

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

puls
grudzień 2017 – styczeń 2018 nr **12-1**

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

ZDROWIE+
Konferencja
Okręgowej
Izby Lekarskiej
w Warszawie

[str. 4]

O kardiologii
dziecięcej
i Wielkiej Orkiestrze
Świątecznej Pomocy
mówi

**prof. Bohdan
Maruszewski**

[str. 8]

Recepty
– pytania
i odpowiedzi

[str. 14]

Dentystka
wśród Pigmejów

[str. 36]





Wręczenie prawa wykonywania zawodu



Prawo wykonywania zawodu jest, obok dyplomu ukończenia uczelni medycznej, najważniejszym dokumentem, który zawsze będzie towarzyszył państwu pracy zawodowej – tymi słowami zwrócił się do młodych lekarzy Andrzej Sawoni, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, podczas uroczystości wręczenia dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” 4 listopada 2017 r. – *Otrzymujecie go z rąk samorządu lekarskiego, samorządu będącego wartością i osiągnięciem naszego środowiska* – podkreślił prezes Sawoni.

lekarza i lekarza dentystry



Podczas gali młodym lekarzom towarzyszyli ich bliscy. Obecni byli również minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z rektorem prof. Mirosławem Wielgościem na czele, przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego, a także członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Minister Radziwiłł, gratulując młodym lekarzom osiągnięcia ważnego etapu, jakim jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu, zaznaczył, że wciąż są dopiero na początku zawodowej drogi. – *Nadal będziecie zdobywać wiedzę, nowe umiejętności. Proszę, nie zapominajcie o etyce i bądźcie dobrymi ludźmi dla tych, którzy powierzają wam swoje sprawy.* Minister zdrowia w wystąpieniu nawiązał również do obecnej sytuacji w ochronie zdrowia, mówił o działaniach i planach resortu. Podkreślił rolę samorządu lekarskiego: – *Chciałbym podziękować OIL w Warszawie za to, że jest merytorycznym partnerem w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów, nawet wówczas, gdy poważnie różnimy się w wielu sprawach. Dziękuję tym, którzy chcą uczestniczyć w dialogu.*

Młodym lekarzom gratulował również prof. Mirosław Wielgość. – *Wybraliście wspaniały zawód – mówił – ale wiąże się z nim odpowiedzialność. Postępujcie rozważnie, żeby zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa, jak najlepszą opiekę, ale też, by chronić siebie. Chciałbym, abyście swoje pasje, swoje powołanie realizowali w godnych warunkach.* Rektor WUM podziękował prezesowi ORL w Warszawie za dobrą współpracę Izby z uczelnią i działania na rzecz społeczności lekarskiej.

Prezes Sawoni przypomniał, że Izba wspiera swoich członków w wielu obszarach. Przykładem pomoc prawna i socjalna, m.in. „becikowe” dla rodzin, w których urodzi się dziecko, ubezpieczenie OC zawarte w składce na samorząd lekarski, ale też szkolenia.

O tym, jak potrzebna jest wrażliwość na problemy chorego i pamiętanie, jak intymne sprawy powierza on lekarzowi, mówił prof. Piotr Zaborowski. – *Kochajcie swoich pacjentów, ale pamiętajcie, aby mieć swój azyl, dom, rodzinę i marzenia* – apelował do młodych medyków.

Podczas uroczystości prezes Andrzej Sawoni odebrał przyrzeczenie lekarskie od absolwentów zagranicznych uczelni medycznych.

Medykom, którzy uzyskali w roku akademickim 2016/2017 najlepsze wyniki egzaminu końcowego, Nagrody im. prof.

Władysława Szenajcha przyznawane przez OIL w Warszawie wręczyli minister Konstanty Radziwiłł, prorektor WUM prof. Wojciech Braksator oraz wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystry Marta Klimkowska-Misiak. Nagrodę za najlepszy wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego otrzymali: Michał Konwerski (90,40 pkt.), Anna Stochmal (88,89 pkt.), Aleksandra Siłka (88,89 pkt.), Magdalena Chojnowska (88,89 pkt.) oraz Klaudia Grabowska (88,38 pkt.). Za najlepszy wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego nagrodzono: Magdalenę Dąbkowską (88,66 pkt.), Joannę Janczewską (86,53 pkt.) i Sebastiana Wojtasika (84,54 pkt.).

Aktem kończącym spotkanie było wręczenie dokumentów PWZ, którego dokonali prof. Wojciech Braksator oraz członkowie ORL w Warszawie. Prawo wykonywania zawodu otrzymało 331 lekarzy i 131 lekarzy dentystry.

Powiedzieli „Pulsowi”



Michał Konwerski (najlepszy wynik LEK): – *Otrzymanie prawa wykonywania zawodu to emocjonujący moment i bardzo przyjemne zwieńczenie okresu nauki – nie tylko studiów, ale także przygotowań do przygody z medycyną, które rozpoczynają się już w liceum, na długo przed maturą. To oczywiście też początek nowej, trudnej drogi i dalszej nauki. Zawsze, jak pamiętam, chciałem być lekarzem. Staż odbyłem w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Chcę specjalizować się w kardiologii.*



Magdalena Dąbkowska (najlepszy wynik LDEK): – *Staż, który odbyłam w Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej w Warszawie, będę wspominała jako czas, kiedy nauczyłam się bardzo dużo. Jestem za to wdzieczna lekarzom, którzy opiekowali się stażystami. Otrzymanie prawa wykonywania zawodu jest na pewno poruszające. Złożyłam dokumenty na specjalizację z ortodoncji.* ■

ach



Nr 12/2017 – 1/2018 (272–273),
grudzień 2017 – styczeń 2018

Na okładce:
prof. dr hab. n. med.
Bohdan Maruszewski
(fot. M. Beczek)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Wręczenie PWZ	okładka II
▶ ZDROWIE+...	4
▶ Pomoc, która ratuje życie dzieci	8
▶ Ratują od 120 lat	11
▶ Na rzecz zdrowia	12
▶ Recepty	14
▶ Komunikat	15
▶ Wciąż przegrywamy walkę z otyłością	16
▶ Klauzule niedozwolone... ▶ etyka	21 24
▶ Odpowiedzialność szpitala za zakażenia	25
▶ leczmy ból	26
▶ Wewnątrzmaciczne operacje serca	28
▶ Goniec Medyczny	29
▶ Lekarz na pokładzie samolotu	30
▶ Czy żałujemy naszych wyborów z młodości?	32
▶ z Mazowsza	34
▶ Dentystka wśród Pigmejów	36
▶ Pół wieku w służbie pacjentom	39
▶ doniesienia naukowe	40
▶ 150-lecie	41
▶ u nas w samorządzie	42
▶ posłuchać, zobaczyć...	44
▶ zjazd absolwentów	46
▶ literatura i życie	52
▶ wspomnienia	55
▶ nowe przepisy prawne	59
▶ felietony:	
▶ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▶ Balicki	12
▶ Walewski	24
▶ Kowal	44
▶ Jankowska	45
▶ Müldner-Nieckowski	49
▶ Ciepty	49

Fot. archiwum



Klauzula *opt-out* z Nowym Rokiem *out*?

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Akcja wypowiedzania umów *opt-out* uświadomiła nam, młodym lekarzom, że trzeba rozważyć proporcje między pracą, życiem zawodowym a życiem prywatnym – domem, rodziną. Chcemy być dobrymi, wykształconymi lekarzami, ale musimy też mieć czas na życie prywatne i na refleksję. Pewnie można nas zaliczyć do pokolenia Y – powiedział mi dr Łukasz Jankowski, młody ojciec, młody aktywny lekarz, zaangażowany w protest rezydentów, członek ORL w Warszawie, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów. Autor związany z naszym „Pulsem”.

Wypowiedzenie klauzuli opt-out jest zgodne z prawem i nie można nikogo zmusić, żeby pracował znacznie więcej – mówi minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Zaznacza także, że masowe wypowiedzanie klauzuli jest zorganizowaną akcją i nie wynika z oceny możliwości pracy lekarzy. Kilka miesięcy temu przytaczane były inne słowa ministra: „Lepszy zmęczony lekarz niż żaden”. I pewnie dla systemu to wygodna diagnoza.

Według danych Ministerstwa Zdrowia z początku grudnia klauzulę *opt-out* wypowiedziało 2310 lekarzy, w tym 1282 rezydentów oraz 1028 pozostałych, przede wszystkim specjalistów. Według Porozumienia Rezydentów jest to już około 2,8 tys. osób, wśród nich są jednak i ci, którzy zadeklarowali, że 1 stycznia nie podpiszą powtórnie klauzuli.

Jak poradzą sobie szpitale? Mówi się o wprowadzaniu zmianowego systemu pracy lub pracy w systemie zrównoważonym. Jak odbije się to na sytuacji pacjentów? Nie wydaje się, że bezpiecznym i mądrym rozwiązaniem jest wprowadzanie do szpitali w Polsce lekarzy bez wymaganych w UE kwalifikacji, bo i takie awaryjne pomysły pojawiają się w ustach rządzących. Ci ostatni zapominają, że już dzisiaj obywatele Ukrainy, którzy pracują w Polsce, nie chcą pracować za „ grosze ” i, że najniższe zarobki w ciągu ostatnich miesięcy wzrosły o co najmniej 30 proc. Czy lekarze ze wschodu Europy zgodzą się pracować za proponowane przez polskie szpitale stawki, mając możliwość pracy za wyższe na Zachodzie, gdzie również brakuje lekarzy? Osobiście wątpię.

Czy wreszcie ktoś, kto dzierży kiesę naszego państwa, rozważy, jak wynagradzać pracę tych, od których zależy zdrowie nas wszystkich. Bo jest takie powiedzenie, że prędzej czy później wszyscy trafimy do lekarza, także i decydenci. ■



e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Fot. licencja Artmedia Partners



Na rzecz zdrowia
str. 12



Wciąż przegrywamy
walkę z otyłością
str. 16



Lekarz na pokładzie
samolotu
str. 30

Lista świątecznych życzeń



Fot. M. Teperak

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Zbliżają się święta,
czas spotkań z rodziną, bliskimi, przyjaciółmi.
Po miesiącach pracy, licznych nocnych dyżurach,
naradach, dyskusjach i szkoleniach,
życia w nieustannym biegu,
znajdźmy chwilę na odpoczynek.
Na refleksję i wyciszenie.
Gdziekolwiek będziemy w świąteczne dni,
w domu czy w dalekiej podróży,
ucieknijmy od wielkich i małych problemów,
od bardzo ważnych informacji,
bez których na co dzień nie potrafimy już żyć,
od e-maili, SMS-ów, telefonów.
Cieszymy się obecnością najbliższych, doceniemy zdrowie,
popatrzmy na świat wokół nas.
Życzę Państwu spełnienia wszelkich pragnień,
spokoju, bezpieczeństwa i wzajemnego zrozumienia.
Pięknych, radosnych świąt Bożego Narodzenia
i szczęśliwego 2018 roku!

f [facebook.com/OILWarszawa](https://www.facebook.com/OILWarszawa)



Zdrowie plus. Ale co to znaczy?

ZDROWIE+
ZDROWIE+

Małgorzata Solecka

Pod koniec listopada Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała konferencję „Inwestycje społeczne ZDROWIE+”, która jednocześnie była pierwszą okazją do spotkania zdrowotnego, systemowego think tanku, powołanego przez warszawski samorząd lekarski.

W pierwszej części konferencji uczestniczył minister zdrowia **Konstanty Radziwiłł**. Szef resortu zdrowia przekonywał, że rząd Prawa i Sprawiedliwości nie tylko doskonale rozumie sensowność traktowania wydatków na zdrowie jako inwestowania w społeczeństwo, ale również te wydatki zwiększa. Jednak gdy prezes OIL w Warszawie **Andrzej Sawoni** mówił o celu środowiska lekarskiego (i szerzej – medycznego), jakim jest podniesienie środków na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB w ciągu trzech lat, Konstanty Radziwiłł konsekwentnie przedstawiał rządowy projekt 6 proc. PKB jako maksimum tego, co można w tej chwili (a raczej – w ciągu ośmiu lat) osiągnąć.

W wystąpieniu ministra próżno było też szukać nawiązania do stałych postulatów ekspertów i praktyków, zajmujących się zarządzaniem placówkami medycznymi, takich jak współpłacenie przez pacjentów za świadczenia medyczne w ramach publicznego systemu. W Polsce co prawda poziom współpłacenia – o czym również była mowa na konferencji – należy do najwyższych w Europie, ale w praktyce, poza wydatkami na leki, realizuje się wyłącznie w sektorze prywatnym.

Polskie szpitale publiczne są zadłużone na ponad 11 mld zł. Według planów ministra zdrowia sytuację placówek poprawi sieć szpitali, ale również zaplanowane przez rząd zwiększenie puli środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. W listopadzie Sejm uchwalił ustawę podnoszącą finansowanie ochrony zdrowia do 6 proc. PKB, ale wzrost ma być rozłożony aż na osiem lat. Czy rzeczywiście jest to ustawa „Zdrowie+”, jak przekonuje szef resortu zdrowia?

Swoimi doświadczeniami z zakresu organizacji i finansowania ochrony zdrowia dzielił się z uczestnikami **Kjeld Moller Pedersen**, profesor ekonomii i polityki zdrowia Center of Health Economics Research, COHERE Syddansk Universitet/University of Southern Denmark. Duński system opieki zdrowotnej od lat utrzymuje się na szczycie wszelkich rankingów międzynarodowych – zarówno eksperckich, jak i konsumenckich. Czy możliwa jest implementacja, choćby częściowa, doświadczeń Danii? Czy Polska w ogóle powinna się oglądać na kraje takie jak Dania – wielokrotnie zaможniejsze, z ugruntowanym systemem podatkowym i socjalnym, a w dodatku z mniejszą liczbą mieszkańców? Dość powiedzieć, że duński system opieki zdrowotnej, przynajmniej w podstawowym kształcie, w tym roku świętuje 125. urodziny. Wydaje się, że wszystko przemawia za tym, by o wszelkich porównaniach i inspirowaniu się zapomnieć.

Takie podejście, czego dowodził przebieg dyskusji nad wystąpieniem duńskiego gościa oraz koreferatem wygłoszonym przez **Romualda Krajewskiego**, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, byłoby błędem. Nawet jeśli wiadomo, że znacząca część duńskich rozwiązań w polskich





warunkach nie ma szans się sprawdzić, zawsze warto wiedzieć, jak system ochrony zdrowia budują inni. Wnioski są pouczające.

Czego Polska mogłaby się nauczyć od Danii w zakresie tworzenia sprawnego systemu? W Danii 80 proc. kosztów systemu ochrony zdrowia pokrywa się z podatków. 17 proc. środków pochodzi z kieszeni obywateli (zarówno w formie dopłat bezpośrednich, przede wszystkim za leki i leczenie stomatologiczne dorosłych, jak i dodatkowych ubezpieczeń), reszta – z budżetów samorządów. W Polsce udział obywateli w finansowaniu świadczeń zdrowotnych, mimo dużo mniejszej zamożności społeczeństwa, jest o blisko 100 proc. wyższy i pociąga za sobą ogromne problemy z dostępnością leczenia, zwłaszcza dla defaworyzowanych grup społecznych (osób z małymi dochodami i niższym poziomem wykształcenia). Potwierdzają to dane opublikowane w listopadzie przez Komisję Europejską, która co dwa lata zamierza przedstawiać własny raport o systemach ochrony zdrowia w krajach członkowskich.

W Danii wszyscy obywatele mają zagwarantowane faktyczne korzystanie z opieki medycznej. Szczególną opiekę tamtejszy system gwarantuje dzieciom i młodzieży, np. bezpłatne leczenie stomatologiczne. Dorośli Duńczycy również nie mają powodów do narzekania (i nie narzekają, bo ponad 90 proc. z nich wystawia systemowi oceny dobre i bardzo dobre). Faktyczny dostęp do opieki zdrowotnej to m.in. prawnie zagwarantowany maksymalny czas oczekiwania na świadczenie szpitalne (diagnozę, rozpoczęcie leczenia) wynoszący 30 dni. Jeśli z jakichś powodów publiczna służba zdrowia nie jest w stanie dotrzymać terminu, pacjent ma prawo bezpłatnie skorzystać z leczenia prywatnego.

Niemal wszystkie szpitale w Danii są własnością publiczną, ale ambulatoryjna opieka zdrowotna (zarówno poradnie lekarzy rodzinnych, jak i specjalistów) jest w rękach prywatnych i świadczy usługi na podstawie kontraktów zawieranych z regionami (które pieniądze otrzymują z budżetu państwa). Duńczycy ogromną wagę przywiązują do podstawowej opieki zdrowotnej. – **Jeden lekarz opiekuje się 1,6 tys. pacjentów. Nawet 90 proc. osób przynajmniej raz w roku kontaktuje się ze swoim lekarzem, włączając w tę statystykę kontakt telefoniczny lub e-mailowy. Średnia liczba kontaktów wynosi siedem, osiem rocznie – mówił prof. Pedersen. Lekarz POZ decyduje praktycznie o wszystkim, co dotyczy leczenia pacjenta na wyższych szczeblach systemu (w poradniach specjalistycznych, szpitalach), koordynuje też kwestie związane z rehabilitacją.**

Prof. Romuald Krajewski, komentując wystąpienie duńskiego gościa, zwracał uwagę na najbardziej oczywiste różnice między Polską a Danią. Kilkakrotnie niższy nasz PKB, kilka-



krotnie mniejsze nakłady na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca, nawet z uwzględnieniem siły nabywczej. Ale również dużo niższy poziom zaufania pacjentów, zarówno do systemu, jak i do lekarzy, których chorzy (lub tylko potrzebujący porady) posądzają o to, że zamiast leczyć, ograniczają dostępność terapii i badań.

Na inne różnice między Polską a Danią zwracali uwagę uczestnicy dyskusji panelowej. **Marek Wesołowski**, prezes SGA, firmy, która wspiera zarządzanie szpitalami, zwracał uwagę, że w Danii ostre dyżury pełni mniej niż 30 szpitali. – *Z obliczeń, w których weźmiemy pod uwagę tylko liczbę ludności, wynika, że w Polsce powinno być około 180 takich placówek. A przecież nie mamy wysp, przez ostatnich kilkanaście lat inwestowaliśmy w drogi. Średni czas dojazdu polskiego pacjenta do szpitala wynosi w tej chwili 13 minut!* – przypominał.

Od razu okazało się, że postulat racjonalizacji bazy szpitalnej, który od lat towarzyszy wszystkim dyskusjom o reformach w ochronie zdrowia, jest z kategorii „słuszne, nie do spełnienia”. – *Miałem okazję uczestniczyć w pracach zespołu prof. Zbigniewa Religi, który przygotował sieć szpitali składającą się z 300 placówek. Problem polega na tym, że nie ma wśród polityków chętnych, by taki projekt autoryzować i przeprowadzić* – odpowiadał p.o. prezes NFZ **Andrzej Jacyna**. – *Sieć szpitali, która funkcjonuje od 1 października, też w pierwotnych założeniach miała wyglądać inaczej. Ostatecznie okazało się, że politycy – wszystkich opcji – wymusili na ministerstwie włączenie do sieci niemal wszystkich szpitali publicznych. O „współnototwórczej” roli szpitali i konieczności zapewnienia im ochrony przez sieciowe finansowanie mówił kilka miesięcy temu wiceminister Piotr Gryza, autor koncepcji sieci szpitali. Prezes NFZ nie odniósł się jednak do tezy, że sieć szpitali nie tylko spetryfikowała bazę szpitalną, ale wręcz premiuje tych, którzy działają „na ostro”, czyli generują wyższe koszty. Posiadanie SOR i izby przyjęć było jednym z warunków kwalifikacji do sieci. Mimo to Jacyna podkreślał, że dzięki sieci Polska weszła na ścieżkę racjonalizacji wydatków na szpitalną część systemu. – *Zatrzymaliśmy proces rozdrabniania kontraktów na lecznictwo szpitalne i tworzenia wąskoprofilowych jednostek* – przypominał.*

Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP, zwracał uwagę, że przez kilkanaście lat sektor prywatny zapewniał ochronie zdrowia jakość i konkurencję. Przekonywał też, że potrzebna jest nie tylko debata, ale i szybkie decyzje dotyczące możliwości współpłacenia za świadczenia zdrowotne. – *Absurdalne jest to, że pacjent, który nie chce lub nie może czekać w kolejce na operację zaćmy albo potrzebuje lepszych soczewek, może mieć zabieg refundowany, jeśli wyjedzie zagranicę* – wtórowała **Dorota Karkowska** (Uczelnia Łazarskiego).

Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, przedstawiła koncepcję inwestycji społecznych w sektorze zdrowia, których stopę zwrotu da się realnie obliczyć.

Partnerem konferencji była Uczelnia Łazarskiego, patronem głównym konferencji – Powszechny Zakład Ubezpieczeń. Patronatem honorowym objęło ją Ministerstwo Zdrowia. ■



Konferencja „Inwestycje społeczne ZDROWIE+” odbyła się 21 listopada i zakończyła przyjęciem dziesięciu założeń projektu „Inwestycje społeczne ZDROWIE+”. Oto one:

- Dobro pacjenta i troska o niego,
- Inwestycje w zdrowie obywateli jako priorytet w polityce państwa,
- Edukacja zdrowotna i profilaktyka,
- Integracja podmiotów opieki zdrowotnej i społecznych,
- Alokacja zasobów na podstawie potrzeb społecznych,
- Obiektywna i transparentna analiza efektywności wydatkowania środków,
- Oparcie się na obiektywnych przetworzonych informatycznie danych,
- Korzystanie z szans, jakie daje postęp technologiczny,
- Stworzenie infrastruktury i instrumentów optymalnego finansowania ochrony zdrowia w oparciu o model solidaryzmu społecznego i partnerstwa publiczno-prywatnego,
- Analiza korzyści i zagrożeń związanych z polskim systemem krzyżowania się płaszczyzny publicznej i prywatnej.





Ubezpieczenie na Życie wraz z Utratą Dochodu

Specjalny program dedykowany dla lekarzy i lekarzy dentyistów członków
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Szczególne warunki programu:

- brak ankiety medycznej
- brak weryfikacji dochodów lekarza
- do wyboru 3 warianty wysokości świadczenia utraty dochodu
- świadczenie utraty dochodu obejmuje ryzyko wystąpienia choroby
- wysokie sumy ubezpieczenia na życie, świadczenia do 500.000 PLN
- zasada łączenia wysokości świadczeń z zaistniałych kilku zdarzeń
- miesięczna składka
- uproszczona procedura przystąpienia
- ochrona współmałżonka i dzieci
- brak karencji dla przystępujących do 26.12.2017*

program zorganizowany przez Konsorcjum

KONSTANTA PWS

april

april | Polska Medbroker Sp. z o.o.

* Nie dotyczy Urodzenia Dziecka

Szczegóły programu :

April Polska Medbroker Sp. z o.o.,
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa, tel. 22 295 80 50 , 295 80 51,
ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa tel. 508 504 318 , 508 725 727
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com www.warszawa.polisagrupowa.pl



Fotografie: M. Beczek

Pomoc, która ratuje życie dzieci

Z prof. dr. hab. n. med. **Bohdanem Maruszewskim**, kierownikiem Kliniki Kardiologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, członkiem zarządu Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, rozmawia Anetta Chęcińska.

Ile dzieci rocznie wymaga w Polsce interwencji kardiologicznej?

Na całym świecie Polska jest znana z bardzo rozwiniętej kardiologii i kardiologii dziecięcej ze względu na dużą liczbę operacji kardiologicznych i kardiologicznych u dzieci z wrodzonymi wadami serca, ale też ze względu na jakość leczenia. W naszym kraju rodzi się obecnie około 380 tys. noworodków rocznie, około 3 tys. – z wrodzonymi wadami serca. Liczba operacji wad wrodzonych serca u dzieci mieści się w granicach 2600–2800 rocznie. Trzeba podkreślić, że w Polsce wszystkie dzieci z wrodzonymi wadami serca, także tymi najcięższymi, rodzą się. W innych krajach nie jest to reguła. U nas rodzice, choć wiedzą, że dziecko urodzi się z ciężką, nieuleczalną wadą serca, nie korzystają z prawnej możliwości przerwania ciąży. Chcą, aby było leczone, i tak się dzieje. Krajem, w którym rodzice decydują podobnie, są Stany Zjednoczone.

Możliwość wczesnego wykrycia wad wrodzonych serca zapewniają badania prenatalne.

Diagnostyka prenatalna jest w Polsce bardzo dobrze rozwinięta. Należymy do czołówki krajów w Europie, w których rozpoznaje się wady wrodzone dziecka przed jego urodzeniem. Należy wyjaśnić, że diagnostyka prenatalna nie jest badaniem, którego konsekwencją ma być usunięcie ciąży. Te badania służą życiu, poprawie jego jakości i bezpieczeństwu dzieci. Pozwalają na zaplanowanie porodu w specjalistycznym ośrodku i przyszłego leczenia. Dzieci z wieloma wrodzonymi wadami serca, tzw. wadami przewodzołaznymi, wymagają podania zaraz po urodzeniu leku, który ratuje życie.

Jakie wady wrodzone serca operowane są najczęściej?

Co trzeci noworodek operowany w Polsce z powodu wrodzonej wady serca ma serce jednokomorowe. Nasze doświadczenie w leczeniu zespołu hipoplazji lewego serca jest ogromne, a wyniki terapii należą do najlepszych na świecie. Dzieci z sercem jednokomorowym przechodzą trzy operacje w pierwszych latach życia. Średni czas pobytu na oddziale intensywnej terapii noworodka po operacji Norwooda wynosi 10 dni, w szpitalu – wiele tygodni. Następna, operacja Glenna, powinna być wykonana między 6. a 12. miesiącem życia, o ile nie ma wskazania do wcześniejszego jej przeprowadzenia. Gdy dziecko ma około 3 lat, wykonujemy operację Fontana. Problemem jest kolejka do drugiej i trzeciej operacji. Mimo że to terapia planowa, nie można jej odwlekać, gdyż zabieg należy przeprowadzić w określonym terminie. Dzieci, które wymagają diagnostyki i leczenia ze wskazań życiowych zaraz po urodzeniu, otrzymują je, ale wypierają z kolejki pacjentów, którzy mogą poczekać.

Dlaczego mali pacjenci z wadami wrodzonymi serca muszą czekać na leczenie?

W Polsce jest dziewięć ośrodków wykonujących operacje wad wrodzonych serca u dzieci. Najtrudniejsze zabiegi przeprowadzają trzy – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie i my, czyli Instytut Centrum Zdrowia Dziecka. Na pewno praca powinna być rozłożona inaczej, równomiernie na wszystkie ośrodki. Ale są też inne przyczyny kolejek. Kardiologia i interwencyjna kardiologia dziecięca to dziedziny wymagające długotrwałego szkolenia i nabywania umiejętności jeszcze przez wiele lat po zakończeniu specjalizacji, pracy po kilkadziesiąt godzin tygodniowo. Młodzi lekarze nie są zainteresowani tą specjalnością. Mam nadzieję, że rezydenci wywalczą dla siebie godne wynagrodzenia, ale wtedy okaże się, że ich nauczyciele z 20-letnim stażem zarabiają mniej niż oni. To nie jest motywujące. W najwyższej rozwiniętych krajach udział kosztów osobowych w cenie procedur medycznych wynosi ponad 70 proc. Trzeba o tym mówić! Mamy świetnie wykształconych kardiologów dziecięcych, ale ich liczba maleje w stosunku do potrzeb. Młodzi lekarze mówią w obcych językach, są wykształceni, znają świat i dla zapewnienia sobie i swoim dzieciom godnego życia wyjadą zagranicę. Problemem polskiej służby zdrowia są decy-

denci, którzy nie rozumieją, że trzeba zapewnić doływ kadr, a warunki pracy uczynić atrakcyjnymi. Nie wystarczy inwestować w sprzęt, który często jest niewykorzystywany, bo nie ma ludzi, którzy go uruchomią i będą obsługiwać.

Myśli pan również o sprzęcie, w który wyposażała szpitale Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy?

Kiedy powstała Fundacja WOŚP, a byłem jednym z jej założycieli, w Polsce rodziło się blisko 600 tys. dzieci rocznie. Prawie 6 tys. z nich wymagało operacji wad wrodzonych serca, a zabiegów wykonywaliśmy około 600. Wiedzieliśmy, że tylko 10 proc. dzieci otrzymywało pomoc ratującą życie, ale wówczas brakowało aparatury. Wartość sprzętu kupionego za pieniądze zebrane przez WOŚP w ciągu 25 lat i przekazywanego pediatryi przekroczyła już 825 mln zł. 40 tys. najnowocześniejszych urządzeń medycznych trafiło do ponad 600 szpitali. Podczas przetargu, który odbył się w listopadzie 2017, nabyliśmy dla ponad 300 oddziałów pediatrycznych we wszystkich regionach kraju sprzęt za 25 mln zł, m.in. 75 najnowocześniejszych ultrasonografów, 177 kardiomonitorów, ponad 1600 bezpiecznych łóżek. 10–15 lat temu znalezienie dla dziecka wolnego stanowiska intensywnej terapii w Warszawie granoczyło z cudem. Dzisiaj w polskich szpitalach, także

tych o najwyższym stopniu referencyjności, puste stanowiska intensywnej terapii przykrywa się prześcieradłami. To musi się zmienić. Sprzęt powinien być wykorzystywany całą dobę przez siedem dni w tygodniu. Nie jest, bo nikt za to nikomu nie płaci.

Ośrodki kardiologii dziecięcej o najwyższym stopniu referencyjności powinny być inaczej finansowane?

Mówimy przecież o dzieciach z wadami serca. Dopóki finansowanie ośrodków, które są najważniejsze dla bezpieczeństwa pacjentów, nie zostanie zmienione, dopóty nie poprawimy sytuacji. USA podaje się jako przykład kraju najbardziej skomercjalizowanej medycyny, którą rządzi wolny rynek. Jednak rzadko wspomina się, że kilkadziesiąt amerykańskich instytutów narodowych jest finansowanych przez państwo i ogromne środki przekazuje się na leczenie najciężej chorych, kształcenie kadry i innowacje medyczne. W Polsce instytuty mają długi, gdyż są finansowane tak jak szpitale, które leczą choroby podstawowe. W obecnie funkcjonującym systemie brak miejsca na medycynę o najwyższym stopniu referencyjności.

Ile przeszczepień serca zostało wykonanych w IP-CZD?

W Polsce są dwa ośrodki transplantacji serca u dzieci. Przed wszystkim Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu i my, ale od niedawna. Wykonaliśmy dotąd trzy przeszczepienia. Ostatnio małe dziecko zostało podłączone do sztucznej komory serca. Kiedy jego stan się ustabilizuje, zostanie zgłoszone na listę oczekujących na narząd i mamy nadzieję, że serce wkrótce otrzyma.

Jak zmieniła się kardiologia dziecięca na przestrzeni lat?





Rozwija się przede wszystkim dzięki technice. Przykładem postępu są przypadki ratowania życia dzieci ze skrajną niewydolnością serca za pomocą mechanicznego wspomaganie krążenia, sztucznych komór. Mamy już wszczepialne sztuczne komory, za chwilę będziemy mówili o sztucznym sercu u dzieci. To, co się wydawało niemożliwe kilkanaście lat temu, dziś jest na porządku dziennym. Dziecko, którego serce z powodu wady wrodzonej albo nabytej podłączane jest do sztucznej komory serca, ma przeszczepiane serce i wraca do domu. Jeżeli po ciężkiej operacji serce jest tak zmęczone, że nie może podjąć pracy, dziecko podłącza się do tzw. ECMO, urządzenia zapewniającego pozaustrojowe natlenianie. Miesiąć sercowy zyskuje kilka dni czasu na regenerację. Dzisiaj umiera znacznie mniej dzieci z powodu wad wrodzonych serca, mimo że leczymy coraz bardziej złożone przypadki. Kiedy rozpoczynaliśmy leczenie hipoplazji lewego serca, śmiertelność szpitalna na pierwszym etapie sięgała 70 proc., obecnie poniżej 20 proc. To ogromny postęp.

Z pewnością świadectwem postępu i możliwości kardiologii są pacjenci, którzy powrócili do zdrowia.

Bywa, że dorosły mężczyzna wchodzi do gabinetu i mówi:
– Przejeżdżałem obok, wstąpiłem, chciałem przypomnieć,

że 20 lat temu pan mnie operował i uratował mi życie. To najlepsza nagroda za wysiłek, za pracę, w takich momentach mija największe zmęczenie. Ale nie oprzemy wysoko-specjalistycznej medycyny na satysfakcji z leczenia najcięższych chorych, potrzebne są konkretne rozwiązania systemowe.

W 2017 r. WOŚP znalazła się w gronie kandydatów do Pokojowej Nagrody Nobla.

Nie zakładaliśmy, że nagroda trafi do nas. Inni często tracą życie w walce o prawa człowieka. Samo zgłoszenie było jednak bardzo nobilitujące.

Dla kogo zagra WOŚP podczas 26. finału?

