągu dwóch miesięcy wywieziono do Treblinki 300 tys. osób. Ekspozycja przy wejściu do Ogrodu Krasińskich od strony ul. Bohaterów Getta (fragment torów tramwajowych oraz gmach Arsenału przy skrzyżowaniu z ul. Długą są materialnymi pamiątkami dawnych Nalewek). Wystawa czynna do 22 września.

www.jih.pl

Muzeum jednej bitwy

Muzeum Ziemi Sochaczewskiej i Pola Bitwy nad Bzurą w Sochaczewie prezentuje kolekcję broni, ekwipunku, umundurowania i innych pamiątek z kampanii wrześniowej. Ekspozycję poświęconą bitwie nad Bzurą w 1939 r. uzupełniają eksponaty związane z czasami okupacji i walkami Polskich Sił Zbrojnych na różnych frontach II wojny światowej. Muzeum gromadzi też zbiory dotyczącej najstarszych dziejów miasta i okolic na wystawie archeologicznej. **ach**

www.muzemsochaczew.pl

Lekarze w wojnie



Fotografie: ze zbiorów Narodowego Archiwum Cyfrowego

Małgorzata Skarbek

W historii sztuki wojennej Bitwa Warszawska jest przykładem rozstrzygającego manewru, którego zwycięski efekt osiągnięty został dzięki strategii dowódcy, rzetelnej pracy sztabu, wysokim umiejętnościom oficerów i dzielności żołnierzy na polu walki – piszą historycy wojskowości. Ta decydująca w dużej mierze o losach Europy bitwa była tylko częścią wojny toczonej w latach 1919–1920 we wschodniej i centralnej Polsce na wielkim obszarze. Wojsko odrodzonego państwa, dowodzone przez Józefa Piłsudskiego, obroniło kraj przed najazdem Armii Czerwonej i odrzuciło wroga daleko na wschód.

Należy pamiętać nie tylko o walczących na froncie żołnierzach, ale też o lekarzach i sanitariuszach, którzy w starciu 15 sierpnia 1920 r. i w całej wojnie polsko-bolszewickiej przyczynili się do zwycięstwa. Choć zwykle nie brali bezpośredniego udziału w walkach, nieśli pomoc rannym żołnierzom, czasami narażając własne życie. Mówiono o ich poświęceniu z szacunkiem i podziwem.

„Lekarze opatrywali nieraz w największym ogniu, a sanitariusze wnosili rannych kolegów w miejsce bezpieczniejsze wśród gradu kul karabinowych i działowych, nic też dziwnego, że niejeden lekarz był ranny, liczba zaś zabitych sanitariuszy sięgała nieraz 50 proc.” – pisał we wspomnieniach legionista płk dr Stefan Rudzki. Poświęcenie, ale i organizacja wojskowej służby zdrowia zasługiwały na najwyższe uznanie. Tym większe, że młode państwo polskie miało bardzo mało czasu, zaledwie kilkanaście miesięcy, na zorganizowanie armii i zbudowanie służb medycznych. Od początku wojny we wszystkich oddziałach walczących na froncie wschodnim byli lekarze, na ogół ochotnicy, perso-

nel pomocniczy i sprzęt sanitarny. Trudności nastęczał transport rannych i chorych z obszarów objętych walkami. Jednak pod koniec 1919 r., gdy armia liczyła około 600 tys. żołnierzy, istniała już dobrze zorganizowana wojskowa służba zdrowia.

Każda kompania dysponowała dwoma patrolami sanitarnymi. W punkcie sanitarnym batalionu pracował lekarz w stopniu od podporucznika do kapitana, a w pułku – od kapitana do majora. Po udzieleniu pierwszej pomocy ranni byli odwożeni do głównego dywizyjnego ośrodka. Dobrze funkcjonowała sieć 170 szpitali, które dysponowały 60 tys. łóżek. Nie było ich za dużo, bo pod koniec 1920 r. dla rannych i chorych potrzeba było aż 90 tys. łóżek. Łóżka zapępniały się nie tylko po walkach, plagą terenów wschodnich były choroby zakaźne: grypa, zimnica, dur powrotny i plamisty, na które zapadali żołnierze, ludność cywilna, a także personel sanitarny.

W tworzeniu wojskowej służby zdrowia brało udział wielu wybitnych lekarzy. Jednym z nich był gen. Felicjan Sławoj-Składkowski, w czasie wojny lekarz frontowy, w późniejszych latach czynny polityk, premier II RP. Wśród jego licznych zainteresowań poczesne miejsce zajmowała higiena, efektem słynny projekt polowych ubikacji, zwanych „sławojkami”.

Lekarze, podobnie jak żołnierze, pochodzili ze wszystkich trzech zaborów. Byli także wojskowymi służącymi w różnych formacjach: carskich, pruskich i austriackich. Niektórzy przybyli z Błękitną Armią gen. Józefa Hallera z Francji, byli także legionieści. Kończyli różne szkoły, jedni byli dojrzałymi życiowo i zawodowo fachowcami, inni dopiero startowali. Do takich należeli studenci uniwersytetów, zgłaszający się na ochotnika do służby, zwani w wojsku „medykami”. Płk dr Jerzy Nadolski wspominał: *„Tydzień temu jeszcze byłem w Krakowie w klinice prof. Maksymiliana Rutkowskiego. Wszyscy i wszystko było pod ręką. Jaki kontrast! Tu przy kopającej świeczce opatrunkami osobistymi, austriackimi, trzeba opatrywać rany wielkości dłoni”*.

Cywilami byli także dwaj urodzcy: prof. Leon Kryński i prof. Maksymilian Rutkowski. Pierwszy po studiach pracował



Na poprzedniej stronie: ochotnicy idący na front.
Tu: opatrywanie rannego

w Krakowie, a potem w Warszawie. Po wybuchu I wojny światowej został zastępcą naczelnego lekarza Wojskowego Szpitala Miejskiego. Przyjął także – na wiele lat – stanowisko szefa sanitarnego Polskiego Czerwonego Krzyża. W 1919 r. otrzymał stopień podpułkownika Wojska Polskiego i kierował Oddziałem Chirurgicznym Szpitala Ujazdowskiego.

Prof. Rutkowski także był klinicystą. Ukończył Uniwersytet Jagielloński. Prowadził uniwersytecką Katedrę i Klinikę Chirurgiczną oraz współpracował z innymi krakowskimi szpitalami. Od 1916 r. kierował grupą chirurgiczną na linii frontu w Królestwie Kongresowym i Karpatach. Po wybuchu wojny z bolszewikami został mianowany lekarzem – generałem brygady. Całe życie udzielał się społecznie, a podczas II wojny światowej, w czasie okupacji niemieckiej, działał w Radzie Głównej Opiekuńczej.



Ostatnia posługa na polu walki

Innym bohaterem tamtych czasów był Antoni Stefanowski, który ukończył medycynę na uniwersytecie w Heidelbergu w 1914 r. Już w czasie studiów był instruktorem wojskowym miejscowej, tajnej polskiej „drużynackiej” organizacji studenckiej. Po wybuchu wojny wstąpił do II Brygady Legionów, został lekarzem pułkowym i przeżył kampanie wołyńską, bukowińską i karpacką. Podczas wojny polsko-bolszewickiej był szefem sanitarnym 9. Dywizji Piechoty. 24 czerwca 1920 r. dostał awans na lekarza – podpułkownika. Wkrótce jednak zachorował na tyfus, co uniemożliwiło mu służbę na froncie. W czasie pokoju zajmował się medycyną wewnętrzną. Leczył m.in. Stefana Żeromskiego, wchodził w skład konsylium w ostatniej fazie choroby Józefa Piłsudskiego. Zginął w Katyniu.

W Katyniu zginął także inny uczestnik wojny 1920 r. – Ludwik Wirszytło, absolwent Uniwersytetu w Moskwie. Od 1919 r. pracował jako lekarz w 10. Pułku Artylerii Polowej, potem

otrzymał awans na stopień majora. Po wojnie z bolszewikami pracował w Wojskowym Instytucie Higieny Sanitarnej.

Podobny los spotkał dr. Kazimierza Maciejewskiego. Gdy Polska odzyskała niepodległość, był studentem medycyny Uniwersytetu w Dorpacie. Przerwał naukę i zgłosił się na ochotnika do Wojska Polskiego. Jako młodszy lekarz słynnego 4. Pułku Ułanów Zaniemeńskich przeszedł cały szlak bojowy. Po zakończeniu działań wojennych kontynuował studia w Warszawie. Został okulistą, na Grodzieńszczyźnie zwalczał jaglicę, która wówczas była groźną chorobą. Pozostał lekarzem wojskowym. W 1939 r. Rosjanie wywieźli go do Kozielska, a następnie zamordowali w Charkowie. W ostatnich latach niezwykłą inicjatywę upamiętnienia jego osoby podjęli dwaj lekarze okulisci z 105. Kresowego Szpitala Wojskowego w Żarach. Bracia Zbigniew i Krzysztof Kopicieńscy, których rodzina wywodzi się z dawnych Kresów, zaproponowali posadzenie przed przychodnią w Żarach „Dębu Pamięci” i wkopania granitowej tablicy z inskrypcją. Przedsięwzięcie wspierał prof. Czesław Jeśman. Inicjatywę zrealizowano w 2011 r.

W 2016 r. bracia Kopicieńscy sfinansowali także renowację pomnika ppłk. Kazimierza Malanowicza na Cmentarzu Antokolskim w Wilnie. Malanowicz również uczestniczył w wojnie polsko-bolszewickiej, a potem pracował jako anatomopatolog na Uniwersytecie im. Stefana Batorego w Wilnie.

Kolejny zasłużony uczestnik wojny polsko-bolszewickiej, Henryk Beck, ps. Nekander, Dr Bor, skończył medycynę na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. Pod wpływem znakomitego lekarza, prof. Adama Czyżewicza, specjalizował się w ginekologii. W 1918 r. wraz z Lwowskimi Orłętami brał udział w obronie miasta. W wojnie polsko-bolszewickiej jako lekarz w stopniu kapitana pracował w pociągu sanitarnym. Potem był wykładowcą na Uniwersytecie Warszawskim. W kampanii wrześniowej 1939 r. walczył w obronie stolicy. Po klęsce dotarł do Lwowa i tylko dzięki staraniom żony uniknął wywie-

zienia na Syberię. Wrócił do Warszawy. Ponieważ był pochodzenia żydowskiego, musiał się ukrywać. Był w AK. W Powstaniu Warszawskim kierował szpitalem polowym w Śródmieściu. Po kapitulacji pozostał w mieście, przeżył w ruinach kamienic, a nawet udzielał pomocy innym. Po zakończeniu wojny wyjechał do Wrocławia i krótko kierował Katedrą Ginekologii i Położnictwa.