Dla wszystkich noworodków, także tych z wadami serca. Zawsze byli i są naszym oczkiem w głowie. Najwięcej środków przeznaczyliśmy na ratowanie najmłodszych, najłabszych, którzy sami sobie nie pomogą. W ich przypadku profilaktyka i właściwy sposób życia nie mają znaczenia, gdyż rodzą się już z wadami, przedwcześnie. Polska neonatologia jest odbiorcą największej pomocy, w postaci sprzętu przekazywanego przez WOŚP. Orkiestra zagra 14 stycznia 2018 r. Będziemy mieli 1600 sztabów i 120 tys. wolontariuszy w całej Polsce. Tak wiele zależy przecież od ludzi! Trzeba ich za to ogromnie szanować. Tych wszystkich, którzy wrzucają pieniądze do puszek, i tych, którzy prowadzą zbiórkę, aby najnowocześniejszy sprzęt nabyć, ale też tych, którzy mają unikalne wykształcenie i pracują ponad wszelką miarę, żeby uratować jak najwięcej dzieci za pomocą kupionego sprzętu. Tego szacunku dzisiaj brakuje. Mam nadzieję, że 26. Finał WOŚP to będzie wielkie święto wszystkich, którzy chcą pomagać, święto społeczeństwa obywatelskiego, które rozumie, że państwo, które jest naszym wspólnym dobrem, to my i nasze dzieci. ■

Powołaniem medyków jest strzec ludzkiego życia i mu służyć, to znaczy osobie, której nienaruszalna godność i transcendentne powołanie zakorzenione są w głębi samego jej bytu. Godność ludzka zostaje wyniesiona ku życiu samego Boga, gdyż Jezus stawszy się jednym z nas sprawił, że ludzie mogą stać się dziećmi Bożymi, uczestnikami Boskiej natury.

(por. NKPSZ, 1)

Drodzy Pracownicy Służby Zdrowia!

Dzieląc się radością Świąt Bożego Narodzenia,
pragniemy złożyć z tej okazji serdeczne życzenia.

Niech Tajemnica Wcielenia stanie się źródłem światła,
niech czas łamania się Opłatkiem napełni nas pragnieniem pokoju.

Dziękujemy za ofiarną obecność przy ludziach chorych.

Radosnego kolędowania przy Żłóbku.

Z darem modlitwy
bp Romuald Kamiński
przewodniczący Zespołu KEP
ds. Służby Zdrowia

ks. Arkadiusz Zawistowski
krajowy duszpasterz
służby zdrowia

Ratują od 120 lat

26 października 2017 r. odbyła się uroczystość z okazji jubileuszu 120-lecia Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie miała zaszczyt gościć m.in. przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu m.st. Warszawy, OIL w Warszawie oraz prezesów i dyrektorów placówek medycznych z całego kraju. Podczas uroczystości zaprezentowano film ukazujący 120 lat działalności Pogotowia Ratunkowego. Galę uświetnił koncert zespołu 2b Violin Duo. Część oficjalną rozpoczęto wprowadzeniem sztandaru Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SPZOZ w Warszawie oraz powitaniem gości przez prowadzących: Arletę Niestuchowską i Konrada Wojnarowskiego. Podczas uroczystości Pogotowie zostało uhonorowane odznaką „Zasłużony dla Mazowsza”, przyznaną przez marszałka województwa mazowieckiego, którą odebrał dyrektor Karol Bielski, oraz odznaką honorową „Za zasługi dla Warszawy”. Odznaki zostały uroczystie przypięte do sztandaru.



Z okazji jubileuszu pracownikom Warszawskiego Pogotowia przyznano odznaczenie „Zasłużony dla ochrony zdrowia”, które w imieniu ministra zdrowia wręczył dyrektor Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności Mateusz Komza. Dyplomy uznania od marszałka województwa mazowieckiego przekazała pracownikom Elżbieta Lanc, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego. Podczas uroczystości wręczone zostały także dyplomy dyrektora WSPRITS „Meditrans” SPZOZ.

Uczestnicy gali mogli podziwiać wystawę prac dzieci nagrodzonych w konkursie plastycznym „Pogotowie Ratunkowe oczami dziecka” oraz obejrzeć galerię zdjęć współczesnych i dawnych Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego. Kolejną atrakcją było stoisko Szkoły Ratownictwa, przy którym goście mogli nauczyć się zasad udzielania pierwszej pomocy. W drugiej części wieczoru odbyła się prezentacja filmu edukacyjnego, stworzonego w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. ■ oprac. kb





Fot. archiwum

Marek Balicki

Na nadzwyczajnym posiedzeniu, które odbyło się 27 października, czyli jeszcze podczas protestu rezydentów, Naczelna Rada Lekarska uchwaliła apel do lekarzy o ograniczanie czasu pracy do 48 godzin tygodniowo. Po kilku dniach spotkało się to z ostrą krytyką ze strony ministra zdrowia, który

uznał, że wezwanie pracowników służby zdrowia, zwłaszcza lekarzy, do redukcji czasu pracy jest skandaliczne i haniebne, uderzające wręcz w podstawy etyki lekarskiej.

Warto zauważyć, że apel NRL został uchwalony trzy dni po przyjęciu przez rząd projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który gwarantuje coroczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia aż do osiągnięcia 6 proc. produktu krajowego brutto w 2025 r. Obciążenia finansowe dla budżetu państwa w ciągu 10 lat mają przekroczyć łącznie 500 mld zł. Dzisiaj wydajemy rocznie ponad 80 mld zł. Skala wzrostu wydatków w okresie najbliższej dekady będzie więc znaczna. Od początku transformacji, czyli od ponad 27 lat, publiczne nakłady na ochronę zdrowia wynosiły około 4,5 proc. PKB. Teraz ustawa ma zagwarantować osiągnięcie poziomu 6 proc. już w ciągu ośmiu lat.

W tym kontekście trudno się dziwić irytacji ministra, który uznał apel za kolejny akt protestu. Stanowisko samorządu lekarskiego przyjęte w takim momencie trudno interpretować inaczej, mimo zawartych w nim słów o „*narastających głosach rozsądku środowiska lekarzy, którzy słusznie dostrzegają, że nadmierne obciążenie pracą wpływa negatywnie zarówno na jakość udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych, jak i na możliwość regeneracji sił przez lekarzy*”.

Gdyby rzeczywiście chodziło o ustalenie granic maksymalnego czasu pracy lekarzy, to stanowisko samorządu w tej trudnej i złożonej sprawie nie powinno ograniczać się do krótkiego apelu. Rzeczywistość wykonywania zawodu lekarza jest dużo bardziej skomplikowana. Normy prawne mówiące o 48 godzinach tygodniowo, do których odwołała się NRL, dotyczą zatrudnienia w jednym podmiocie leczniczym. A przecież wielu lekarzy wykonuje zawód w różnych formach prawnych i wielu miejscach oraz prowadzi indywidualną praktykę lekarską.

Złożoność problemu dostrzegł rzecznik praw obywatelskich, co wynika z treści jego wystąpienia do ministra zdrowia z 25 października. Rzecznikowi chodzi o ustalenie maksymalnych norm czasu pracy gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy, zapewniających m.in. minimalny okres odpoczynku zatrudnionym w więcej niż jednym miejscu, niezależnie od formy prawnej. Zaproponował też utworzenie publicznie dostępnego rejestru, w którym ujawniane byłyby wszystkie miejsca wykonywania zawodu przez lekarza, aby lepiej monitorować sytuację.

Wygląda na to, że członkowie NRL, uchwalając apel, nie znali jeszcze wystąpienia rzecznika praw obywatelskich. A jest do czego się odnosić i o czym dyskutować, zgodnie z niedawnymi zachętami prezesa NRL. Nie byłoby dobrze, gdyby rezultatem troski o lekarzy i pacjentów były pochopnie wprowadzone nadmierne restrykcje dotyczące wolności wykonywania zawodu. ■

Na rzecz zdrowia



**PO PIERWSZE
ZDROWIE**
BADANIA
PRZESIEWOWE
PODSTAWĄ
REALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ

Promocja badań profilaktycznych umożliwiających wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych to główny cel programu „Po pierwsze zdrowie”. Jego pilotażowa edycja odbyła się podczas trasy koncertowej Polskiego Radia SA – „Lato z radiem”. W akcji wzięło udział ponad 70 specjalistów różnych dziedzin medycyny: otolaryngolodzy, audiolog, foniatri, periodontolodzy, okuliści, kardiolog, neurolog, chirurg naczyń, urolog, dermatolog. W różnych miejscach Polski przeprowadzili ponad 5 tys. konsultacji i badań. W przedsięwzięcie zaangażowało się środowisko medyczne, towarzystwa naukowe, instytucje, media i studenci. Akcji towarzyszyła medialna kampania informacyjna.

Podczas konferencji „Po pierwsze zdrowie – badania przesiewowe podstawą polityki zdrowotnej”, która odbyła się w Senacie RP 21 listopada 2017 r., posumowano pierwszy etap programu. Jego pomysłodawca, prof. **Henryk Skarżyński**, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, mówił, że doświadczenia zdobyte podczas akcji będą wykorzystywane przy podejmowaniu dalszych działań na rzecz wielospecjalistycznego, całorocznego wsparcia zdrowia obywateli. – *Profilaktyka zdrowotna powinna być powszechna i dostępna* – przekonywał.

Konferencja była okazją do przedstawienia wyników badań przesiewowych. Zaproszeni do debaty eksperci byli zgodni, że stan zdrowia Polaków jest zły, a wiedza społeczeństwa o sposobie, w jaki można wspierać własne zdrowie – niewystarczająca.



Podczas debaty zostały poruszone również zagadnienia związane z profilaktyką urologiczną, neurologiczną i badaniami przesiewowymi w chirurgii naczyniowej i otolaryngologii.

– *Mężczyźni niechętnie chodzą do urologa* – mówił prof. **Piotr Rutkowski**, kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM. – *Tymczasem po 40. roku życia każdy mężczyzna powinien wykonać badanie PSA, a wynik musi zinterpretować urolog.*

Prof. **Maria Barcikowska**, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, podała, że rocznie 60–70 tys. osób w Polsce doznaje udaru mózgu, 20 tys. z nich pozostanie niepełnosprawnymi. – *Udar mózgu to stan zagrażający życiu* – podkreślała. – *Wyzwaniem dla organizacji służby zdrowia są pacjenci z otępieniem, które jest stanem przewlekłym.*

– *W przypadku zwężenia tętnic szyjnych istnieje ryzyko udaru niedokrwinnego* – wyjaśniał prof. **Piotr Andziak**, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej CSK MSWiA w Warszawie, i zaznaczał, że tętnica szyjna łatwo może być poddana badaniom skriningowym ze względu na swoje umiejscowienie i na powszechną dostępność USG.

Prof. Skarżyński przypomniał, że ponad 70 proc. populacji osób starszych ma problemy ze słuchem. – *Dzięki badaniam przesiewowym skróciła się droga chorego od rozpoznania do wdrożenia leczenia specjalistycznego.*

– *Musimy zachęcać Polaków do badania się* – apelował marszałek **Stanisław Karczewski** i podkreślał, że należy motywować również lekarzy, samorządowców i media do udziału w akcjach profilaktycznych. Wskazywał również rolę domu, szkoły, a nawet przedszkola w kształtowaniu nawyków zdrowotnych związanych z prawidłowym odżywianiem się, aktywnością fizyczną, higieną i unikaniem używek. Zwrócił też uwagę na znaczenie szczepień ochronnych. – *Gdybyśmy się nie szczepili, musielibyśmy leczyć choroby, które zostały dawno wyeliminowane* – powiedział marszałek Karczewski.



Jako komentatorzy wystąpienie eksperckich głos w debacie zabierali przedstawiciele mediów. „Puls” reprezentowała redaktor naczelna **Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**. ■

ach

Prof. **Grzegorz Opolski**, kierownik Kliniki Kardiologii WUM, przestrzegał przed siedzącym trybem życia, który jest jednym z poważniejszych czynników ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych.

– *13 to średnia liczba zębów, które zachowuje Polak po 65. roku życia* – mówiła prof. **Renata Górka**, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, podkreślając związek chorób przyzębia ze zdrowiem całego organizmu. – *To przede wszystkim wynik złej higieny jamy ustnej.*

– *Co trzeci Polak nigdy nie był u okulisty* – alarmowała prof. **Iwona Grabska-Liberek**, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, i wskazywała, że pacjenci zgłaszają się do lekarza zbyt późno, gdy choroby narządu wzroku są już zaawansowane.

– *20–25 proc. dzieci ulega poparzeniu słonecznemu w pierwszych 10 latach życia* – informował prof. **Sławomir Majewski**, kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii WUM, podkreślając znaczenie edukacji zdrowotnej w profilaktyce nowotworów skóry.

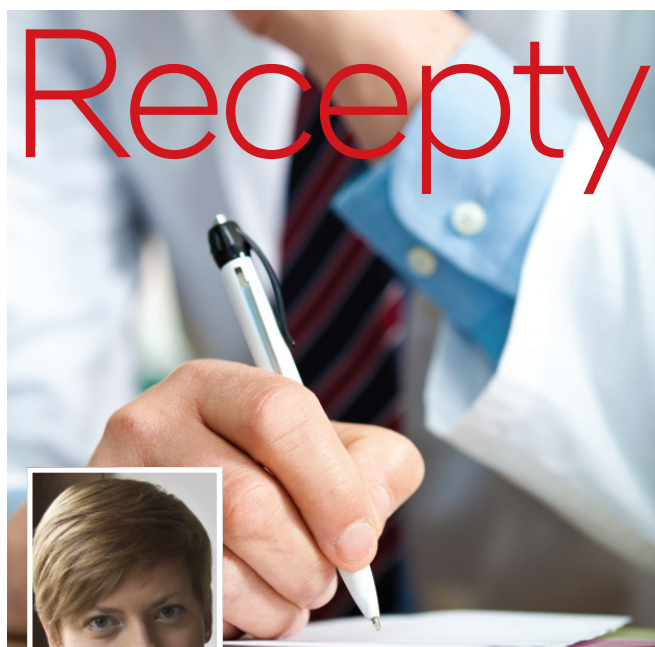
O właściwym odżywianiu się i ogromnej roli znajomości zasad dietetycznych mówił prof. **Miroslaw Jarosz**, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia. Przekonywał, że profilaktyka raka i otyłości jest możliwa.

Szanowni Państwo,

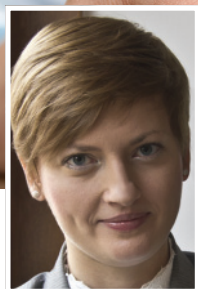
w „Pulsie” z kwietnia z 2015 r. przeczytałem będącą bardzo wówczas na czasie interpretację prawną dr. n. praw. Janusza Jaroszyńskiego z Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz dr. n. med., mgr farm. Zofii Specht-Szwoch z Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku nowych zapisów dotyczących wystawiania tzw. recept zaocznych. Czas pokazał, że mimo niewielkiej objętościowo zmiany przepisów wciąż pojawia się wiele wątpliwości w zakresie ich stosowania w praktyce. Stąd prośba o dodatkową interpretację zapisów ustawy z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2014 r., poz. 1138) art. 3, dotyczących zmiany treści ustawy o zawodzie lekarza.

1. Czy z obecnej treści art. 42.2 ustawy o zawodzie lekarza należy wnioskować, że wystawienie recepty na środki niesłużące do leczenia, choć stosowane przewlekłe (np. środki antykoncepcyjne), nie jest zgodne z ustawą? Co do zasady antykoncepcja nie jest leczeniem, a ustawodawca wyraźnie użył określenia „kontynuacji leczenia”.
2. Czy w związku z faktem niewymienienia pacjenta w ust. 3. art. 42 wśród osób, którym może być przekazana taka recepta, należy wnosić, iż wydanie pacjentowi, dla którego jest wystawiona, jest niezgodne z ustawą?
3. Kto ponosi odpowiedzialność w przypadku wydania recepty osobie nieupoważnionej do odbioru lub nieodnotowania danych tej osoby w dokumentacji pacjenta, jeżeli w placówce osobą wydającą receptę jest pracownik rejestracji, a nie lekarz?

Adam Bochenek



Fot. archiwum



Katarzyna Czyżewska, adwokat
Czyżewscy Kancelaria Adwokacka

Fot. licencja Artmedia Partners

Obecnie przepisy prawa nie zawierają legalnej definicji słowa „leczenie”. Przyjmując zatem za punkt wyjścia definicję językową, należy stwierdzić, że gdy stosowanie terapii hormonalnej przez ordynowanie środków antykoncepcyjnych służy bezpośredniej lub pośredniej poprawie zdrowia pacjenta, tj. jego leczeniu, lekarz zgodnie ze wspomnianym przepisem może wystawić receptę zaoczną. Kwalifikacja możliwości wystawiania recepty zaocznej przez lekarza w kontekście stosowania środków antykoncepcyjnych będzie każdorazowo uzależniona od osobistej oceny potrzeby stosowania dokonanej przez specjalistę, a mianowicie rozstrzygnięcia, czy przyjęta terapia ma na celu poprawę zdrowia pacjenta bądź jego utrzymanie na właściwym poziomie, czy jedynie zapobieżenie niepożądanemu zajściu w ciążę. W tym drugim przypadku wystawienie recepty zaocznej nie będzie możliwe.

Niezależnie od tego należy wskazać, że art. 42.2 ustawy o zawodzie lekarza dotyczy jedynie wyjątku, jakim jest prawo do wystawienia recepty bez poprzedniego zbadania pacjenta (zaocznie). W związku z tym, nawet jeżeli w konkretnym przypadku środki antykoncepcyjne miałyby być przepisane pacjentce wyłącznie w celu zapobieżenia zajściu w ciążę i bez związku z procesem leczenia, lekarz jest w pełni uprawniony do wystawienia recepty na nie, tylko nie zaocznie, lecz po zbadaniu pacjentki.

ad. 2.

Wskazany przez czytelnika przepis art. 42 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty brzmi:

„W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., poz. 271, z późn. zm.) i art. 38a ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2016 r., poz. 1536 i 1579), mogą być przekazane:

- a) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruku informacyjnego;
- b) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Odpowiadam na przesłane pytania:

ad. 1.

Zgodnie ze wskazanym art. 42 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, istotnie lekarzowi przysługuje prawo wystawienia recepty bez dokonania badania pacjenta po spełnieniu trzech ustawowych przesłanek:

- a) recepta jest niezbędna do kontynuacji leczenia,
- b) porada receptowa musi być uzasadniona stanem zdrowia pacjenta,
- c) stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady receptowej musi być odzwierciedlony w jego dokumentacji medycznej.

Zapisy określające okoliczności, w których lekarz jest uprawniony do wystawienia tzw. recepty zaocznej, stanowią wyjątek od ogólnie przyjętych zasad uzasadniających wystawianie recept, tj. konieczności uprzedniego zbadania pacjenta w celu uzasadnienia konieczności zaordynowania produktu leczniczego.

KOMUNIKAT

W związku z zarządzeniem prezesa NFZ nr 44/2017/DGL z 29 czerwca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie informuje, że osoby uprawnione, które nie wystąpiły dotychczas z wnioskiem o utrzymanie uprawnień do pobierania unikalnych numerów recept, a które zgłaszają chęć dalszego ich wystawiania, proszone są o zgłoszenie się do siedziby Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w celu dopełnienia formalności wynikających z ww. zarządzenia.

Przypominamy, że zgodnie z §1 zarządzenia nr 44/2017/DGL prezesa NFZ z 29 czerwca, zmieniającym zarządzenie nr 80/2016/DGL prezesa NFZ z 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty, osoby uprawnione zobowiązane są do przekazania do oddziału funduszu wniosku o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept **w terminie 12 miesięcy od dnia wygaśnięcia umowy upoważniającej, tj. do 31 grudnia 2017 r.**

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, ul. Chałubińskiego 8, godziny pracy: od poniedziałku do piątku 8.00–16.00, w czwartki 8.00–18.00, tel.: 22-279-76-55, 22-279-76-24.

Ewa Miękus-Pączek, sekretarz ORL w Warszawie

Zgodnie zatem z treścią przepisu, recepta lub zlecenie na wyroby medyczne mogą, lecz nie muszą być przekazane osobie trzeciej albo innej, wskazanej przez uprawnionego, na podstawie oświadczenia pacjenta przedstawionego podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych. Tym samym gdy wspomniane oświadczenie nie zostanie złożone przez pacjenta, któremu przepisano produkt leczniczy, lub gdy sporządzenie oświadczenia nie zostanie prawidłowo odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta, jedyną osobą uprawnioną do odbioru recepty będzie pacjent.

ad. 3.

Należy przyjąć, że za prawidłowość wystawienia recepty odpowiada lekarz lub inna uprawniona osoba, która receptę wystawiła (np. lekarz dentysta, uprawniona pielęgniarka). Kwestię sposobu i kontroli prawidłowości wydanej recepty reguluje rozporządzenie z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. §29 rozporządzenia stanowi, że: „*Kontrola wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę działań osoby wystawiającej receptę w zakresie:*

- 1) *zgodności danych zamieszczonych na receptycie z prowadzoną dokumentacją medyczną,*
- 2) *prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa”.*

Przepisy prawa natomiast nie regulują bezpośrednio trybu zlecenia czynności technicznej, polegającej na wręczeniu recepty, innej osobie niż wystawca recepty, np. pracownikowi administracyjnemu przychodni lub pracownikowi recepcji. Podobnie brak regulacji przesądzającej, kto odpowiada w przypadku nieprawidłowego wydania recepty. Niemniej jednak należy przyjąć, że również lekarz (bądź inna osoba, która receptę wystawiła) odpowiada za prawidłowość wydania recepty osobie upoważnionej do jej odbioru, nawet jeżeli faktycznie receptę wydaje pracownik recepcji. ■

Czy potrzebujesz pomocy?



ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

może dotyczyć również Ciebie.
Jest szczególnie destrukcyjny dla lekarzy,
dotyka również pacjentów.
Jeśli czujesz, że ten problem dotyczy Ciebie...

MOŻEMY CI POMÓC

Zwróć się do specjalistów OIL w Warszawie.
Dyskretna, bezpłatna konsultacja i terapia.

ZADZWOŃ:

lek. dent. Monika Potocka,
OIL w Warszawie
tel. 512-331-230

wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl



Fot. och

Wciąż przegrywa

Ewa Szarkowska

Liczba polskich dzieci z nadwagą i otyłością stale rośnie. Od kilku lat są zaliczane do najszybciej tyjących w Europie.

Odpowiednie żywienie jest warunkiem prawidłowego rozwoju psychofizycznego dzieci, zwłaszcza w wieku szkolnym. Niewłaściwe odżywianie może prowadzić do powstania wielu groźnych chorób, może być również przyczyną gorszych wyników w nauce (uczniowie mają np. słabszą koncentrację). Tymczasem badania Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie wskazują, że nadwaga i otyłość dotyczą 22 proc. dzieci i młodzieży szkolnej. Najwyższy odsetek przypadków nadmiernej masy ciała odnotowano w województwach: mazowieckim i łódzkim (około 30 proc.), najniższy zaś w województwach: śląskim, małopolskim i świętokrzyskim (16–18 proc.).

– Z różnych badań wynika, że wzrasta zwłaszcza odsetek otyłości. W Polsce dotychczas odsetek otyłych uczniów w większości województw nie przekroczył 5 proc., lecz tempo narastania ich liczby ma istotny statystycznie trend wzrostowy. Poza tym liczba dzieci ze stanem przedotyłościowym, czyli nadwagą, jest podobna jak w innych krajach – podkreśla dyrektor IŻiŻ, prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz.

Wprowadź dane z międzynarodowych badań Health Behaviour in School-aged Children, uwzględniające grupę wiekową 11–15 lat, wskazują, że ów trend powoli wyhamowuje, ale zdaniem prof. Jarosza nadal ma znaczne nasilenie i wymaga działań zarówno profilaktycznych, jak i naprawczych.

NIK identyfikuje źródła problemu

W najnowszym raporcie, pt. „Odżywianie dzieci w szkołach”, NIK potwierdza, że od 2012 do 2016 r. odsetek uczniów z nieprawidłową masą ciała wzrósł o ponad 5 proc. i w ubiegłym roku problem dotyczył już co piątego ucznia. Z badań BMI przeprowadzonych przez pielęgniarki w skontrolowanych szkołach (w województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim i kujawsko-pomorskim) wynika, że najszybciej podnosił się odsetek dzieci otyłych, u których nadmiar tkanki tłuszczowej występował w stopniu zaawansowanym (wzrost o 3,3 proc.), oraz z nadwagą, czyli umiarkowanym nadmiarem tkanki tłuszczowej (wzrost o 1,5 proc.).

– Chociaż w szkołach prowadzone były ogólnopolskie programy profilaktyczne promujące zdrowe żywienie i działania edukacyjne kształtujące prawidłowe nawyki żywieniowe, nie zatrzymały tej niebezpiecznej tendencji. Skuteczność programów żywieniowych „Mleko w szkole” oraz „Owoce i warzywa w szkole” osłabiła m.in. niezrealizowanie jednego z podstawowych założeń, czyli spożywania otrzymywanych produktów na terenie szkoły – mówi prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski.

Owoce i warzywa zawsze jadło w szkole zaledwie 10 proc. uczniów. Pozostałe dzieci zabierały je do domu i często ich w ogóle nie spożywały.

OPINIE

Lepiej zapobiegać niż leczyć

Dr Bożena Janicka, lekarz rodzinny i pediatra, prezes Porozumienia Pracowników Ochrony Zdrowia

Obecny system opieki zdrowotnej i edukacja daleko odbiegają od oczekiwań. Szczególnie programy profilaktyki skierowane do dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna, dietetyka, aktywność ruchowa w szkole i poza nią. Ze względu na rosnącą grupę dzieci i młodzieży z otyłością oraz wynikające z tego problemy zdrowotne (cukrzyca

typu II, nadciśnienie tętnicze, wady postawy, zwyrodnienia kręgosłupa itd.) ważne jest, aby podjąć szeroką walkę z tym zjawiskiem. Powinna objąć: programy profilaktyczne z celowanymi badaniami diagnostycznymi, edukację dzieci i młodzieży już od przedszkola, szerzenie wiedzy i zaleceń wśród rodziców i opiekunów, motywatory dla pracowników podmiotów opieki zdrowotnej oraz placówek oświatowych, ze wskazaniem źródła finansowania.



Fotograf: archiwum

Podjęcie szybkich działań w tym zakresie jest konieczne dla zdrowia dzieci i młodzieży, naszych obywateli. Lepiej zapobiegać niż leczyć.

Potrzebne rozwiązania organizacyjne i profilaktyka

Dr n. med. Elżbieta Tomiak, Kolegium Lekarzy Rodzinnych

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej i Polskim Towarzystwem

Badań nad Otyłością zainicjowało wydanie w 2014 r. „Wytuczonych postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego”. Aktualnie dobiegają końca prace redakcyjne nad uaktualnieniem publikacji. Jednocześnie KLR omawia problem otyłości, także u dzieci i młodzieży, na organizowanych przez siebie kongresach i licznych konferencjach. Nie ulega wątpliwości, że te działania przybliżyły lekarzom rodzinnym aktualną wiedzę w tym zakresie.



my walkę z otyłością

Fot. licencja Artmedia Partners



Szkolne sklepiki i stołówki

Skuteczność programów osłabiała też m.in. dostępność niezdrowych produktów w części sklepików szkolnych oraz podawanie uczniom w szkole obiadów niejednokrotnie przekraczających normy żywienia dzieci i młodzieży.

– W blisko 30 proc. badanych sklepików szkolnych produkty nie odpowiadały wymogom nowego rozporządzenia

w sprawie żywienia dzieci i młodzieży. Istotnym problemem było również podawanie uczniom obiadów niespełniających norm żywienia dzieci i młodzieży. We wszystkich zbadanych na zlecenie NIK jadłospisach była zawyżona zawartość białka i węglowodanów, a w prawie wszystkich – tłuszczów. Wykryto także nadmierną ilość sodu, w przeszło połowie jadłospisów dopuszczalna norma została przekroczona trzykrotnie – twierdzi prezes Kwiatkowski. ►

Problem jednak lawinowo narasta w populacji polskich dzieci. W związku tym trudno być może dostrzec efekty działań lekarzy rodzinnych. Według danych opublikowanych przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie w Polsce w ostatnich 30 latach nastąpił wzrost częstości zachorowań dzieci na nadwagę i otyłość (dziesięciokrotnie wśród dziewcząt: z 0,35 do 3,4 proc., i blisko trzykrotnie wśród chłopców: z 1 do 2,8 proc.). Poza danymi statystycznym pochodzącymi z kilku edycji badania LIPIDOGRAM, dotyczącego osób dorosłych, raczej brak w tym zakresie stosownych badań i opracowań.

Już od chwili urodzenia dzieci w trakcie badań bilansowych lekarze rodzinni monitorują ich masę ciała i odpowiednio reagują – diagnozują, edukują. Niewątpliwą przeszkodą w podejmowaniu przez nich skutecznych działań jest brak rozwiązań organizacyjnych w publicznym systemie ochrony zdrowia, które pozwoliłyby w odpowiednim momencie przekazać otyłe dzieci pod opiekę zespołu specjalistycznego, w skład którego oprócz lekarza wchodziłby m.in. dietetyk, psychoterapeuta, terapeuta leczący ruchem. My, lekarze rodzinni, dostrzegamy również konieczność edukacji całych rodzin w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia oraz podejmowania działań profilaktycznych przez szkoły.

Skuteczna terapia wymaga mobilizacji dziecka

Prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera, pediatra i endokrynolog, przewodnicząca Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością

Wytyczne są tylko wskazówkami dla lekarzy, jaką drogę postępowania zasugerować pacjentowi i jego rodzinie. Natomiast realizacja zaleceń należy wyłącznie do zainteresowanych (a czasem i niezainteresowanych) leczeniem otyłości dzieci i ich rodziców.



Terapia ta wymaga długiej i wytrwałej mobilizacji całej rodziny, co jest znacznie trudniejsze niż poknięcie tabletek lub syropu kilka razy dziennie przez określony czas. Brak mobilizacji ze strony dziecka, które nie zdaje sobie sprawy jak ważne dla jego zdrowia jest zmniejszenie nadwagi, na pewno nie ułatwia lekarzowi prowadzenia terapii.

Kontrola ujawniła też za krótkie i zbyt wczesne przerwy obiadowe. W skrajnym przypadku obiady wydawane były już od godziny 9.20. NIK podkreśla, że tak wczesne podawanie obiadu uczniom utrudnia wyrobienie nawyku spożywania posiłków o odpowiedniej porze i utrzymywania prawidłowych przerw między nimi.

Gminy nie znają potrzeb

Mimo że skontrolowane szkoły corocznie prowadziły badania BMI, blisko połowa w ogóle nie gromadziła ani nie analizowała wyników, a żadna nie przekazywała ich organowi prowadzącemu. Dlatego żadna gmina nie posiadała informacji o liczbie uczniów z nieprawidłową masą ciała. W efekcie samorządy nie rozpoznawały potrzeb i problemów związanych z prawidłowym żywieniem dzieci. W ocenie NIK uzyskanie wiedzy na temat skali zaburzeń masy ciała wśród uczniów, choć nie wynika z obowiązujących przepisów, wydaje się niezbędne do prawidłowego określenia celów szkolnych programów wychowawczych oraz profilaktyki.

Zdaniem NIK jednostki samorządu terytorialnego powinny wykorzystywać zbiorcze wyniki badań BMI w planowaniu działań profilaktycznych oraz ocenie ich skuteczności, a także aktywnie wspierać szkoły w działalności edukacyjnej w zakresie zasad zdrowego żywienia. Izba zaleca szkołom m.in. wspólne spożywanie śniadań nauczycieli z uczniami oraz wyznaczanie właściwych przerw między lekcjami umożliwiających spokojne zjedzenie obiadu wszystkim uczniom korzystającym z tej formy żywienia.

Profilaktyka daje efekty

– Polska pod względem nasilenia zjawiska otyłości u dzieci i młodzieży znalazła się w przełomowym momencie, istnieje bowiem szansa na zatrzymanie tej epidemii i uniknięcie drogi, jaką przeszły inne kraje – przekonuje prof. Jarosz.

W ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy KIK/ /34 „Edukacja i wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach i szkołach oraz ocena wpływu tej edukacji na sposób żywienia, stan odżywienia, aktywność fizyczną i poziom wiedzy dzieci i młodzieży” IŻiŻ, we współpracy z Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie, przeprowadził program edukacyjny skierowany do dzieci i młodzieży z 1,6 tys. placówek przedszkolnych i szkolnych w całym kraju. Działania realizowane przez dwa lata przyczyniły się m.in. do wzrostu liczby dzieci jedzących pięć posiłków, zmniejszenia odsetka codziennie pijących słodkie napoje i jedzących słodycze, zwiększenia liczby uczniów uczestniczących w zajęciach wychowania fizycznego.

– Bardzo ważnym osiągnięciem było zmniejszenie o 1 proc. (w szkołach podstawowych o 3 proc.) nadwagi i otyłości wśród uczniów objętych programem edukacyjnym. Rezultat jest tym cenniejszy, że działania realizowane w programie edukacyjnym obejmowały populację w wieku rozwojowym i skoncentrowane były na edukacji o charakterze prewencyjnym. Programy edukacyjne skierowane do uczniów w placówkach oświatowych mogą być zatem skutecznym narzędziem radzenia sobie z dużym problemem, jakim jest nadmierna masa ciała, w tym otyłość, dzieci i młodzieży – podkreśla prof. Jarosz. ■

Potrzebna refundowana porada dietetyka

Rzecznik praw dziecka zaapelował do ministra zdrowia o wprowadzenie porady żywieniowo-dietetycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Marek Michalak w piśmie do szefa resortu zdrowia Konstantego Radziwiłła podkreśla, że nadwaga i otyłość u dzieci to poważny problem zdrowotny, występujący szczególnie często wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, przynoszący istotne negatywne skutki społeczne i gospodarcze. Podaje się, że w Polsce choroby związane nadwagą i otyłością mogą być przyczyną 25 proc. hospitalizacji. Szacunki wskazują, że koszty leczenia otyłości i powiązanych z nią ośmiu głównych powikłań wynoszą około 5 proc. całkowitych wydatków NFZ, a do tego należy doliczyć wydatki ZUS.

RPD wskazuje, że jednym z rozwiązań postulowanych przez przedstawicieli środowiska medycznego, organizacji pozarządowych, ekspertów i dietetyków jest uwzględnienie porady żywieniowo-dietetycznej w koszyku świadczeń gwarantowanych. Rzecznik przypomina, że w lipcu 2015 r. konsultanci krajowi, eksperci, lekarze, pielęgniarki, dietetycy i przedstawiciele organizacji pozarządowych wystosowali apel w sprawie zapewnienia kobietom w ciąży i rodzicom dzieci do 36. miesiąca życia porad żywieniowych finansowanych ze środków publicznych.

– Dla skuteczności interwencji mających na celu zmniejszenie nierówności związanych z otyłością najważniejsze jest podjęcie ich przed poczęciem, a następnie w okresie prenatalnym, niemowlęcym oraz we wczesnym dzieciństwie – podkreśla Marek Michalak.

Rzecznik przywołuje wyniki ogólnopolskiego badania „Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5. do 36. miesiąca życia”, przeprowadzonego w 2016 r. przez Instytut Matki i Dziecka, które dowodzą, że jedynie 7 proc. polskich matek komponuje swoim dzieciom odpowiednią dietę, a 85 proc. jest przekonanych, że robią to właściwie. 88 proc. dzieci po pierwszym roku życia spożywa za mało warzyw w codziennej diecie, 83 proc. dzieci w tej grupie wiekowej otrzymuje posiłki dosalane, a 75 proc. spożywa nadmierną ilość cukru. Ekspersi z Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przeprowadzili także badanie oceniające sposób żywienia i stan odżywienia w grupach wiekowych 6 i 12 miesięcy, które wykazało m.in., że niemowlęta spożywają zdecydowanie zbyt dużą liczbę posiłków dziennie. ■

Ewa Szarkowska

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.

Środowisko lekarskie oraz podmioty lecznicze, publiczne i niepubliczne, krajowe i zagraniczne znajdą w Centrum Kariery wiarygodnego i kompetentnego HR Partnera, który wesprze Ich działania w następujących obszarach:

- ❖ Bezpłatne pośrednictwo pracy
- ❖ Outsourcing procesu rekrutacji na stanowiska lekarskie
- ❖ Doradztwo personalne
- ❖ Szkolenia z zakresu kompetencji psychospołecznych (miękkich)
- ❖ Ekspertskie centrum informacji dla młodych lekarzy oraz lekarzy cudzoziemców planujących pracę w Polsce, wraz z wyszukiwarką miejsc specjalizacyjnych

Centrum Kariery dla swoich Klientów poszukuje lekarzy Specjalistów i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego na następujące stanowiska pracy:

Nr ref. **2/2/INT-MR/MAZ**

Lekarz POZ (specjalizacja z Medycyny Rodzinnej lub Chorób Wewnętrznych)

Placówka o ugruntowanej pozycji mieści się 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, przechodnia świadczy usługi odpłatne. Dysponuje również własną apteką realizującą recepty refundowane.

Wymagania:

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

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- ❖ B. atrakcyjne wynagrodzenie oraz pakiet korzyści w tym opłacone umeblowane mieszkanie służbowe oraz ryczałt na samochód

Nr ref. **4/26/RM/WAW**

Specjalista Fizjoterapii

Znany ośrodek rehabilitacji dziennej wraz ze specjalistyczną poradnią w Warszawie z placówkami w Ursusie i na Białołęce.

Wymagania:

- ❖ Tytuł magistra - specjalisty Fizjoterapii
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Prawo jazdy kat. B

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin dopasowanym do możliwości kandydata
- ❖ Atrakcyjne wynagrodzenie
- ❖ Dla kandydatów zamiejscowych pracodawca widzi możliwość zwrotu kosztów dojazdów

Nr ref. **7/25/PT/MAZ**

Lekarz Specjalista Protetyki Stomatologicznej

Specjalistyczna przychodnia stomatologiczna o uznanej renomie w Otwocku.

Wymagania:

- ❖ Kwalifikowany specjalista
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Ubezpieczenie zawodowe OC
- Doświadczenie w implantoprotetyce będzie dużym atutem

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie kontraktu
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Możliwość rozwoju w renomowanej firmie

Nr ref. **6/23/PG/LUB**

Lekarz Specjalista Położnictwa i Ginekologii

Nowoczesny, niepubliczny szpital zlokalizowany 70 km od Wrocławia.

Wymagania:

- ❖ Specjalista, Rezydent ostatniego roku Położnictwa i Ginekologii
- ❖ Aktualne PWZ

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie do uzgodnienia
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Pracę w zgranym i profesjonalnym zespole

CV wraz z podaniem
w tytule nr ref. oferty
prosimy przysłać na adres email:
jacek.kopacz@oilwaw.org.pl

Osoba do kontaktu:

Jacek Kopacz
tel. 22 542 83 63
kom/whatsapp: 784 986 594

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).

CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. jest wpisane do Rejestru Podmiotów Prowadzących Agencję Zatrudnienia pod nr 15976



Fot. archiwum

Klauzule niedozwolone w umowach konsumenckich i kredytowych

Natalia Łukawska

Umowy kredytowe to zazwyczaj wieloletnie zobowiązania, których podpisanie należy każdorazowo dokładnie przemyśleć, a przede wszystkim przeanalizować skutki ich zawarcia, ponieważ mogą trwać nawet kilkadziesiąt lat. Warto również wiedzieć, na co zwrócić szczególną uwagę przed podpisaniem umowy kredytowej, jakie zapisy nie powinny się w niej znaleźć oraz co zrobić, gdy już po jej podpisaniu odkryjemy istnienie sprzecznych z prawem postanowień, czyli tytułowych klauzul niedozwolonych.

Czym jest klauzula niedozwolona i jak ją rozpoznać?

Klauzule niedozwolone (często zwane również klauzulami abuzywnymi) to niezgodne z prawem postanowienia, których nie wolno stosować w umowie zawieranej z konsumentem. Przesłankami abuzywności omawianych postanowień są ich sprzeczność z dobrymi obyczajami i rażąca naruszenie interesów konsumenta, a obydwie te warunki powinny wystąpić łącznie. Dobre obyczaje nawiązują do wyobrażeń o uczciwych i rzetelnych działaniach stron. Istotą dobrych obyczajów jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka, wskutek czego sprzeczne z nimi są działania wykorzystujące m.in. niewiedzę, brak doświadczenia drugiej strony, naruszanie zasady równorzędności stron¹.

Organem uprawnionym do wydawania decyzji o abuzywnym charakterze danego postanowienia jest prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który prowadzi bazę takich decyzji zamieszczoną na stronie internetowej urzędu.

Dodatkowo do 2026 r. będzie istniał stary rejestr klauzul niedozwolonych. Znajdują się w nim wzorce umowy, które Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów prawomocnym wyrokiem uznał za niedozwolone, oraz te, w sprawach których pozwy wpłynęły do SOKiK od 17 kwietnia 2016 r. Tego dnia bowiem weszła w życie nowelizacja ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, na mocy której to UOKiK – a nie SOKiK – decyduje o niedozwolonym charakterze danej klauzuli zawartej we wzorcu umowy. Co jednak ważne, wszyst-

kie klauzule zamieszczone w starym rejestrze nadal są uznawane za niedozwolone, a posługiwanie się nimi jest zabronione. W latach 2002–2016 prezes UOKiK prowadził natomiast rejestr niedozwolonych postanowień umownych, które były stwierdzane prawomocnym wyrokiem sądu. Od 2002 r. w wykazie znalazło się prawie 7 tys. zapisów, których stosowanie UOKiK uznał za niedozwolone, w tym 200 dotyczących usług finansowych oraz 450 dotyczących bezpośrednio usług bankowych.

Przykłady z życia wzięte – popularne klauzule w umowach kredytowych

Konsumenta, który decyduje się podpisać umowę kredytową, w pierwszej kolejności powinny zaniepokoić wszelkie postanowienia umowy o następującym charakterze:

- wyłączające (lub ograniczające) odpowiedzialność za szkody na osobie albo za brak wykonania lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez kredytodawcę,
- zezwalające kredytodawcy na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy bez zgody konsumenta,
- uzależniające zawarcie umowy od przyrzeczenia przez konsumenta, że będzie zawierał dalsze umowy podobnego rodzaju lub zawarcie umowy będzie uzależnione od wykonania innego zobowiązania,
- zastrzegające, że kredytodawca ma prawo do wypowiedzenia umowy zawartej na czas nieokreślony bez wskazania ważnych przyczyn i zachowania stosownego terminu.

A oto przykłady niedozwolonych postanowień umownych najczęściej spotykanych w umowach zawieranych z instytucjami finansowymi, które decyzją sądu lub prezesa UOKiK zostały uznane za niedopuszczalne:

- uzależnienie udzielenia kredytu od podpisania umowy ze wskazanym ubezpieczycielem, zobowiązania do skorzystania z dodatkowej karty kredytowej czy otworzenia nowego rachunku bankowego: „Kredytobiorca nieposiadający w Banku rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego zobowiązuje się do otwarcia do dnia uruchomienia kredytu rachunku EKSTRAKONTO (z wyłączeniem EKSTRAKONTO A’VISTA), zgodnie z regulaminem otwierania i prowadzenia rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych EKSTRAKONTO, oraz złożenia deklaracji stałych wpłat na rachunek w kwocie nie niższej niż rata kapitałowo-odsetkowa wynikająca z harmonogramu spłat, pod rygorem odstąpienia przez Bank od umowy w dniu przewidywanego uruchomienia kredytu” (klauzula niedozwolona nr 267, sygn. akt: XVII AmC92/03);

¹ Kodeks cywilny. Komentarz, red. prof. dr hab. Edward Gniewek, prof. dr hab. Piotr Machnikowski, Warszawa 2017 r.

- niekontrolowane i nieograniczone opłaty naliczane przez kredytodawcę, przekraczające wysokość rzeczywistego świadczenia: „W przypadku niewykonania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy Kredytobiorca poniesie koszty związane z monitorowaniem Kredytobiorcy: 1. telefoniczne upomnienie Kredytobiorcy związane z nieterminową spłatą kredytu – 13 zł; 2. korespondencja kierowana do Kredytobiorcy związana z nieterminową spłatą kredytu (zawiadomienie, upomnienie, prośba o dopłatę, wystawienie Bankowego Tytułu Egzekucyjnego), za każde pismo. Opłatą za korespondencję kierowaną do poręczycieli Bank obciąża dodatkowo Kredytobiorców według tych samych stawek – 15 zł; 3. wyjazd interwencyjny do Kredytobiorcy – 50 zł” (klauzula niedozwolona nr 1796, sygn. akt: XVII AmC 624/09);
- przerzucanie na konsumenta kosztów prowadzenia działalności banku: „Zawiadomienie posiadacza rachunku, kredytobiorcy, poręczycieli o wypowiedzeniu umowy (...) wysłane listem zwykłym – 15 zł, wysłane listem poleconym – 20 zł” (klauzula niedozwolona nr 1806, sygn. akt: XVII AmC 96/08);
- przyznanie bankowi prawa do stwierdzania skuteczności doręczenia pism: „Wszelka korespondencja wysłana przez Bank do Kredytobiorcy pocztą lub kurierem na ostatni podany przez niego adres do korespondencji (adres zameldowania, w przypadku gdy Kredytobiorca nie podał adresu do korespondencji), będzie uważana za doręczoną” (klauzula niedozwolona nr 1681, sygn. akt: XVII AmC 513/09);
- ustalenie sądu właściwego w przypadku powstania ewentualnych sporów jako sądu właściwego dla siedziby przedsiębiorcy: „Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy rozstrzygają sądy powszechne właściwe dla siedziby Banku” (klauzula niedozwolona nr 1793, sygn. akt: XVII AmC 1190/09);
- przyznanie kredytodawcy prawa do ogólnego ustalania daty zapłaty bez wskazania dokładnych terminów: „W przypadku wpłynięcia na rachunek bankowy Pożyczkodawcy płatności, która nie może być zidentyfikowana (np. nie podano tytułu przelewu), płatność uznaje się za niedokonaną do czasu jej zidentyfikowania” (klauzula niedozwolona nr 6219; sygn. akt: XVII AmC 937/14).

Kredyty walutowe i dopuszczalność klauzul waloryzacyjnych

Bardzo często wątpliwości prawne budzi nawet sama umowna waloryzacja kredytu, jednak jeśli przyjmiemy, że jest dopuszczalna, sam sposób jej stosowania przez banki w umowach uznać należy za daleki od ideału. Często praktyką w przypadku kredytów walutowych jest zastrzeżenie w umowach, że przeliczenie kwoty kredytu z polskich złotych na walutę obcą następuje po bankowym kursie kupna waluty, natomiast przeliczenie rat z waluty obcej na polskie złote – po bankowym kursie sprzedaży waluty. Taki zapis powoduje zawyżanie zobowiązania kredytobiorcy przez zastosowanie dwóch różnych mierników wartości – raz kursu kupna, który zwyczajowo jest niższy, a raz kursu sprzedaży. Tymczasem waloryzacja powinna być dokonywana w oparciu o jednolity, obiektywny miernik wartości, co oznacza, że bank powinien przyjąć jeden kurs do przeliczania zarówno kwoty kredytu, jak i rat.

Zauważając nieuczciwą praktykę stosowaną przez banki, prezes UOKiK wystąpił przeciwko jednemu z większych przedsiębiorców z sektora usług bankowych, a konse-

kwencją jego interwencji był wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie², w którym m.in. za niedozwolone uznano klauzule o następującej treści:

- „Kredyt jest indeksowany do CHF/USD/EUR po przeliczeniu wypłaconej kwoty zgodnie z kursem kupna CHF/USD/EUR według Tabeli Kursów Walut Obcych obowiązującej w banku [...] w dniu uruchomienia kredytu lub transzy (§2 ust. 2 Umowy o kredyt hipoteczny – dalej Umowa)”.
- „W przypadku kredytu indeksowanego kursem waluty obcej kwota raty obliczona jest według kursu sprzedaży dewiz, obowiązującego w Banku na podstawie obowiązującej w Banku Tabeli Kursów Walut Obcych z dnia spłaty (§8 ust. 3

Fot. licencja Artmedia Partners

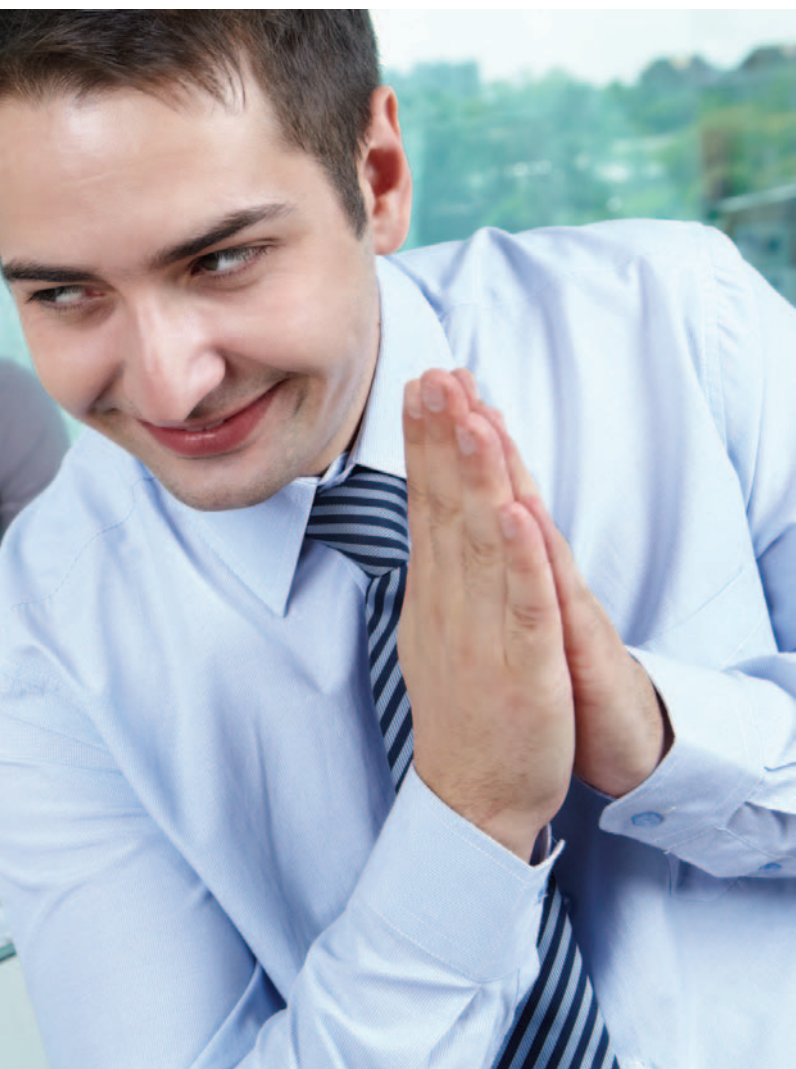


Regulaminu kredytowania osób fizycznych w ramach usług bankowości hipotecznej [...] – dalej Regulamin)”.

Podstawową kwestią, która zaważyła na werdykcie sądu, był brak wskazania konsumentowi, na jakich zasadach wspomniana Tabela Kursów Walut Obcych jest ustalana przez bank. Kwestionowane zapisy mogły prowadzić do zastosowania przez bank dowolnego kursu, a tym samym do nadużyć i czerpania dodatkowych korzyści, stanowiących koszt klienta, o którym nie został poinformowany przy zawieraniu umowy. Popularność ww. wyroku sprawiła, że obecnie praktyki tego typu nie są spotykane, jednak należy zawsze zwrócić uwagę na sposób dokonywania przez bank waloryzacji.

Skutki abuzywności postanowień i środki ochrony przysługujące konsumentowi

Podstawowe pytanie, które każdy zada sobie w tym miejscu, brzmi: co zrobić, jeśli w umowie znajduje się klauzula niedozwolona? Jeśli umowa nie jest jeszcze podpisana, należy zwrócić się z wnioskiem do banku o zmianę niedozwolonego postanowienia. Jeżeli bank tego nie zrobi, najlepiej pomyśleć o jego zmianie. W przypadku, gdy klauzulę umowną znajdziemy w umowie już po jej podpisaniu, nie ma się czym przejmować, ponieważ zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego takie postanowienie nie wiąże konsumenta z mocy prawa³.



Zawiadomienia dotyczące stosowania przez przedsiębiorców klauzul abuzywnych w umowach należy kierować do UOKiK, który ma prawo wydawania prawomocnej decyzji, że postanowienie jest niedozwolone. W takiej sytuacji postanowienie, wraz z uzasadnieniem, znajdzie się w bazie decyzji prowadzonej przez urząd. Decyzja UOKiK uznająca postanowienie wzorca umowy za niedozwolone ma skutek w stosunku do przedsiębiorcy, który ją stosował, oraz wobec wszystkich konsumentów, którzy zawarli z nim umowę posiadającą wskazaną w decyzji klauzulę. Przedsiębiorca, w stosunku do którego wydano decyzję, ma obowiązek zaprzestać zawierania umów o określonej treści. Oznacza to niestety, że jeżeli np. dwa banki stosują analogiczne klauzule abuzywne, a tylko wobec jednego

wydano decyzję, nie będzie ona wiążąca dla klientów drugiego banku. Publikowanie decyzji wraz z uzasadnieniem umożliwia jednak konsumentowi zorientowanie się, co dokładnie zostało zakwestionowane w postanowieniu. Jeśli zatem klauzula, którą ma w umowie, jest podobna, może przywołać wspomnianą decyzję w negocjacjach z przedsiębiorcą lub podnieść ten argument przed sądem powszechnym⁴.

Konsumenci mogą również szukać pomocy u powiatowych lub miejskich rzeczników konsumentów, których znaleźć można dzięki wyszukiwarce na stronie: uokik.gov.pl.

W jakim zakresie lekarz może się powołać na abuzywność postanowienia – umowa zawierana przez lekarza konsumenta vs. umowa zawierana przez lekarza przedsiębiorcę

Trzeba jednak zwrócić uwagę na zakres podmiotowy, do którego odnoszą się przepisy o braku skuteczności prawnej klauzul abuzywnych. Opisane zasady mają zastosowanie do zobowiązania zawierane wyłącznie przez konsumenta, przez którego rozumie się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. W umowach kredytowych zawieranych przez lekarzy w ramach prowadzonej przez nich praktyki lekarskiej w ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego co do zasady nie będzie możliwości powołania się na nieskuteczność postanowień. Dalej przedstawiam kilka prostych rad dla przedsiębiorców, które mogą pomóc w uniknięciu zawarcia niekorzystnego kontraktu.

Przed wszystkim należy dokładnie i cierpliwie czytać umowy, nawet jeżeli są bardzo długie i napisane małą czcionką (taka umowa może być wręcz sygnałem ostrzegawczym dla przedsiębiorcy). Jeżeli umowa jest niezrozumiała lub bardzo zawiła, każdorazowo można poprosić bank o wyjaśnienie poszczególnych jej postanowień (najlepiej na piśmie) albo zrezygnować z jej podpisania. Ostatecznością jest zlecenie analizy umowy prawnikowi. Korzystanie z pomocy prawnej przez przedsiębiorców, szczególnie w przypadku bardziej skomplikowanych umów, o dużej wartości, powinno być standardową procedurą.

Oczywiście istnieją procedury prawne, które w przypadku zawarcia rażąco niekorzystnego kontraktu pozwalają przedsiębiorcy powoływać się na jego nieważność (np. art. 353 kodeksu cywilnego stanowi, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości stosunku, ustawie i zasadom współżycia społecznego), jednak w praktyce napotyka to duże trudności. Przy zawieraniu jakichkolwiek umów przez przedsiębiorcę należy więc wyjątkowo dużo uwagi poświęcić procedurom prewencyjnym. ■

Autorka jest prawnikiem, absolwentką Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

Wydrukowano w Biuletynie DIL „Medium” 9/2017.

² Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 14.12.2010 r., sygn. akt: XVII AmC 426/09.

³ Kodeks cywilny, art. XXX.

⁴ Monika Dobrzańska, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa 2017 r.



Fot. egw

Rutyna i myśl twórcza

Tadeusz Tołłoczko

Posiadając wiedzę opartą na doświadczeniu, czasami przewaliamy siebie od myślenia w przypadku rutynowo powtarzanych czynności. A przecież każda czynność wykonywanej pracy powinna być sterowana i wzbogacana myślą. Tylko myśl bowiem stwarza szansę udoskonalenia i wzbogacenia wykonywanej pracy. Rutyna nie tworzy postępu. Prowadzi do hamującego postęp przyzwyczajenia. W tym aspekcie młodzież ma znaczącą przewagę nad starszymi, bowiem z racji wieku nie zdążyła jeszcze wpaść w rutynowy tok myślenia. Świeże spojrzenie ułatwia wykrycie nowości. Bardzo skuteczną metodą zapobiegającą popełnianiu metodycznych błędów jest dyskusja wykraczająca poza slogany i tok rutynowego rozumowania, zwłaszcza gdy nie ogranicza się ani do potakiwania, ani inwektyw i nie przeradza się w scysję.

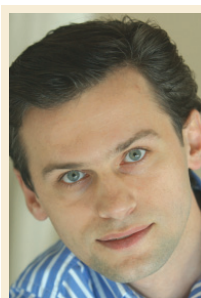
Często rutynowe postępowanie wynika z lenistwa rozumu, prowadzącego łatwą drogą do myślowych skrótów, które omijają tryb logicznego i przyczynowo-skutkowego myślenia w procesie podejmowania decyzji. Są to trudno zauważalne, ale istotne przyczyny późniejszej klęski. Rutynowe postępowanie to ciągle „to samo i tak samo”. Jest zwykle wynikiem masowego zapotrzebowania na jego produkty końcowe.

Jednak rutyna oznacza również doświadczenie, biegłość, wprawę. Walory, które sprawiają, że wykonywana praca podlega procedurom, co zmniejsza ryzyko jej złego wykonania, a więc zwiększa bezpieczeństwo. Ale w każdym przypadku rutynowo wykonywanej pracy lekarza zdarzyć się może konieczność jej modyfikacji uwarunkowanej nieprzewidywalną sytuacją kliniczną.

Gdy rutynowe czynności pozbawione zostają myślowej inwencji i nie budzą zainteresowania wykonawcy, przyjmują charakter nudnej pracy wyrobniczej. Dla pracownika staje się ona męką, jej wykonywanie jest pozbawione radości i twórczej satysfakcji. Ponadto brak twórczego udziału myśli w pracy wyklucza jej oryginalność. Ztraca się też zdolność dostrzegania innowacyjności i koniecznych zmian, a więc postępu.

Musimy jednak zdać sobie sprawę, że praca lekarza wykonywana rutynowo jest bardziej wydajna niż wykonywana sporadycznie i może pokryć społeczne zapotrzebowania na określone procedury lecznicze. Szybciej zmniejsza lub likwiduje kolejki chorych czekających na pomoc. Może tedy dawać w jakiejś części personelowi medycznemu poczucie zawodowego spełnienia i sprawiać mu satysfakcję.

Reasumując, można stwierdzić, że rutynowe postępowanie zwiększa na ogół sprawność i jakość działania, ale nie tworzy postępu, ponieważ zwykle skojarzone jest z myślową beczynnością. ■



Fot. archiwum

Zrób to dla Polski

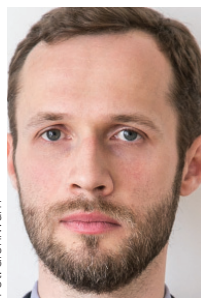
Paweł Walewski

Czy o to właśnie chodziło? Ministerstwo Zdrowia wydało blisko 3 mln zł na kampanię społeczną promującą zdrowy styl życia sprzyjający prokreacji, bowiem postanowiło zachęcić Polaków, aby wzięli przykład z królików. Zobaczymy za dziewięć miesięcy, czy naród pójdzie za przykładem uroczych zwierzątek i zadba o liczne potomstwo. Zdaje się, że to by było niektórym na rękę: nakarmić nas marchewką, w telewizji serwować sieczkę i same dobre wiadomości, abyśmy nie musieli się stresować, zlikwidować antykoncepcję i promować 500+ za posiadanie jak największej liczby dzieci. Dość obłudnie brzmi w tym kontekście usprawiedliwienie, że za treść kuriozalnego spotu odpowiadają wyłącznie spece od kampanii społecznych. – *Oni uznali, że właśnie taki sposób, kontrowersyjny, ale wywołujący dyskusję, będzie dobry na zwrócenie uwagi na problem, występujący zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, z niedostateczną liczbą rodzących się dzieci* – stwierdził minister zdrowia. Spójrzmy na identyczne kampanie w Danii (wystarczy wpisać w wyszukiwarce internetowej: „Do it for Denmark”), a zaraz zobaczymy różnicę w sposobie myślenia o prokreacji prezentowanym w naszej reklamie i podobnych zagranicznych.

Tylko czy aby na pewno twórcy owej kampanii ponoszą winę za infantylny sposób, w jaki potraktowano Polaków, przy okazji wydając mnóstwo pieniędzy? Autorzy zenującej reklamy prozdrowotnej z firmy Propeller Film stwierdzili, że bali się innej metody instruowania o zdrowiu seksualnym, by nie popaść w wulgarność. W dodatku nie odrobili zadania i nie sprawdzili, jak to się robi na świecie. A może słusznie wykoncypowali, że w naszym kraju tylko króliki hasające radośnie po łące nie spotkają się z zarzutem obrazy moralności? Jak wiadomo w Polsce trudno przekazywać wiedzę na temat prokreacji w mniej zawalowany sposób. Ministerstwo Edukacji wyrugowało edukację seksualną, Ministerstwo Zdrowia utrudnia antykoncepcję i przycina refundację leczenia *in vitro*, więc pozostają króliki, by w ogóle móc zacząć rozmawiać z Polakami o zdrowiu seksualnym.

W minionych dwóch latach bardzo oddaliliśmy się od Europy i wartości, które przypisywano do tej pory nowoczesnej cywilizacji. Niestety, forma kampanii społecznej, o której mówimy, wpisuje się w ten ciąg zdarzeń, a nie widać na horyzoncie jaskółek zwiastujących powrót z obranego kursu. Pewnie to cieszy stróżów moralności szykujących kolejne obostrzenia w życiu publicznym. Czyżby kampania pod znakiem królika była zapowiedzią nowych instrukcji? Na posiedzenie komisji poświęcone GMO wkroczyła kobieta podająca się za Matkę Boską, a posłowie pytali się nawzajem: słuźycie Bogu, szatanowi czy mamonie? Zaiste, w dziwnym kierunku zmierny. Królikom pomogą weterynarze, ale czy dla nas starczy psychiatrów? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



O odpowiedzialności szpitala za zakażenia

Filip Niemczyk, adwokat

Sprawa o odszkodowanie w związku z tzw. zakażeniem szpitalnym należy do najczęstszych przyczyn występowania pacjentów przeciwko placówkom medycznym z roszczeniami.

Przeważnie pozwy dotyczą sytuacji, w których doszło do zakażenia wirusem HBV, żółtaczką zakaźną typu B, wirusem HCV typu C, gronkowcem, sepsą. W niniejszym artykule omówię podstawowe zasady odpowiedzialności, przytaczając niedawne orzeczenie warszawskiego sądu.

W piśmiennictwie medycznym stwierdza się (podaję za: M. Nesterowicz, „Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych”, Warszawa 2017), że przyczynami zakażeń są najczęściej: nieprzestrzeganie przez personel medyczny zasad bezpieczeństwa i higieny, niedostateczna sterylizacja i dezynfekcja sprzętu medycznego, nienależyty nadzór epidemiologiczny, zły stan leczniczy i sanitarny pomieszczeń szpitalnych, a także niezastosowanie właściwej okofooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Co ciekawe, u osób dorosłych 60 proc., a u dzieci do lat dwóch – 80 proc. zakażeń wirusem HBV i żółtaczki zakaźnej typu B jest pochodzenia szpitalnego.

Analiza orzecznictwa sądowego prowadzi do wniosku, że procesy dotyczące ustalania odpowiedzialności szpitala, w przypadku wystąpienia zakażenia u pacjenta, przebiegają w zbliżony sposób, a wyroki wydawane są w oparciu o ujednolicone w praktyce reguły. Pozwane szpitale w toku procesu z reguły kwestionują fakt zakażenia pacjentów podczas hospitalizacji. Domagają się jednocześnie, aby powód, który był pacjentem, udowodnił niezbitie, że źródło zakażenia znajdowało się w danej placówce medycznej. Sądy natomiast dążą do ustalenia prawdopodobieństwa zakażenia w pozwanym szpitalu. Jeżeli prawdopodobieństwo jest wysokie, o czym można mówić zwłaszcza wówczas, gdy szpital był jedynym miejscem, w którym pacjent mógł się zakażyć, albo przyczyną zakażenia była potwierdzona obecność drobnoustrojów szpitalnych, przynajmniej rację pacjentowi, uwzględniając powództwo. Stopień prawdopodobieństwa, że do zakażenia doszło podczas hospitalizacji, ocenia biegły sądowy. Warto przy tym podkreślić, że zakażenie szpitalne nie jest równoznaczne z popełnieniem błędu przez kogoś z personelu medycznego, a procesy w sprawie takich zakażeń często polegają na ustaleniu winy w przypadku nieprawidłowej organizacji i złego funkcjonowania szpitala.

Nie ulega wątpliwości, że procesy dotyczące zakażeń nie są łatwe dla pozwanych placówek. Szpital, by uniknąć odpowiedzialności, powinien przynajmniej wykazać, że istniało wysokie prawdopodobieństwo innego źródła powstania szkody, np. że zakażenie nastąpiło w innej placówce albo było skutkiem niewłaściwego wykonywania zaleceń lekarskich przez pacjenta już po zakończeniu hospitalizacji. Po-

zwany szpital musi jednak nie tylko sformułować stosowne twierdzenie, ale przedstawić dowody jego słuszności. Należy bowiem mieć na względzie, że orzecznictwo sądów jest w tego rodzaju sprawach przychylnie pacjentom. Świadczy o tym fakt, że nie oczekuje się od osoby poszkodowanej, aby wykazała bezpośredni i pewny związek swego pobytu w szpitalu z zakażeniem, ponieważ miałyby z tym trudności praktycznie nie do przewyciężenia.

Warto zatem poświęcić kilka zdań wyrokowi Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 30 października 2015 r., I AC a 189/15, omówionemu przez Mirosława Nesterowicza (*ibidem.*). **Stan faktyczny był następujący: 24-letnia pacjentka w 2005 r. została przyjęta do publicznego szpitala w celu przeprowadzenia planowanego porodu drogą cesarskiego cięcia, urodziła córkę w stanie ogólnym średnim. Podczas zabiegu cesarskiego cięcia doszło do zakażenia bakteryjnego, które wywołało sepsę, a następnie wstrząs septyczny. Biegli potwierdzili, że było to zakażenie szpitalne, zwłaszcza że jeden ze szczepów bakterii był typowo szpitalny. Bakterie spowodowały zapalenie otrzewnej i jamy macicy. Stan pacjentki był krytyczny, w związku z czym lekarze dokonali dwóch kolejnych operacji, w czasie których usunęli narząd rodny kobiety.**

W pozwie złożonym przeciwko szpitalowi pacjentka żądała zadośćuczynienia w kwocie 1 mln zł. Wskazywała, że jedną z konsekwencji zakażenia był trwały uszczerbek na zdrowiu związany z niemożnością posiadania potomstwa. Pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa. Sąd pierwszej instancji zasądził na rzecz powódki zadośćuczynienie w kwocie 600 tys. zł. W wyroku wytknięto szpitalowi m.in., że opinie powiatowego inspektora sanitarnego dotyczące szpitala były negatywne, a wobec pacjentki nie zastosowano antybiotykoterapii przed zabiegiem cesarskiego cięcia, a w czasie rozwijającego się zakażenia nie wykonano testu CRP ani nie podano właściwego zestawu antybiotyków, zignorowano znaczenie objawów bólowych, chociaż sygnalizowały, że następował rozwój infekcji. Sąd apelacyjny utrzymał wyrok w mocy, podkreślając zarazem, że zaniechania w pozwanym szpitalu były „wręcz rażące”.