Stefan Garczyński, lekarz psychiatra, w czasie I wojny światowej walczył w carskiej armii jako szef sanitarny jednej z rosyjskich grup wojskowych. Od grudnia 1917 r. brał udział w organizowaniu oddziałów polskich w Salonikach. W kraju został szefem sanitarnym 13. Dywizji Piechoty. Jego zasługą było zwalczenie tyfusu plamistego w jednostce. W wojnie polsko-bolszewickiej, w stopniu podpułkownika, trafił do Korpusu Lekarskiego „w grupie byłej armii gen. Hallera”.

Z zaboru pruskiego pochodził Stefan Bolesław Szuman, wybitny lekarz i psycholog, człowiek o wszechstronnych zainteresowaniach. W 1914 r., jako lekarz chirurg, został wcielony do armii pruskiej. Pod pretekstem inwalidztwa udało mu się uzyskać zwolnienie ze służby. W czasie powstania wielkopolskiego podjął pracę w Szpitalu Polowym nr 707. Potem wstąpił do Wojska Polskiego. Po rozpoczęciu wojny polsko-bolszewickiej skierowano go na front w rejonie Lidy. W sierpniu 1920 r. walczył w obronie Warszawy. 28 sierpnia został mianowany majorem. W latach 20. studiował psychologię, filozofię i plastykę. Wykładał na Uniwersytecie Jagiellońskim, również po II wojnie światowej. Opublikował ponad 200 prac naukowych z zakresu psychologii, pedagogiki, psychologii rozwoju i wychowania. W czasie okupacji niemieckiej zajmował się tajnym nauczaniem, był w AK. Zmarł w 1972 r.

W służbie sanitarnej jako wolontariuszki pracowały także kobiety, wykazując się ofiarnością i odwagą. Zacytuję fragment wspomnień lekarza mjr. Jana Bularskiego z bitwy pod Radzyminem: *„Ranni padali tuż koło pociągu (sanitarnego) na szosie. Idąc z księdzem kapłanem widziałem, jak krzyknął jeden z żołnierzy i osunął się ciężko na ziemię. (...) Zawołałem na spieszących obok żołnierzy, aby podnieśli rannego. Chwilę się zawahali. Wówczas, jak kula, spadła ze stopni pociągu jakaś siostra wolontariuszka, szczupła blondynka, podskoczyła do rannego i – nie bacząc na wążę siły – dźwignęła go całkowicie z ziemi”*. ■



Marszałek Józef Piłsudski w rozmowie z gen. Edwardem Rydzem-Śmigłym



Lwowski tzw. szwadron śmierci



Łuk w Helenowie k. Warszawy ku czci poległych w wojnie 1920 roku, który władze miasta zburzyły w 1960 r.



Fot. archiwum

Przecinek przed „i”

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Z przecinkami kłopoty są nieustanne. Wszędzie. Zarówno w książkach publikowanych przez nawet całkiem szacowne oficyny, jak i w gazetach drukowanych czy elektronicznych, zwanych internetowymi. Trudno to zrozumieć, bo polska interpunkcja w porównaniu z obowiązującymi w innych językach europejskich należy do łatwiejszych i funkcje przecinków sprowadzają się zasadniczo do trzech podstawowych:

- 1) wydzielenia odrębnych części zdania, takich jak zdania składowe, wtrącenia czy wykrzykniki,
- 2) wydzielenia elementów wymienianych, jeśli należą do tej samej kategorii znaczeniowej, i
- 3) oddzielania pewnych elementów w zdaniu tak, aby sens całości stał się jednoznaczny.

Chciałbym dziś zwrócić uwagę na pewien aspekt punktu pierwszego. Wiąże się z nim najwięcej problemów, ponieważ większość piszących nie zna składni. Dziwnie znika ona ze świadomości natychmiast po otrzymaniu świadectwa maturalnego. Czyżby była aż tak trudna? Błędy z nią związane widać doskonale w pracach na przykład studentów pierwszych lat polonistyki. O ile zazwyczaj trafnie stawiają oni przecinek przed wtrąceniem czy zdaniem składowym zdania złożonego, o tyle nie odczuwają potrzeby domykania tego wtrącenia (zdania), to znaczy stawiania przecinka po jego ostatnim wyrazie.

Proszę zwrócić uwagę na zapis w punkcie 2. Postawiłem w nim przecinek przed kończącym „i”. Czyżbym złamał zasadę, która mówi, że przed spójnikiem „i” przecinka się nie daje? Nie. Nie postawiłem bowiem przecinka *przed* „i”. Postawiłem go *po zdaniu wtrąconym*, które zaczyna się od „jeśli” i kończy na „znaczeniowej”.

Zasada niestawiania przecinka przed takimi spójnikami jak *i*, *oraz*, *ani*, *czy*, *a*, *lub*, *albo*, *tudzież* ma charakter względny. Po pierwsze jeśli taki spójnik występuje w zdaniu po raz drugi, to już przecinkiem go poprzedzamy. Po drugie niektóre spójniki, przed którymi zwyczajowo nie daje się przecinka, mają różne znaczenia i funkcje. Należą do nich przede wszystkim słówka *a* i *czy*. Jeżeli wprowadzają kolejne zdanie (np. *ja jem, a ona pije; nie wiem, czy jedzą*), to przecinek jest obowiązkowy. Kiedy jednak owo *a* lub *czy* odgrywa rolę podobną do spójnika *i* albo *lub*, to już przecinka nie dajemy (np. *stary a głupi; między młotem a kowadłem; biały czy szary*). Dajemy natomiast przecinek wtedy, kiedy spójnik jest elementem związku frazeologicznego. Tak jest na przykład z wyrażeniami:

i chociaż, i choć, i jednak, i tak (= mimo to; = a więc), *i to* (= na dodatek, w dodatku), *i to ile, i to jak, i to tyle, i to gdy (kiedy), i to jeśli (jeżeli), i to który, i to żeby, i tylko tyle, i tylko tak*.

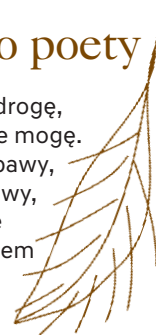
Najczęściej spotykamy wyrażenie *i to*, ale trzeba pamiętać, że może to być spójnik dwuwyrazowy (*i to*) albo zbieg dwóch wyrazów (*i + to*). Przed spójnikiem dwuwyrazowym przecinek musi być, przed zbiegiem dwóch wyrazów już nie.

Proszę porównać takie dwa zdania: *Był przemoczony, i to do cna. Mówił ciekawe rzeczy i to mnie zainteresowało*. W pierwszym wyrażenie *i to* wzmacnia cechę („przemoczenie”), w drugim już nie. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer

List do początkującego poety

Wszędzie wcale niedawno na tę dziwną drogę, za późno, by cię przestrzec, nic zrobić nie mogę. Wiersze z potrzeby serca, wiersze dla zabawy, wiersze mocne i ostre w imię dobrej sprawy, czułe, poważne, kpiące, smutne i wesołe piszesz czasami lekko, a czasem z mozołem i twórcze zadanie bardzo cię porywa. Skończyłeś i przychodzi chwila osobliwa satysfakcji i dumy, że ci się udało wysławiać swe uczucia, myśl przedstawić całą.



Nurt życia cię porywa, a gdy okiem świeżym czytasz to, co na biurku przez czas jakiś leży, masz nagłe wątpliwości, bo kiedy pisałeś, tak było oczywiste, co wyrazić chciałeś, a teraz jasne myśli jakby skryte trochę, twe głębokie uczucia wydają się płocze, skojarzeń potok rwący chyba nazbyt mętny, intryga naciągana, a wniosek pokrętny. Przyjaciele twym lękom szybki odpór dają, dzieło spokojnie chwalą lub się zachwycają. – Trzeba drukować – mówią – bierz się do roboty. – Drukować, dobre sobie, to same kłopoty! Jak przekonać wydawcę, że jesteś geniuszem, albo chwalić się zgrabnie, mówiąc z animuszem o gronie wielbicielek, co ten zbiorek mały, w rękopisie, już sobie strasznie wyrwały?

Kontaktów z redakcjami, gdy się liczba spora kończy smutno, zaczynasz wyglądać sponsora. Nie najlepiej to idzie i kiedy trudności wciąż te same, zaczynasz wątpić o wartości skarbów swojego ducha utrwalonych w słowie. Ambitni przebąkują o wydawców znowie.

Ciułasz grosze i wreszcie idziesz do drukarzy, którzy za pełen mieszek, zrobią, co wymarzysz, nawet ci wydawnictwo nowe chętnie stworzą. Będziesz miał egzemplarzy trzysta z wolą Bożą! Swym dziełem chciałyś dumnie budżet podratować, ale najpierw rodzinie musisz coś darować, a potem przyjaciół; chcesz też, by dostali krytycy po tomiku, oby promowali! No i trzeba sztuk parę na półce postawić – dla gości i dla siebie, by nastrój poprawić. Kasa pusta, lecz w duszy kiełkują natchnienia – czy nie znikną, gdy nowe przyjdą utrapienia? Co będzie, gdy krytyka z paru łuf wystrzeli? Arogant wszem rozgłosi, że nie rozumieci, jednak wrażliwą duszę znow niszczy zwątpienie i wtedy znika wena, ucieka natchnienie.

Jednak karą największą kara zapomnienia – ona życie słów pełne w niemy czyściec zmienia – poety szczodre serce gryzie robak czarny, marzy, że jest niezwykły, boi się, że marny. Wiem, że cię te przestrogi nie odwidną wcale od tej kartki, nad którą tak ślęczysz wytrwale, bo prawdziwy poeta złotem swego ducha musi sypnąć i wtedy, kiedy nikt nie słucha.

Są tacy, co zwyciężą talentem, zapałem, więc próbuj, lecz pamiętaj, ja cię ostrzegałem...

PS Nie trać jednak nadziei, są na świecie dziwy, wśród nich paradoks rzadki: poeta szczęśliwy!

29 VI – 9 VII 2017



Fot. kb

Przeprowadzka

Latem 2017 r. w Krakowie było wyjątkowo niespokojne. Fala upałów (powyżej 30° C) trwała w Małopolsce i na Podkarpaciu kilka tygodni, właściwie bez przerw. Gdy nie ma klimatyzacji, trudno cokolwiek zrobić. A klimatyzacja w Polsce to luksus. Na upały nałożył się jeszcze wielce uciążliwy remont dwóch głównych arterii w samym centrum, który dosłownie sparaliżował komunikację tramwajową. A wszystko przez PKP, których kierownictwo postanowiło zmodernizować dziewiętnastowieczny wiadukt kolejowy prowadzący do Dworca Głównego (przy Hali Grzegorzeckiej), przy okazji odcinając na kilka miesięcy Szpital Uniwersytecki oraz Centrum Urazowe Medycyny i Katastrof od śródmieścia.

W medycynie nic się nadzwyczajnego nie działo. Skutki wprowadzenia tzw. sieci poznamy jesienią. W projekcie pominięto szpitale specjalistyczne, w związku z tym poza siecią znalazły się m.in.: Wojewódzki Szpital Okulistyczny (3,5 tys. zabiegów usuwania zaćmy rocznie), Centrum Urazowo-Ortopedyczne (trzecie miejsce w kraju pod względem liczby wstawionych endoprotez stawu kolanowego) oraz Szpital Ginekologiczno-Położniczy Ujastek, cieszący się znakomitą opinią. Umknęła też projektantom budżetu NFZ na 2018 r. stomatologia, mimo wcześniejszych zapowiedzi zwiększenia nakładów. Na brak rozumienia problemu próchnicy, jako choroby społecznej, zwracał już uwagę dr Andrzej Janusz Fortuna, współzałożyciel samorządu, wiceprezes NRL II i III kadencji, którego 10. rocznica śmierci właśnie mija.

Tego lata do wielkich nieobecnych dołączył jeden z najwybitniejszych rzeźbiarzy powojennych, uczeń Ksawerego Dunikowskiego, były rektor krakowskiej ASP Marian Konieczny. Stolica zawdzięcza mu przede wszystkim pomniki Warszawskiej Nike, Jana Matejki i Wincentego Witosa. Kraków – wspinał się rekonstrukcję zniszczonego do szczytu przez Niemców pomnika Grunwaldzkiego z Jagiełłą oraz pomnika Stanisława Wyspiańskiego. W Filadelfii stoi jego Kościuszko, w Zamościu – Jan Zamojski, w Algierze monument Chwały i Męczeństwa (dla uczczenia uzyskania niepodległości), w Licheniu – Jan Paweł II. Ale pamięta mu się przede wszystkim Lenina w Nowej Hucie. A który artysta nie dbał o zlecenia władzy? Ten zresztą jawnie opowiadał się za socjalizmem. Ale płaskorzeźbę doktora Zbyszka Żaka, na tablicy zdobiącej fasadę Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej przy ul. Batorego w Krakowie, wykonał społecznie.

W ogólnie zamieszanie w centrum Krakowa wpisała się także Okręgowa Izba Lekarska, rozpoczynając zapowiadany od dawna remont kapitalny siedziby przy ul. Krupniczej. Według wstępnych ustaleń potrwa półtora roku. A potem ma być pięknie. Wymagało to oczywiście wyprowadzki. **Uwaga, działamy pod nowym adresem (31-542 Kraków, ul. Kazimierza Kordylewskiego 11).** Mam nadzieję, że nie grozi nam zmiana nazwy ulicy, której patronuje krakowski astronom, choć jego epokowe odkrycie (pyłowych księżyców Ziemi) miało miejsce w... 1961 r. Na wszelki wypadek informuję, że za swoje prace naukowe wyróżniony został Brązowym Medalem NASA. ■

Stefan Ciepły



Goniec Medyczny

W poszukiwaniu nowych antybiotyków

Coraz więcej niebezpiecznych bakterii jest odpornych na stosowane dzisiaj antybiotyki. Do opracowania nowych typów tych leków mogą doprowadzić badania kierowane przez dr Agatę Starostę na Uniwersytecie Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. Klucz do stworzenia nowych antybiotyków może kryć się w zmiennej naturze rybosomów bakteryjnych...

Lekarze nie znają historii

– *Wśród lekarzy jest coraz mniej humanistów. Zagroża nam totalna dehumanizacja tego zawodu* – ostrzega lekarz i językoznawca prof. Wojciech Noszczyk.

Cierpiący na anoreksję

Szacuje się, że problem ten dotyczy już 2 proc. młodych dziewcząt, a nierzadko też chłopców. Do 20 proc. chorych na anoreksję podejmuje próby samobójcze...

Tablety i telefony niszczą wzrok

Polacy mają coraz gorszy wzrok. Powodem jest wydłużenie czasu spędzanego przed elektronicznymi urządzeniami (często kosztem snu i w złych warunkach oświetleniowych).

Wzrasta liczba osób niewidomych

Obecnie jest 36 mln niewidomych, a do połowy tego stulecia ich liczba ma się zwiększyć trzykrotnie. Przewiduje się, że najwięcej osób straci wzrok w południowej Azji oraz w Afryce Subsaharyjskiej.

Komputerowe gry akcji niszczą mózg

Częste granie w gry akcji wywołuje zanik komórek nerwowych w rejonie hipokampa, a tym samym zwiększa ryzyko rozwoju depresji, schizofrenii, zespołu stresu pourazowego, choroby Alzheimera i choroby Parkinsona – czytamy na łamach „Molecular Psychiatry”.

Zdrowsze życie na wsi

Badania przeprowadzone przez amerykańskich specjalistów dowiodły, że osoby żyjące w środowisku wiejskim – szczególnie dzieci i młodzież – są mniej zagrożone chorobami zapalnymi jelit (IBD).

Finowie rezygnują ze szczepień

Dziennik „Helsingin Sanomat” zawiadamia, że w Finlandii, gdzie szczepienia są dobrowolne, odsetek dzieci niezaszczepionych na choroby zakaźne w wielu regionach wzrósł do niebezpiecznego poziomu. Jednak władze nie wierzą w skuteczność kar, stawiają na edukację. ■

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłam bezpłatnie trzy razy w tygodniu na 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 pierwszym wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

Lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny „Esculapa”



Lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, mogą korzystać z szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej April Polska Medbroker, który udostępnia:

- działającą w godzinach 9.00–21.00 linię pod numerem (+48) 22-749-62-08
- przeznaczony do kontaktów adres e-mail: lekarz@asystaprawnika.pl
- dyżur prawnika w siedzibie OIL w Warszawie w każdą środę, w godz. 16.00–18.00.

Pomoc prawna April Polska Medbroker obejmuje w bardzo szerokim zakresie obszary prawa związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz życia prywatnego.

Szczegóły pomocy prawnej i opis usług dla członków OIL w Warszawie umieszczony jest na stronie www.medbroker.pl/OIL

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 dentyistów.

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

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo 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: Renata Sobolewska, tel. 22-542-83-30.

- Zapraszamy w piątek 15.09.2017 r., o godz. 18.00, na kolejne spotkanie z ojcem Remigiuszem, franciszkaninem egzorcystą, które odbędzie się w siedzibie Izby przy ul. Puławskiej 18.
- Zapraszamy na pielgrzymkę do Fatimy i Santiago de Compostela w terminie 7–14.11.2017 r. Koszt 3350 zł plus 90 euro. Zgłoszenia przyjmuje (pilnie) Renata Sobolewska, tel. 22-542-83-30.



Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie

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

Krajowe oferty pracy na 11.08.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 18	endokr./ginekologia 1	laryngologia dziecięca 1	psychiatria 6	stomatologia dziec. 4
alergologia 5	endokrynologia 1	medycyna podróży 1	psychiatria dziecięca 6	stomatologia endod. 1
andrologia 1	dziecięca 1	medycyna pracy 7	radiologia 6	stomatologia ortodon. 3
anestezjologia 12	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 7	rehabilitacja med. 9	stomat. periodontol. 1
balneol. i med. fizyk. 1	farmakologia 1	medycyna rodzinna 28	reumatologia 5	stomatologia protet. 3
chirurgia dziecięca 3	gastroenterologia 8	nefrologia 3	stomatologia 29	urologia 3
chirurgia naczyniowa 4	geriatria 3	neonatologia 2	stomatologia chirurgia 5	USG 8
chirurgia ogólna 11	ginekologia i poł. 20	neurologia 14		
choroby płuc 10	hematologia 4	neurologia dziecięca 7		
choroby wewnętrzne 39	hepatologia 1	okulistyka 15		
choroby zakaźne 2	hipertensjologia 1	onkologia kliniczna 1		
dermatologia 10	kardiologia 11	ortopedia 10		
diabetologia 3	kardiologia dziecięca 1	patomorfologia 2		
endokrynologia 12	laryngologia 11	pediatria 26		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

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

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

UWAGA!!!

NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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

UPŁYWA TERMIN FUNKCJONOWANIA DOTYCHCZASOWYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH.

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



Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie

Piknik 2017

W czerwcu 2017 r. w Starej Miłosnej odbył się VIII Roczny Piknik Integracyjny Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Zgodnie z tradycją podczas uroczystego otwarcia imprezy przedstawiciele samorządów dokonali symbolicznego przekazania przewodnictwa w Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Buzdygan, symbol prezydencji, wręczył swojemu następcy Mikołajowi Pietrzakowi, dziekanowi Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie, ustępujący z funkcji Paweł Trojanek, przewodniczący Mazowieckiego Oddziału Krajowej Izby Doradców Podatkowych.

Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowali: Andrzej Sawoni, prezes ORL, oraz Andrzej Surowiecki, prezes Zarządu Fundacji „Pro Seniore”. Organizatorzy zapewnili mnóstwo atrakcji kulturalnych i sportowych. Z programem artystycznym wystąpili: Andrzej Rybiński, formacja Warszawskie Combo Taneczne oraz zespół Trubadurzy, którego szlagiery porwały do tańca miłośników rock and rolla.



Fotografie: archiwum Pro Seniore

Atrakcją dla dzieci było spotkanie z Andrzejem Supronem, medalistą olimpijskim, który zachęcał rodziców, by pomagali swym pociechom rozwijać sportowe pasje. Jak co roku został rozegrany turniej siatkarski. Było również wiele innych możliwości aktywnego spędzenia czasu.

Po raz pierwszy podczas spotkania mazowieckich samorządowców uruchomiono Strefę Seniora, w której osoby starsze mogły skorzystać z bezpłatnych badań i porad dietetyka, a także wziąć udział w zajęciach sportowych z instruktorem. ■

oprac. kb

termedia

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

ZAPRASZAMY NA NOWY KONGRES

WIZJA ZDROWIA – DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

PIERWSZY FORESIGHT MEDYCZNY

Warszawa, hotel Sheraton | 3 października 2017 r.