W opisanej sprawie od momentu zakażenia do wydania prawomocnego wyroku upłynęło 10 lat. Zasądzona kwota jest wysoka, aczkolwiek stopień pokrzywdzenia pacjentki jest znaczny, a konsekwencje – nieodwracalne. Należy również mieć na względzie długi czas, jaki upłynął od hospitalizacji do wydania wyroku. Z treści orzeczenia wynika, że nie było próby mediacji między stronami, a pozwany szpital dopiero pod koniec procesu uznał zasadność roszczeń, ale wciąż kwestionował wysokość zasądzonej kwoty. Można zastanawiać się jedynie, czy gdyby na wcześniejszym etapie, być może niezwłocznie po zdarzeniu, zaoferowano odpowiednie wsparcie pacjentce, skala sporu nie byłaby inna i czy nie zakończyłyby się o wiele wcześniej. ■



Fot. archiwum

Co powinniśmy wiedzieć o połączeniu oksykodonu z naloksonem

Małgorzata Malec-Milewska, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Zalecając w terapii bólu lek z grupy opioidów, musimy liczyć się z ryzykiem niepożądanych reakcji przewodu pokarmowego. Na większość z nich, np. na nudności i wymioty, wykształca się tolerancja. Nie wykształca się tolerancja jedynie na zaburzenia defekacji. Z problemem zaparc boryka się ponad 70 proc. chorych leczonych przewlekłe opioidami. Do szczególnych grup ryzyka należą osoby w wieku podeszłym, z zaparciem nawykowym, zażywające leki wpływające niekorzystnie na motorykę przewodu pokarmowego, oraz pacjenci w schyłkowym okresie choroby nowotworowej.

Zaburzenia defekacji polegają na oddawaniu twardego stolca ze znacznym wysiłkiem i uczuciem niepełnego wypróżnienia, znacznym ograniczeniu liczby wypróżnień lub ich braku. Znaczco pogarszają jakość życia chorych, bywa, że uniemożliwiają przyjęcie skutecznej terapeutycznie dawki opioidu. Problemy z wypróżnieniem po opioidach wynikają z farmakodynamicznego mechanizmu działania tej grupy leków. Motoryka przewodu pokarmowego jest regulowana przez ośrodkowy układ nerwowy, układ nerwowy samego jelita oraz przez wydzielane do światła przewodu pokarmowego substancje chemiczne (hormony) wpływające na różne typy receptorów. Opioidy działają na receptory *mi* i *kappa* zlokalizowane w mięśniówce, splotach mięśniówki, w splocie podśluzówkowym jelita cienkiego i grubego, spowalniając motorykę przewodu pokarmowego oraz zaburzając prawidłowe wydzielanie jelitowe. Zjawisko to nazywamy zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego indukowanymi przez opioidowe leki przeciwbólowe (OIBD).

Połączenie opioidowych leków przeciwbólowych z antagonistami receptora opioidowego (naloksonem) jest dziś najskuteczniejszą metodą zapobiegania OIBD. Na rynku polskim jest lek stanowiący połączenie oksykodonu z naloksonem w stosunku 2:1 do stosowania doustnego, co 12 godzin – preparat oryginalny (targin 5 mg + 2,5 mg, 10 mg + 5 mg, 20 mg + 10 mg i 40 mg + 20 mg) oraz dwa preparaty generyczne tego leku (sprzedawane w tych samych dawkach: oxynador i oxyduo – w formie tabletek podzielných) w opakowaniach po 60 tabletek. Maksymalna zalecana dawka dobową leku wynosi 160 mg oksykodonu + 80 mg naloksonu (to maksymalna ilość naloksonu, jaką zdrowa wątroba może zmetabolizować). W preparacie tym wykorzystujemy różnice w biodostępności poszczególnych składników. Oksykodon wchłania się do krążenia w ponad 80 proc., natomiast nalokson w poniżej 2 proc. Bardzo niska biodostępność naloksonu po podaniu doustnym jest wynikiem efektu pierwszego przejścia przez wątrobę. Nalokson działa wyłącznie na receptory opioidowe w ścianie przewodu pokarmowego, niwelując problem OIBD. Nie wchłania się do krążenia (warunek: wydolna wątroba), nie antagonizuje więc efektu przeciwbólowego leku macierzystego, jakim jest oksykodon, zachowując wszystkie cechy charakterystyczne tego opioidu. Oksykodon z naloksonem jest refundowany dla chorych na nowotwór wymagających leczenia silnymi opioidami z udowodnionymi zaparciami popioidowymi.

Właściwości leku macierzystego

Oxycodon jest półsyntetyczną pochodną tebainy, agonistą receptorów opioidowych *mi* i *kappa* o sile działania porównywalnej z siłą morfiny. Aktywność oksykodonu w stosunku do receptorów *kappa* (szeroko rozpowszechnionych w obszarze trzewnym) tłumaczy jego wysoką skuteczność w leczeniu bólu trzewnego. Lek stosowany jest na świecie od ponad 100 lat (forma retard od kilkunastu lat).

W Polsce zarejestrowana jest forma leku o kontrolowanym uwalnianiu w dawkach po 5, 10, 20, 40, 80 mg, w opakowaniach po 60 sztuk, która zapewnia dwufazowe uwalnianie i wchłanianie (szybki początek działania i długi, 12-godzinny czas działania – preparat oryginalny o nazwie oxycontin). W sprzedaży w naszym kraju są też trzy preparaty generyczne oksykodonu: accordeon, oxydolor i reltebon, zarejestrowana jest forma oksykodonu o szybkim czasie uwalniania (roztwór zawierający w 1ml 1mg oksykodonu – oxynorm roztwór po 250 ml), a także formy ampułkowe. Lek ma zastosowanie w leczeniu bólu ostrego (z wyłączeniem położnictwa) i przewlekłego, zwłaszcza towarzyszącego chorobie nowotworowej, bólu z komponentem neuropatycznym oraz bólu niedokrwiennego. Po podaniu doustnym oksykodon wykazuje lepszą biodostępność niż morfina (42–87 proc./22–48 proc.). Podany doustnie, ma prawie dwukrotnie większą siłę działania, gdy podamy go drogą pozajelitową ten stosunek jest niższy i wynosi 1:0,7. Przy ustalaniu dawki obowiązuje nas jednak zawsze miareczkowanie leku.

Oksykodon charakteryzuje bardzo łatwe i szybkie przechodzenie przez barierę krew-mózg. Lek metabolizowany jest w wątrobie przy udziale CYP3A4 do noroksykodonu i przy udziale CYP2D6 do oksymoronu. Drugi metabolit wykazuje powinowactwo z receptorem opioidowym *mi* 14-krotnie wyższe niż oksykodon, ale tworzy się w niewielkim procencie (2 proc.), dlatego nie ma znaczenia klinicznego. Udział w metabolizmie oksykodonu dwóch typów cytochromu P-450 sprawia, że ryzyko interakcji z innymi lekami jest niewielkie. Niezmieniony oksykodon i jego metabolity wydalane są głównie przez nerki, więc nie zaleca się stosowania go u chorych z ciężką niewydolnością zarówno wątroby, jak i nerek. Zaletą oksykodonu jest fakt, że nie ma działania immunosupresyjnego. Nie trzeba redukować dawki u ludzi w podeszłym wieku, można go stosować u pacjentów od 12. roku życia.

Oksykodon z naloksonem łączy silny efekt przeciwbólowy jednego z lepiej poznanych opioidów, jakim jest oksykodon, z naloksonem, którego punkt działania nakierowany jest na receptory opioidowe zlokalizowane w ścianie przewodu pokarmowego. Kliniczna korzyść, jaką odnosi pacjent leczony tym preparatem, to dobry efekt przeciwbólowy w bólu ostrym i przewlekłym zarówno nienowotworowym, jak i u chorych na nowotwór, a równocześnie redukcja zaparc. ■

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

18 listopada

Europejski
Dzień Wiedzy o
Antybiotykach

Europejska inicjatywa zdrowotna



Antybiotykooporność – globalny problem

Antybiotykooporność stawia ogromne zadania przed systemami ochrony zdrowia całego świata. Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej oporność na leki przeciwdrobnoustrojowe generuje rocznie koszty sięgające 1,5 mld euro i jest przyczyną 25 tys. zgonów. Jeżeli nie zostaną pilnie podjęte działania na rzecz racjonalnego stosowania antybiotyków, to w roku 2050 liczba zgonów z powodu antybiotykooporności będzie większa niż z powodu schorzeń nowotworowych.

15 listopada 2017 r. w Brukseli odbyła się konferencja zatytułowana „European Antibiotic Awareness Day”, podczas której omawiano sposoby naprawy zaistniałej sytuacji. Podkreślono znaczenie edukacji zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów. – *Choć to bakterie są coraz częściej odporne na antybiotyki, powinni z nich brać przykład wszyscy* – powiedział dr Vytenis Andriukaitis, komisarz do spraw zdrowia i bezpieczeństwa żywności w Komisji Europejskiej. – *Lekarze powinni wykazywać oporność na prośby o zapisywanie pacjentom antybiotyku przy każdej infekcji wirusowej. Pacjenci nie powinni nalegać na otrzymanie recepty na antybiotyk. Farmaceuci i globalni producenci nie powinni sprzedawać antybiotyków bez recepty. Także przemysł spożywczy powinien zrewidować zasady stosowania antybiotyków. Trudnym do kontroli problemem jest łatwa dostępność antybiotyków kupowanych przez Internet z nielicencjonowanych źródeł.*

Więcej o działaniach podejmowanych przez Komisję Europejską pod adresem: <https://ifmsa.org/2017/09/13/european-joint-action-antimicrobial-resistance-healthcare-associated-infections/>. ■

kk

PRZEZIĘBIENIE? GRYPA?
ZDROWIEJ BEZ ANTYBIOTYKÓW!

Antybiotyki mniej skuteczne

To, jak długo antybiotyki będą skuteczne, zależy od każdego z nas” – to hasło przestroga pojawiło się z okazji obchodzonego po raz ósmy Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach i pierwszego Światowego Tygodnia Wiedzy o Antybiotykach. W Szpitalu Bielańskim odbyło się sympozjum zorganizowane przez Biuro Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy we współpracy z Ministerstwem Zdrowia.

– *Coraz częściej występująca oporność eliminuje antybiotyki o skutecznym i sprawdzonym działaniu, ponadto lista lekoopornych antybiotyków stale się wydłuża* – mówiła prof. Waleria Hryniewicz, krajowy konsultant w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. – *A o nowe antybiotyki coraz trudniej. W ciągu ostatnich 30 lat nie powstał ani jeden. Zakażenia wywołane przez bakterie odporne na antybiotyki stanowią aktualnie jedno z najistotniejszych zagrożeń dla zdrowia.*

Główną przyczyną lekooporności jest oczywiście nadmierne i nie zawsze celowe stosowanie antybiotyków. Dotyczy to zarówno medycyny, jak i weterynarii oraz rolnictwa. Polska należy do krajów zużywających największą ilość tych leków, prawie trzykrotnie więcej niż Holandia, która stosuje ich najmniej. Z analiz prowadzonych w Narodowym Instytucie Leków wynika, że antybiotyki ordynowane są przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej. Jednak szpitale także nie są bez winy, w wielu placówkach polityka lekowa, w tym antybiotykowa, jest jednak kontrolowana i racjonalizowana, co przynosi pewne efekty. Analizy prowadzą także zespoły ds. zakażeń szpitalnych.

Skutkiem nadmiernego i niewłaściwego stosowania antybiotyków jest nie tylko wzrastająca lekooporność. Zdaniem prof. Katarzyny Dzierżanowskiej-Fangrat z CZD podawanie antybiotyku w szpitalu przed zakażeniem bakteriami trzykrotnie zwiększa właśnie ryzyko zakażenia, przyczynia się do szpitalnego zapalenia płuc oraz może przynieść odległe następstwa w postaci otyłości, choroby Leśniowskiego-Crohna, a nawet zaburzeń psychicznych. ■

mkr

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.

Wewnątrzmaciczne operacje serca

Z prof. dr hab. n. med. **Joanną Szymkiewicz-Dangel**, specjalistą pediatrii i kardiologii, kierownikiem Zakładu Kardiologii Perinatalnej i Wad Wrodzonych CMKP, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Państwa zespół operuje dzieci z całej Polski...

Stworzyliśmy unikalny system, dzięki któremu wszystkie kobiety ciężarne z chorymi dziećmi mają zapewnioną opiekę albo w rejonie, albo w Warszawie. Staramy się, aby dzieci po leczeniu wewnątrzmacicznym urodziły się w Warszawie i były leczone w Centrum Zdrowia Dziecka. CZD boryka się niestety z ogromnymi problemami. Mimo spotkania w Senacie i obietnic poprawy sytuacji kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej, jest ona nadal bardzo trudna. Brakuje pielęgniarek i lekarzy, co niejednokrotnie opóźnia rozpoczęcie terapii.

Zabiegi prenatalne wykonujemy wtedy, gdy stwierdzimy, na podstawie badania echokardiograficznego płodu, że są niezbędne. Istnieją międzynarodowe kryteria, w oparciu o które pacjentów kwalifikuje się do prenatalnego interwencyjnego leczenia kardiologicznego. Są to wady, które – jak wynika z dotychczasowych doświadczeń – nasiliły się znacznie, tzn. dojdzie do wewnątrzmacicznej niewydolności serca z powikłaniami u matki lub zostanie zahamowany rozwój komory serca. Jeżeli mamy cień wątpliwości, widzimy, że komora pracuje względnie dobrze i istnieje prawdopodobieństwo, że będzie miała prawidłową wielkość, a leczenie może być równie skuteczne po porodzie, zabiegu u płodu nie robimy.

W przypadku zastawki aortalnej warunkiem powodzenia zabiegu jest jej drożność, aby można było wsunąć prowadnik i cewnik. Jednak zastawka płucna może być zarośnięta, wtedy lekarz położnik przekłuwa ją igłą. To niebezpieczne, w młodszych ciążach łatwo igłę wkuć za wysoko. Zabieg jest więc dużo trudniejszy. Nasze wyniki są dobre, porównywalne z międzynarodowymi. U jednej trzeciej dzieci ze zwężeniem zastawki aortalnej udaje się uzyskać krążenie dwukomorowe, wykonaliśmy 65 takich operacji. Natomiast poszerzenia zastawki płucnej podjęliśmy się u dziesięciu dzieci, wszystkie mają serce dwukomorowe. Dokonałmy też dziesięciu poszerzeń przegrody międzykomorowej. To zabieg ratujący życie, niestety nie zawsze skuteczny.

Czy zabiegi wewnątrzmaciczne można wykonywać do końca ciąży?

Nie. Podstawowym celem operacji jest zapobieżenie powstaniu serca jednokomorowego, czyli umożliwienie komo-



Fot. archiwum

rze odpowiedniego wzrostu. Najbardziej dynamicznie zwiększa się w połowie ciąży, tj. w 22.–24. tygodniu. Jeżeli komora jest hypoplastyczna, zabieg już nic nie da. W przypadku zarośniętej zastawki płucnej najpóźniej wykonaliśmy operację w 30. tygodniu ciąży. Taki zabieg najlepiej przeprowadzić między 21. a 25. tygodniem ciąży.

Czy po udanej operacji dziecko rodzi się całkiem zdrowe?

Nie, my nie leczymy wady serca, tylko zmniejszamy jej nasilenie. Zniszczona zastawka pozostaje nieprawidłowa, dzięki wewnątrzmacicznemu poszerzeniu umożliwiamy lepszy przepływ krwi i stymulację komory do dalszego rozwoju. W przypadkach krytycznego zwężenia zastawki aortalnej bardzo trudno przewidzieć ostateczny efekt zabiegu.

Niekiedy jest nim serce „graniczne” dwukomorowe, mające zniszczoną zastawkę aortalną, która w wielu przypadkach nadaje się do wymiany już w okresie noworodkowym. Nie zawsze tego typu operacja jest możliwa, czasami serce przygotowuje się do dalszych etapów terapii, tzw. leczenia hybrydowego. Chciałabym podkreślić, że sposób leczenia dzieci po prenatalnym poszerzeniu zastawki aortalnej jest różny w różnych ośrodkach. Zespół z Bostonu stosuje strategię „rehabilitacji lewej komory”, czyli jej przygotowywania do pracy zabiegami hybrydowymi. Zespół z Linzu wcześniej

i częściej wymienia zastawkę aortalną, wykonując skomplikowaną operację Ross-Konno. Z zespołem z Austrii nawiązał współpracę zespół kardiochirurgów z Centrum Zdrowia Dziecka, kierowany przez prof. B. Maruszewskiego. Obecnie przygotowywana jest strategia skutecznego leczenia tych trudnych pacjentów.

Ale niektóre dzieci po zabiegach wewnątrzmacicznych nie wymagają żadnego leczenia po urodzeniu albo wystarcza balonowe poszerzenie zastawki aorty.

Wyniki leczenia noworodków po prenatalnym otwarciu lub poszerzeniu zastawki płucnej są zdecydowanie lepsze niż dzieci, które rodziły się z niedorozwojem komory prawej.

Terapia wewnątrzmaciczna jest początkiem trudnego leczenia, ale mając do wyboru jedną lub dwie komory serca i znając późne powikłania leczenia serca jednokomorowego, należy ją podejmować.

Mam apel do lekarzy położników: jeśli podczas badania USG płodu nie widzą jego serca albo nie są pewni, że rozwija się prawidłowo, niech skierują kobietę ciężarną jak najszybciej na specjalistyczne badanie echokardiograficzne. Natychmiast, a nie po kolejnym badaniu za miesiąc. Przez cztery tygodnie wada może się rozwinąć i spowodować, że przeprowadzenie zbiegu nie będzie miało sensu. Kobiety ciężarne z podejrzeniem wady serca płodu przyjmujemy w ciągu tygodnia.

Jak są finansowane zabiegi wewnątrzmaciczne?

W 2004 r. w ramach programu Polcard Prenatal powstał ogólnopolski rejestr patologii kardiologicznych u płodów. W tej chwili nie jest finansowany, prowadzimy go społecznie. Byłby znacznie dokładniejszy, gdyby można do niego wprowadzić nowsze rozwiązania informatyczne. Ministerstwo Zdrowia i NFZ w ogóle tym się nie interesują. To dziwne! Nie można przecież planować nakładów na służbę zdrowia bez dobrej epidemiologii. W kardiologii dziecięcej tylko rejestr kardiologiczny jest dobrze prowadzony, ponieważ chirurdzy muszą zgłosić procedury, aby im zapłacono. Ale wykonane procedury nie są tym samym, co rejestr wad serca.

Mimo wspomnianych wad, nasz rejestr pokazuje, jak ogromny postęp zrobiliśmy przez 13 lat. Wiele dzieci dzięki diagnostyce prenatalnej przeżywa. Wyraźnie poprawia ona wyniki leczenia.

Natomiast zabiegi przez pewien czas były finansowane jako procedury wysokospecjalistyczne, w programie MZ „Terapia płodu”. Ja i dr Koleśnik wszystkie operacje robimy w ramach wolontariatu, osoby zatrudnione w szpitalu stamtąd dostają wynagrodzenie. Spotykamy się w Szpitalu Bielańskim, najczęściej o godz. 7 rano, przeprowadzamy zabieg i rozejżdżamy się do swoich miejsc pracy. Tak działamy już od sześciu lat...

Wiosną 2017 r. dostałam od prof. Ryszarda Gellerta, dyrektora CMKP, propozycję stworzenia samodzielnego zakładu kardiologii perinatalnej w CMKP. Od 1 września zakład działa. Mam nadzieję, że umożliwi to poprawę organizacji interwencyjnego prenatalnego leczenia płodów. ■

SPROSTOWANIE

W pierwszej części wywiadu („Puls” 11/2017) wkradła się nieścisłość. Pani dr Marzena Dębska nie jest córką prof. Joanny Dangel. W Linzu były trzy panie: prof. Dangel, dr Dębska oraz córka prof. Dangel. Wszystkie Panie i Czytelników przepraszamy.



Goniec Medyczny

Czy sieć szpitali zniszczy poradnie POZ?

Federacja lekarzy rodzinnych zarzuca Ministerstwu Zdrowia nierówne traktowanie podmiotów wprowadzone rozporządzeniem z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W najnowszym konkursie ofert prywatne poradnie POZ nie mają szans z przyszpitalnymi – uważa Porozumienie Zielonogórskie.

Wgląd w dokumentację po śmierci

Bliscy zmarłego pacjenta będą mogli zapoznać się z jego dokumentacją medyczną tylko za zgodą sądu – przewiduje projekt Sejmowej Komisji ds. Petycji. Obecnie bliscy po śmierci pacjenta mają dostęp do informacji objętych tajemnicą lekarską, nawet jeśli za życia chory się temu sprzeciwiał.

Wzrost przypadków chorób zakaźnych

– Obserwujemy wzrost zachorowań na odrę, świnkę oraz różyczkę. A tych chorób nie powinno być, bo mamy skuteczne narzędzia ich eliminacji – szczepionki – ostrzega Grzegorz Hudzik, zastępca głównego inspektora sanitarnego. – Problem może się nasilać wraz z rozwojem w Polsce ruchów antyszczepionkowych oraz napływem cudzoziemców z krajów, gdzie tzw. wyszczepialność jest niższa.

Brońmy szczepień ochronnych

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł ocenia: – Szczepienia są dobre, skuteczne i bezpieczne. Nie ma wątpliwości, że tam, gdzie są prowadzone, znikają choroby, tam zaś, gdzie się je ogranicza, pojawiają się choroby od dawna nieznane i takie, które można by wyeliminować.

Liczba urodzeń wolno rośnie

Z danych GUS wynika, że w pierwszych dziewięciu miesiącach 2017 r. Polki urodziły 306 tys. dzieci, czyli o 6,6 proc. więcej niż przed rokiem. Jeśli tendencja się utrzyma, do końca roku przyjdzie na świat około 407 tys. dzieci. Byłby to najlepszy wynik od 2010 r.

Polski test 70 genów

Polscy specjaliści jako pierwsi na świecie opracowali, oparte na sekwencjonowaniu genomowym, tanie testy wykrywające większą podatność na nowotwory złośliwe. Testy nowej generacji są wspólnym osiągnięciem specjalistów Centrum Nowych Technologii UW oraz Zakładu Medycyny Genomowej WUM.

W ciągu 10 lat lek podróżował 60-krotnie!

Korzystając z pozycji monopolisty, kanadyjska firma farmaceutyczna Concordia podniosła cenę leku na niedoczynność tarczycy niemal o 6000 proc. – poinformowała brytyjska instytucja kontrolna Competition and Markets Authority (CMA). ■

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 pierwszej wizycie wymagane jest jedynie wybranie własnego loginu i hasła.

Lek. **Jarosław Kosiaty**, redaktor naczelny „Esculapa”



Fot. archiwum

Lekarz na pokładzie samolotu

Krystyna Knypl

Lekarzami musimy być wszędzie – na lądzie, na wodzie i w przestrzeni powietrznej. Tak nakazują przepisy i sumienie. Co może się zdarzyć na ziemi, wiemy z praktyki i teorii. Podróże drogą wodną nie są teraz szczególnie popularne, więc nie stanowią dużego problemu. Świat przemierza się dziś samolotami, z których ludzie korzystają niezależnie od wieku i stanu zdrowia. Dożyliśmy czasów, gdy w samolotach ludzie rodzą się i umierają, a wszyscy wsiadają do nich w nadziei, że w razie nagłego zdarzenia spotkają dobrego samarytanina z dyplomem lekarza.

Czy jest na pokładzie lekarz?

O dbyłam nieco ponad 200 podróży lotniczych, a pomocy doraźnej udzielałam tylko raz. Szacuję więc, że pytanie „Czy jest na pokładzie lekarz?” mogę usłyszeć ponownie w wieku mocno sędziwym.

Podniosłam się z fotela z przekonaniem, że czeka mnie reanimacja i błyskawicznie oceniałam, gdzie najlepiej ułożyć pacjenta. „Wzdłuż foteli, w przejściu” – pomyślałam. Rzeczywistość okazała się nie tak dramatyczna, jak podszeptowała mi lekarska wyobraźnia. Jeden z pasażerów miał niegroźne zaburzenia rytmu serca i dostał już tlen od personelu. Dolecieliśmy do Warszawy bez przeszkód, nie trzeba było wcześniejszej lądować.

Jakie problemy medyczne zdarzają się podczas lotu?

Najczęściej mają miejsce omdlenia lub stany przedomdleniowe – 37,4 proc. Drugie pod względem częstości są dolegliwości dróg oddechowych (duszności) – 12,1 proc., trzecie – nudności i wymioty – 9,5 proc. Objawy w obrębie układu krążenia stanowią 7,7 proc. przypadków. Choć rzadkie, ale zawsze groźne drgawki – 5,8 proc. I wreszcie bóle brzucha – 4,1 proc. Dane pochodzą z artykułu „Outcomes of Medical Emergencies on Commercial Airline Flights” autorstwa D.C. Petersona i wsp., opublikowanego w 2013 r. na łamach „New England Journal of Medicine”, w całości zamieszczonego pod adresem <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1212052#t=article>.

Analiza przeprowadzona przez autorów tekstu objęła 11 920 przypadków medycznych interwencji na pokładach samolotów. Częstość interwencji medycznych to jedno zdarzenie na 604 loty.

Pasażerowie lekarze zgłosili się do udzielenia pomocy w 48,1 proc. analizowanych przypadków. W 10 914 znane były losy pasażerów pacjentów po wylądowaniu samolotu – 25,8 proc. zostało przetransportowanych przez fachowe służby medyczne do szpitali, 8,6 proc. zostało poddanych hospitalizacji. Zmarło 0,3 proc. pasażerów. Szacuje się, że na 3–5 mln pasażerów zdarza się jeden zgon na pokładzie.

Liczba osób przewożonych samolotami rocznie na całym świecie wynosi 2,75 mld. Autorzy artykułu szacują, że co roku na pokładach samolotów zdarza się 44 tys. incydentów medycznych.

W wyposażeniu pokładowej apteczki są: tlen, sól fizjologiczna i glukoza, adrenalina, atropina, leki przeciwbólowe i przeciwwymiotne, także leki uspokajające. Ciekawe, że wymagana jest tylko jedna (!) para rękawiczek i nieoficjalne zalecenie posiadania drugiej pary. Lekarzu, miej ze sobą rękawiczki! Wiele amerykańskich linii lotniczych wymaga, aby użycie leków z apteczki pokładowej było skonsultowane z lekarzem dyżurującym na ziemi.

Jak postępować z chorym pasażerem na pokładzie?

Choć personel pokładowy często pyta, czy na pokładzie jest lekarz, nie opracowano do tej pory żadnych krajowych ani międzynarodowych wytycznych w kwestii udzielania pierwszej pomocy w samolocie. Oczywiście teoretycznie posiadana przez lekarza wiedza jest wystarczającą podstawą podjęcia działań, jednak niesienie pomocy odbywa się w niecodziennych warunkach, bez podstawowego nawet zaplecza diagnostycznego. Pewne wskazówki przynosi literatura anglojęzyczna (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1676316/>).

Według brytyjskich doniesień fachowych posiadacz tamtejszego PWZ musi ruszyć z pomocą pod groźbą utraty uprawnień. Gdy już ruszy, może zetknąć się z wielorakimi problemami medycznymi. Oto najczęstsze.

Ból w klatce piersiowej

W powietrzu diagnozujemy według tych samych zasad, co na ziemi. Warto poznać historię choroby, ale tu może pojawić się bariera językowa. W celu opanowania bólu dobry

samarytanin pokładowy ma do dyspozycji nitroglicerynę, aspirynę, opioidy oraz tlen. Podczas niektórych rejsów możliwe jest telemonitorowanie EKG i konsultacja z lekarzem na ziemi.

Utrata przytomności

W razie omdlenia na pokładzie samolotu postępuje się tak samo jak na ziemi, choć uniesienie kończyn dolnych ku górze może być pewnym wyzwaniem przestrzennym. Zaleca się sprawdzenie tętna i ciśnienia krwi. Zwykle po chwili następuje samoistne odzyskanie przytomności.

Pacjenci z padaczką są zagrożeni wystąpieniem napadu drgawek podczas podróży lotniczej.

Zatrzymanie krążenia jako przyczyna utraty przytomności zdarza się w samolotach stosunkowo rzadko, a personel pokładowy jest szkolony w zakresie prowadzenia reanimacji. Duże linie lotnicze wyposażyły samoloty w podręczne defibrylatory, z których personel pokładowy potrafi korzystać. Rolą lekarza jest zapewnienie dostępu do żyły i, gdy są wskazania, podanie atropiny lub ksylotainy.

Duszności

Najczęstszą przyczyną duszności na pokładzie samolotu stanowi nasilenie objawów astmatycznych, niekiedy może to być objaw nerwicy. Zwykle nasilenie ataku nie jest duże i można go opanować, podając lek przeciwastmatyczny znajdujący się w bagażu podręcznym pasażera. Na pokładzie jest także tlen, adrenalina i leki w iniekcji rozszerzające oskrzela.

Uraz głowy

Nie jest zbyt częsty, ale się zdarza. Bywa efektem wypadnięcia z górnego schowka bagażowego laptopa, aparatu fotograficznego lub butelki alkoholu nabytego w strefie wolnocelowej. Postępowanie zależy od stanu klinicznego osoby poszkodowanej.

Cukrzyca

Dość często spotyka się hipoglikemię, bo pasażerowie wstrzykują sobie insulinę w sposób niesynchronizowany z posiłkiem podawanym na pokładzie. Na niektórych liniach pasażer może przed lotem zaznaczyć w kwestionariuszu, że ma cukrzycę, i otrzyma posiłek w pierwszej kolejności. Na pokładzie znajduje się glukoza do iniekcji, niektóre linie mają glukagon w zastrzykach.

Alergia

Poważne reakcje alergiczne, łącznie ze wstrząsem anafilaktycznym, zdarzają się na szczęście stosunkowo rzadko. W apteczce pokładowej jest adrenalina, są leki antyhistaminowe, niekiedy kortykosterydy w postaci iniekcji. Pacjenci z rozpoznaną alergią dysponują niekiedy strzykawkami EpiPen. Niektóre linie mają ten specyfik w swoich apteczkach. EpiPen podaje się w boczną powierzchnię uda, po wstrzyknięciu należy miejsce podania rozmasować.

Poród

Każdego roku na pokładach samolotów rodzi się kilkoro dzieci. Lekarz jest pomocny w bezpiecznym przeprowadzeniu akcji porodowej, bywa także potrzebny w celu ustalenia wskazań do podania ergometryny (stosowanej w czwartej fazie porodu dla obkurczenia macicy).

Podsumowanie

Czym powinniśmy się kierować, jeżeli los postawi nas w sytuacji, gdy konieczne będzie udzielenie pierwszej pomocy na pokładzie samolotu? Ciekawego podsumowania dokonał dr N. Dwondall z British Airways Health Services w artykule „Is there a doctor on the aircraft?” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119071/>).

Jego rady są następujące:

1. Pamiętaj, że w około 75 proc. zdarzeń zdrowotnych skutecznie działa personel pokładowy.
2. W samolocie jest apteczka z podstawowym sprzętem ratowniczym i lekami.
3. Podejmuj interwencje w zakresie swoich umiejętności, zasada *primum non nocere* obowiązuje także w przestrzeni powietrznej.

Cóż można jeszcze powiedzieć? Szczęśliwej podróży wszystkim pasażerom, także tym z dyplomem lekarza! ■





Czy żałujemy naszych wyborów z młodości?

Jarosław Kosiaty

Straciłam rachubę, ilu przyjąłam dziś pacjentów. Mój rekord to 113 jednego dnia. (...) Jestem cały czas na pograniczu decyzji o rzuceniu pracy lekarza. Znam wiele osób, które ją podjęły. Po dwóch, trzech latach pracy mieli wszystkie objawy wypalenia zawodowego, więc zrezygnowali z marzeń. Rzucili pracę, którą kochali, by wykonywać taką, której nienawidzą – przedstawiciele farmaceutycznych – powiedziała rezydentka Jadźka Kłapa-Zarecka w wywiadzie udzielonym jednej z gazet.*

12 lat temu na łamach portalu „Esculap” zadałem koleżance i kolegom pytanie, czy gdyby mieli możliwość ponownego wyboru kierunku studiów i rodzaju wykonywanego zawodu, jeszcze raz swoją przyszłość związaliby z medycyną i zawodem lekarza. Prawie połowa (46 proc.) uczestników ankiety odpowiedziała wtedy, że zostałyby przy swoim wyborze z młodości. Pozostali wskazywali rozmaite inne profesje:

✿ „Wybrałbym zawód przewodnika wysokogórskiego. Odkryłem w sobie tę pasję tak późno, że szkoda gadać...”

✿ „Architektura, ale jeśli uda mi się wyemigrować i godnie zarabiać, też będę zadowolona. Tak naprawdę nie żałuję, że wybrałam medycynę, bo lubię ten zawód, ale jeśli tak się złoży, że będę musiała całe życie pracować w Polsce, lepsza jednak byłaby architektura albo Akademia Sztuk Pięknych”.

✿ „Pracuje się głównie dlatego, aby mieć środki do życia. Praca w zawodzie lekarza tego nie zapewnia. Lekarz za etatową pensję nie może mieć nawet marzeń. Pracuję już 20 lat. Jestem specjalistą ginekologiem położnikiem (...). Minione lata to koszmar dyżurowy – średnio 10 dyżurów w miesiącu, a bywało, że nawet 20. Teraz wybrałbym informatykę”.