QUO VADIS MEDICINA?

JAKI JEST STAN POSZCZEGÓLNYCH DZIEDZIN MEDYCZYNY?
DOKĄD ZMIERZA EUROPA I ŚWIAT?
W JAKIM KIERUNKU POWINIŃMY ZMIENIAĆ SYSTEM W POLSCE?

- kilkanaście paneli specjalistycznych
- kilkudziesięciu renomowanych wykładowców

KONFERENCJA BEZPŁATNA

WIĘCEJ INFORMACJI NA

WWW.TERMEDIA.PL



Fot. W. Cerański

W maju koleżanki seniorki uczestniczyły w całodniowej wycieczce do pałacu w Chrzesnem w powiecie wołomińskim. Miejsce ciekawe ze względu na historię, architekturę oraz wydarzenia przelotu XIX i XX w.

Pałac zbudował w latach 30. XVII w. Stefan Dobrogost Grzybowski, starosta warszawski i kamieniecki, poseł ziemi warszawskiej, kasztelan lubelski, senator, wielki potentat finansowy. Późniejsza historia pałacu jest związana z 12 właścicielami. W roku 1852 posiadłość przeszła na własność rodu Koskowskich. Jedną z córek Wincentego Koskowskiego – Ewa, wyszła za mąż za malarza Miłosza Kotarbińskiego. W końcu XIX w. pałac był mekką malarzy. Bywał tu także Władysław Podkowiński, który nieszczęśliwie kochał Ewę Kotarbińską. Efektem tej platonicznej miłości jest obraz „Szal uniesień”.

Pałac zbudowano w stylu renesansowo-barokowym, część oryginalnych wnętrz zachowała się do dziś. W latach 2009–2014, korzystając z funduszy unijnych, obiekt odrestaurowano. Obecnie prowadzona jest w nim działalność edukacyjno-kulturalna. W pałacu mieści się stała wystawa norwidowska, gościnnie swoje zbiory gobelinów prezentuje Dom Kultury Zacisze. Przewodnikiem po pałacu była Anna Kękus-Poks z Wydziału Promocji Kultury Starostwa Wołomińskiego, która z wielkim zaangażowaniem i niezmiernie ciekawie opowiadała o zabytku.

W drodze powrotnej do Warszawy zobaczyliśmy jeszcze Dwór Franciszków niedaleko Tłuszcza oraz bazylikę Świętej Trójcy w Kobylce. ■

Włodzimierz Cerański

DLA SMAKOSZY

Kłębuszki z niespodzianką

Dziewięć, co dziś chcecie na obiad? Mielone i buraczki! Oto najczęstsza odpowiedź naszych milusińskich. Może jednak zaproponujemy im wariację na ten temat?

Składniki: ◆ 60–75 dag mieszanego mięsa mielonego (najlepiej wołowiny, wieprzowiny i z kurczaka) ◆ 2–3 czubate łyżki bułki tartej ◆ 2–3 łyżki gęstego majonezu ◆ 1 średnia cebula ◆ 1 duża marchewka ◆ 20 dag pieczarek ◆ 10 dag żółtego sera (salami lub innego ostrego, może być też pleśniowy) ◆ 1–2 ząbki czosnku ◆ świeży koperek ◆ sól, pieprz, Vegeta/Jarzyńka, pieprz biały ◆ gotowe ciasto francuskie (1 opakowanie) ◆ roztrzepane jajko do posmarowania kulek ◆ około 1 l bulionu.

Wykonanie: Cebulę pokroić w drobną kostkę i zeszklić na patelni z odrobiną soli. Dodać marchewkę startą na tarce o średnich oczkach. Chwilę razem smażyć, zdjęć z ognia i wystudzić. Pieczarki pokroić w plasterki, posolić i obsmażyć na złoty kolor. Wystudzić, a następnie posiekać.

Mięso mielone przełożyć do miski, dodać majonez, bułkę tartą, usmażoną cebulę z marchewką, pieczarki, posiekany koperek, zmiądzony w prasce czosnek, przyprawy i dokładnie wymieszać. Mięso podzielić na równe porcje i formować kulki (na jedną około 10 dag farszu). Ser pokroić w kostkę i wkładać do środka każdej kulki. Następnie kulki obgotować w gorącym bulionie przez około 10 minut. Ciasto francuskie pokroić na cieniutkie paseczki (około 1 cm) i owinąć nimi wystudzone mięsne kulki. Całość posmarować roztrzepanym jajkiem. Włożyć do piekarnika nagrzanego do 200 st. C i piec 15–20 minut, aż ciasto nabierze złotego koloru. Mięsne kulki doskonale smakują na ciepło, ale też na zimno z ryżem. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

José de San Martín

– bohater andyjskich Latynosów

Fotografie: J. Walczak



Jacek Walczak

W 1821 r. w Limie gen. José de San Martín podpisał deklarację niepodległości Peru i został wybrany „protektorem” państwa, czyli pierwszym prezydentem. Akt głosił: „*Od tego momentu Peru jest wolne i niepodległe przez wolę ogółu narodu, dzięki sprawiedliwości naszej sprawy i bożej opiece*”. Deklaracja nie od razu weszła w życie. Hiszpania, mimo znacznego osłabienia po kampaniach napoleońskich, jeszcze długo nie oddawała pola.

Na czym polegała wojna wyzwolenicza w Ameryce Południowej? Co sprawiło, że Hiszpan wygonił Hiszpana z krainy El Dorado? Po podboju imperium Inków przez Francisca Pizarra zaczęła się gwałtowna kolonizacja kontynentu. Całymi rodzinami napływały bogate, szlachetnie urodzone hiszpańskie elity. Kolonizatorzy wkrótce doszli do bajecznych bogactw, choć musieli przekazywać daninę w wysokości 1/5 (*quinta*) pozyskanych dóbr do Kastylii. Natomiast nie mieli

głości Chile. José de San Martín w chilijskim porcie Valparaíso zorganizował flotę, złożoną głównie z brytyjskich okrętów dowodzonych przez Thomasa Cochrane’a. Ekspedycja w sile 4200 żołnierzy wylądowała na półwyspie Paracas w południowym Peru 7 września 1820 r. Tam gen. José de San Martín wydał manifest do ludności głoszący, że jego wyprawa jest „powiewem sprawiedliwości”, a nie agresją, i po zwycięstwie lud wybierze własny rząd niepodległego państwa. Rok później armada wkroczyła do Limy. Wódz proklamował niepodległość kraju. Ogłosił, że potomkowie Inków są obywatelami Peru, daniny od Indian i przymus pracy w kopalniach zostaną zniesione, a instytucja zarządców króla zlikwidowana.

Po wyborach do parlamentu José de San Martín zrezygnował z urzędu i popłynął do Guayaquil w Ekwadorze, gdzie spotkał się z Simónem Bolíwarem. Początkowo przywódcy mieli podobne poglądy, czego efektem było powstanie nowego państwa Gran Colombia (Wenezuela, Kolumbia, Ekwador). W innych kwestiach musieli się znacznie różnić, a ich rozmowy są do dzisiaj tajemnicą i powodem spekulacji historyków. Generał San Martín zrzekł się wszelkich zaszczytów na korzyść Bolívara. Wyjechał do Europy, gdzie zmarł 17 sierpnia 1850 r. Został pochowany w bazylice Notre-Dame de Boulogne.

Po 30 latach jego zwłoki zostały przywiezione do katedry w Buenos Aires. Dziś jest to miejsce kultu dla Argentyńczyków, Peruwianczyków i Chilijczyków. W mauzoleum towarzyszą mu trzy figury symbolizujące kraje, do których niepodległości się przyczynił. Jego pomniki spotkać można w licznych miastach państw latynoamerykańskich, a nawet w nowojorskim Central Parku i innych miejscach odległych od jego ojczyzny. Niezwykle okazały jest pomnik generała San Martina i jego Andyjskiej Armii nieopodal Mendoza w Argentynie. ■



prawa do sprawowania władzy i zajmowania urzędów. Rządzili kadencyjnie wicekrólowie z pomocą gromady urzędników wysłanych przez króla. Gdy w Europie po rewolucji francuskiej Napoleon ustanowił królem Hiszpanii swojego brata Józefa, wszechmoc Hiszpanów zaczęła słabnąć. A po klęsce cesarza pod Waterloo możliwość zmian pojawiła się nad całą Ameryką Południową. Na północy rozpoczął kampanię Wenezuelczyk Simón Bolívar – El Libertador. W wyniku rewolty wobec władzy Hiszpanii dość szybko doszło do uniezależnienia się Wenezueli, Kolumbii i Ekwadoru. Natomiast wicekrólestwo Peru długo pozostawało wierne Madrytowi.

Na południu podobne działania podjął Argentyńczyk José de San Martín. Jego Andyjska Armia (Ejército de los Andes) w 1818 r. wyruszyła z Mendoza i po bitwach pod Chacabuco i Maipú doprowadziła do niepodle-



Przychodzi wena do lekarza

Edycja VII

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

W konkursie może wziąć udział
każda osoba mająca tytuł
lekarza lub lekarza dentystry.

Prace konkursowe będą
przyjmowane w trzech kategoriach:
✦ Poezja ✦ Proza ✦ Felieton

Regulamin: www.mp.pl/wena

Informacji udziela:
Anna Wierzchowska-Woźniak
tel.: 12-293-42-68
wena@mp.pl



PARTNERZY

Mimo Wszystko
Fundacja Anny Górnickiej

UPPL

PATRON
MEDIALNY

Gazeta
Lekarska

ORGANIZATORZY

STYCZEŃSKI
OŚRODEK
WYKŁADOWY

medycyna praktyczna



Fot. W. Cerański

W czerwcu 2017 r. w Gliczarowie Górnym odbywał się XVII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy pt. „Spod samińskich Tater”. Uczestniczyło w nim 16 lekarzy z całej Polski.

Atmosfera była wspaniała nie tylko dzięki pogodzie. Choć nasza goździna Aniela twierdziła, że rzadkością bywa, żeby przez kolejnych 10 dni nie padało.

W ramach zajęć fakultatywnych odwiedziliśmy drewniane kościoły na Spiszu, które wzbudziły ogólny zachwyt. Wyniki twórcze były imponujące, na wernisażu zaprezentowano 120 prac w różnych technikach, a uczestnicy byli pełni wrażeń.

Do zobaczenia za rok. ■

Włodzimierz Cerański
organizator

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy
pod hasłem

„Uchwycone obiektywem lekarza”

Powakacyjna wystawa zostanie otwarta w październiku w Klubie Lekarza w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3.

Tegorocznej edycji wystawy towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w wystawie i konkursie fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

Zachęcamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość nadsyłania zdjęć w wersji papierowej.

Termin dostarczania fotografii upływa
6 października 2017 r.

Wernisaż wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki konkursu fotograficznego, odbędzie się 22 października 2017 r. o godz. 17.00.

Wystawa potrwa do 27 października.

Kontakt:
Iwona Szelewa,
sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi,
tel.: 42-683-17-01.



16. Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo

Zawody odbyły się w Pułtusk 24 czerwca 2017 r. Rozgrywano je równolegle z 45. Szafirowymi Międzynarodowymi Mistrzostwami Polski w Ringo. Impreza była sponsorowana m.in. przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W punktacji medalowej zwyciężyli reprezentanci OIL z Warszawy (51 pkt.) przed izbą dolnośląską (6 pkt.), 5 pkt. zdobyli zawodnicy z Niemiec. ■

Krystyna Anioł-Strzyżewska
przewodnicząca Sekcji Ringo KKSit OIL w Warszawie
prezes Polskiego Towarzystwa Ringo
(tel.: 600-362-792)



Fot. archiwum



Fotografie: R. Natarski

Kardiolog biegł najszybciej

Tradycji stało się zadość – uczestnicy 4. Otwartych Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie znów musieli zmagać się nie tylko z rywalami, ale również z upałem. Mimo to nikt nie żałował, że stanął na starcie.

Lekarskie zmagania tradycyjnie towarzyszyły Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76, zorganizowanemu z okazji rocznicy robotniczego protestu, który wstrząsnął komunistycznym systemem. Liczącą nieco ponad 21 km trasę poprowadzono m.in. ulicami, po których 41 lat temu maszerowali manifestanci, później brutalnie spacyfikowani przez milicję.

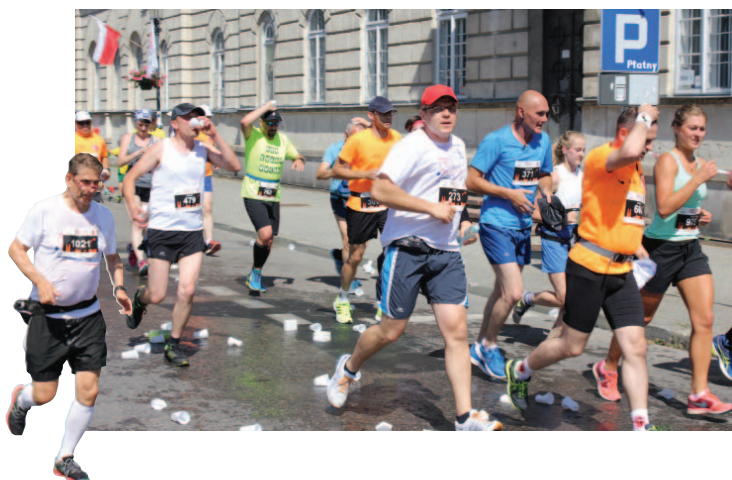
– *Pierwszy raz startowałem w tej imprezie i naprawdę jestem pod dużym wrażeniem, szczególnie kibiców, którzy gorąco nas dopingowali i wspierali, mimo potwornego upału. Wielu wyciągnęło nawet węże ogrodowe, byśmy mogli się trochę ochłodzić. Bez tych sikawek byłoby trudno przetrwać* – opowiadał Jacek Kwieciński z Wejherowa, najszybszy w gronie 41 lekarzy, którzy dotarli do mety zlokalizowanej na Stadionie im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. Kardiolog, absolwent poznańskiego Uniwersytetu Medycznego, obecnie przeby-

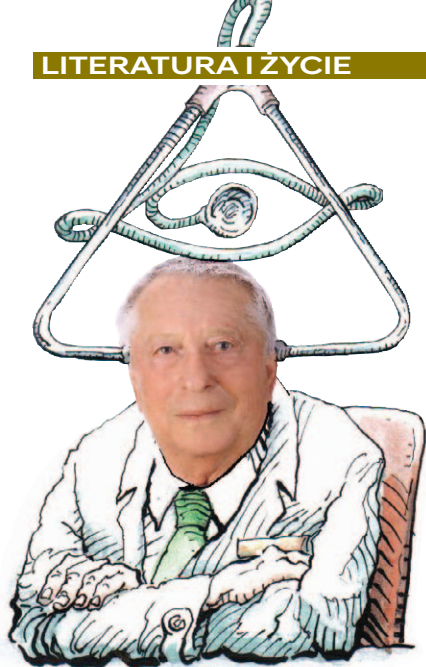
wający w Edynburgu na studiach doktoranckich, zaczął trenować bieganie dziewięć lat temu i dziś nie wyobraża sobie bez niego życia. – *Biegam nawet w drodze do pracy, żeby nie marnować czasu w komunikacji miejskiej* – śmieje się Jacek Kwieciński. W kwietniu 2017 ukończył prestiżowy Maraton Londyński.

W Radomiu, mimo trudnych warunków atmosferycznych, uzyskał świetny czas – przebiegł półmaraton w 1 godzinę, 22 minuty i 34 sekundy (w gronie wszystkich 900 uczestników zawodów zajął 20. miejsce). Na podium lekarskich mistrzostw towarzyszyli mu Piotr Hałajko i Marcin Walencik.

Wśród kobiet triumfowała zwyciężczyni sprzed roku, czyli Justyna Śliwiak, pracująca na co dzień w warszawskim Szpitalu Wolskim, która wyprzedziła Małgorzatę Wojtaś i Joannę Pszeniczną.

Organizatorami 4. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie są: Stowarzyszenie „Biegiem Radom!”, prezydent miasta Radomia i Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. ■ **raf**





Rys. K. Rosiecki

Cioccia Kocia

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

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

Do Konstancji, najstarszej ze wszystkich cioteczek, smalił swego czasu cholewki i bił pokłony przed babcią Rozalią dobrze urodzony sztabskapitan z II Pułku Kozaków Orienburskich, stacjonujących niedaleko starej Pragi. Trzeba przyznać, że upojeni miłością młodzi mieli się dobrze ku sobie, ale, niestety, na drodze do ich szczęścia stanęła wojna i babcia Rozalia, której ostre wystąpienie: – *Toż to kacap, wróg przecież i carski ciemiężca!* – przerwało romans. – *Nie życzę sobie tego języka w mym domu i honoru rodziny plugawić* – zawyrokowała, mimo że fatygant, będąc dobrze ułożonym, trzeźwego sprawowania i wielkiej uczciwości człowiekiem, pisał: „*Gotów jestem natychmiast zadowolić wszelkie życzenia Domu, albowiem stanowiło to zawsze przedmiot mego najwyższego pragnienia. W której to nadziei mam zaszczyt pozostać z najwyższym szacunkiem, zawsze gotów do usług czekać będę cierpliwie na znaki przyzwolenia*”.

Mimo protestów, spazmów i szlochań cioteczki romans wkrótce umarł śmiercią naturalną. – *Babcia wasza bezwolnie wpędza cioteczkę Kocię w lata. Fatygant wcale nie był korzyści i pożytków łowcą* – powiedział z przekąsem wuj Leopold, i miał rację! O sile uczucia świadczy to, że przez jakiś czas jeszcze sekretne kontakty między zakochanymi były utrzymywane, w czym pomagały wcale nie takie rzadkie podróże cioteczki na Ukrainę. Skończyło się jednak na niczym, a to za przyczyną I wojny światowej, która wkrótce wybuchła. Sztabskapitan pojechał na wojnę i już z niej nie wrócił. Co gorsza nikt nie wie, gdzie bieleją jego kości. Wspo-

minano w domu, że przez jakiś czas cioteczka jeździła w różne miejsca, skąd tylko przychodziła jakaś iskierka nadziei. Jedynym środkiem komunikacji w Rosji były pociągi, które kursowały bardzo nieregularnie i całkowicie zależne były od aktualnie panującej władzy, w tym nierzadko od zwykłych obwiesiów i rabusiów, którzy często na podróży napadali. Węgla nie było, przeto pod kotłem palono polanami drzewa, które podczas podróży wyrąbywano w lasach. Kiedy pociąg zatrzymywał się na postój, od czoła składu szedł mechanik z pomocnikiem z czapką, do której zbierano pieniądze na dalszą podróż. Zbierający chodzili ze słowami „mieniajem parowoz”, co oznaczało, że ich suszy. Wobec wyższej konieczności podróżujący robili zrzutkę i z fałszywymi uśmiechami dodawali „prosiemy, prosimy”.

Pewnego razu, opowiadała cioteczka, po zbiórce pieniędzy upływa jeden dzień i drugi, a pociąg nie jedzie. W związku z tym formuje się naprędce zdjęty niepokojem komitet kolejowy, którego zadaniem ma być wybadanie, dlaczego postój tak niemożliwie się przedłuża. Kiedy delegaci docierają na czoło składu, widzą kierownictwo pociągu siedzące przy ognisku i pijane *w drebiezgi*. Mimo wszystko główny delegat odważnie pyta:

– *No i czto, parowoz pomieniali?*

– *Pomieniali, a pies go trzącał* – pada radosna odpowiedź tych, co wypili ździebko za wiele.

– *Tak poczemu nie jediem?*

– *A potomu, czto pomieniali na wodku i za wasze zdrowie popijawem.*

W związku z przedłużającą się wojną Rosja zaczęła powoli pogrążyć się w otchłani rewolty i buntów mających na celu powalenie „kolosa na glinianych nogach”, jak wówczas mówiono o Rosji carskiej. Bezkresne połacie

imperium ogarnęły rewolucyjne wrzenia i bunty, podsycane przez nasłanych z zewnątrz agentów, na które najbardziej podatna była młodzież, szczególnie z krajów ciemżonych, jak Polska. Nic też dziwnego, że na Ukrainie cioteczka, która bez nadzoru babci wiele snadź nabroiła, szybko się znalazła w anarchistycznej grupie Bat’ki Machno, która na swych sztandarach miała wypisane jakże zachęcające hasło „*Anarchia mat’pariadka*”. W złe towarzystwo cioteczka wpadła tym snadniej – jak wspominała babcia – że pomieszkiwała w chałupie kawalera, co to nic tylko na piecu plecy przestrelone w bitwie pod Cuszimą, przez Japończyków, wygrzewał, pił i śpiewał. Ulubioną jego piosnką była „*Pisali, żeś złamała nogę. Ach, czemóż nie złamałaś dwóch!*”. W jakiś czas cioteczka, zanim dała drapaką do kraju, dostała wezwanie do stawienia się na zebranie swej grupy, na której miano wybierać przewodniczącego. Kiedy sala wypełniła się po brzegi, do pomieszczenia wkroczył „zaniedbany sanitarnie jakiś mierzawiec” – opowiadała cioteczka. Dla przydania sobie dostojęstwa, po zajęciu za stołem prezydyjnym centralnego krzesła, naprzeciw grzecznej karafki z brzoskwiową wódką z dodatkiem ziela tyśiącznika oraz półmiska tłustych pierogów ze śmietaną i drugiego z grzanymi blinami, wyjął był z drewnianych olster wielkiego mausera, położył przed sobą lufą w stronę sali, chwycił nahajkę, trzasnął w stół i oświadczył donośnie:

– *Nam samozwańców nie nużno. Atamanom budu ja!*

– *No i co?* – zapytano cioteczkę?