✿ „Zająłbym się zawodowo fotografią i/lub dziennikarstwem. Ostatecznie medycyna, ale taka specjalizacja, żeby można było zupełnie niezależnie się od NFZ i wyposażyć gabinet własnym kosztem. Wąskospecjalistyczna działka, w którą »wdepnąłem«, uzależnia bezwzględnie od aparatury i... dyrektora szpitala”.

✿ „Moja babcia była stomatologiem, ale nigdy o zębach nie myślałam. Dziadek był sędzią w kolejnym pokoleniu i marzył, bym poszła w jego ślady. Ja od trzeciej klasy podstawówki chciałam być lekarzem, a dziadkowi wypaliłam, że

o prawie nie ma mowy, bo tam trzeba bezmyślnie wkuwać (he, he, he...). Teraz mam męża sędziego i tylko dlatego zachowałam entuzjazm do zawodu lekarza (bo mogę sobie pozwolić na to kosztowne hobby). Ja dla mojego męża jestem też wbrew pozorom cennym nabytkiem, ponieważ nagrodą za zajmowanie się dziećmi w czasie moich dyżurów jest coroczny wspólny PIT, w którym sprowadzam małżonka do najniższej grupy podatkowej”.

A jak jest obecnie? To samo pytanie zadałem w październiku 2017, w samym sercu głodówki rezydentów. W szybkiej ankiecie wzięło udział 526 osób. I tym razem zwyciężyła medycyna (53 proc.), znacznie wyprzedzając inne kierunki.

Gdybym otrzymał/-a możliwość ponownego wyboru kierunku studiów i rodzaju wykonywanego zawodu, wybrałbym/łabym zawód:

1. lekarza – 54 proc.
2. prawnika – 10 proc.
3. inżyniera – 10 proc.
4. księgowego – 4 proc.
5. polityka – 4 proc.
6. inny (prosimy podać jaki) – 18 proc.

Oto najciekawsze komentarze dopisane przez lekarzy pod ankietą.

✿ „Jestem już starym lekarzem. Nie zamierzam bawić się w moralizatora i pouczać młodszych kolegów i koleżanki, że praca w zawodzie lekarza to tylko poświęcenie, a dyżur to wielka przygoda, że należy być jedynie Judymem. Poza pracą istnieją ważne obowiązki wobec męża, żony, dzieci, rodziców – chodzi o czas, zainteresowanie, pomoc i opiekę (nie tylko finansową, ale przede wszystkim zaangażowanie i oparcie w trudnych chwilach życia). Niewyspany, zmęczony, zestresowany, wypalony lekarz nigdy nie będzie dobrym mężem, czułym, opiekuńczym ojcem, mającym czas i uśmiech dla dzieci, podporą dla swoich rodziców w jesieni ich życia. A czasu nie da się cofnąć... Dlatego warto czasem zrezygnować z tego jednego lub kilku dodatkowych dyżurów. Może pieniędzy w domu będzie mniej, ale ten czas spędzony wspólnie z rodziną jest bezcenny. Mam kolegów i koleżanki, którzy mają o wiele wyższe zarobki, eleganckie domy, jeżdżą nowoczesnymi suwami, wakacje spędzają na odległych o tysiące kilometrów ładach, ale są pokiereszowani emocjonalnie, nieszczęśliwi. Mają rozbite rodziny, rozkapryszone, zimne i demoralizowane dobrobytem dzieci, które nie wiedzą, co to jest praca, bo przecież wszystko im się należy. Młodość i zdrowie nie są dane raz na zawsze. Szanujcie relacje międzyludzkie, tylko one są ponadczasowe. Mówię Wam to ja – stary lekarz”.

* „Ilu przyjąłam pacjentów”, Magdalena Karst-Adamczyk („Wysokie Obcasy”, 10.10.2017)

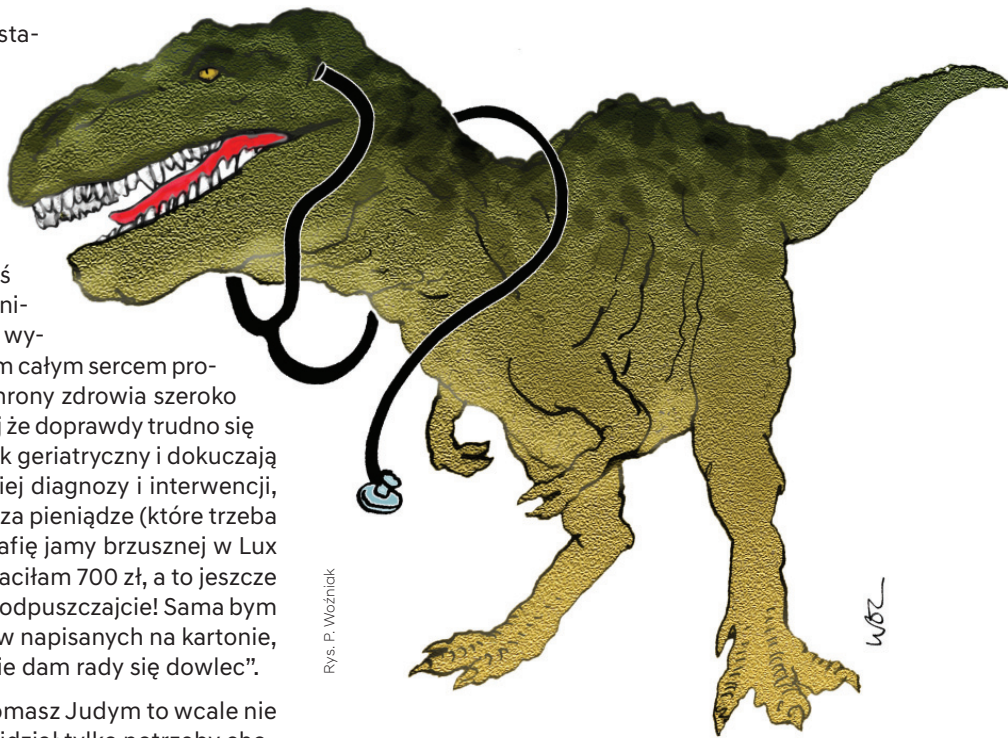
✿ „Popieram starego lekarza, ja – stara lekarka. Mam 71 lat i od 47 lat ciągle pracuję, lubię swoją robotę i swój zawód. Pracuję także dlatego, że moja emerytura, mimo lat spędzonych na dyżurach szpitalnych, w pogotowiu i wszelkich innych, wygląda tak, jak wygląda. Na rękę mam jakieś 1700 zł miesięcznie. Nie winię za to nikogo, tak byliśmy opłacani i tak to wyszło po podliczeniu w ZUS. Popieram całym sercem protest młodych lekarzy i w ogóle ochrony zdrowia szeroko rozumianej. Popieram, tym bardziej że doprawdy trudno się leczyć, a teraz, gdy weszłam w wiek geriatryczny i dokuczają różne »bolaki« wymagające szybkiej diagnozy i interwencji, nie ma innego wyjścia jak leczenie za pieniądze (które trzeba zarobić!). Tydzień temu za tomografię jamy brzusznej w Lux Medzie (szukanie przerzutów) zapłaciłam 700 zł, a to jeszcze nie koniec zabawy. Strajkujcie! Nie odpuszczajcie! Sama bym stała obok Was z tablicą postulatów napisanych na kartonie, ale prawa noga też mi wysiadła i nie dam rady się dowlec”.

✿ „Skończone z tym Judymem. Tomasz Judym to wcale nie był kryształowy charakter, który widział tylko potrzeby chorych. Ostatnie grosze przeznaczał na okowitę, a do tego miał wyjątkowo porywczy charakter! Skąd to wiem? Z powieści „Ludzie bezdomni”! Bo na ogół ci, co próbują ustawić lekarza, gdy jest zmęczony i traci cierpliwość do pacjentów, odwołują się do Judyma i do etyki lekarskiej, zapominając, że Judym zachowywał się jak wyżej. A co do etyki lekarskiej, jest ona fragmentem etyki ogólnej, a z tą w polskim społeczeństwie, mówiąc oględnie, nie jest najlepiej”.

✿ „Chciałbym zacząć od zawodu górnika odkrywkowego. Przejść na wczesną emeryturę i na niej, zupełnie na luzie, robić to, co robię teraz”.

✿ „A ja na emeryturze zostanę pisarzem i będę pisał thrillery medyczne”.

✿ „Każdy z nas wykonuje (nieświadomie) kilka zawodów. W pracy jestem lekarzem, ale i sekretarką (formularze, sprawozdania, raporty itp.), informatykiem, księgowym i urzędnikiem (kombinuję w raportach, aby szpital mniej dopłacał do ratowania życia ludziom, ustalam odpłatność za leki, aby wypisać najtańsze, bo inaczej gościu, którego zoperowałem, ich nie wykupi i cała moja praca pójdzie do kosza, a ściślej – do ziemi), noszowym (ludzie, przestańcie tyle jeść, bo zamiast łóżek będziemy Was wozili na badania i zabiegi na wózkach widłowych), psychologiem (cierpliwie tłumaczę obżeraczom, palaczom oraz drinkującym, że jak nie rzucą nałogów, to im najnowsze cudowna współczesnej medycyny nie pomogą i szlag ich trafi w kwiecie wieku). W domu jestem nauczycielem (odrabiając lekcje z dziećmi, zgłębiam ponownie tajniki fizyki, chemii, biologii, powtarzam historię wojen napoleońskich i kongresu wiedeńskiego), negocjatorem (*»tato, ja wczoraj sprzątałam, dzisiaj jego kolej!«*), tłumaczem (*»złamałam to zadanie, a ten przygas jest nołtajf, nos tylko w kompie i noł tej. Ale jolo!«*), hydraulikiem (*»kochanie, spróbuj sam to naprawić, przecież to taka prosta rzecz«*), ogrodnikiem, elektrykiem, mechanikiem (żarówki, akumulator, opony, świece, klocki, filtry, płyn do chłodnicy itd.), budowlańcem (kostka brukowa na działce), glazurnikiem (płytki w łazience), dietetykiem (*»Przestańcie wcinąć tyle chipsów, bo dostaniecie nadciśnienia! – Ale, tatusiu, ty je już masz, a nie jadłeś chipsów!«*). Uff! Jak na jedno życie w zupełności wystarczy”.



Rys. P. Woźniak

✿ „Zawsze chciałam prowadzić maleńką księgarnię (to było na długo przed filmem »Notting Hill« z Hugh Grantem z 1999 r.). Uwielbiam czytać książki i rozmawiać o nich z ludźmi. Teraz nie ma już księgarni (na naszym osiedlu zastąpiły je kebaby, banki i sklepy z używanymi ciuchami). Ludzie kupują książki w Internecie, i jeśli już coś kupią, to albo nie mają czasu na czytanie, albo pożykają jedynie literaturę płytką, łatwą i przyjemną. Nie jestem zwolenniczką ciężkich thrillerów psychologicznych, ale istnieje sporo ciekawej literatury faktu, biografii, książek historycznych, popularnonaukowych (np. o naszym języku), reportaży, powieści. I tak zostałam sama ze swoimi książkami. Z pacjentami mogę jedynie rozmawiać o tym, co ich gryzie (czasem w sensie dosłownym) i jakie produkty przemysłu farmaceutycznego mają łykać. W domu, na fejsie i w dyskusjach ze znajomymi dominuje polityka. W kinach rzadko trafiam na ambitne, niszowe kino (tylko przy okazji różnych festiwali, ale wtedy często mam dyżury i padam z nóg). Ale mówi się trudno. Kończę i wracam do moich książek”.

W przeszłości wielu lekarzy zapisało się złotymi głościami na kartach światowej literatury. „Mistrza i Małgorzatę” napisał medyk wojskowy Michaił Bułhakow (1891–1940), autorem „Zaginionego świata” oraz niezapomnianych przygód Sherlocka Holmesa był szkocki lekarz zafascynowany spirytyzmem Arthur Conan Doyle (1859–1930), a autorem „Księgi z San Michele” – szwedzki psychiatra Axel Munthe (1857–1949). Z kolei mistrzyni kryminału Agatha Christie była z zawodu technikiem farmaceutycznym i w czasie I wojny światowej pracowała w szpitalu (dlatego pewnie w jej powieściach tak często występują trucizny).

Na całym świecie znana jest niezwykła działalność i twórczość literacka warszawskiego pediatry Janusza Korczaka (1878–1942). Do moich ulubionych lektur w czasach młodości należały „Bajki robotów” napisane przez innego lekarza – Stanisława Lema (1921–2006). Ciekawe, czy obecni wielbiciele „Parku jurajskiego” wiedzą, że autorem powieści o przywróconych do życia dinozaurach również był lekarz – zmarły niedawno na raka Michael Crichton (1942–2008). ■

Prof. Wiesław W. Jędrzejczak nagrodzony

Prof. Wiesław W. Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM, został laureatem plebiscytu Innowatory Wprost 2017.

Profesor otrzymał nagrodę „Osobowość Innowacji”. Podczas uroczystości jej wręczenia podkreślano wieloletni dorobek i wybitne osiągnięcia prof. Jędrzejczaka w dziedzinie medycyny, m.in. wspomniano o wykonaniu pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia szpiku kostnego w 1984 r. Wskazywano, że jest lekarzem wyjątkowym, ciepłym i serdecznym dla pacjentów. „Wprost” podaje, że statuetki „Innowatorów” trafiają do najlepszych firm w najbardziej dynamicznych sektorach gospodarki. Od 2014 r. obok dużych przedsiębiorstw, inwestujących w badania i rozwój, nagrody nazwane „Dobrymi Genami Innowacji” otrzymują mniejsze firmy, które są autorami i realizatorami innowacyjnych rozwiązań, a wyłącza je z głównego rankingu tylko ograniczona skala działalności (niewielkie obroty, mała liczba zatrudnionych).

Nagrody dla najlepszych w konkursie Santander Universidades

17 października, podczas posiedzenia Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM, odbyła się uroczystość wręczenia nagród w konkursie Santander Universidades.

Decyzją komitetu organizacyjnego konkursu, na czele którego stała prof. Maria Borszewska-Kornacka, pierwszą nagrodę przyznano Benicie Jędrzał za pracę zatytułowaną „Wykorzystanie mleka kobiecego w pielęgnacji kikutu pępowinowego”. Ten temat był przedmiotem pracy magisterskiej autorki napisanej pod opieką dr hab. Małgorzaty Witkowskiej-Zimny. Drugą nagrodę otrzymała Olga Barbarska za opracowanie pt. „Characteristics of Regional Human Milk Bank”. Trzecia nagroda przypadła Monice Szyszko za pracę „Wiedza i opinia kobiet o banku mleka kobiecego”. Współautorką tej pracy była Sylwia Dębska. Konkurs, który został objęty patronatem dziekana II WL prof. Marka Kucha, zorganizowano w ramach umowy między Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a Bankiem Zachodnim WBK realizującym program dla uczelni wyższych – Santander Universidades. Program ma na celu wspieranie badań naukowych w innowacyjnych, ciekawych obszarach oraz rozwoju studentów i absolwentów uczelni. Dotacja, którą przyznano Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją, pozwoliła na sfinansowanie jednego stypendium wyjazdowego, dwóch wyjazdów konferencyjnych oraz konkursu na najlepszą pracę z dziedziny laktotechnologii.

Docenieni w Jokohamie

Podczas największej na świecie konferencji poświęconej tematyce raka płuca, która odbyła się w Jokohamie 15–18 października, grupa pięciu polskich lekarzy, w skład której wszedł prof. Rafał Krenke, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, otrzymała nagrodę The IASLC Foundation Cancer Care Team Award.

Nagroda stanowi wyróżnienie dla multidyscyplinarnych zespołów opieki nad pacjentem wspólnie pracujących w celu zapewnienia chorym najwyższej jakości pomocy onkologicznej. Przyznana Polakom właśnie w tym roku, jest swoistym uhonorowaniem 15-letniej działalności Polskiej Grupy Raka Płuca. Pod uwagę brano nie tylko fachowość udzielanej pomocy medycznej, ale także wpływ na poprawę komfortu życia chorych, wsparcie psychologiczne, duchowe oraz w uzyskaniu informacji o leczeniu, rehabilitacji i pomocy emocjonalnej. Jury, przyznając nagrodę polskiemu zespołowi, zwróciło uwagę na olbrzymie doświadczenie zawodowe specjalistów oraz ich sposób podejścia do chorych. Podkreślono szczególnie, iż wdzięczność przebijająca ze zgłoszeń pacjenckich dowodzi, że to właśnie polska grupa wyjątkowo rzetelnie, życzliwie i empatycznie wspiera chorych. Oprócz prof. Rafała Krenke w skład nagrodzonego zespołu wchodzi: prof. Tadeusz Orłowski – kierownik Kliniki Chirurgii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc, prof. Maciej Krzakowski – konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej oraz kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, prof. Dariusz Kowalski z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej CO-IMSC oraz prof. Renata Langfort – kierownik Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. **pk**

Szkolenie biegłych sądowych

W III Kongresie Nauk Sądowych, który odbył się 18 listopada w Warszawie, wzięli udział przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: prezes ORL Andrzej Sawoni, kierownik zespołu ds. biegłych dr Ewa Gojan oraz doradca prezesa ORL ds. biegłych prokurator Ewa Kiec. Prezentowali doświadczenia OIL w Warszawie w zakresie szkolenia lekarzy, którzy podejmują się pracy jako biegli sądowi.

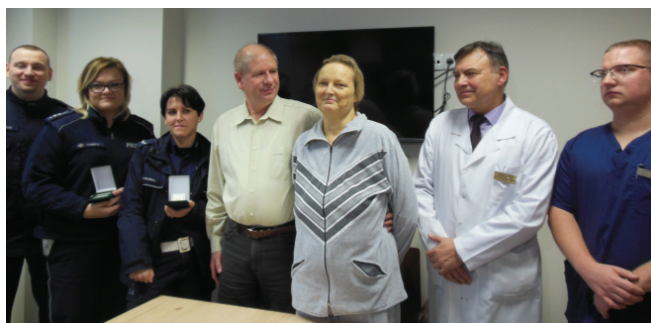
Idea, by samorząd lekarski wspomagał merytorycznie biegłych, organizując szkolenia prowadzone z udziałem fachowców najwyższej klasy, delegowanych przez medyczne towarzystwa naukowe, została dobrze przyjęta przez lekarzy biorących udział w kongresie. Także dr Jerzy Pobocho ze Szczecina, doświadczony biegły sądowy z zakresu psychiatrii i psychologii, chwalił inicjatywę. Powiedział, że udana realizacja tego projektu byłaby prawdziwym przełomem w pracy biegłych. **mk**



Podziękowania policjantkom

Policjantki z II Wydziału Ruchu Drogowego Komendy Stołecznej Policji pomogły pacjentce bezpiecznie dojechać na operację przeszczepienia wątroby. 49-letnia mieszkanka okolic Konina telefon od koordynatora zespołu transplantacyjnego odebrała około 7 rano. Miała mniej więcej trzy godziny, aby dotrzeć do szpitala przy ul. Banacha w Warszawie. Była niedaleko, gdy samochód, którym podróżowała z mężem, utknął w korku. Będące w pobliżu st. asp. Ewa Boimska oraz sierż. Emilia Wolińska, do których o pomoc zwrócili się zdenerwowani pasażerowie, natychmiast podjęły działanie i pilotowały ich aż do szpitala.

Podczas okolicznościowego spotkania w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wracająca do zdrowia po operacji pacjentka, jej mąż oraz przedstawiciele szpitala podziękowali policjantkom za udzieloną pomoc.



Fot. ach

Prof. Tadeusz Wróblewski, który przeprowadzał zabieg, zwrócił uwagę, jak ważny dla powodzenia transplantacji jest czas od pobrania narządu do jego przeszczepienia. Krzysztof Zając, koordynator akcji, podkreślił, że wielokrotnie zwracał się do policji z prośbą o pilną pomoc w transporcie narządów i to wsparcie otrzymywał. ■ **ach**

Lekarska Spółdzielnia Profesorsko-Ordynatorska w Warszawie, przy ul. Waliców 20, **zatrudni** lekarzy specjalistów.
Tel.: 22-624-06-47, 22-624-65-05.

SZPZLO Warszawa-Praga Północ przy ul. Jagiellońskiej 34 **zatrudni** lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji: pediatrę, internistę, specjalistę medycyny rodzinnej oraz lekarza specjalistę – kierownika przychodni rodzinnej. Forma zatrudnienia, wymiar czasu pracy i wynagrodzenie do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie aplikacji pod adresem: dsp@szpzlo.pl lub kontakt telefoniczny pod numerem: 22-619-41-71.

OGŁOSZENIA



Myśl mobilnie
Stałe raty bez niespodzianek

Recepta na wygodę...

wybierz swój samochód

Sprawdź pełną ofertę na:
auto4doctors.pl



Volvo S90



Volvo XC60



Toyota Corolla



Peugeot 208



Hyundai Tucson

nasz fanpage: [facebook/auto4doctors](https://facebook.com/auto4doctors)

Informacje dotyczące programu także na: <http://izba-lekarska.pl/>

REKLAMA

Dentystka wśród Pigmejów

Małgorzata Skarbek



Fotografie: M. Osiak

ekarze jeżdżą do wielu krajów nieść pomoc ludziom potrzebującym. Martyna Osiak, młoda dentystka z Warszawy, trafiła na prawdziwy kraniec świata.

– Latem 2017 r. 3 miesiące spędziłam na mojej trzeciej misji medycznej – mówi Martyna. – Pierwsza była w Kamerunie, latem 2016 r. Zimą byłam w Republice Środkowoafrykańskiej w Monasao (co w języku Pigmejów znaczy „dziecko rzeki Sao”). Potem znów w tym kraju i w tej miejscowości.

Monasao to wioska w samym sercu sawanny, otoczona dziewiczą dżunglą. Została stworzona specjalnie dla Pigmejów, którzy do tej pory prowadzili koczowniczy tryb życia. Żywili się tym, co złowili i ubierali w lesie. Ale lasów jest coraz mniej. Aby plemię przetrwało, musi przystosować się do osiadłego trybu życia. Nauka uprawy ziemi i hodowli zwierząt, a także prowadzenie miejscowej szkoły to podstawa przyszłości wioski, a zajmują się tym misjonarze ze Stowarzyszenia Misji Afrykańskich.

– Dla Europejczyka styl życia Pigmejów jest niezwykle egzotyczny – kontynuuje Martyna. – Wciąż żyją w szałasach, dopiero zaczynają budować proste domy z gliny, kryte strzechą z liści palmowych. Pod względem materialnym są niezwykle

ubodzy. Podstawowym narzędziem jest maczeta, która pomaga zdobyć opał na ognisko. Główny pokarm stanowi upolowana zwierzyna leśna (pancerniki, jeżozwierze, antylopy) oraz potrawy z manioku i orzeszków ziemnych, które Pigmeje zaczynają uprawiać.

Jednak maniok nie ma zbyt dużo wartości odżywczych, czego konsekwencją jest niedożywienie. Pigmeje jedzą również rośliny leśne i owoce, takie jak banany, papaje czy ananasy. Zazwyczaj zadowalają się jednym posiłkiem dziennie. Nie mają elektryczności. W wiosce jest niewielka szkoła podstawowa, w której uczą nauczyciele z Afryki. Dzieci chodzą do niej nieregularnie, bo tak jak rodzice żyją w zgodzie z naturą, która wyznacza ich rytm funkcjonowania dostosowany do pór roku. W porze deszczowej zaczyna się trwający miesiąc sezon na gąsienice, które są dla nich wartościowym pokarmem. W porze suchej, w połowie stycznia, rozpoczyna się sezon na termity – przysmak Pigmejów wzbogacający ich dietę.

– Próbowałam i jednego, i drugiego – śmieje się Martyna. – Uczestniczyłam w zbieraniu gąsienic podczas całodniowej wyprawy do lasu. Potem kobiety zrobiły posiłek z gąsienic i ryb na ognisku. To było niezwykle doświadczenie, a jedzenie przepyszne.

W Monasao działa też mała przychodnia zdrowia. Nie pracuje tam na stałe ani lekarz, ani pielęgniarka. Chorymi zajmuje się troje Pigmejów po rocznym przeszkoleniu medycznym. By dotrzeć do lekarza, niektórzy muszą pokonać pieszo nawet 70 km. Dentysta nigdy nie zawitał do Monasao, Martyna była pierwsza. Wieść o przyjeździe lekarza rozchodzi się bardzo szybko. Mieszkańcy mają okazję takiego spotkania raz na kilkanaście lat. – *Byłam przygotowana na to, że podstawowym zabiegiem będzie usuwanie zębów – opowiada Martyna. – Dlatego za pierwszym razem wzięłam dwie walizki, obie wypełnione 23 kg drobnego sprzętu: środkami*

Pigmeje mają zęby w złym stanie. Dr Martyna spotkała się wprawdzie z tradycyjnymi metodami ich czyszczenia młodymi gałązkami różnych drzew, ale nie były tak powszechnie stosowane jak w innych regionach Afryki. Gdy robiła skaliny, pokazywała zdjęcia przed i po czyszczeniu, a pacjenci dostrzegali różnicę między zaniedbanym a czystym uzębieniem. Szybko też przekonywali się, że zabieg nie boli, daje duży efekt, więc chętnie przychodzili całymi rodzinami.

Nie miała jednak szans leczenia zachowawczego czy kanałowego. Ząb, który w Polsce byłby z powodzeniem wyleczony,



znieczulającymi, igłami, kompresami, narzędziami, zabrałam nawet mały autoklaw.

Pigmeje nie wiedzieli, że zęby trzeba myć. Przygotowując się do kolejnego wyjazdu, Martyna zabrała skaler i ssak, aby wykonywać profesjonalną higienizację zębów. Prąd potrzebny do zasilania urządzeń czerpała z baterii słonecznych albo z agregatu prądotwórczego. Prowadziła liczne akcje profilaktyczne, pokazywała, jak czyścić zęby, tłumaczyła, dlaczego to ważne. Mówiła po francusku lub w sango, a Pigmejka tłumaczyła na język plemienny – mbenzele. W Republice Środkowoafrykańskiej językiem urzędowym jest francuski, który lekarka zna, ale okazał się niezbyt nieprzydatny. Musiała nauczyć się sango, próbowała także mówić w mbenzele.

– *Zabrałam ze sobą szczoteczki i tubki pasty, które rozdawałam w wiosce, gdzie mieszkałam, i w sąsiednich, oddalonych nawet o 100 km. W wiosce pracowała także dr Emilia Bylica, specjalista chorób wewnętrznych. Często jeździliśmy razem, aby nieść pomoc nie tylko w Monasao. Najdalej byliśmy w wiosce Liboko, na granicy z Kongiem, i w Lidombo, na granicy z Kamerunem. Do Yombo szliśmy pieszo 5 km przez dżunglę, niosąc cały bagaż z lekami i narzędziami na plecach.*





tam – jeśli bolał – musiał zostać usunięty. Czasami usuwała nawet dziesięć zębów u jednego pacjenta, bo jeśli ktoś przy-
szedł z bardzo daleka, kolejnej wizyty mogło już nie być.

Dr Martyna Osiak zaprzyjaźniła się ze swoimi podopiecznymi. Uważa, że są sympatyczni, szczerzy i otwarci, choć na początku dość nieśmiali. Szybko zdobyła ich zaufanie.

Pigmeje nie mają wielkich potrzeb, prowadzą proste życie. Są monogamistami, cenią rodzinę i zwykle mają dużo potomstwa, choć śmiertelność dzieci jest wysoka.

– Jestem pełna podziwu dla nich – mówi Martyna. – *Białemu człowiekowi mogą się wydawać na pierwszy rzut oka bardzo nieporadni i prymitywni. Nie znają wartości pieniądza, są niepiśmienni, czasami nie wiedzą, ile mają lat, ale nigdy im nie dorównamy w wielu aspektach życia. W lesie poruszają się znakomicie. Pójście z nimi do dżungli było dla mnie dużym przeżyciem. Znają każde drzewo, każdą ścieżkę, wiedzą, co nadaje się do jedzenia, co służy do leczenia, a co jest trucizną. Łowią ryby, chwytają zwierzynę, by przeżyć. Polują wspólnie, a na wyprawy do lasu zabierają całą rodzinę.*



Wolontariuszom zapewniono bardzo dobre warunki pobytu. Każdy ma oddzielny domek z łazienką i bieżącą wodą. Osiedle nie zostało ogrodzone, bo ideą misji jest otwarcie na ludzi, spędzanie z nimi jak najwięcej czasu. Domek Martynty sąsiadował z szałasami Pigmejów. W tym czasie w Monasao przebywali także Ewa Marciniak, która założyła szkołę szycia dla dziewcząt, oraz ks. Wojciech Lula, misjonarz opiekujący się misją.

Jak dr Osiak trafiła w to odległe miejsce? W Abong-Mbang w Kamerunie dr Konrad Rylski założył gabinet dentystyczny wyposażony w unit stomatologiczny i cały sprzęt potrzebny do leczenia zębów. Martyna spotkała go dzięki Fundacji Dzieci Afryki. W organizacji wyjazdu do Kamerunu pomogła fundacja Redemptoris Missio z Poznania. Dr Osiak chciała jednak pojechać do Republiki Środkowoafrykańskiej, bo tamtejsze społeczeństwo, mimo bogactw naturalnych kraju, jest jednym z najbiedniejszych na świecie. Szukała kontaktu z misjami katolickimi, bo wtedy wyjazd jest bezpieczniejszy. Koszty pokryła dzięki sponsorom: diecezjom warszawsko-praskiej i tarnowskiej, Parafii Wszystkich Świętych w Warszawie, a także kolegom z pracy: prof. Andrzejowi Wojtowiczowi, kierownikowi Zakładu Chirurgii Stomatologicznej, dr. Piotrowi Wychowańskiemu, dr. Bartłomiejowi Iwańczykowi oraz prywatnej firmie z branży hutniczej. – *Bardzo bym chciała pojechać tam znów* – snuje plany dr Martyna. – *Kto tam raz pojedzie, nie może zapomnieć o potrzebach i cierpieniach tamtych ludzi. W Europie mamy gabinety stomatologiczne, lekarzy, apteki, gdzie możemy kupić na przykład paracetamol. Oni tego nie mają, nie mają do kogo się zgłosić po pomoc. Dla mnie to nie są już anonimowi mieszkańcy Afryki, ale osoby, które znam, z którymi się zaprzyjaźniłam, u których bywałam w domu, z którymi spędzałam czas. Może kiedyś uda się tam stworzyć gabinet stomatologiczny, aby zamontować unit i móc nie tylko usuwać zęby, ale także je leczyć.* ■

Dr Martyna Osiak pracuje jako asystent akademicki w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej prof. Andrzeja Wojtowicza i przygotowuje doktorat.

Pół wieku w służbie pacjentom

Henryka Jeżak to żyjąca legenda radomskiej służby zdrowia – od niemal 50 lat pracuje w przychodni na Zamłyniu. Jej motto? Trzeba kochać pacjenta i szczerze z nim rozmawiać.



Fotografier: R. Natorski

W jej rodzinie nie było tradycji lekarskich, na studia medyczne postanowiła zdawać dopiero po usilnych namowach wuja, choć nawet przystępując do egzaminu we wrocławskiej Akademii Medycznej, nie miała pewności, czy to dobra decyzja. Dopiero staż na oddziale chorób wewnętrznych radomskiego szpitala utwierdził Henrykę Jeżak w przekonaniu, że wybrała właściwą drogę. – *Trafiłam pod skrzydła fantastycznych fachowców, przede wszystkim ówczesnego ordynatora Aleksandra Sufdackiego, świetnego i szanowanego lekarza, który potrafił znaleźć czas dla każdego asystenta. Nie tylko był cierpliwy, ale również miał wspaniałą cechę – nigdy nie zwracał lekarzowi uwagi w obecności osób trzecich. Dla kogoś, kto dopiero zaczyna karierę i przy byle okazji trzęsą mu się ręce, to bardzo ważne.*

Takie podejście przełożonych sprawiło, że postanowiła związać swoją przyszłość z interną i na II oddziale wewnętrznym radomskiej lecznicy spędziła blisko 30 lat. Równocześnie dyżurowała w Pogotowiu Ratunkowym. – *To były piękne, choć trudne czasy. Było ciężko nie tylko ze względu na zarobki, ale też z powodu niskiego poziomu wiedzy medycznej. Mogliśmy tylko pomarzyć o dostępnej dzisiaj diagnostyce. Wtedy najważniejsza, oprócz badania, była intuicja – opowiada. – Choć akurat to jest istotne w każdym czasie.*

Niewyobrażalny postęp

Henryka Jeżak jest świadkiem prawdziwej rewolucji w medycynie, jaka dokonana się na przełomie XX i XXI w. I ze smutkiem wspomina pacjentów, których schorzeń nie udało się właściwie zdiagnozować. Wciąż przed oczami ma pewną młodą kobietę, która trafiła do szpitala, gdy bohaterka tego artykułu zastępowała przebywającego na urlopie ordynatora. – *Gasła w oczach. Robiliśmy jej wszystkie dostępne wówczas badania i za nic nie mogliśmy znaleźć przyczyny problemu. Ta dziewczyna spędzała mi sen z powiek, nocami jeździłam taksówką do szpitala, by sprawdzić, w jakim jest stanie. Mimo naszych starań zmarła. Dopiero bardzo szczegółowa sekcja zwłok wykazała, że pierwotna zmiana nowotworowa umiejscowiła się na oskrzelu i stąd atakowała cały organizm. Dzisiejsze badania komputerowe wykryłyby to bez trudu, wtedy byliśmy jednak bezradni – wspomina Henryka Jeżak.*

Jako młoda lekarka zaangażowała się również w walkę z cukrzycą. Przez blisko 20 lat pracowała w raczkującej poradni diabetologicznej, mieszczącej się w piwnicy przy ul. Lekarskiej. – *Postęp w leczeniu tej choroby jest niewyobrażalny. Kiedyś pacjenci musieli stosować wywołującą powikłania insulinę zwierzęcą i samodzielnie wygotowywać strzykawki. Dziś mają peny, glukometry i pomoc w specjalistycznych poradniach. Teraz cukrzykom mówię, że to oni są dla siebie lekarzami i tylko od nich zależy, czy unikną niebezpiecznych konsekwencji choroby – przekonuje Henryka Jeżak, uznawana za jedną z prekursorów leczenia cukrzycy w regionie radomskim. Do dziś współpracuje z lokalnymi oddziałami Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, m.in. w Drzewicy.*

Pacjent jest najważniejszy

Henryka Jeżak przyjmowała pacjentów, gdy placówka na Zamłyniu mieściła się w baraku przy ul. Okulickiego, a także po przeprowadzce lecznicy do bloku stojącego przy tej samej ulicy. Obecnie pracuje w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zamłynie”, który mieści się w nowoczesnej siedzibie przy ul. Klonowica. – *Mam wspaniałych szefów i współpracowników. Nigdy nie odczułam, że jestem stara i niepotrzebna. Kocham pracę z ludźmi, a kontakt z pacjentami trzyma mnie przy życiu – z uśmiechem mówi Henryka Jeżak.*

Przyznaje jednak, że przez pół wieku trochę zmieniło się podejście osób pojawiających się w jej gabinecie. – *Młodzi pacjenci coraz częściej traktują lekarza jak biuro pisania podań. Diagnozują się na podstawie wiedzy z Internetu, a ode mnie oczekują tylko wypisania zwolnienia lub skierowania na badania. Choć ze starszymi pacjentami też bywają problemy, bo oni z kolei niejednokrotnie liczą na cud, uważając, że wynikające z wieku dolegliwości da się zatrzymać, a nawet cofnąć.*

Mimo to twierdzi, że bardzo lubi kontakt z pacjentami. Nie przeszkadza jej nawet fakt, iż wielu przychodzi tylko po to, by się wygadać. – *Ja jestem tą, która słucha i próbuje pomóc. Mam też jedną zasadę: zawsze staram się mówić pacjentowi prawdę, nawet najtrudniejszą. Próbuję tylko przedstawiać ją w taki sposób, żeby zmobilizować go do leczenia – tłumaczy. – I chyba wciąż mam niezły kontakt z pacjentami, skoro podczas mojej nieobecności w przychodni, na przykład z powodu choroby, przynoszą mi do domu słoiki z zupą i pytają, kiedy wrócę – śmieje się Henryka Jeżak. ■*

Rafał Natorski

doniesienia naukowe



Kiedy leczymy nadciśnienie

Nie ma dowodów, że leczenie skurczowego ciśnienia tętniczego krwi, które nie przekracza jeszcze 140 mm Hg, przedłuża życie. Wskazuje na to metaanaliza 74 dotychczasowych badań na ten temat, którymi objęto 306 tys. pacjentów (zażywali leki lub placebo). Wyjątkiem są osoby, u których stwierdzono już chorobę sercowo-naczyniową.

W Europie nie zaleca się obniżenia ciśnienia poniżej 140 mm Hg, jednak Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA) uważa, że należy tak robić, kiedy przekroczy ono 130 mm Hg. W Kanadzie i Australii sugeruje się nawet stosowanie leków w przypadku ciśnienia wyższego niż 120 mm Hg.

Współautor badania, dr Mattias Brunstrom z Uniwersytetu w Umea w Szwecji, twierdzi, że kiedy ciśnienie skurczowe osiągnie co najmniej 160 mm Hg, podawanie leków o 22 proc. zmniejsza ryzyko zawału serca i udaru mózgu, a groźba zgonu spada o 7 proc. W przypadku ciśnienia od 140 do 159 mm Hg niebezpieczeństwo zawału i udaru zmniejsza się o 12 proc., zagrożenie zgonem również o 7 proc.

U osób zdrowych, z ciśnieniem nieprzekraczającym 140 mm Hg, nie stwierdzono żadnych korzyści z leczenia. Jeśli jednak rozwinęła się już choroba sercowo-naczyniowa, przy średnim ciśnieniu 138 mm Hg ryzyko zawału i udaru spadło o 10 proc. Nie stwierdzono jednak mniejszego ryzyka zgonu. Leczenie ciśnienia poniżej 140 mm Hg powinno być zatem rozważane jedynie indywidualnie.

(bit.ly/2mnlVpg, „JAMA Intern Medicine” 2017)

O błędach trzeba rozmawiać

Nie należy unikać kontaktu z pacjentem i jego rodziną, kiedy dojdzie do poważnego błędu medycznego. Nie warto również stosować metody „zaprzeczaj i broń się”. Trzeba rozmawiać, wyjaśniać i wysłuchać tego, co mają do powiedzenia poszkodowani.

Przekonuje o tym małe, ale pouczające badanie amerykańskie, którym objęto 27 poszkodowanych, 3 członków rodziny chorego oraz 10 przedstawicieli zespołu terapeutycznego. Niemal wszyscy poszkodowani otrzymali rekompensatę za szkodę, a 18 pacjentów było wciąż leczonych w szpitalu, w którym doszło do pomyłki.

Nie jest zaskoczeniem, że pacjenci i ich bliscy wykazywali ogromną potrzebę porozmawiania z lekarzem, chcieli być wysłuchani i wyrazić swoje emocje. Ciekawe, że interesowało ich również, co można zrobić, żeby powtórnie nie popełniono tego samego błędu lub przynajmniej zmniejszyć ryzyko.

Główna autorka badania, Jennifer Moore z University of New South Wales w Sydney, twierdzi, że zarówno pacjenci, jak i lekarze opowiedzieli się za obecnością podczas rozmowy prawnika osoby poszkodowanej lub jego rodziny. Było to zaskakujące, okazało się jednak, że obu stronom był on pomocny podczas tej trudnej rozmowy.

(bit.ly/2zm1vQ7, „JAMA Internal Medicine”, 9.10.2017)

Kobieta chirurg to mniejsze ryzyko zgonu pacjenta?

Tak przynajmniej wynika z analizy ponad 104 tys. przypadków pacjentów operowanych przez 3,3 tys. chirurgów, wśród których były 774 kobiety. Chorzy poddani zostali różnego typu zabiegom: kardiochirurgicznym, onkologicznym, wymiany stawu biodrowego i kolanowego oraz operacjom bariatrycznym.

Biorąc pod uwagę 30-dniowy okres pooperacyjny, ryzyko zgonu u pacjentów operowanych przez kobiety było o 12 proc. mniejsze. Odsetek powikłań pooperacyjnych i ponownych hospitalizacji był taki sam u pacjentów operowanych przez mężczyzn i przez kobiety.

Główny autor badania, dr Raj Satkunasivam z Houston Methodist Hospital, uważa, że chirurgia wciąż jest zdominowana przez mężczyzn, w efekcie do specjalności tej trafiają kobiety o najwyższych umiejętnościach, najbardziej zręczne i zmotywowane.

Z badania wynika, że w ciągu 30 dni po zabiegu zmarło 11,1 proc. pacjentów operowanych przez kobiety oraz 11,3 proc. operowanych przez mężczyzn. To dowodzi przede wszystkim, że kobiety w tej specjalności radzą sobie równie dobrze jak mężczyźni.

To dobra wiadomość dla pacjentów, ponieważ coraz więcej kobiet zostaje lekarzami i coraz częściej sięgają one po skalpel.

(bit.ly/2yCMQBV, „BMJ”, 10.10.2017)

Cyfrowa tabletka

Skończą się wątpliwości, czy pacjent zażył przepisane leki. Kalifornijska firma Proteus opracowała tabletkę sygnalizującą, czy została połknięta. Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła pierwszy taki farmaceutyk.

Cyfrowa pigułka to neuroleptyk arypiprazol japońskiej firmy Otsuka Pharmaceutical. Stosuje się go w leczeniu schizofrenii i epizodów maniakalnych w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej typu I oraz w zapobieganiu nowym epizodom maniakalnym. Dla oceny efektów leczenia w tym przypadku bardzo ważne jest kontrolowanie zażywania leku.

Tabletka została tak skonstruowana, że zawiera czujnik o rozmiarach ziarnka piasku, dzięki któremu wysyła sygnał jak tylko zetknie się z kwasami żołądkowymi (w ciągu pół godziny, najpóźniej dwóch godzin po połknięciu). Jest do tego zdolna, choć nie dysponuje baterią ani anteną, bo ich zastosowanie nie byłoby wskazane. Sygnał odbierany jest przez opaskę na rękę, która z kolei przekazuje go do smartfona.

Takie rozwiązanie pozwala pacjentowi lepiej kontrolować zażywanie leków. System przypomina o tym, kiedy trzeba połknąć tabletkę, a w razie nieprzyjęcia leku wysyła informację alarmującą. Za zgodą chorego przyjmowanie leku może sprawdzić lekarz.

Proteus zamierza wykorzystać swój patent w innych lekach mających istotny wpływ na przebieg leczenia, np. u pacjentów po przeszczepach, u których szczególnie ważne jest przestrzeganie reżimu terapii.

(Reuters, 13.11.2017) ■

Zbigniew Wojtasiński



150-lecie

Jubileusz Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego był ważnym wydarzeniem dla środowiska medycznego, został połączony z międzynarodową konferencją naukową, która miała na celu przypomnienie i pogłębienie wiedzy o historii LTL. Obchody zorganizowało przede wszystkim Stowarzyszenie Lekarzy Polskich we Lwowie. Finansowe wsparcie przedsięwzięcia nadeszło z izb lekarskich w Polsce. Warto szczególnie podkreślić jest niezwykle bogaty, godny tej wielkiej rocznicy program naukowy konferencji, ale dla mnie najważniejsza była niemal dotykalna historia. Uczestnicy uroczystości (kilkaset osób z całego świata) zobaczyli Cmentarz Łyczakowski z Cmentarzem Orłąt Lwowskich. Konsul RP we Lwowie Rafał Wolski mówił o wspólnych losach Ukraińców i Polaków, o tym jak ważne jest wzajemne zrozumienie w kontekście przyszłości. Ewelina Hrycaj-Mańnicz, kierująca Stowarzyszeniem Lekarzy Polskich we Lwowie, ma trudne dyplomatyczne zadanie podtrzymywania współpracy z miejscową władzą i wydaje mi się, że robi to dobrze. Zarówno homilia podczas mszy z okazji rocznicy, jak i wykłady wygłaszane były w języku polskim i ukraińskim, Ewelina Hrycaj-Mańnicz w krótkim końcowym wystąpieniu podkreśliła, że jej stowarzyszenie czuje się spadkobiercą i kontynuatorem tradycji Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, założonego i prowadzonego przez dziesięciolecia przez polskich lekarzy.

W historii Lwowa jest wiele tragicznych momentów. Uroczystość na Wzgórzach Wuleckich, gdzie hitlerowcy rozstrzelali wielkich polskich uczonych, wśród nich lekarzy, wywołała wzruszenie. Były przemówienia, w tle odbywał się



czysty dźwięk trąbki. Nie trzeba było wielkiej wyobraźni, by zobaczyć tych wspaniałych, służących człowiekowi humanistów wyrwanych nagle z domów i postawionych bez sądu przed plutonem egzekucyjnym.

Lwów, a szczególnie jego znakomicie odrestaurowana, rozległa starówka, to historia bijąca z każdej kamienicy, z każdego kościoła, z każdej ulicy. Odkrywamy ją z sentymentem, zapewne podobnym do tego, z jakim Niemcy oglądają Wrocław i z tym samym poczuciem nieodwracalności zmian. Nie możemy jednak zapomnieć, jakie znaczenie dla Polski miało to niezwykle miasto. Wykłady wygłoszone przez uczestników konferencji, zorganizowane przez Sekcję Historyczną OIL w Warszawie, przyczyniły się do zachowania tej pamięci. Przypomniano też, jak po wojnie lekarze lwowscy budowali medycynę w wielu regionach Polski, m.in. we wspomnianym Wrocławiu. Ważne, by z trudnej i skomplikowanej historii wydobyć to, co cenne, wspólne ludziom nauki, sztuki, medycyny, wspólne wszystkim ludziom dobrej woli. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer

kierownik Ośrodka Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie



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).

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).

UWAGA!!!

Roman Olszewski
skarbnik ORL w Warszawie



Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

Kasa poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,
środa: od 9.00 do 17.00, czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek: od 8.45 do 15.45, środa: od 8.45 do 17.45

W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza dąży do najwyższej jakości w wypełnianiu zadań publicznych oraz do stworzenia warunków wpływających na profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentyistów.

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

Weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej”
(zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism)
e-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl
lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

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.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć



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

Krajowe oferty pracy na 27.11.2017 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 30	epidemiologia 1	medycyna ratunkowa 7	psychiatria 12	stomatologia chirurgia 2
alergologia 6	farmakologia 1	medycyna rodzinna 38	psychiatria dziecięca 2	stomatologia dziec. 2
anestezjologia 16	gastroenterologia 8	nefrologia 3	pulmonologia 1	stomatologia endodon. 1
chirurgia dziecięca 2	geriatria 2	neonatologia 8	radiologia 15	stomatologia ortodon. 3
chirurgia naczyniowa 3	ginekologia i poł. 16	neurochirurgia 1	radiologia (USG) 1	stomatologia protetyka 2
chirurgia ogólna 12	hematologia 2	neurologia 12	rehabilitacja med. 7	urologia 2
choroby płuc 9	hipertensjologia 1	neurologia dziecięca 5	reumatologia 6	USG 8
choroby wewn. 62	kardiologia 10	okulistyka 18	stomatologia 32	
choroby zakaźne 5	kardiologia dziecięca 2	onkologia 1		
dermatologia 9	laryngologia 9	onkologia kliniczna 1		
diabetologia 3	laryngologia dziecięca 3	ortopedia 16		
endokrynologia 12	medycyna nuklearna 1	patomorfologia 1		
endokrynol./ginekol. 1	medycyna pracy 8	pediatria 35		

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

Andrzej Morliński, przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Przed rozłąką z Ukrainą

Paweł Kowal

Polityk powinien się poczuwać do odpowiedzialności za społeczeństwo, za naród. Ludzie muszą bowiem dla niego znaczyć więcej niż ich głosy w najbliższych wyborach. Dla polityka ważna powinna być zbiorowa pamięć, sprawy z przeszłości, uzyskanie zadośćuczynienia za doznane krzywdy, ale też współczesność i myślenie o tych, którzy dopiero przyjdą. Tylko wtedy jego spojrzenie na państwo będzie całościowe. Dlatego sprawy historii są ważne, nawet bardzo ważne, ale niejedyne. W życiu historyka, który poświęca się analizie dawnych dokumentów i walce o prawdę, historia może urosnąć do roli najważniejszej dziedziny, w życiu polityka – nie.

Czasami walka o sprawy, które są już historią, nawet o takie, których ujawnienie jest słuszne, może szkodzić skuteczności działania. Dla przykładu, jeśli my, Polacy, chcemy odszukać wszystkie groby pomordowanych na

Wołyniu, przeprowadzić ich badania (co jest ważne także dlatego, że świadkowie tamtych wydarzeń są coraz starsi), nie możemy postawić na ostrzu noża relacji ze wschodnim sąsiadem, bo grozi to wstrzymaniem prac i cel nie zostanie osiągnięty. Należy podjąć rozmowy z Ukraincami jeszcze raz, poszukać innych rozwiązań, by dojść do kompromisowej oceny trudnych spraw naszej wspólnej historii.

Kiedy w grudniu 1989 r. do Sejmu przyjechała delegacja litewskiego Sajudisu, Bronisława Geremka zaskoczyło, jak dużą wagę Litwini przywiązują do historycznych kwestii. Po latach tak wspominał spotkanie, do którego doszło z jego punktu widzenia w nowych warunkach, gdy świat stanął przed narodami regionu otworem: „*Pozostawało [to spotkanie] w cieniu eskapady generała Żeligowskiego na Litwę. Formułowano dla strony polskiej zaskakujące oczekiwanie potępienia akcji generała. Myśmy zaś uważali, że już co nieco lat minęło, i że tak jak nie zajmujemy stanowiska w sporze między księciem Witoldem a Władysławem Jagiełłą, tak nie ma konieczności, żeby teraz zajmować się Żeligowskim. Ale to potem ciążyło*”.

W pewnym sensie przez ćwierć wieku nie zmieniło się wiele. Historia w naszej części świata pełna jest kontrowersji do dzisiaj. Można oczywiście położyć wszystkie argumenty na szali i walczyć o historyczną prawdę, można pisać czarne listy, można nawet (w tym szkopu!) mieć w większości spraw słuszność. Tylko, czy warto za cenę uporu udowodnienia naszych racji zrezygnować ze spraw, które będą istotne dla tych, którzy dopiero się narodzą? ■



Archiwum Emanuela Ringelbluma

Jego zbiory są jednym z najważniejszych świadectw Zagłady Żydów polskich. Archiwum prowadzone przez członków utworzonej przez Ringelbluma w 1940 r. konspiracyjnej organizacji Oneg Szabat (Radość Soboty) w obliczu likwidacji warszawskiego getta zostało ukryte w metalowych skrzyniach i zakopane. Dwie z trzech części zbiorów odnaleziono w 1946 i w 1950 r. Wybrane materiały z ogromnego zasobu, zawierającego m.in. relacje, wspomnienia, dokumenty urzędowe, świadectwa życia codziennego w getcie, prezentowane są na stałej wystawie „Czego nie mogliśmy wykrzyścić światu” w Żydowskim Instytucie Historycznym w Warszawie. Ekspozycja przypomina członków Oneg Szabat, ich działalność oraz losy ukrytego zbioru. W 1999 r. archiwum zostało wpisane na listę UNESCO „Pamięć świata”.

www.jhi.pl

Malarstwo Marii Anto

Maria Anto czerpała z dorobku sztuki naiwnej. Jej obrazy, o silnym ładunku fantastyczno-baśniowym, wpisują się

w tradycję surrealizmu. Wystawa w Zachęcie – Narodowej Gallerii Sztuki prezentuje około 60 prac malarki z lat 60. i 70. XX w. Są wśród nich portrety indywidualne i zbiorowe, przedstawienia zwierząt, sceny alegoryczne i miejskie krajobrazy. Ekspozycja będzie czynna do 4 lutego.

www.zacheta.art.pl

Racja serca i umysłu

O muzyce XVIII w. z perspektywy dworskiej, społeczno-politycznej, religijnej i historycznej opowiadają w Łazienkach Królewskich polscy muzykolodzy. Prelekcjom towarzyszą krótkie koncerty tematyczne. Najbliższe spotkanie odbędzie się 20 grudnia i zostanie poświęcone działalności jezuickich misjonarzy w Chinach i ich muzyce. 17 stycznia słuchacze dowiedzą się o muzyce w polityce Jakuba III Stuarta i jego żony Marii Klementyny Sobieskiej w Rzymie. Wykłady odbywają się raz w miesiącu, do 6 czerwca.

www.lazienki-krolewskie.pl

Miejska rewolta

Na wystawie w Muzeum Narodowym w Warszawie pokazane są prace na papierze – rysunki, grafiki, fotogramy i fotomontaże, wykonane przez artystów współtworzących środowiska awangardowe II Rzeczypospolitej. Ekspozycja służy przypomnieniu twórczości Leona Chwistka, Tytusa Czyżewskiego, Andrzeja Pronaszki, Witkacego, Henryka Stażewskiego, Władysława Strzebińskiego oraz Marka Włodarskiego i ukazuje rozwój awangardowych idei. Wystawa będzie prezentowana do 21 stycznia.

www.mnw.art.pl

ach



Zapis świadomości

Janina Jankowska

Kocham mój kraj, ale nie czuję się komfortowo, słuchając posła Piotrowicza, pouczającego Sejm, a także mnie, obywatelkę, czym jest demokracja. Nie tylko dlatego, że poseł Piotrowicz pełnił swoje prokuratorskie funkcje, kiedy ja siedziałam w areszcie przy Rakowieckiej. Może żył wtedy w konflikcie moralnym? Ufam, że zgodnie z tym, co przekazał opinii publicznej, starał się w owym czasie pomagać więźniom politycznym. Jednak dziś nie przekonuje mnie jego sposób prowadzenia posiedzeń komisji, którym ogranicza opozycję, a robi to, posługując się nowomową i starannie ukrywając prawdziwe intencje. Uczeń nazywają to inflacją języka.

Nie czuję się komfortowo jako wiceprzewodnicząca Rady Programowej Polskiego Radia SA, kiedy radiowa „Trójka” traci najlepszych pracowników, którzy przez lata budowali jej wizerunek, a pragnący temu zapobiec są bezsilni. „Trzeba wreszcie pogodzić się z wynikiem wyborów, suweren zdecydował” – słyszę w debacie na ten temat głos osoby zasiadającej w ławach poselskich. Za tymi słowami kryje się głębokie przekonanie, że media publiczne należą się partii, która zwyciężyła w wyborach. Moje ukochane radio stało się zwykłym łupem politycznym. Nie powinno mnie to dziwić, bo tak było zawsze, oczywiście w PRL, ale także po 1989 r., gdy nowe partie dochodziły do władzy. Może robiły to mniej ostentacyjnie? Tak czy inaczej dziedzictwo peerelowskie w partyjnych głowach przetrwało.

Sekundowałam „dobrej zmianie” w nadziei, że ci zwycięzcy w kwestii mediów publicznych naprawią błędy poprzedników. Na początku zapowiadało się dobrze.

Cokolwiek złego by dziś powiedzieć o rządzących, ta ekipa pierwsza dostrzegła „wykluczonych”. Słowo-wytrych, ale dobrze oddaje los tych, którzy nie zyskali na prywatyzacji, zamykaniu wielkich zakładów pracy, hut, stoczni, na likwidacji PGR itp. Nie przeczę, plan Balcerowicza i ustawy spieszenie głosowane w ostatnich dniach grudnia 1989 r. pchnęły cywilizacyjnie i gospodarczo Polskę do przodu. Jednak wszystko ma swoją cenę. Ktoś traci, ktoś zyskuje. Ofiarami tej cudownej transformacji byli zwykli, szarzy ludzie, najubożsi, najgorzej wykształceni, wielodzietne rodziny, małe miasteczka uzależnione od wielkiego zakładu pracy, który właśnie zlikwidowano, słowem mohery. Zaopiekował się nimi ojciec dyrektor, upodmiotowił, udostępnił antenę, dzięki której ludzie sobie wzajemnie pomagali, dopuścił do głosu, dał poczucie tożsamości i z tak zbudowaną armią zaczął swoją grę z politykami, ale to oddzielny temat.

Zjednoczona prawica doszła do władzy w 2015 r. z wyrazistą, pozytywną wizją rozwoju Polski. Państwo prawa, które naprawia krzywdy, jednocześnie wstuchując się w głos społeczeństwa, buduje silne podstawy państwa gospodarczo, w polityce zagranicznej, w kulturze itd.

Uwodzicielskie zapowiedzi w kampaniach wyborczych, prezydenckiej i parlamentarnej, wielokrotnie podkreślały

dialog i konsultacje społeczne. Nic o nas bez nas. Cele wyraźnie zarysowane, trudno nie zaakceptować. Polacy z nadzieją zagłosowali.

Nie mogę jednak pojąć, dlaczego po pierwszym pozytywnym ruchu, ustawie 500+, wybrano fatalny sposób dalszej realizacji całego programu? Zamiast szukać sojuszników w środowiskach polskiej inteligencji, przekonywać, negocjować, zaczęto otwierać kolejne pola konfliktu: z artystami, prawnikami, nauczycielami, organizacjami pozarządowymi, ekologami. Po co? Żeby zewrzeć szeregi, zarządzać przez konflikt? W przekonaniu, że jakiś ukryty wróg grozi realizacji celów? Nie ukryty, to III RP, czyli ci, którzy po ośmiu latach stracili władzę, i ich zwolennicy. Oni – w przekonaniu autora tej strategii – są wrogami dobrej zmiany. Zatem wszystkie kluczowe pozycje muszą objąć „nasi”; w Trybunale Konstytucyjnym, sądach, w samorządach. Podział społeczeństwa idący w dół, do rodzin, pogłębia się. Do tego konflikty zewnętrzne z Komisją Europejską, Francją, Ukrainą.

Opozycja została zmarginalizowana, wobec tego przyjęła postawę totalnej negacji. Nie, bo nie. Nawet, gdy propozycje PiS zawierały dobre rozwiązania. Sejm zamienił się w maszynkę do głosowania ze z góry przewidywalnymi wynikami.

Nie ma komunikacji między dwoma obozami.

Coraz mocniej dociera do mnie, jak dramatyczne konsekwencje rodzi ta strategia, jak coraz trudniej nam żyć we wzajemnej wrogości. Rozlewa się to szeroką falą na różne dziedziny życia. Przede wszystkim na język. Nie ma słów obraźliwych, które by nie padały z każdej strony, a słowa to nie są tylko słowa.

Odmawiam udziału w walce plemiennej. I sądzę, że podobnie myślących jest coraz więcej. ■



REKLAMA



Credomedica

**Pożyczka dla lekarzy
bez wpisu do BIK**

do 300 000 zł, do 84 miesięcy,
na oświadczenie, bez ZUS i US

Infolinia: 733 000 778
www.credomedica.pl



Spotkaliśmy się po 60 latach

Haśło zjazdu na sześćdziesięciolecie dyplomu rzucił prof. dr hab. Bogdan Pruszyński, były rektor AM w Warszawie. I choć sam nie doczekał spotkania, odbyło się dzięki zaangażowaniu wielu osób. Realizacji podjęto się kilkoro kolegów z Jego rocznika studiów w byłej Akademii Medycznej w Warszawie (Krystyna Rowecka-Trzebicka, Zofia Rajtar-Leontiew, Hanna Stypułkowska-Misiurewicz, Adam Czarnecki). Zawiadomienie o propozycji zjazdu zamieścili „Puls” i „Gazeta Lekarska”. Datę wyznaczono na 21.09.2017 r. i, dzięki uprzejmości dyrektora Muzeum Historii Medycyny prof. Edwarda Topika, uzyskano zgodę na zorganizowanie imprezy w salach muzeum. Adam Czarnecki przygotował plakietki z nazwiskiem i imieniem każdego uczestnika. Okazały się bardzo przydatne w identyfikacji nieco zapomnianych dawnych znajomych i przyjaciół.

W spotkaniu wzięło udział 65 byłych absolwentów AM, studiujących w latach 1951–1957, czyli z pierwszego rocznika, który całość studiów odbył na nowo powołanej wówczas uczelni. Prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka z powodu nagłej choroby nie mogła poprowadzić spotkania, zastąpiła ją więc prof. Zofia Rajtar-Leontiew, serdecznie witając zaproszonych gości honorowych: rektora WUM prof. Mirosława Wielgośa, rektorów WUM poprzednich kadencji – prof. Tadeusza Tołłoczko i prof. Marka Krawczyka, prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, prezesa OIL w Warszawie Andrzeja Sawoniego, przewodniczącego Komisji ds. Emerytów i Rencistów OIL w Warszawie Włodzimierza Cerańskiego, przewodniczącego Fundacji „Pro Seniore” Andrzeja Surowieckiego, prezesa Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji prof. Mieczysława Szostka oraz Irmę Pruszyńską, wdowę po zmarłym w 2016 r. naszym koledze prof. Bogdanie Pruszyńskim.

Rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś przypomniał, że w roku 1957 około 500 absolwentów ukończyło studia na Wydziale Lekarskim na trzech oddziałach: Ogólnym, Pediatricznym i Sanitarno-Higienicznym, i podjęło pracę w zawodzie lekarza. Podkreślił uznanie dla ich dokonań. Prof. Tadeusz Tołłoczko również wygłosił serdeczne okolicznościowe przemówienie.

Agata Małkowska i Grażyna Jermakowicz, pracownicy zespołu Muzeum Medycyny, przedstawiły piękną, budzącą zadumę prezentację. Znalazły się w niej m.in. zdjęcia 41 kolegów, absolwentów z roku 1957, którzy odeszli na zawsze w okresie w ostatnich 10 lat. Było też zestawienie fotografii naszych profesorów z okresu studiów, takich jak ich zapamiętaliśmy, oraz po dwa archiwalne zdjęcia każdego absolwenta naszego rocznika (z 1961 r. – do indeksu i z 1957

– z dyplomu). Jak bardzo zmieniliśmy się przez sześć lat studiów! Odczuliśmy radość i energię dawnych chwil i komentarzom nie było końca.

Podkład muzyczny zapewnił kolega prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – honorowy prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Z okazji spotkania zaprezentowano też wystawy zdjęć ze zbioru Zofii Rajtar-Leontiew i Jacka Trzebickiego oraz listę osób dopuszczonych w 1951 r. do egzaminów wstępnych, wtedy jeszcze na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego.

Spotkanie było wzruszające. Przybyło wielu kolegów, również mieszkający zagranicą, m.in. Jurek Gajewski z USA, Jarosław Kolanowski z Belgii. Wszyscy z przyjemnością wspominali młodość, dzielili się doświadczeniem z 60 lat pracy lekarskiej i wymieniali aktualne adresy. ■

prof. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



WYŻSZA SZKOŁA
INŻYNIERIA I ZARZĄDZANIE



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

BEZPŁATNE SZKOLENIE DLA LEKARZY

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Celem projektu jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych - lekarzy odpowiadających na potrzeby epidemiologiczne kraju w zakresie kompleksowej profilaktyki, diagnostyki i leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w kursie medycznym, lekarzowi przysługuje 48 punktów edukacyjnych.

Biurowo projektu:
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18, 02-366 Warszawa
pawr.wsitiz.pl

OGŁOSZENIE

Uroczystość odnowienia dyplomów lekarskich



Fot. archiwum

Z okazji 50-lecia ukończenia studiów lekarskich na Akademii Medycznej w Warszawie w Centrum Dydaktycznym WUM odbyło się spotkanie absolwentów.

Zapraszamy na zebranie wigilijne

Koła Medycyny Komunikacyjnej TLW, które odbędzie się

18 grudnia 2017 r. o godz. 18.00
w Klubie Lekarza w Warszawie,
przy ul. Raszyńskiej 54.

Wykład pt.

**„Dlaczego mamy trudności
w wyrównywaniu cukrzycy typu II”**
wygłosi **prof. Waldemar Karnafel.**

Krystyna Podgórska-Baraniecka
przewodnicząca koła



Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
XX jubileuszowa konferencja naukowa „Najnowsze trendy w stomatologii”
23–25.02.2018 r.

Hotel Diune w Kołobrzegu
www.trendy2018.pl

Informacje: tel. 91-487-49-36 w. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl
Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

organizuje spotkania środowiska medycznego
przy Parafii św. Zygmunta w Warszawie, pl. Konfederacji 55,
gromadzące w każdą czwartą środę miesiąca lekarzy i wszystkich posługujących chorym.

Prof. Bogdan Chazan, prezes KSLP OM bł. dr Ewy Noiszewskiej,
ks. kanonik Władysław Duda, nowo mianowany diecezjalny duszpasterz Służby Zdrowia Archidiecezji Warszawskiej,
dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

zapraszają na spotkanie kolędowe medyków 27.12.2017 r.

18.00 – msza święta sprawowana przez ks. Władysława Dudę,
19.00 – wspólne kolędowanie, dzielenie się opłatkiem, refleksją: Co znaczy być dobrym jak chleb
– w 100. rocznicę urodzin św. brata Alberta Chmielowskiego (25.12.1917 r.).

XI CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

10 lutego 2018, godz. 19.00

Imprezę poprowadzi

Jolanta Mrotek

Wieczór uświetni występ

zespołu Boogie Band

Zapraszamy

Zaproszenia w cenie 400 zł/os.

34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

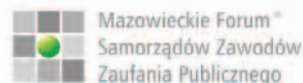
Szczegółowe informacje można uzyskać,

dzwoniąc pod nr:

22 542 83 02 lub 538 192 002

lub drogą e-mailową

proseniore@oilwaw.org.pl





Fot. archiwum

Mylenie znaczeń

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Oto typowe zdanie, w którym pewien znany dziennikarz (dawniej poseł do Sejmu RP) użył wyrazu *problematiczny*: *Praca w szkole staje się coraz bardziej *problematiczna, bo młodzież nie stosuje się do regulaminu ucznia*. Wyraz ten został tu zastosowany w znaczeniu ‘wymagający rozwiązywania problemów’, gdy tymczasem jak świat światem znaczy on (cytuję za słownikiem języka polskiego PWN pod redakcją prof. Mirosława Bańki) ‘niepewny, budzący wątpliwości’. Zdanie powinno więc mieć postać: *Praca w szkole wymaga rozwiązywania coraz większej liczby problemów, bo...*

Spotyka się mylenie znaczeń także licznych innych wyrazów i, na co zwraca uwagę Mirosława Łątkowska, redaktor naczelna Oficyny Wydawniczej Volumen, zjawisko to zaczyna być nagminne. – *Ludzie, nawet ci wykształceni, przestali czytać i zapominają znaczeń wyrazów* – powiedziała. Nie wiem, czy ma to już charakter epidemii, ale przydałaby się jakaś akcja szczepień. Żeby nie być gołosłownym, kilka innych przykładów.

Wyrażenie **Rażące dowody mojej niewinności* zawiera niedopuszczalny paradoks. Jeśli ktoś chce przedstawić coś na swoją korzyść, a właśnie o to tu chodzi, powinien użyć słowa nacechowanego pozytywnie, tymczasem wyraz *rażący* zawsze ma wartość negatywną, to znaczy zarówno wtedy, kiedy znaczy ‘uderzający tak, że rani albo zabija’, jak i wówczas, gdy znaczy ‘jest dokuczliwy, nieznośny’. Dlatego przytoczona wypowiedź brzmi tak, jakby autor kpił z samego siebie. Gdyby można było, doradzilibyśmy mu, aby napisał: *Niezbite dowody mojej niewinności*, ale niestety jest to już wydrukowane.