– *Jak to co* – odrzekła. – *Nie dziwota, że właśnie jego, tego paskudnika i burą świnię wybraliśmy!*

– *Sam Antychryst by lepiej nie wymyślił od tego powrotnika z tamtego świata* – powiedziała babcia Rozalia.

Po prawdzie to nastąpiły czasy totalnego zwątpienia i modne stało się kwestionowanie wszystkiego do tego stopnia, że wątpiono nie tylko w zmartwychwstanie, istnienie Trójcy Świętej, aniołów i diabłów, ale nawet ludzi i krów. Z powodu narastającego rozprężenia społecznego cioteczka ostatni raz udała się w odwiedziny do Kijowa koło roku 1917, kiedy to armia rosyjska przestawała powoli istnieć. Nad Donem tworzyła się armia ochotników, coraz silniej zaczął hasać Pułk Czerwonych Kozaków, a krwią i dymem coraz częściej znaczyły swój ślad Czarna Sotnia i Konarmia Siemiona Budionnego. Coraz częściej też spotkać można było zawołania w rodzaju: „*Lachów i Jewriewów wie-szat' budiem*”. Z czasem nastąpił okres komunizmu wojennego – czerwony terror, który zaznaczył się później wygubieniem ogniem i głodem ponad 20 milionów istnień ludzkich, i to tylko na przestrzeni pięciu lat! Po kozackich stanicach narastało powiatowe pieniactwo i nienawiść. Śpiewano butnie: „*Jediet parachodik wsiemi pariami Budiem rybu karmit' komisariami*”.

Ale już biegu historii zmienić nie było można, przeto wielu śpiewało „zagłada się skrada”, przepowiadając nieuchronne, gdyż wszystkie siły nieczyste się sprzysięgły na zglubę Matuszki Rosji i pozostawało jedynie o pomoc czarta prosić! Cioteczka z rozrzewnieniem wspominała, że kiedy przed laty odwiedzała rodzinę na Ukrainie to, ponieważ lubiła chodzić na targ, od czasu do czasu wypraszała półjście na samodzielne zakupy.

– *Najbardziej lubiłam odwiedzać sto-iska z owocami, ziołami i przyprawami oraz stragany rybaków* – opowiadała. – *Pamiętam, że jesiotrową ikrę, zwaną astrachańskim kawiozem, kupowało się u Tatarów prosto z wielkiej beczki. Sprzedawca zanurzał w beczce drewnianą warząchew i nabierał potrzebną ilość, którą rzucał na kawałek woskowanego papieru i ważył. Kupowało się na funty i najczęściej dostawałam dyspozycję zakupu pół funta ikry. U Greka kupowało się chałwę, u Persów dywany, u Gruzynów wino, u Chińczyków herbatę, u Turków zaś haftowane złotą i srebrną nitką trzewiki i kaftany z guzami z masy perłowej. Obarzanki, precelki, makagigi, pestki dyni, lizaczki, pampuszki na miodzie i świeże kukietki pachniały jak ogród rozkoszy i były w zasięgu ręki. I wszystko to grosze kosztowało! Kiedy wiosną rozlał się Don, z rowów na*

polach mogłeś durszlakiem rybę wybierać, gdyż wychodziła na łąki na tarło. W rzece mogłeś wiośło na stojąco postawić, gdyż z racji mnogości ryb się ono nie mogło przewrócić. Jedzenia było tyle, że nikt tego przejeść nie mógł. Bo też carskie ukazy ryby w czasie tarła chroniły. A potem przyszli bolszewicy, zaktąpali zębami i wszystko diabli wzięli!

Cioteczka przeżyć miała wiele, przeto było co opowiadać po cudownym ocaleniu i powrocie do Warszawy. Jedną z przygód, o której dowiedziałem się dopiero w czasie wojny, naturalnie podsłuchując rozmowy uczującej rodziny, kiedy dzieci wyganiano z domu do ogrodu, związana była z przyjazdem cioteczki na *Biełoruskiej Wokzał* w Moskwie. Po opuszczeniu dworca cioteczka upatrzyła sobie wolną powózkę i poleciała się zawieść do niedaleko od dworca położonego domu zaprzyjaźnionej rodziny. Ponieważ w czasie owym wszelkie ceny zaczęły już wariować, cioteczka na wszelki wypadek zapytała, ile podwiezienie będzie kosztować. Kiedy usłyszała, że opłata jest wysoka, wyraziła swoje zdziwienie słowami:

– *Kak eto? Za czto tri rubla? Eto wsiemo tri szaga!* – Wyraziwszy kulturno swoją wątpliwość, usłyszała:

– *Szagać tak budiesz – pizdu rozewrivos!* – stwierdził filozoficznie jamszczik i podciął konie.

– *Bodajbyś nigdy wódki nie zapragnął, ty kułacka mordo* – wrzasnęła na odchodne i poszagała ulicą.

Jedną gałąź rodziny Sobolewskich sięgała aż do położonego okropnie daleko, wiele wiorst, chutoru nad Donem, w którym jeszcze długo po rozprzestrzenieniu się pożaru rewolucji życie upływało spokojnie i błogo, szczególnie wieczorami, na ganekach podtrzymywanych przez dębowe słupy, z ławeczkami po bokach. Wkrótce po przyjeździe cioteczka trafiła na pożegnanie wyprawiane kilku Kozakom wezwany w ramach poboru do armii. Ponieważ poborowi mieli po 20 lat i mocno się już z dziewuchami pokumali, *Praszczalinyj Wiecier* trwał dobrych parę dni i z dnia na dzień stawał się smutniejszy, gdyż Kozak co jakiś czas wykonywał swoją solówkę: „*Poslednij użin i switoczek, gulaju z wami družija. A zawtra, a czot switoczek, zapłaczte wsia moja siemia, zapłaczte*

mat' maja radnaja, zapłaczte otiec, siestra, brat, zapłaczte moja dorogaja, z kotoroj tri goda guliat'.”

Ostatniego dnia cały chutor wychodził za opłotki, by przy żalobnym zawodzeniu przyszłych żołnierzy i okrzykach „*pa koniam*” wypchnąć poborowych na drogę, po której już niektórzy Kozacy galopowali z fajkami w zębach. Rytuał był każdemu dobrze znany. Kiedy wyjeżdżający nieborak nałożył kaszkiet, przytroczył do kulbaki szabli i posadził go na koniu, podchodziła doń jego Duniasza ze srebrną tacą, na której znajdowało się kilka kieliszków. Ogłupiały z żalu, strachu przed nieznanym i z przepicia po każdym wychylonym kieliszku żałośnie wykrzykiwał: *Ech, Duniasza! Oj, Duniasza! U, Duniasza!* Kiedy po wypiciu ostatniego kieliszka, u schyłku nocy nieprzytomny zwał się z konia, Duniasza brała pod jedną pachę Kozaka, pod drugą kobyłę, i wracała z nimi do chutoru!

– *Widzisz – mówiła babcia Rozalia – tak u nas „Kozak uchodził na wojnu”. A jakie Kozaczki były – uciecha kozacza! A poza tym to nie było tak, żeby którejs uroda nie była nazbyt nachalna czy też przydarzyła się w urodzie jakaś niedoskonałość. Co to, to nie, gdyż na ich doskonałość ciała odwieczne przemarsze wojsk pracowały! To, że Kozak nieprzytomny leżał pod stołem, nie przeszkadzało nieustannemu śpiewaniu okropnie długiej, smutnej pieśni pożegnalnej.* ■



Rys. P. Woźniak



Li Tan-nin (1935–2017)

Li Tan-nin pochodziła z rodziny chińskiej inteligencji. Jej matka Lan-in była znaną aktorką, a ojciec Wej-szy synem mandaryna wykształconym na uczelni w Tokio. Tan-nin jeszcze jako mała

dziewczynka jeździła z matką po całych Chinach, często razem z nią występując w teatrach. Po ukończeniu szkoły średniej w 1953 r. przez cztery lata pracowała w Teatrze Młodzieżowym w Pekinie. W latach 1957–1959 była słuchaczem Szkoły Chińskiej Medycyny Ludowej i Akupunktury. Dyplom ukończenia studiów miał formę małej książeczki w sztywnej czerwonej oprawie, w której na początku było wiele stron z myślami przewodniczącego Mao Tse-tunga, a dopiero potem informacje o ukończeniu szkoły.

W 1957 r. wyszła za mąż za polskiego obywatela, studenta Akademii Sztuk Pięknych w Pekinie, który przybył do Chin w ramach wymiany wyróżnionych studentów z Akademii Sztuk Pięknych w Łodzi. Przyjechali na stałe do Polski

w 1959 r. Li Tan-nin ukończyła Szkołę Fizykoterapii i krótko pracowała jako laborantka w Przychodni Obwodowej przy ul. Madalińskiego. W 1964 r. podjęła studia w Akademii Medycznej w Warszawie, które ukończyła w 1971 r. W latach 1971–1973 pełniła obowiązki lekarza rejonowego w ZOZ przy ul. Cegłowskiej. Jej pracę bardzo dobrze oceniano. W 1973 r. została zatrudniona w Klinice Neurologicznej Instytutu Reumatologii w Warszawie, gdzie uzyskała I stopień specjalizacji w dziedzinie neurologii. Po przeszkoleniu w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w zakresie elektromiografii prowadziła Pracownię Elektromiograficzną dla całego Instytutu Reumatologii.