Zdanie *Jesteśmy w sytuacji zagrożenia życia i *śmierci* rozciąga znaczenie wyrazu *zagrożenie* na coś, czemu nic nie zagraża, to znaczy na *śmierć*. *Śmierć* jest tu rzeczownikiem niematerialnym, oznaczającym nie jakąś rzecz, ale negatywne pojęcie, które znaczy ‘ostateczne zakończenie życia’ (pomiędzy inne znaczenia, bo nie mają tu zastosowania). Na zdrowy rozum wyrażenie *zagrożenie śmierci* powinno oznaczać zjawisko pozytywne, sytuację pożądaną, coś, o co nam, lekarzom, chodzi. Tylko jak to pogodzić z *zagrożeniem życia*? Ano nie da się. Niewłaściwe zestawianie życia i śmierci w jednym wyrażeniu wcale nie jest rzadkie. Znany jest dowcip, który to ośmiesza: – *Wiesz, napadł na mnie bandyta z pistoletem w ręku i zawołał: śmierć albo życie! – I co zrobiłeś? – Jak to co, śmierziałem!* Nie byłoby żartu, gdyby bandyta krzyknął: – *Pieniądze albo życie!*

Zastanawia, jakim torem szła myśl autora (notabene lekarza) następującego zdania: **Najważniejszym *organem jamy brzusznej jest *nerka*. Oto pytania, które po przeczytaniu tej wypowiedzi musimy zadać: Dlaczego najważniejszym; dlaczego jamy brzusznej; dlaczego nerka, a nie na przykład wątroba czy żołądek; dlaczego jedna nerka, a nie dwie; dlaczego potocznym *organem*, a nie fachowym *narzędziem*? Trochę tych pytań za dużo, prawda? Zdanie jest tak kalekie i puste, że najlepiej byłoby je wykreślić z tekstu, w którym się znalazło. ■

<http://www.lpij.pl>



Fot. kb

W poszukiwaniu tematu

Jeśli szukać w polskiej medycynie postaci godnej filmowego scenariusza, ten biogram nie ma sobie równych.

Był prowincjonalnym aptekarzem w Pińsku na Podolu, gdzie się urodził, zakonikiem, którego potem – na wniosek dwóch wielkich Polaków: reformatora polskiej nauki Hugona Kołłątaja i prymasa Polski ks. Michała Poniatowskiego – sam papież Pius VI zwolnił ze ślubów zakonnych, z powodu obawy, że, jak napisano w uzasadnieniu, „gotów jest popaść w obłąd”; tak szalenie zakochał się w pewnej kobiecie. Studia medyczne i filozoficzne odbył w Rzymie. Zwiedził Europę. Po powrocie do kraju wybrał Kraków, zamiast objąć proponowaną mu katedrę w Wilnie.

Godny uznania za uczonego najwyższej klasy, stworzył teoretyczne podstawy polskiej chirurgii. Uważany jest za prekursora w Polsce kilku dyscyplin medycznych, m.in. naukowo przedstawionej anatomii (wykonał precyzyjne ryciny), ortopedii, rehabilitacji, stomatologii (wychował m.in. pierwszą stomatolog Józefę Serre, sporządził wykaz ówczesnych narzędzi dentystycznych, był prekursorem stosowania znieczuleń), w położnictwie zainicjował kształcenie położnych. Wynałazł gnips – nóż do rozcinania ran. Napisał fundamentalne dzieła medyczne, m.in. sześć opastych tomów pierwszego podręcznika chirurgii pt. „Narzędzia opatrzenia chirurgicznego”.

Straż obywatelska musiała go osłaniać, gdy wracał do domu po przeprowadzonych publicznie sekcjach zwłok zbrodniarzy straconych w mieście (zw. Theatrum Anatomicum), które odbywały się w Kolegium Nowodworskim. Tłum oburzonych zdemolował scenę i gotów go był zlinczować.

Był nadwornym królewskim lekarzem, który w imieniu swego monarchy Stanisława Augusta Poniatowskiego wygłaszał publicznie ku jego czci – w murach akademii, zwanej wówczas Szkołą Główną Koronną – „Dysertację o szlachetności, potrzebie i użytku chirurgii w poźyciu ludzkim”, pełną etycznych zaleceń. Nazwę Uniwersytet Jagielloński ustanowiono dopiero w roku 1817.

Wielki patriota, jako pierwszy nie tylko pisał podręczniki, ale też wykładał medycynę w języku polskim. Podczas powstania kościuszkowskiego pełnił funkcję naczelnego chirurga wojsk polskich. Bywało, że pacjentom zwracał koszty leków. Swoje zbiory instrumentów chirurgicznych oraz cenną bibliotekę przekazał Akademii Krakowskiej.

Pisał fraszki, teksty reporterskie z lat Sejmu Wielkiego.

Ojciec dwóch synów z nadobną Heleną Katerlanką (kaszelańską córką). Jeden z ich synów (Ignacy), botanik, za prezydentury Józefa Dietla był rektorem UJ.

Nazywał się Rafał Józef Czerwiakowski. Właśnie upłynęło 201 lat od jego śmierci. A w Krakowie tej jesieni obradował 68. Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich, z którego inspiracji powstał ten tekst. ■

Stefan Ciepły

Brydżowe sukcesy lekarzy naszej Izby



Fot. K. Makuch

Na początku listopada zakończyły się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym i VI Mistrzostwa Polski Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego „Misja”. Rozegrano je w gościnnych progach Centrum Sportów Umysłowych w Warszawie. W obu imprezach dobrze wypadli reprezentanci naszej Izby.

W mistrzostwach lekarzy konkurowano w turnieju indywidualnym oraz par na maxy i na impy. W turnieju indywidualnym zawodnik ze stolicy Krzysztof Makuch zdobył brązowy medal, a Andrzej Jaworski, również warszawiak, i radomianin Włodzimierz Król zajęli kolejne miejsca. Włodzimierz Król w turnieju par na impy z Mirosławem Kotowskim (Ostrowiec Świętokrzyski) wywalczył srebro, podobnie

jak w turnieju na maxy. W ostatniej z wymienionych konkurencji Krzysztof Makuch i Mariusz Mystek (Kępno) zdobyli brązowy medal. W prestiżowej klasyfikacji generalnej zwyciężył, a tym samym został mistrzem Polski, Sławomir Falkowski z Warszawy. Dalsze miejsca zajęli Włodzimierz Król (trzecie) i Zofia Zaręba (piąte).

Szczególnie cieszy duża frekwencja i wysoki poziom gry lekarek. W klasyfikacji generalnej kobiet złoto zdobyła Zofia Zaręba, a brąz – neurolog ze Szpitala Bródnowskiego Joanna Przytycka. Tuż za nimi uplasowały się także warszawianki – prof. Ewa Skopińska, Hanna Kalotka-Kręglewska, Maria Boczar, Janina Orłowska i Zofia Horodyńska.

W odbywających się tydzień wcześniej mistrzostwach samorządów w turnie-

ju indywidualnym złoto zdobył Krzysztof Makuch, a siódme miejsce zajął Andrzej Jaworski. W turnieju na maxy medal brązowy wywalczyli Zofia Zaręba i Krzysztof Makuch, w turnieju teamów wygrali inżynierowie ze Śląska, przed reprezentacją biegłych rezydentów. Pierwszą damą mistrzostw została Zofia Zaręba, srebro przypadło prof. Ewie Skopińskiej. Wśród lekarzy w klasyfikacji generalnej wygrał Krzysztof Makuch przed Zofią Zarębą.

Pełne wyniki i zdjęcia zamieszczone są na stronie WZBS. Ogromnie cieszy, że idea lekarskiej rywalizacji przy brydżowym stoliku, zapoczątkowana przez śp. Henryka Krupę z Morąga, lekarza, senatora RP, społecznika, ma kontynuację. ■

km

DLA SMAKOSZY

Pieczony udziec na święta

Na Boże Narodzenie proponuję rzadko przygotowywaną w naszych domach jagnięcinę. Do dziś pokutuje przekonanie, że to mięso łykowane, o niekoniecznie przyjemnym zapachu. To nieprawda! Ponadto baranina i jagnięcina należy do najzdrowszych mięs. Są bogatym źródłem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, jednocześnie posiadają mało niekorzystnych kwasów nasyconych. Jagnięcina jest też źródłem dużej ilości kwasu linolowego, który ma doskonałe właściwości hamujące procesy powstawania nowotworów. Bogata jest również w zbawienne dla naszego organizmu kwasy rotowe, które poprawiają funkcjonowanie wątroby i spowalniają procesy starzenia.

Składniki: ♦ udziec jagnięcy, około 1,5 kg ♦ 2 l jogurtu lub kefiru ♦ czubata łyżka cząbrku ♦ czubata łyżka majeranku ♦ płaska łyżka rozmarynu i kilka świeżych gałązek ♦ 6 łyżek klarowanego masła ♦ 1/2 łyżki soli ♦ 6 ząbków czosnku ♦ 250 ml oliwy ♦ 250 ml białego wytrawnego wina

Wykonanie: udziec wyluzować z kości i na 6 godzin zanurzyć w jogurcie lub kefirze. Po tym czasie wytrzeć mięso do sucha.

Przygotować marynatę z 4 łyżek masła klarowanego oraz cząbrku, majeranku, rozmarynu oraz soli i dobrze natrzeć nią mięso. Pozostawić w chłodzie, pod przykryciem, przez 6 godzin. Ząbki czosnku przekroić na pół (w pionie) i przed pieczeniem naszpikować nimi ponacinany udziec, tak aby całe były schowane w mięsie. Następnie delikatnie owinąć udziec sznurkiem, podkładając 2-3 gałązki rozmarynu. Blachę wyłożyć folią aluminiową, na niej umieścić udziec i ułożyć na nim wiórki sklarowanego masła. Podlać oliwą, przykryć dość szczelnie folią i włożyć do piekarnika rozgrzanego do 200 st. C. Piec, nie zdejmując folii, około 2,5 godziny. Następnie zdjąć folię, wlać wino i piec jeszcze 40-50 minut, do zarumienienia się mięsa. Po upieczeniu zdjąć sznurek, pokroić mięso w grube plastry i podawać z pieczonymi ziemniakami. Można wystudzić i serwować do śniadania następnego dnia. Wesołych Świąt! ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Wernisaż Włodzimierza Cerańskiego

W październiku 2017 r. w Wawerskim Centrum Kultury w Aninie odbył się wernisaż naszego kolegi, chirurga, byłego skarbnika, członka ORL i szefa Komisji Emerytów Włodzimierza Cerańskiego. Do Anina jechałem z ciekawością, choć widziałem już prace malarskie pana Włodzimierza w siedzibie naszej Izby oraz w paru innych miejscach. Nie zawiodłem się, wystawa kilkudziesięciu pejzaży artysty, oglądana nawiasem mówiąc przez tłum zwiedzających, wywarła na mnie owo oszałamiające wrażenie, którego doświadczałem nieraz w obliczu prawdziwej Sztuki. Zmysłowe, bogate, różnorodne piękno świata wyrażone subtelnie i czule lub z krzyczącą, ale nigdy tanią ekspresją, przyciąga wzrok i wzrusza w sposób trudny do opisanego słowami. Nie mam wątpliwości, że z tymi obrazami, wybranymi zgodnie z własnymi upodobaniami, doświadczeniami i wrażliwością, większość zwiedzających chciałaby, tak jak ja, obcować na co dzień, o czym zresztą świadczyła liczba kartek z napisem „sprzedane”.

Warto przypomnieć, że Włodzimierz Cerański, wieloletni animator ruchu plastycznego w naszym samorządzie zawodowym, jest członkiem Związku Polskich Artystów Plastyków oraz Stowarzyszenia Marynistów Polskich. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer



Fot. K. Schreyer

Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW

Wycieczka do Pułtusk

Grupa lekarzy emerytów i rencistów odwiedziła w październiku Pułtusk. Przewodnik opowiadał o historii miasta, architekturze i mieszkańcach. Dowiedzieliśmy się m.in., że rynek w Pułtusku należy do najdłuższych w Europie. Wzruszającym akcentem jest mały pomnik Krzysztofa Klenczona, rodowitego pułtuszczanina. Odwiedziliśmy bazylikę kolegiacką pod wezwaniem zwiastowania NMP. Świątynia wybudowana została w XV w., obecnie – po pełnej renowacji dzięki funduszom europejskim – przywrócono jej dawny blask. W bazylice zachwyciło nas fantastyczne sklepienie złożone z kilkuset bukietów kwiatowych oraz popiersi i rozetek.

Zobaczyliśmy też m.in. pozostałości po średniowiecznych murach obronnych oraz dzielnicy żydowskiej, na terenie której stoi pomnik upamiętniający historię. Po powrocie do zamku ochotnicy wdrapali się na wieżę widokową, z której roztacza się wspaniała panorama miasta. Obiad zjedliśmy w jednej z zamkowych restauracji. W drodze powrotnej zatrzymaliśmy się w Serocku, by podziwiać architekturę tamtejszego zabytkowego kościoła. Z tarasu kościelnego rozciągał się doskonały widok na połączenie Bugu z Narwią. W Warszawie byliśmy o zmroku, pełni wrażeń. ■

Włodzimierz Cerański



Fot. W. Cerański



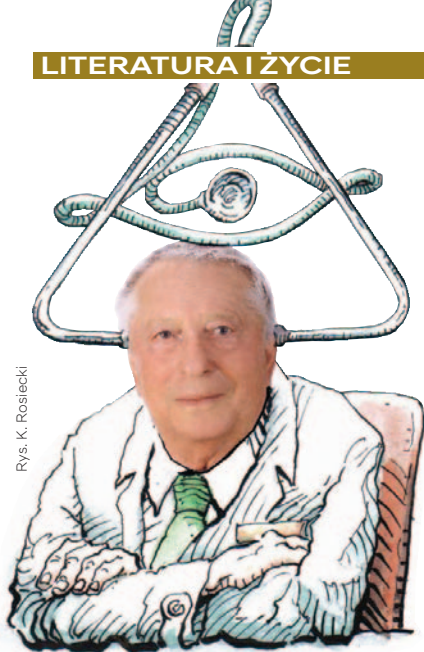
Fot. archiwum

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



Rys. K. Rosiecki

Wigilia z wilkami

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

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

Artur Dziak

Wuj Marian, któremu jako pierwszemu udało się przejrzeć na oczy i wyrwać ze szponów bolszewickiej propagandy, wstąpił w szeregi brygady generała Dowbor-Muśnickiego, by przez objętą rewolucyjną pożogą tereny Rosji przebijać się do Polski.

Kiedy zbliżały się święta Bożego Narodzenia, wuj otrzymał rozkaz udania się do położonej za lasem wsi, gdzie miał zaopatrzyć kamratów w wigilijne jadalne i napitki. Do pomocy dobrał sobie, jak mówił, dwóch zuchów z maximem i jaszczykiem amunicji, gdyż w okolicy były wilki, po czym pomknęli trojką do wsi. We wsi zeszło im nieco, gdyż salcesony leżały jeszcze pod kamieniami, kiełbasy się wędziły, a dorodnego prosiaka dopiero oprawiano. Dobrze już było pod wieczór, jak strzelili z bata i ruszyli z powrotem. Ale droga wcale nie okazała się łatwa! Wraz z księżycem i gwiazdami pojawiły się wilki, które początkowo w pojedynkę i z respektem leciały za saniami lub przebiegały drogę przed końmi.

Widząc, co się święci, powkładali za pazuchy garście nabojów, zarepetowali maxima i czekali na dalszy ciąg wypadków. Wkrótce liczna wataha wygłodniałych wilków zaczęła zabiegać koniom drogę, by chwycić je za gardła. Wuj zaciął konie, już mocno ochwacone, kamraci bez przerwy strzelali, a bestie nadal atakowały, jakby się w biegu rozmnażały!

Kiedy myśleli, że już najwyższy czas odmawiać modlitwę, gdyż pewnikiem ziemski padół opuszczają, jeden z kamratów zaczął wyrzucać kiszki, kiełbasy i salcesony. Potem wyrzucili obydwie połówki prosiaka. To ich uratowało, gdyż na dłuższy czas przyciągnęło uwagę wilków, a w tym czasie oni dali drapaka! W końcu ukazały się ich oczom kryte oczeretem dachy domów. Gdy jednak skończyli opowieść, nie tylko nikt im współczucia nie okazał, ale jeszcze chcieli im *mordu nabiť*, i to nawet najserdeczniejsi przyjaciele.

– *Ci swotoczi podejrzewali nas o przyjemność wcześniejszego „zdrowego” napicia się i obżarcia kiełbasami!*
– żalił się wuj Marian.



Rys. P. Woźniak

– A niech mnie piorun na tym miejscu strzeli. Taką to była przyjemność, jak tigris jebat! I zakończył filozoficznie:
– Na wajnie, jak na wajnie – nie ma to tamto, nie każdemu śmierć tylko od kuli pisana.

Ważną rolę w uchronieniu wuja i kamratów od samosądu rozwścieżonego żołdactwa odegrał pewien Jasiek, ordynans od pucowania butów i koni, parzenia herbaty i podawania na czas stakanów panom kadetom. On to uspokoił nastrój, więc kiedy wszystko wróciło do normy, wuj, pragnąc odwdziżyć się Jaśkowi, oświadczył: – *Od dzisiaj, Jaśku, kiedy to sam Jezus na świat przychodzi, zwierzęta gadają i trzeba wyzbyć się wszystkiego zła, pragnąc czynem miłosierdzia chrześcijańskiego spełnić, oświadczam ci, że przestaniemy ci dawać szcutki w nos i przeżywać obelżywymi przewiskami w rodzaju: przygłup, burak czy dupa!*

– A, to dobrze – odparł Jasiek. – *Ja też Stwórcę naszego chwalać, przyrzekam, że od dziś przestanę wam, panowie, płuć do herbaty i szczać do samowara!* I Jasiek, mimo nikczemnego stanu, słowa chyba dotrzymał...

Obracając się przy panach oficerach, Jasiek nabrął z czasem pewnej ogłady towarzyskiej oraz manier. Zaczął się nawet niejednokrotnie wytwornie wyrażać. Pewnego razu Jasiek związał się był bliżej z panną służącą ze dworu, w pobliżu którego przyszło pułkowi zapaść na zimę. Kiedy panowie oficerowie zaczęli podpytywać go o tę sprawę miłosną, wyznał, że nic z tego nie będzie.

– *To tylko platoniczna miłość, wasze błogorodie* – oświadczył. – *Biadam nad tym i biadam.* Kiedy zaintrygowani oficerowie zaczęli drążyć temat, Jasiek wyjaśnił: – *Platoniczna i tyle! Już ani rąk, ani nóg nie czuję! Ciągłe tylko dupczenie, dupczenie i od nowa dupczenie, a nic do jedzenia nie dadzą!* ■



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 multimediów, inteligentne systemy bezpieczeństwa oraz szeroka gama wydajnych, turbodoładowanych silników odpowiadają na potrzeby współczesnego trybu życia. To dlatego Hyundai i30 Nowej Generacji działa na wyobraźnię. Rzeczywistość nieustannie się zmienia, a wczorajsze myślenie o motoryzacji jest już nieaktualne.

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



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



5-letnie Gwarancja Bez Limitu Kilometrów Hyundai dotyczy jedynie tych samochodów Hyundai, które były sprzedane Klientowi końcowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w książce gwarancyjnej. Szczegóły oferty i programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai. Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla reprezentatywnego modelu Hyundai i30 wynosi od 5,4 do 6,5 l / 100km, średnia emisja CO₂ wynosi od 95 do 130 g/km.



Fot. archiwum

Nieprawdopodobna historia

Jerzy Borowicz

Mój szwagier, doktor Andrzej Wiczyński, miał bardzo ładną siostrę – Hanke. Hanka wyszła za męża o wiele starszego od siebie mężczyznę, inżyniera Leszka Kistelskiego. Kistelski był bratem Heleny, która wyszła za męża za prof. Jana Nielubowicza. Aliści Hanka rozeszła się z mężem i została żoną kapitana Mieczysława Sadowskiego.

I tutaj zaczyna się fascynująca opowieść. Kapitan Sadowski był pilotem. W powojennej Polsce latał na liniach krajowych. Nie pozwolono mu latać zagranicę, bowiem w czasie wojny walczył w Anglii.

14 grudnia 1949 r. wypadł mu pasażerski lot do Katowic. Pasażerowie zajęli miejsca i czekali na start. Samolot wystartował, tylko zamiast do Katowic poleciał w kierunku Gdańska. Wydawało się, że nikt z pasażerów niczego nie zauważył, jedynie nawigator poinformował kapitana, że leci w niewłaściwą stronę, i prosił o korektę kierunku lotu. Kapitan Sadowski kursu nie zmienił. Wpadł na genialny pomysł podawania nawigatorowi błędnych parametrów. Ciągłe informował go, że leci prawidłowo. W ten sposób zyskiwał cenne minuty. Kiedy znalazł się nad Morzem Bałtyckim, zameldował, że ląduje w Gdańsku. Gdy nawigator i pilnujący lotu ubek zorientowali się, że coś jest nie tak, przekazali wątpliwości przełożonym. Kontroler lotu rozkazał pilotowi zmienić kierunek i wrócić do Gdańska. Poinformowano sowiecką bazę lotniczą o próbie ucieczki polskiego samolotu. Ale było już za późno. MiG-i, które ruszyły w pościg, musiały zawrócić, bo samolot LOT-u był już w przestrzeni powietrznej Danii, a kapitan miał najwyraźniej zamiar lądować na Bornholmie. Władze duńskie nie dały zezwolenia na lądowanie. Kapitan Sadowski, niezrażony odmową, lądował na trawie, tuż za pasem startowym lotniska. Samolot stracił przy tym kawałek skrzydła i statecznik.

Pasażerom dano wybór: mogą wracać do Polski lub zostać. Wszyscy pasażerowie, poza nawigatorem, który miał żonę i dziecko w Warszawie, postanowili zostać na Bornholmie. Później okazało się, że większość była w zмовie.

Na drugi dzień cały świat huczał o tym, jak to polskiemu pilotowi, który wybrał wolność na Zachodzie, udało się zmylić czujność Sowietów. Był to pierwszy przypadek ucieczki samolotu pasażerskiego.

Myślę, że ten lot kapitan Sadowski zadedykował Stalinowi, który w grudniu obchodził urodziny. ■



Chan Chan

– największe miasto z gliny

Jacek Walczak

Hiszpańscy kronikarze z XVII w. zapisali, że Taycanamo, założyciel dynastii Chimú, przybył na zachodnie wybrzeże Ameryki Południowej od strony morza na tratwie z drewna balsa. Mogła to być postać historyczna, ale jego dokonania nikną w obłokach mitów i legend. Powstanie miasta Chan Chan datuje się na rok 1300, przyjmując go jako rok narodzin wielkiej stolicy. Miejsce wybrano nieprzypadkowo. Indianie Mochica wzniesli w pobliżu największe niegdyś świątynie na kontynencie Ameryki Południowej – Piramidę Słońca i Piramidę Księżyca. Budowle te znajdują się stosunkowo blisko współczesnego peruwiańskiego miasta Trujillo.

Kultury i cywilizacje prastarej Ameryki Południowej tworzą łańcuch czasu, którego ostatnim ogniwem jest imperium Inków, względnie dobrze poznane. Historie starszych cywilizacji sięgają korzeniami czasów antycznej Grecji. Cywilizacja Chimú była kontynuacją kultury Mochica. Sławni poprzednicy wzniesli się na wyżyny sztuki, zwłaszcza w tworzeniu ceramiki i wyrobów jubilerskich, a lud Chimú skwapliwie korzystał ze świetnych wzorców. Jednak jego rzemiosło ma już cechy produkcji. Chimú chyba jako pierwsi na kontynencie seryjnie wytwarzali zdobienia. Odciskali przygotowane formy w świeżej glinie i uzyskiwali powtarzalność motywów. Utrwalali na murach, naczyniach etc. sceny z codziennego życia, czym mocno przysłużyli się współczesnym badaczom. Mochica byli doskonałymi artystami, a Chimú doskonałymi rzemieślnikami.

Stolica Chan Chan zajmowała około 28 km kw. i była największym miastem na zachodniej półkuli w okresie prekolumbijskim. Szacuje się, że mogło w nim mieszkać 60 tys. ludzi. Było też największym na świecie miastem zbudowanym z gliny. Chan Chan rozkwitało do podboju przez Inków w roku 1471. Wcześniej królestwo Chimú, choć odstawało organizacją od imperium sąsiadów na południu, stawiało im zaciekły opór. Król ze swoją żoną rezydował wtedy w Quito.

Inkowie, przyłączając północne królestwo (zwane później Chinchasuyu), zakończyli budowę swojego Imperium Czterech Stron Świata, które obejmowało wszystkie zamieszkałe połacie kontynentu. Nowi władcy nie byli zainteresowani grabieżą bogactw materialnych. Ich głównym celem była imperialna kontrola administracyjna. Taka polityka przyczyniła się do rozkwitu Chan Chan. Inkowie niemal obsesyjnie dbali o zachowanie na przyłączonych terenach zastanych wartości w każdej dziedzinie życia. Gwałtowna zmiana nastąpiła dopiero z nadejściem Hiszpanów. Zaledwie kilka dekad wystarczyło, by ze świetnego miasta pozostało niewiele. Miary dopełnili *huaqueros* – rabusie grobów, których nieczarna działalność od zawsze towarzyszy słabości struktur państwa.

Stolica Chan Chan w całości zbudowana była z cegieł z wysuszonej gliny. Centrum stanowiło dziewięć cytadel otoczonych murami. W każdej znajdowała się świątynia, siedziby wojowników i zasilany niezależnie od pozostałych zbiornik wody. Ważnymi obiektami były mauzolea poszczególnych władców. Ocalałe zdobienia mówią o oryginalnej kosmogonii ludu Chimú. Najwyższym kultem Chimú otaczali Księżyc i morze, w przeciwieństwie do Inków i innych górali andyjskich, którzy czcili Słońce i Ziemię.

Czas dokonał dzieła zniszczenia, a ludzie i przyroda dołożyli swoje. Regularne pory deszczowe nie zaszkodziły ruinom miasta tak bardzo, jak pojawiające się tam ostatnio anomalie pogodowe, a z nimi niesłychanie silne tornada. Szczególnie obfite deszcze padały w 1998 r. Dzisiaj pozostało po mieście morze glinianych pagórków. Zrekonstruowano tylko nieliczne fragmenty. Najlepiej prezentuje się cytadela Tschudi, niestety w znacznej części odbiega od oryginału. Nazwa pochodzi od nazwiska szwajcarskiego badacza Johanna Jakoba von Tschudi, który w XIX w. eksplorował teren Chan Chan. Swoje badania w tym niezwykłym miejscu opisał w książce „Peruvian Antiquities”, opublikowanej w Wiedniu w 1851 r. Obecnie nieliczne ocalałe artefakty można zobaczyć w pobliskim muzeum. ■



Fotografier: J. Walczak

Odejść od codzienności

Zbigniew Maciejewski

(1928–2017)

*„Odejść od codzienności, aby uniknąć wrzasku świata.
Czuwać, by prawda nigdy nie milczała.
Żebym miał dystans do tego, co robię,
nie był zbyt pewny i wierzył,
że może być lepiej”.*

Zbigniew Kajetan Maciejewski ukończył Akademię Medyczną w 1953 r., był lekarzem pulmonologiem. Od 35 lat uprawiał malarstwo. Należał do Związku Polskich Malarzy i Grafików. Pracował i tworzył w Warszawie. Jako poeta debiutował w 1985 r. Jego poezja jest uzupełnieniem malarstwa. Impresja na temat słuchanej muzyki stała się inspiracją do namalowania pierwszego obrazu. Malował pejzaże z natury, impresje surrealistyczne, fantazje i abstrakcje. W tych ostatnich wyzwał największą pasję twórczą. Swoją wyobraźnię dzielił się z widzem, wciągał go do szczególnej gry i intelektualnej przygody. Kochał opowiadać o swoim malarstwie. Jego przeżywanie aktu twórczego zapadło mi głęboko w pamięć. Ten wyjątkowo ciepły, kulturalny i spokojny człowiek przeistaczał się zniecałkowaną w tytaniczną postać pochłaniającą otaczającą przestrzeń, zagarniającą i zamykającą ją kolorowymi plamami na płótnie. Wyzwał przy tym ogromną energię, którą zadziwiał przyglądających się Jego pracy. Twarz Mu piękniała i rozpromieniała odbiciem żywych kolorów obrazu stawała się o wiele młodsza niż w rzeczywistości. Zdawało się, że unosił się nad stołem, na którym płasko rozłożył blejtram i zdecydowanymi ruchami szerokiego pędzla pokrywał płótno farbami. Jakże odważnie i czysto. W tych obrazach, jak w średniowiecznych wizerunkach świętych, kolory nie mieszają się na palecie. Żadnego brudu. Czasem rozdzielał je „młodopolską” kreską, czasem zestawiał wprost – zawsze konsekwentnie, z ekspresją. Chciał, żeby Jego dzieło zostało zapamiętane, może nawet uderzyło Cię w twarz swoim rozbuchaniem, żebyś broń Boże nie przeszedł obok obojętnie.

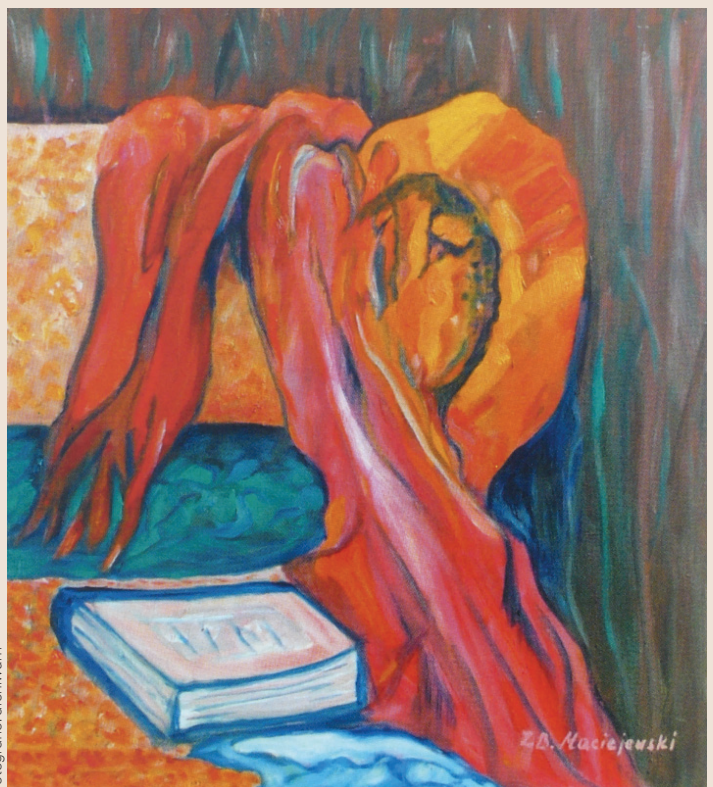
Miałem szczęście być razem z Nim na kilku plenerach malujących lekarzy. Kiedyś wieczorem czytał nam swoje wiersze. Zawarł w nich myśl uwolnioną z kanonu pospolitej poprawności. Chwalił kobiecy wdzięk, zmysłowość, erotyzm i witalność. Radość z oglądania świata i możliwości wyciskania go z otwianej tuby. Dziękczynienie dla Stwórcy i stawianie pytania: **„Czy szukać piękna w sensie życia, a może nadać mu sens?”**. Zbyszek odszedł niepostrzeżenie we wrześnie. W jednym z wierszy prosił: **„Naucz mnie Panie korzystać z czasu, który mi dałeś, bym go nie zmarnował”**. Okazał się być pojętym i pilnym uczniem. Pozostawił bogate owoce swojego talentu, pracowitości i mądrości. Taki był Zbyszek. Takim starałem się Go oddać, malując ten portret. Pełen radości, koloru i swobody pędzla, daleki od wymuskania szczegółu, zwiewny i lekki. Portret artysty spełnionego. Takim Go zapamiętamy. Jego obrazy i Jego słowa: **„Malarstwo jest służbą i dialogiem z sobą i innym człowiekiem. Służy, nadając sens istnienia i siłę trwania. To dobro i piękno nas samych ocala”**. ■

Mieczysław Chruściel

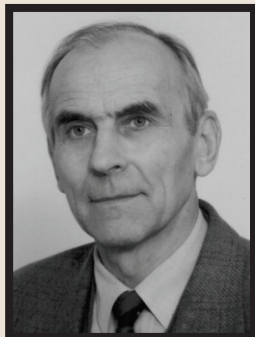


Portret
Zbigniewa
Maciejewskiego
pędzla
Mieczysława
Chruściela

Niżej:
obrazy
autorstwa
Zbigniewa
Maciejewskiego



Fotografie: archiwum



Andrzej Krocin (1932–2017)

Andrzej Krocin urodził się 19 listopada 1932 r. w Warszawie. W 1952 r. ukończył z bardzo dobrymi wynikami Liceum Techniki Dentystycznej i w nagrodę został przyjęty na Oddział Stomatologii w Warszawskiej Akademii Medycznej. Po uzyskaniu dyplomu w 1957 r. rozpoczął pracę w Zakładzie Protetyki. Równolegle prowadził zajęcia z uczniami Medycznego Studium Zawodowego kształcącego techników dentystycznych.

W 1969 r. na podstawie rozprawy naukowej, napisanej pod kierunkiem prof. Janiny Galasińskiej-Landsberger, pt. „Próba własnej interpretacji kształtów stałych zębów ludzkich dla celów dydaktycznych w protetyce stomatologicznej” uzyskał tytuł doktora nauk medycznych.