Równolegle praktykowała akupunkturę i inne formy refleksoterapii w bólach korzeniowych, co doceniali chorzy. Swoje umiejętności w zakresie medycyny wschodniej doskonaliła, wyjeżdżając kilkakrotnie na szkolenia do znanych profesorów w Chinach. Była w Polsce jedną z najlepiej wykształconych osób w tej dziedzinie. Pomogła wielu chorym z poważnymi powikłaniami chorób kręgosłupa. Prowadziła badania naukowe, których efektem stała się praca doktorska pod tytułem „Skuteczność akupunktury w objawowym leczeniu chorych na dyskopatię lędźwiowego odcinka kręgosłupa” (promotor prof. dr hab. n. med. Stefan Żarski). W 1988 r. uzyskała stopień doktora nauk medycznych i awansowała na stanowisko adiunkta kliniki. Jej pracowitość, oddanie chorym i ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych wyróżniono odznaką honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”.

Była pogodną, towarzyską osobą. Otaczał ją krąg przyjaciół i znajomych. I choć treścią Jej życia była pomoc chorym metodami powszechnie stosowanymi w Chinach, kolejną pasję stanowiło przybliżanie Polakom wysokiego poziomu sztuki kulinarnej oraz bogactwa smaków Dalekiego Wschodu. Ten dar przekazała swojemu synowi i córce.

Odeszła w wieku 82 lat, 2 kwietnia 2017 r., po przewlekłej chorobie. Pozostanie w pamięci rodziny, przyjaciół i współpracowników oraz licznych wdzięcznych Jej pacjentów.

Tadeusz Styczyński i Monika Żurawska



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr. hab. n. med. Michała Troszyńskiego

wybitnego lekarza, zasłużonego nauczyciela kilku pokoleń ginekologów położników.

Rodzinie i bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia.

Prezes i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę Panią Doktor

Ewę Gawrońską

wybitnego lekarza pulmonologa, dobrego człowieka o ogromnej życzliwości i prawości, osobą oddaną pracy i ludziom, pasjonatkę fotografii.

Koleżanki i koledzy z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Szpitala MSWiA w Warszawie



Pani Redaktor Janinie Jankowskiej najserdeczniejsze wyrazy współczucia i wsparcia z powodu śmierci

Męża,

Bogdana Jankowskiego

składa

redakcja „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls”



11.08.2017 r. zmarła w wieku 89 lat

śp. Maria Jakubowska-Wilk,

wieloletni zasłużony pracownik służby zdrowia, specjalista pulmonolog.

O czym z głębokim żalem zawiadamiają córka z rodziną



Ze smutkiem żegnamy naszą drogą Koleżankę,

dr Halinę Chmielowiec,

która zmarła w wieku 83 lat, 16 czerwca 2017 r.

Konstancja Roszkowska z koleżankami i kolegami z grupy X, rocznik 1952–1958



Mieczysław Lao (1932–2017)

Mieczysław Lao urodził się 31 października 1932 r. w Warszawie. W 1958 r. ukończył Wydział Lekarski stołecznej Akademii Medycznej, uzyskując dyplom z wyróżnieniem. W tym samym roku rozpoczął pracę jako asystent w AM w Warszawie, w I Klinice Chorób Wewnętrznych.

Prof. M. Lao odbył liczne szkolenia zagraniczne, m.in. w US Public Health Service w Renal Division, Washington University Medical School, w zespole dr. Neala S. Brickera, na oddziałach transplantacyjnych Addenbrooke's Hospital Cambridge oraz Kliniki Urologicznej Hopital Eduard-Herriot w Lyonie. W 1972 r. na podstawie rozprawy „Zagęszczanie i rozcieńczanie moczu w chorobach nerek” uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 1988 r., na podstawie rozprawy „Ostra niewydolność nerek wywołana zatruciem związkami rtęci u ludzi” – doktora habilitowanego w zakresie nefrologii. W 1996 r. otrzymał tytuł profesora.

W 1975 r. został przeniesiony do nowo utworzonego Instytutu Transplantologii. Od 1975 do 1980 r. pełnił funkcję zastępcy dyrektora instytutu, a w latach 1988–1994 był jego dyrektorem. Od 1988 do 2003 r. kierował Kliniką Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Instytutu Transplantologii.

Prof. Mieczysław Lao jest jedną z najwybitniejszych postaci polskiej transplantologii, uczestniczył w jej rozwoju od początku, czyli od pierwszego udanego przeszczepienia nerki w 1966 r. w Warszawie. Wniósł wybitny wkład w rozwój przeszczepiania nerek oraz innych narządów w Polsce, osiągał bardzo dobre wyniki, porównywalne ze światowymi.

Był inicjatorem utworzenia Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, organizatorem jego I Zjazdu i pierwszym prezesem Zarządu Głównego (1993–1995), następnie (1995–1999) sekretarzem generalnym, a później członkiem ZG PTT (2001–2003).

Współtworzył „Raport o stanie transplantacji narządów w Polsce”, sporządzany od 1988 r. Przyczynił się do powołania Krajowej Rady Transplantacyjnej, której został członkiem, był także współtwórcą Poltransplantu. Brał udział w opracowaniu regulacji prawnej dotyczącej pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Ustawa transplan-

tacyjna z 1996 r.). Był współautorem założeń Programu Transplantacji Narządów w Polsce w latach 1996–2002 i 2000–2005 oraz autorem protokołów immunosupresji stosowanych we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych w Polsce. Prof. Lao zorganizował trzy zjazdy „Postępy w immunosupresji w przeszczepianiu narządów unaczynionych”, które odbyły się pod patronatem PTT. Jest współtwórcą programu specjalizacji w zakresie transplantologii klinicznej, wprowadzonej w 2002 r.

Po zakończeniu pracy na WUM nadal działał aktywnie jako konsultant transplantolog w Szpitalu MSWiA, a także w Szpitalu Okulistycznym, zajmując się leczeniem immunosupresyjnym procesu odrzucania rogówki.

Prof. Lao jest wielce zasłużony dla polskiej nefrologii. Zajmował się dializoterapią od 1959 r., czyli od pierwszej dializy w Warszawie, z dr. Zbigniewem Fałdą byli autorami pierwszej w Polsce publikacji o budowie sztucznej nerki, technice dializowania i wskazaniach do leczenia dializami. Kiedy w 1961 r. powstała Sekcja Nefrologiczna Towarzystwa Internistów Polskich, został jej sekretarzem (do 1967 r.). Należał do założycieli (w 1983 r.) Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, przez wiele kadencji był członkiem jego Zarządu Głównego.

Dorobek naukowy prof. Lao obejmuje ponad 160 prac oryginalnych, kilkadziesiąt rozdziałów w książkach i podręcznikach.

Ogromny jest udział Profesora w nauczaniu nefrologii i transplantologii: był wykładowcą i organizatorem licznych kursów, autorem artykułów i rozdziałów w podręcznikach nefrologii, nefrologii dziecięcej, dializoterapii i transplantologii. Pisał o fizjologii nerek, zapaleniach śródmiąższowych nerek, nadciśnieniu tętniczym, leczeniu dializami. Publikował artykuły na temat optymalizacji leczenia immunosupresyjnego, zagadnień immunologii transplantacyjnej, powikłań immunosupresji u biorców przeszczepów narządowych, patogenezę procesu przewlekłego odrzucania.

O uznaniu dla Jego osiągnięć świadczą liczne odznaczenia, m.in. Krzyż Komandorski Orderu Polonia Restituta, Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Polonia Restituta, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Nagroda Zespołowa Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Nagroda Specjalna I stopnia MZIOS, Nagroda indywidualna ZG PTT. W uznaniu zasług otrzymał godność Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego oraz Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Prof. Mieczysław Lao zmarł 27 lipca 2017 r. Został pochowany na Powązkach.

Prof. Magdalena Durlik

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

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

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

Serdecznie zapraszamy na spotkanie 27.09.2017 r.

18.00 – msza święta, 19.00 – prelekcja w Domu Parafii Niepokalanego Poczęcia NMP – *Immaculata*, Ewy Ślizień-Kuczapskiej, ginekologa położnika, prezesa Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny na temat: „Troska o ciało i duszę kobiety w pracy dr Hanny Cerańskiej-Goszczyńskiej”.



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

3 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 844.

Znowelizowana ustawa dotyczy sieci szpitali, wprowadza system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który zapewnia pacjentom dostęp do leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przy szpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a jednocześnie gwarantuje ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń oraz stabilność ich finansowania. W ramach systemu wyróżnia się sześć poziomów zabezpieczenia:

- szpitale I stopnia (powiatowe),
- szpitale II stopnia (ponadpowiatowe),
- szpitale III stopnia (wojewódzkie),
- szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne,
- szpitale pediatryczne,
- szpitale ogólnopolskie.

Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których tych świadczeń udziela się w trybie hospitalizacji.

Są to następujące profile systemu zabezpieczenia:

1) poziom szpitali I stopnia:

chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych), pediatria,

2) poziom szpitali II stopnia:

chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna (z zastrzeżeniami), kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatologia (z zastrzeżeniami), urologia,

3) poziom szpitali III stopnia:

chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych), choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dla dzieci, kardiologia dla dzieci, nefrologia, nefrologia dla dzieci, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, neurologia dla dzieci, okulistyka dla dzieci, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, otorynolaryngologia dla dzieci, toksykologia kliniczna, toksykologia kliniczna dla dzieci, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, urologia dla dzieci,

4) poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:

a) dla szpitali onkologicznych:

brachyterapia, ginekologia onkologiczna, chemioterapia hospitalizacja, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci,

b) dla szpitali pulmonologicznych:

chemioterapia hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci,

5) poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego,

6) poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego.

Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, prowadzonego na terenie danego województwa.

Kwalifikacja obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, jeżeli spełnia łącznie następujące warunki:

– w odniesieniu do poziomów, o których mowa w pkt. 1–5:

a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach **szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć** na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która obowiązuje co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w pkt. 1–3 i 5,

b) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia **anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci** (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która obowiązuje co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w pkt. 2 i 3, z możliwością odstąpienia od tego wymogu w określonych sytuacjach,

c) spełnia określone w ustawie kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów oraz kryteria szczegółowe określone w przepisach wykonawczych do ustawy,

d) do dnia ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia **ma umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego** spełniającą łącznie następujące warunki:

– **okres jej obowiązywania**, w zakresie profilu systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu, **wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe**,

– umowa, w odniesieniu do wszystkich profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących świadczeniodawcę do danego poziomu, dotyczy udzielania świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji.

Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu jest spełnianie warunku dotyczącego wymaganej liczby profili określonego rodzaju, wskazanych dla danego poziomu. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej warunek ten rozpatruje się łącznie z kryterium zapewniania kompleksowości udzielanych świadczeń w różnych zakresach lub zakresie, także w ramach różnych profili systemu zabezpieczenia.

Kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia dokonuje się w oparciu o następującą, **minimalną liczbę profili systemu zabezpieczenia** określonego rodzaju:

- dla poziomu **szpitali I stopnia** – dwa profile ze wskazanych w pkt. 1,
- dla poziomu **szpitali II stopnia** – sześć profili ze wskazanych w pkt. 1 i 2, w tym trzy profile ze wskazanych w pkt. 2,
- dla poziomu **szpitali III stopnia** – osiem profili ze wskazanych w pkt. 1–3, w tym trzy profile ze wskazanych w pkt. 3,
- dla poziomu określonego w pkt. 4:

a) w zakresie dotyczącym **szpitali onkologicznych** – sześć profili ze wskazanych w pkt. 4 lit. a,

b) w zakresie dotyczącym **szpitali pulmonologicznych** – dwa profile ze wskazanych w pkt. 4 lit. b,

- dla poziomu **szpitali pediatrycznych** – trzy profile spośród tych, o których mowa w pkt. 5,
- dla poziomu **szpitali ogólnopolskich** – jeden profil spośród tych, o których mowa w pkt. 6.

W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia może zostać ustalona mniejsza liczba profili systemu zabezpieczenia niż wskazana wyżej, nie mniejsza jednak niż:

- dla poziomów określonych w pkt. 1-3 – jeden profil charakteryzujący dany poziom,
- dla poziomu określonego w pkt. 4:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – trzy profile charakteryzujące ten poziom,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – jeden profil charakteryzujący ten poziom.

Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia w oparciu o wskazaną liczbę profili następuje z jednoczesnym spełnieniem przez świadczeniodawcę co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie:

- wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu,
- zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu, na danym terenie,
- struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach profilu systemu zabezpieczenia,
- zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w różnych zakresach lub zakresie świadczeń, w tym w ramach różnych profili systemu zabezpieczenia.

W powyższym przypadku możliwe jest odstępnie od wymogu dotyczącego profilu systemu zabezpieczenia anestezjologia i intensywna terapia.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia.

Wykaz ogłasza się dla danego województwa w terminie do 27 marca. Obowiązuje on od 1 lipca przez 4 lata.

Pierwszy wykaz, który obowiązuje od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r., dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ogłosi do 27 czerwca 2017 r.

W przypadku łączenia się podmiotów leczniczych dyrektor oddziału dokonuje kwalifikacji podmiotu powstałego w wyniku połączenia i **zmienia wykaz w terminie do 26 września 2017 r.**

W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie, na terenie danego województwa właściwego dostępu do opieki zdrowotnej świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu ma umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, ale nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji,

może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia.

W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu lub niewłaściwego wskazania profili, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej:

- świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji,
- świadczeniodawca, którego dotyczy wystąpienie dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o wydanie opinii ministra zdrowia, może wnieść do dyrektora oddziału, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wykazu, środek odwoławczy w postaci protestu.

W odniesieniu do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej **diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego** udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania funduszu jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy,
- zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia kwota zobowiązania funduszu obejmuje ryczałt oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które – ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniej dostępności tych świadczeń – wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy zawieranej na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia są finansowane w formie ryczałtu. Wysokość ryczałtu ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,
- dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w formie ryczałtu, w zakresie liczby i rodzaju oraz cen udzielonych świadczeń, parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń,
- parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.



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

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

Przy ustalaniu ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy uwzględnia się dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być finansowane w formie tego ryczałtu, udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy.

Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określił prezes NFZ.

Do 30 września 2017 r. dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące udzielanie świadczeń w zakresie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujące **udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**, zawarte ze świadczeniodawcami niewymienionymi w wykazach, wygasają 30 września 2017 r.

Na wniosek dyrektora oddziału, za zgodą świadczeniodawcy, **obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:**

- leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy – może zostać **przedłużone na okres nie dłuższy niż do 30 września 2017 r.,**
- **opieki psychiatrycznej** i leczenia uzależnień oraz **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia – może zostać **przedłużone na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2018 r.,**
- **ratownictwa medycznego** – może zostać **przedłużone na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2018 r.**

31 maja 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1056, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 11 maja 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

1 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 maja 2017 r. w sprawie wyroku wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1061.

Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej oraz pielęgniarki i położnej wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych i wysokości udziału świadczeniobiorcy w tym limicie, kryteria przyznawania wyrobów medycznych i okresy ich użytkowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych.

Zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu, jeżeli w załączniku jest mowa o lekarzu posiadającym specjalizację w konkretnej dziedzinie medycyny, rozumie się przez to także lekarza w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie, w stosunku do którego kierownik specjalizacji stwierdził, że posiada umiejętności samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, w zależności od terminu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

8 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 czerwca 2017 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania, sposobu oznaczania i monitorowania komórek, tkanek i narządów, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1104.

Rozporządzenie określa:

- sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania umożliwiającego identyfikację dawcy komórek lub tkanek oraz sposób oznaczania komórek lub tkanek – w postaci zastosowania jednolitego kodu europejskiego,
- sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania komórek lub tkanek – bez zastosowania jednolitego kodu europejskiego – w następujących sytuacjach: gdy są przywożone na terytorium RP w nagłych przypadkach lub dystrybuowane bezpośrednio w celu natychmiastowego przeszczepienia lub zastosowania u ludzi przez bank tkanek i komórek, który posiada ważne pozwolenie, albo przeznaczone do testowania,
- sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania umożliwiającego identyfikację dawcy narządów oraz sposób oznaczania narządów za pomocą tego oznakowania,
- wymagania w zakresie monitorowania pobranych, przetworzonych, przechowywanych lub dystrybuowanych komórek, tkanek lub narządów, wyrobów medycznych i materiałów mających bezpośredni kontakt z komórkami, tkankami lub narządami.

19 czerwca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1158, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 26 maja 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o instytutach badawczych.

20 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1163.

Rozporządzenie określa:

- szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- dodatkowe profile systemu zabezpieczenia, zakresy i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili systemu zabezpieczenia, zakresów i rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia,
- wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom systemu zabezpieczenia, o których mowa w ustawie.

25 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1217.

Dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty, to: epidemiologia, fizyka medyczna, inżynieria medyczna, neurologopedia, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, mikrobiologia, toksykologia, przemysł farmaceutyczny, radiofarmacja, surdologopedia, psychoseksuologia.

27 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1225.

Rozporządzenie określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W wykazie **wymienione zostały m.in. świadczenia** ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego, terapii izotopowej i teloradioterapii, świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierzwiotnej lub rewizyjnej), świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami, świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć, świadczenia wysokospecjalistyczne, świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych, świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy.

27 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1242.

28 czerwca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1261, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 8 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

28 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 czerwca 2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1251.

30 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 czerwca 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. 1279.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku do rozporządzenia w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców.

W znowelizowanych przepisach kryterium ciągłość oznacza, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w miejscu wskazanym w ofercie i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

Ponadto zmiany dotyczą ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, leczenia szpitalnego – hospitalizacji planowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, programów zdrowotnych i programów lekowych.

1 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1244.

Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz na warunkach określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia:

- posiada procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego,
- zapewnia co najmniej dostęp do świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej lub tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych zgodnie z profilem realizowanych świadczeń,
- zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej, składającej się z diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej, w okresie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

1 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1249.

Rozporządzenie wprowadza zmiany dotyczące gromadzonych informacji w zakresie leczenia onkologicznego.

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej są prowadzone w aplikacji udostępnionej przez NFZ do czasu skreślenia z tej listy ostatniej osoby wpisanej do 30 czerwca 2017 r. Od 1 lipca 2017 r. świadczeniobiorcy są wpisywani na listy oczekujących prowadzone w aplikacji świadczeniodawcy.

1 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1250.

1 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1270.

Zmienione przepisy rozporządzenia określają warunki, jakie powinien spełniać świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne.

1 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1293.

4 lipca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1318, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 8 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

12 lipca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1368, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 22 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

13 lipca 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1371, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 22 czerwca 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o publicznej służbie krwi.

23 lipca 2017 r. weszła w życie ustawa z 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1200.

Ustawa dotyczy zmiany zasad kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Na podstawie znolizowanych przepisów minister zdrowia może usunąć świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu albo na wniosek oraz dokonać zmiany technologii medycznej, uwzględniając kryteria określone w ustawie.

Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych, dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych oraz zmiana

na technologii medycznej następuje po uzyskaniu rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W przypadku wydania przez prezesa AOTMiT rekomendacji minister zdrowia może zakwalifikować dane świadczenie opieki zdrowotnej jako świadczenie gwarantowane, usunąć je z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmienić poziom lub sposób finansowania świadczenia gwarantowanego, jeżeli wynika to z treści rekomendacji.

Wprowadzone zostały przepisy dotyczące ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Zmianie uległy również przepisy ustawy – Prawo farmaceutyczne. Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu, wskazane w Charakterystyce Produktu Leczniczego do stosowania w antykoncepcji, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy posiadały kategorię dostępności „wydawane bez przepisu lekarza – OTC”, są wydawane z apteki po tym dniu wyłącznie na podstawie recepty.

23 lipca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 lipca 2017 r. w sprawie wzoru oraz formatu wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1412.

1 września 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 maja 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 971.

W tytule oraz w treści rozporządzenia wyraz „ponadgimnazjalnych” został zastąpiony wyrazem „ponadpodstawowych”. ■



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 Ciepty, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasik, 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-Szłaga

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji 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 Síporska,

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

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

kierownik Katarzyna Adamska

prac. biura: Joanna Nowacka, Marta Makowska

tel. 22-542-83-18, 19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

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

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Katarzyna Lisieska, Jolanta Otulak

tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała

tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy 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 Lekarza

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

Fundacja „Pro Seniore”

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



Szukamy lekarzy z pasją z Warszawy

Wezwijdoktora.pl - innowacyjność w wizytach domowych

- ✓ Wizyty lekarzy pierwszego kontaktu (bez specjalizacji i ze specjalizacją)
- ✓ Wizyty lekarzy specjalistów
- ✓ Atrakcyjne wynagrodzenie i elastyczny system pracy

Dowiedz się więcej i zgłoś się do nas:

 (+48) 884 873 833

 wezwijdoktora.pl/praca

 biuro@wezwijdoktora.pl