W 1970 r. rozpoczął pracę w nowo powstałym Zakładzie Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej na stanowisku adiunkta, na którym pozostał do czasu przejścia na emeryturę w 1992 r.

Był autorem programu nauczania modelarstwa i rysunku w protetyce stomatologicznej dla studentów Oddziału Stomatologii i Techniki Dentystycznej.

W 1968 r. ukazało się pierwsze wydanie pracy „Modelarstwo i rysunek w technice dentystycznej”, która została uznana za książkę ponadczasową. Do dzisiaj jest obowiązującym podręcznikiem dla studentów stomatologii i techniki dentystycznej.

W zespole z prof. E. Spiechowiczem i prof. T. Bączkowskim dr Andrzej Krocin współtworzył podstawy programowe studiów licencjackich techników dentystycznych, które zostały utworzone w 2002 r.

Wykształcenie zawodowe w zakresie techniki dentystycznej i stomatologii owocowało szerokim zakresem zainteresowań dotyczących projektowania i wykonawstwa protez szkieletowych oraz ceramiki dentystycznej. Znalazło to swoje odbicie w podręczniku „Współczesne postępowanie laboratoryjne w protetyce stomatologicznej”, którego był współautorem. Dr n. med. Andrzej Krocin opublikował ponad 60 prac naukowych z dziedziny protetyki. Był także współtwórcą pierwszego pisma dla techników dentystycznych „Technik Dentystyczny”.

Za osiągnięcia naukowe i dydaktyczne otrzymał wiele nagród i wyróżnień od ministra zdrowia i opieki społecznej oraz senatu uczelni. Po przejściu na emeryturę kontynuował pracę dydaktyczną, ucząc przyszłych adeptów techniki dentystycznej.

W 2016 r. uczniowie Medycznej Szkoły Policealnej nr 3 w Warszawie wybrali dr. n. med. Andrzeja Krocina na patrona swojej szkoły.

Dr Andrzej Krocin był nauczycielem wielu pokoleń zarówno lekarzy, jak i techników dentystycznych. Odnosił się z życzliwością do kolegów, dzielił się swoimi umiejętnościami i wiadomościami. Kochał młodzież i poświęcał jej dużo czasu, cierpliwie tłumacząc zawite tajniki zawodu.

Dr Andrzej Krocin zmarł 4 lutego 2017 r. Został pochowany w grobie rodzinnym na cmentarzu Stare Powązki w Warszawie.

Odszedł wspaniały nauczyciel i kolega o wielkim sercu i życzliwości. Będziemy o Nim pamiętać. ■

dr n. med. Ewa Cichocka-Piekacz
dr n. med. Waldemar Głowacki

Zakład Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej WUM



Ryszard Rajszyś (1932–2017)

Niestychanie trudno pisać wspomnienie o kimś, z kim się chodziło do gimnazjum (Batorego), a później studiowało w Akademii Medycznej w Warszawie. Wspólne zainteresowania i los połączyły nas na ponad 60 lat. Rysio od

razu dał się poznać jako zdolny i mądry kolega. Dorobek naukowy Profesora jest ogromny. Był autorem lub współautorem kilkudziesięciu publikacji i książek oraz niewspornowanym autorytetem w dziedzinie badań naczyniowych. Został pierwszym kierownikiem Zakładu Radiologii Lekarskiej Akademii Medycznej w Warszawie w powstającym szpitalu przy ul. Banacha. Wychował i oswoił z radiologią wielu młodych lekarzy. Doceniając Jego umiejętności naukowo-dydaktyczne, zaproszono Go do Libii jako kierownika Zakładu Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Garyounis

w Benghazi. Nie zapomnę inauguracyjnego wykładu Ryszarda na temat badania centralnego układu nerwowego za pomocą tomografii komputerowej. Aulę wypełniali lekarze, głównie z Pakistanu i Indii, którzy nagrodzili wykład długotrwałymi oklaskami.

Ale nie tylko działalność naukowa była bliska Ryszardowi. Nie stronił od rozrywek i życia towarzyskiego. Często spotykaliśmy się na rozmaitych imprezach. Udzielał się także w Studenckim Teatrze Satyryków.

Z żoną, Hanią, miał syna Pawła, równie zdolnego radiologa.

Ostatnie lata były dla Rysia bardzo ciężkie, bowiem dopadły Go schorzenia układu pozapiramidowego. Zmarł w październiku tego roku. Hania siedziała przy nim, trzymając Go za rękę. Wszyscy ponieśliśmy stratę. ■

Jerzy Borowicz



Danuta Samolczyk-Wanyura (1950–2017)

Z ogromnym żalem pożegnaliśmy naszą Koleżankę, dr hab. n. med. Danutę Samolczyk-Wanyurę. Mówienie o Niej w czasie przeszłym przychodzi nam z trudem. Pamięć o Niej pozostanie nie tylko wśród nas, którzy znaliśmy Ją osobiście, ale także wśród współpracowników, wychowanków i pacjentów darzących Ją szacunkiem. Dzięki licznym pracom naukowym i inicjatywom, których się podejmowała, z Jej dokonań, wiedzy i mądrości czerpać będą kolejne pokolenia związane z ochroną zdrowia.

Danuta Samolczyk-Wanyura urodziła się 3 marca 1950 r. w Warszawie. Droga zawodowa, którą zdecydowała się podążać, doprowadziła Ją do pełnej uznania pozycji wybitnej specjalistki w zakresie chirurgii stomatologicznej oraz szczękowej, cenionej autorki opracowań badań naukowych, których wyniki publikowane były w czasopiśmie na całym świecie. W 1989 r. obroniła pracę doktorską, by 19 lat później otrzymać tytuł naukowy doktora habilitowanego. Częścią Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii była przez ponad 43 lata. Od 2009 r. pełniła obowiązki kierownika, a następnie kierownika i ordynatora kliniki. Klinika była dla Niej miejscem, w którym nie tylko realizowała swoją misję niesienia zdrowia pacjentom. Dr hab. Samolczyk-Wanyura kształciła tu studentów, w których stały rozwój bardzo się angażowała. Na gruncie naukowym i zawodowym kierowała licznymi procesami specjalizacji, czego efektem są bardzo dobre wyniki ich ukończenia przez 15 lekarzy w zakresie chirurgii stomatologicznej i 12 z chirurgii szczękowo-twarzowej. Wielokrotnie pełniła funkcję członka komisji egzaminacyjnych oraz komisji kwalifikacyjnych z zakresu chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej, a także była członkiem

komisji akredytacyjnych. Jej wspaniałe wykłady można było usłyszeć podczas konferencji, zjazdów, kursów i sympozjów naukowych krajowych oraz międzynarodowych, odbywających się w ramach WUM oraz PTS i EACMFS. Nierzadko była też współorganizatorem takich spotkań. Angażowała się w nie społecznie. Podejmowane przez Nią inicjatywy charakteryzowała konsekwencją, samozaparciem oraz wysokim standardem. Środowisko stomatologiczne i uniwersyteckie doceniało Jej motywację i wiedzę, którą chętnie dzieliła się z innymi.

Danuta Samolczyk-Wanyura prowadziła badania naukowe, które były powiązane z działalnością Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej. Dużą ich część stanowiły Jej badania nad etiologią i epidemiologią nowotworów jamy ustnej z uwzględnieniem genetyki molekularnej oraz nad następstwami urazów w obrębie twarzowej części czaszki. Stworzyła własną klasyfikację warunkującą postępowanie lecznicze. Dokonania te są istotnym elementem dzisiejszej ochrony zdrowia i ważnym punktem wyjścia dla dalszego rozwoju nauk medycznych.

Pani doktor była również członkiem założycielem, a następnie wiceprezydentem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii oraz honorowym członkiem PTS (tytuł przyznano Jej w 2006 r.). Przez 15 lat zasiadała w Komisji Socjalnej w Akademii Medycznej, również jako przewodnicząca, a także angażowała się w prace Komisji Mieszkaniowej Akademii Medycznej. Jako przedstawiciel społeczności uniwersyteckiej aktywnie działała w strukturach Okręgowej Izby Lekarskiej i pełniła funkcję zastępcy rzecznika praw lekarza. Brała czynny udział w pracach komisji naukowych OIL i NIL. W 2010 r. została konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. W 2013 r. Jej aktywność została doceniona nadaniem odznaki honorowej „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Wśród licznych nagród, które otrzymała, znalazły się też: Bene Meritus PTS (2001), Srebrny Krzyż Zasługi nadany w 2002 r. za wybitne osiągnięcia PTS, indywidualna Krajowa Nagroda Naukowa PTS i Wrigley Oral Healthcare Programs za cykl prac poświęconych złamaniom oczodołowo-nosowym, opublikowanych w „Czasopiśmie Stomatologicznym” w 2006 r., medal Komisji Edukacji Narodowej przyznany w 2008 r., Medal Jubileuszowy 50-lecia „Czasopisma Stomatologicznego”, a także inne liczne odznaczenia, które podkreślają zasługi dr hab. Samolczyk-Wanyury dla rozwoju stomatologii i chirurgii czaszkowo-szczękowo-twarzowej.

Danuta Samolczyk-Wanyura odeszła od nas przedwcześnie, 2 października 2017 r., w wieku 67 lat. Pamięć o tym, czego nas nauczyła i jakie możliwości otworzyła przed współczesną ochroną zdrowia, a także pamięć o Niej samej, jako wspaniałym i ciepłym człowiekiem, którego będziemy darzyć szacunkiem i któremu będziemy dziękować za zaszczyt, jakim była współpraca z Nią, będzie trwać w każdym z nas. ■

dr n. med. Paweł Zawadzki



Ze smutkiem żegnam
zmarłą w Luksemburgu
dr Małgorzatę Anusiak-Hamer
specjalistę anestezjologa,
konsultanta szpitali
w Paryżu, Genewie, Luksemburgu.
Zaangażowanie i sukcesy w medycynie
łączyła z pasją poznawania świata,
żeglowania i narciarstwa.

Jan Ciszecki



Henryka Małdyk (1924–2017)

Prof. Henryka Małdyk urodziła się 28 października 1924 r. w Łodzi, dokąd po I wojnie światowej jej rodzice, Stanisława z Mankielewiczów i Michał Szydełkowie, przyjechali z rodzinnych Druskiennik.

Przed wojną ukończyła Prywatne Gimnazjum Ogólnokształcące Żeńskie Janiny Czapczyńskiej. Świadectwo dojrzałości otrzymała na tajnych kompletach w 1945 r. Dyplom lekarza uzyskała w 1951 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi.

Po studiach podjęła pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Łodzi, pod kierownictwem prof. Józefa Wacława Grotta. Tutaj w 1963 r. obroniła pracę doktorską. W tym samym roku mąż prof. Eugeniusz Małdyk otrzymał stanowisko kierownika Zakładu Patomorfologii w nowo powstałym Instytucie Reumatologii w Warszawie i cała rodzina przeprowadziła się do stolicy. Prof. Henryka Małdyk w latach 1963–1995 pracowała w Klinice Chorób Narządu Ruchu

przemianowanej na Klinikę Chorób Tkanki Łącznej Instytutu Reumatologii, od 1984 r. była jej kierownikiem. W 1972 uzyskała stopień doktora habilitowanego, a dziesięć lat później tytuł profesora. Od 1989 do 1994 r. pełniła funkcję dyrektora ds. nauki w Instytucie Reumatologii, w latach 1994–1995 konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii, w latach 1994–1996 członka Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów.

Była wybitnym lekarzem reumatologiem, naukowcem, współtwórcą polskiej szkoły reumatologii, nauczycielem wielu pokoleń lekarzy. Przyznano Jej tytuł honorowego członka Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Towarzystwa Internistów Polskich. Za wybitne osiągnięcia została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, krzyżem Polonia Restituta. Całe życie oddana była chorym i rodzinie. Jej wielką pasją była literatura, kochała czytać książki. Pozostawiła syna i córkę, czworo wnuków i czworo prawnuków. ■

Magdalena Durlik

Okręgowa Izba Lekarska pamięta



■ Jak zawsze 1 listopada wspominaliśmy tych, którzy odeszli.

Przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej złożyli wieniec na grobie patrona Izby prof. Jana Nielubowicza, wybitnego lekarza, transplantologa, który w roku 1966 dokonał pierwszego w Polsce udanego przeszczepu nerki.

Świąteczka pamięci zapalono na grobach: dr. Leona Babińskiego – pierwszego naczelnika Okręgowej Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, prof. Witolda Chodźki – byłego ministra zdrowia, naczelnika NRL i OILWB, prof. Władysława Szenajcha – naczelnika OILWB i prezesa OILWB, dr. Kazimierza Baci – p.o. prezesa ORL, i dr. Jerzego Moskwy – pierwszego przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie po roku 1989. ■

Krzysztof Królikowski



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

1 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 28 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą pracownikom zatrudnionym w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1816.

1 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1809.

Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki NFZ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

Od 1 stycznia 2019 r. świadczeniodawcy są obowiązani do prowadzenia w postaci elektronicznej:

- historii choroby – w przypadku świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
- **historii zdrowia i choroby – w przypadku świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawców realizujących umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej.**

Osoby uprawnione na podstawie przepisów ustawy o refundacji nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę.

Osoby uprawnione nie mogą w czasie leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,

ordynować świadczeniobiorcy koniecznych do wykonania świadczenia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych sprzedawanych w aptece na receptę.

W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania wynosząca iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania.

W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany. Wymieniona należność obejmuje koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

- do 1 proc. kwoty zobowiązania określonej w umowie za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
 - a) nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub dziedzinie medycyny,
 - c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych,
- do 1 proc. kwoty zobowiązania określonej w umowie za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia w przypadku:
 - a) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia ich w sposób naruszający przepisy prawa,
 - b) nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym:
 - danych dotyczących list oczekujących,
 - informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
 - c) niewykonywania obowiązków zapewniających bieżącą rejestrację świadczeniobiorców,
 - d) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,



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 Kuźwaczek
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

- e) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń,
- f) nieumieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablic ze znakiem graficznym NFZ,
- g) nieprzekazania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym informacji o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń oraz o zamiarze dokonania zmian podstaw formalnoprawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy,
- h) udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.

4 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra rozwoju i finansów z 26 września 2017 r. w sprawie zaniechania poboru podatku dochodowego od niektórych dochodów spółek kapitałowych powstałych z przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1828.

5 października 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1845, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

5 października 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1844, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

10 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 2 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1877.

LEK i LDEK organizowane są i przeprowadzane przez Centrum Egzaminów Medycznych. Odbývają się dwa razy do roku, równocześnie, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM.

Do LEK może przystąpić lekarz, a do LDEK lekarz dentysta. Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK składa do dyrektora CEM, za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Kadr Medycznych, zgłoszenie do LEK albo LDEK, w terminie do:

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

Pytania testowe LEK i LDEK dotyczą wiedzy z zakresu studiów w dziedzinach medycyny określonych programem stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentysty.

LEK zawiera pytania w zakresie: chorób wewnętrznych, w tym chorób układu sercowo-naczyniowego – 39 pytań, pediatrii, w tym neonatologii – 29 pytań, chirurgii, w tym chirurgii urazowej – 27 pytań, położnictwa i ginekologii – 26 pytań, psychiatrii – 14 pytań, medycyny rodzinnej – 20 pytań, medycyny ratunkowej i intensywnej terapii – 20 pytań, bioetyki i prawa medycznego – 10 pytań, orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań, zdrowia publicznego – 8 pytań. Wśród pytań z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, położnictwa i ginekologii oraz medycyny rodzinnej znajduje się co najmniej 20 z dziedziny onkologii.

LDEK zawiera pytania w zakresie: stomatologii zachowawczej – 46 pytań, stomatologii dziecięcej – 29 pytań, chirurgii stomatologicznej – 25 pytań, protetyki stomatologicznej – 25 pytań, periodontologii – 20 pytań, ortodoncji – 20 pytań, medycyny ratunkowej – 10 pytań, bioetyki i prawa medycznego – 10 pytań, orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań, zdrowia publicznego – 8 pytań. Wśród pytań z zakresu stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji znajduje się co najmniej 20 z dziedziny onkologii.

Terminy LEK wyznacza się w okresie od 15 do 30 września i od 15 do 28 lutego, a terminy LDEK w okresie od 1 do 14 września i od 1 do 14 lutego.

Zdający LEK albo LDEK jest obowiązany podporządkować się poleceniom członków zespołu egzaminacyjnego. Zespół egzaminacyjny przeprowadzający dany LEK albo LDEK jest odpowiedzialny za zapewnienie przestrzegania norm porządkowych przez zdającego. Rozpoczęcie LEK albo LDEK dla wszystkich zdających w skali kraju wyznacza się o tej samej godzinie.

Osoba, która nie dokonała zgłoszenia za pomocą SMK lub nie wniosła opłaty egzaminacyjnej w przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym lub wniosła tę opłatę w wysokości niższej niż należna, lub nie posiada dokumentu potwier-



**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

zdającego tożsamość, nie może przystąpić do danego LEK albo LDEK.

Czas trwania LEK i LDEK wynosi 4 godziny. Zdający zajmuje w sali egzaminacyjnej miejsce oznaczone wcześniej numerem kodowym nadanym przez CEM. Po zajęciu miejsc w sali egzaminacyjnej przez wszystkich zdających przewodniczący zespołu egzaminacyjnego informuje o organizacji i przebiegu LEK albo LDEK oraz o zakazach obowiązujących podczas egzaminu i konsekwencjach ich naruszenia. W celu sprawdzenia, czy zdający ma przy sobie urządzenia służące do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji członkowie zespołu egzaminacyjnego mogą posługiwać się elektronicznym wykrywaczem takich urządzeń.

Podczas LEK albo LDEK zdającemu nie wolno zachowywać się w sposób rozpraszcający uwagę innych zdających. Jedynym dokumentem przeznaczonym do udzielania odpowiedzi na pytania LEK albo LDEK jest karta testowa oznaczona numerem kodowym zdającego nadanym przez CEM.

Po upływie czasu przeznaczonych na rozwiązanie zadań testowych przewodniczący zespołu egzaminacyjnego ogłasza koniec egzaminu. Wówczas zdający odkłada książeczkę testową oraz karty testowe i pozostaje na miejscu do momentu zebrania wszystkich książeczek testowych i kart testowych przez członków zespołu egzaminacyjnego, po czym opuszcza salę egzaminacyjną. W przypadku wcześniejszego zakończenia rozwiązywania testu zdający przekazuje książeczkę testową i karty testowe członkowi zespołu egzaminacyjnego lub jego przewodniczącemu i opuszcza salę egzaminacyjną bez możliwości powrotu.

Zdający dany LEK albo LDEK ma prawo wglądu do treści zadań testowych w celu składania merytorycznego zastrzeżenia do pytania testowego. Książeczki testowe są udostępniane w sali egzaminacyjnej bezpośrednio po danym LEK albo LDEK. Zastrzeżenia złożone bez zachowania trybu określonego w tych przepisach nie są rozpatrywane. Z posiedzenia komisji powołanej przez dyrektora CEM w celu rozpatrzenia zastrzeżeń jest sporządzany protokół zawierający informację o uznaniu albo odrzuceniu zastrzeżeń wraz z uzasadnieniem. Do protokołu dołącza się złożone zastrzeżenia w postaci elektronicznej lub papierowej. Unieważnienie zadania zostaje uwzględnione przy ustalaniu liczby punktów umożliwiających złożenie LEK albo LDEK.

Ustalenie wyników LEK i LDEK następuje po rozpatrzeniu zastrzeżeń. Dokonuje się go za pomocą systemu informatycznego przez odczyt kart testowych oznaczonych numerem kodowym. Zdającemu podaje się wynik procentowy jego LEK albo LDEK, obliczony do dwóch miejsc po przecinku, i liczbę poprawnie udzielonych odpowiedzi.

W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejną osobą zgłaszającą się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości 100 zł. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK składanego w języku obcym osoba zgłaszająca się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości 340 zł.

Wysokość wynagrodzenia przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego oraz przewodniczącego komisji wynosi 500 zł za posiedzenie. Wysokość wynagrodzenia członka zespołu egzaminacyjnego oraz członka komisji wynosi 250 zł za posiedzenie.

W przypadku ujawnienia rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu LEK albo LDEK lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie egzaminów dyrektor CEM, uznając zasadność unieważnienia LEK albo LDEK, występuje w terminie 30 dni od dnia ich stwierdzenia z wnioskiem do ministra zdrowia o wyrażenie zgody na unieważnienie LEK albo LDEK dla poszczególnych albo wszystkich zdających. We wniosku dyrektor CEM wskazuje przyczyny unieważnienia oraz jego zakres.

Minister zdrowia w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku przekazuje dyrektorowi CEM stanowisko dotyczące unieważnienia LEK albo LDEK. Może w nim zmienić zakres unie-

ważnienia proponowanego przez dyrektora CEM. Po otrzymaniu stanowiska ministra zdrowia dyrektor CEM, odpowiednio do zakresu unieważnienia określonego w stanowisku, wydaje zarządzenie o unieważnieniu LEK albo LDEK, wskazując zakres unieważnienia. Zarządzenie jest ogłaszane na stronie internetowej CEM oraz przekazywane zdającym za pomocą SMK.

CEM przesyła świadectwo złożenia LEK albo LDEK pod adresem zdającego wskazanym w zgłoszeniu. Świadectwo zwrócone z powodu nieodebrania przez adresata jest archiwizowane w CEM i może być odebrane przez zdającego w siedzibie centrum. CEM na pisemny wniosek zdającego może ponownie przesłać nieodebrane świadectwo po uiszczeniu przez niego kosztów związanych z ponownym przesłaniem.

CEM wydaje odpisy i duplikaty świadectw. Odpis świadectwa jest wydawany na pisemny wniosek zdającego LEK albo LDEK jako dodatkowy egzemplarz świadectwa. Duplikat natomiast jest wydawany w przypadku uszkodzenia, zgubienia, zniszczenia lub innej utraty świadectwa przez zdającego LEK albo LDEK na jego umotywowany, pisemny wniosek.

Dyrektor CEM wydaje odpłatnie wymienione dokumenty albo dokonuje ich korekty. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Uiszcza się ją na rachunek bankowy CEM, podany na stronie internetowej, a potwierdzenie załącza do wniosku. Opłaty nie wnosi się w przypadku, gdy korekta wynika z błędu CEM.

W przypadku niedołączenia do wniosku potwierdzenia uiszczenia opłaty CEM wzywa wnioskodawcę do usunięcia braków formalnych w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, z pouczeniem, że ich nieusunięcie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Wydanie odpisu albo duplikatu świadectwa następuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, z dołączonym potwierdzeniem wniesienia opłaty.

W przypadku ujawnienia przez zdającego błędu na świadectwie może on zwrócić się do dyrektora CEM z pisemnym wnioskiem o korektę świadectwa. Po wplynięciu wniosku CEM weryfikuje zasadność dokonania korekty. Nie jest dokonywana, jeżeli na świadectwie nie stwierdza się błędu. Świadectwo, które nie zawiera błędów, jest zwracane wnioskodawcy.

Opłatę za korektę niewynikającą z błędów CEM uiszcza się na rachunek bankowy CEM podany na stronie internetowej. W takim przypadku CEM wzywa wnioskodawcę do uiszczenia opłaty oraz przekazania dokumentu potwierdzającego dokonanie tej czynności do CEM w terminie 7 dni od doręczenia wezwania, z pouczeniem, że niedokonanie tych czynności spowoduje odmowę dokonania korekty.

Wydanie skorygowanego świadectwa następuje po otrzymaniu przez CEM błędnego świadectwa, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku.

W przypadku obowiązku uiszczenia opłaty powyższy termin rozpoczyna bieg od dnia doręczenia do CEM dokumentu potwierdzającego wniesienie tej opłaty.

Przepisy rozporządzenia określające wysokość wynagrodzenia przewodniczącego i członka zespołu egzaminacyjnego oraz przewodniczącego i członka komisji egzaminacyjnej mają zastosowanie do LEK i LDEK organizowanych od 1 września 2017 r.

12 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na nabywanie oraz przechowywanie materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1791.

Upoważniony lekarz, posiadający II stopień specjalizacji w zakresie psychiatrii lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii, przeprowadza badania osób mających dostęp do materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego po przedstawieniu przez te osoby orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy przy nabywaniu oraz prze-

chowywaniu materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego, wystawionego przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę nad pracownikami.

W sprawach dotyczących sposobu postępowania z dokumentacją związaną z badaniami psychiatrycznymi stosuje się przepisy art. 23–30 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU z 2017 r., poz. 1318, ze zmianami).

12 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą albo bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1787.

Lekarz upoważniony, posiadający II stopień specjalizacji w zakresie psychiatrii lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii, przeprowadza badania osób zatrudnionych bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, broni, amunicji oraz wyrobów o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym oraz osób zatrudnionych przy ich obrocie po przedstawieniu przez te osoby orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania wymienionej pracy, wystawionego przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę nad pracownikami.

W sprawach dotyczących sposobu postępowania z dokumentacją związaną z badaniami psychiatrycznymi stosuje się przepisy ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

17 października 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1923, obwieszczenie ministra zdrowia z 28 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

18 października 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1935, obwieszczenie ministra rozwoju i finansów z 27 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

19 października 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1938, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 września 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

22 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 września 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1766.

W wykazie świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych dodano świadczenia: opieka nad pacjentem z cukrzycą oraz opieka nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV).

W przypadku świadczenia porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy, w kolumnie 4 część „Personel” otrzymuje brzmienie:

„– lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo

– lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, albo

– lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, posiadający minimum 5-letnie doświadczenie w leczeniu dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi kości – w przypadku leczenia dzieci”.

Zmianie uległy warunki realizacji świadczenia Hemodializa/hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru.

31 października 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2017.

Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury w dziedzinach: **anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia onkologiczna, geriatryka, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca**, zakwalifikowanego do odbywania specjalizacji w tym trybie **w pierwszym postępowaniu kwalifikacyjnym w 2017 r. oraz we wcześniejszych postępowaniach kwalifikacyjnych, od 1 lipca 2017 r. wynosi w pierwszych dwóch latach rezydentury 4070 zł, po dwóch latach rezydentury – 4391 zł.**

Od 1 stycznia 2018 r. wynagrodzenie wzrośnie w pierwszych dwóch latach rezydentury o 120 zł, a po dwóch latach rezydentury dodatkowo o 330 zł. Od 1 stycznia 2019 r. w pierwszych dwóch latach rezydentury wynagrodzenie wyniesie 4285 zł, a po dwóch latach rezydentury 4624 zł.

W pozostałych dziedzinach medycyny wysokość wynagrodzenia **od 1 lipca 2017 r. wynosi odpowiednio 3570 zł i 3891 zł.**

Od 1 stycznia 2018 r. wynagrodzenie wzrośnie w pierwszych dwóch latach rezydentury o 120 zł, a po dwóch latach rezydentury dodatkowo o 330 zł. Od 1 stycznia 2019 r. w pierwszych dwóch latach rezydentury wynagrodzenie wyniesie 3759 zł, a po dwóch latach rezydentury 4097 zł.

Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury w dziedzinach: **anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia onkologiczna, geriatryka, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, kardiologia dziecięca, ortodoncja, psychiatria**, zakwalifikowanego do odbywania specjalizacji w tym trybie **w drugim postępowaniu kwalifikacyjnym w 2017 r. i w kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych, od 1 lipca 2017 r. wynosi 4770 zł.**

Od 1 stycznia 2018 r. wynagrodzenie wzrośnie o 105 zł, natomiast od 1 stycznia 2019 r. w pierwszych dwóch latach rezydentury wyniesie 4959 zł, a po dwóch latach 5297 zł.

W pozostałych dziedzinach medycyny wysokość wynagrodzenia wynosi **3570 zł**. Od 1 stycznia 2018 r. wzrosło o 105 zł, natomiast od 1 stycznia 2019 r. w pierwszych dwóch latach rezydentury wyniesie 3759 zł, a po dwóch latach 4097 zł.

1 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2029.

1 listopada 2017 r. weszła w życie ustawa z 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 1458.

Zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii środki odurzające grup I-N i II-N oraz substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań.

Substancje psychotropowe grupy I-P mogą być używane wyłącznie w celu prowadzenia badań, a środki odurzające grupy IV-N wyłącznie w celu prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt – w zakresie wskazanym w załączniku nr 1 do ustawy.

Ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste, o których mowa w załączniku nr 1 do ustawy, mogą stanowić surowiec farmaceutyczny przeznaczony do sporządzania leków recepturowych określonych w przepisach ustawy – Prawo farmaceutyczne, po uzyskaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydanego przez prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Leki recepturowe, o których mowa wyżej, otrzymują kategorię dostępności określoną w przepisach ustawy – Prawo farmaceutyczne jako produkty lecznicze wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw.

Na podstawie przepisu art. 6 ust. 5 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych leki recepturowe przygotowane z surowców farmaceutycznych lub z leków gotowych, dla których została wydana decyzja administracyjna o objęciu refundacją, są wydawane świadczeniobiorcy za odpłatnością ryczałtową, pod warunkiem, że przepisana dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie.

Przepis ten nie ma zastosowania do leków recepturowych przygotowanych z surowców farmaceutycznych, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

1 listopada 2017 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 października 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii, opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 1922.

Zmiana przepisów rozporządzenia dotyczy szczepionki przeciwko błonicy wchodzącej w skład rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii.

Rezerwa szczepionki stosowanej u dzieci (D) wynosi nie mniej niż 50 opakowań wielodawkowych, a szczepionka stosowana u dorosłych (d) – nie mniej niż 357 dawek.

3 listopada 2017 r. zostało opublikowane w DzU z 2017 r., poz. 2038, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 24 października 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia prezesa Rady Ministrów w sprawie rodzajów badań lekarskich oraz rodzajów dokumentów potwierdzających spełnienie warunków do nadania stopnia dyplomatycznego członkowi służby zagranicznej.

1 grudnia 2017 r. weszła w życie ustawa z 21 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2017 r., poz. 992.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera, po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS, na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych.

Zaświadczenie lekarskie jest wystawiane zgodnie ze wzorem ustalonym przez ZUS, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS, w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje dokument na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS.

Zaświadczenie lekarskie zawiera:

- 1) identyfikator i datę wystawienia,
- 2) dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie niezdolności do pracy,
- 3) dane płatnika składek: numer identyfikacji podatkowej NIP lub PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek,
- 4) imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym pobytu w szpitalu,
- 6) informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość, zgodnie z przepisami ustawy, podane z zastosowaniem kodów literowych,

7) wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić,

8) okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym,

9) numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,

10) oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny:

- następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny,
- jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

W przypadku, gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa wyżej, nie jest możliwe, w szczególności gdy nie ma dostępu do Internetu lub możliwości podpisania zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS, wystawiający przekazuje ubezpieczonemu w dniu badania zaświadczenie lekarskie na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, zawierające dane i informacje, o których mowa w pkt.

1–8 i 10, opatrzone jego podpisem i pieczętką. Dane i informacje, o których mowa w pkt. 2, 3 i 10, oraz dane i informacje dotyczące daty urodzenia członka rodziny i stopnia jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym, wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie w terminie 3 dni roboczych od dnia jego wypisania przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS elektroniczną wersję zaświadczenia. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku dostępu do Internetu lub braku możliwości podpisania zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS, wystawiający przekazuje zaświadczenie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie dokumentu.

Gdy w zaświadczeniu lekarskim został popełniony błąd, osoba, która je wystawiła albo inna wystawiająca zaświadczenia lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia stwierdzenia błędu lub otrzymania informacji o stwierdzeniu błędu, w szczególności od płatnika składek, ubezpieczonego lub ZUS, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo powyższą informację oraz nowe zaświadczenie lekarskie, zawierające identyfikator i datę wystawienia oraz dane i informacje zawarte w zaświadczeniu lekarskim, w którym został popełniony błąd, po sprostowaniu tego błędu – podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS. ■



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, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Krystyna Knypl, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

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

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

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

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357; **repcja: 22-542-83-48**
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków Marta Klimkowska-Misiak; tel. 22-542-83-40

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

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

Sekretariat: tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

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

Zastępca sekretarza ORL Ładysław Nekanda-Trepka; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: p.o. Janina Barbachowska
tel. 22-542-83-22; tel. 22-542-83-24; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski: przewodniczący Roman Jasiński, tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna: przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć, tel. 22-542-83-81

Dyrektor biura Zbigniew Gałazka; tel. 22-542-83-40, 42

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

Księgowość: tel. 22-542-83-35; 22-542-83-79; tel. 22-542-83-54

Kasa: tel. 22-542-83-34

Składki: tel. 22-542-83-28; 22-542-83-39; 22-542-83-78

Okręgowa Komisja Wyborcza: tel. 22-542-83-90, 22-542-83-91

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu: tel. 22-542-83-16; tel. 22-542-83-14

Komisja ds. Praktyk Lekarskich: tel. 22-542-83-18, 19

Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia: tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego: tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna: tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy Dentyków: tel. 22-542-83-55

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentyków: tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy: tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej: tel. 22-542-83-55

Komisja Legislacyjna: tel. 22-542-83-31

Ośrodek Współpracy z Zagranicą: tel. 22-542-83-81

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy: tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy: tel. 22-542-83-91

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki: tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Emerytów i Rencistów: tel. 22-542-83-30

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków

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. Polskiej Biblioteki Medycznej w Kijowie: tel. 22-542-83-69

Marketing i reklama: tel. 22-542-83-53; 668-37-31-00; e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Dział Informacji Medialnej: tel. 22-542-83-83; e-mail: monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16); 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: tel. 22-542-83-82

Fundacja „Pro Seniore”: tel. 22-542-83-02

www.izba-lekarska.pl

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

