

**Łukasz Jankowski,
prezes ORL
w Warszawie,
mówi o przyszłości
izby**

[str. 4]

**Rozmowa
z Dorotą Bębenek,
spiritus movens
Matki Lekarki**

[str. 12]

**E-zwolnienia
odroczone**

[str. 14]





XXXVIII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie





Przepraszam,
czy tu leczą?
str. 28



A foreigner in Warsaw
str. 36



Dwie niezwykle
osobowości
str. 52



Łukasz Jankowski
prezes ORL w Warszawie

Fot. M. Beczek

Chcę być reprezentantem woli lekarzy

Stało się! Lekarz rezydent został prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Zwyciężyła potrzeba zmian. Delegaci uwierzyli, że środowisko młodych lekarzy potrafi dobrze pokierować izbą. Zaufali przedstawionej przeze mnie wizji samorządu lekarskiego, uznając młody wiek za atut i gwarancję energicznych działań.

Wierzę, że doświadczenie wyniesione z pracy w Porozumieniu Rezydentów oraz wiedza z zakresu zarządzania zdobyta na podyplomowych studiach menedżerskich zapewnią mi skuteczne działanie dla dobra naszej społeczności. Wsparcie i wola współdziałania ze strony lekarzy – i tych starszych, i tych młodszych – odczuwane przeze mnie od momentu wyboru na stanowisko prezesa, pozwalają z optymizmem rozpocząć pracę.

Przed wyborami zapowiadałem przyspieszoną ewolucję izby. Chcę połączyć w samorządzie energię, idee i bezkompromisowość młodych lekarzy z doświadczeniem, wiedzą i dokonaniem starszego pokolenia. Chcę zmiany kursu izby lekarskiej – planuję odejście od urzędu lekarskiego na rzecz pełnego idei samorządu zawodowego. Chcę, żebyśmy mogli utożsamiać się z naszym samorządem.

Będę optymalizował wydatki, bo czuję odpowiedzialność za nasze lekarzkie pieniądze, których dysponentem jest izba. Podejmując decyzje, będę zadawał sobie pytanie, czy tego właśnie oczekują lekarze – członkowie naszej izby. Jaką odniosą z tego korzyść?

Nasza siedziba, kupiona za pieniądze z naszych składek, powinna być otwarta dla lekarzy – członków izby. Dlatego jedną z moich pierwszych decyzji będzie udostępnienie sal izbowych lekarzom. By było to łatwiejsze, do kontaktowania będzie nam służyła izbowa strona internetowa. Lekarskie spotkania, niekomercyjne szkolenia, narady powinny odbywać się przy ul. Puławskiej 18. Pragnę, żeby nasza siedziba nie była tylko urzędem, ale aby każdy mógł z niej korzystać.

Zamierzam poprawić komunikację samorządu z lekarzami. Planuję stopniową digitalizację mediów izbowych, z zachowaniem papierowej wersji „Pulsu” dla tych, którzy preferują tradycyjną formę gazety. Jednak mam nadzieję, że w ciągu dwóch lat uda nam się przekonać większość członków do mediów elektronicznych.

Czeka nas dużo pracy. Pragnę odbudować zaufanie lekarzy do samorządu lekarskiego. Będziemy robić to razem. Zachęcam do pracy w naszej wspólnej izbie. Proszę również, żeby Państwo trzymali kciuki za dobre zmiany w samorządzie. ■



Nr 5-6/2018 (277-278),
maj - czerwiec 2018

Na okładce:

Dorota Bębenek z córką Asią
(fot. Paulina Prowińska)

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:

- ▶ Przyszłość Izby 4
- ▶ Zjazd zdecydował 6
- ▶ Obwieszczenia Okręgowej Komisji Wyborczej 9
- ▶ Goniec Medyczny 11, 16
- ▶ Matka Lekarka 12
- ▶ E-zwolnienia... 14
- ▶ Z życia protestującego rodzica 17
- ▶ Doniesienia naukowe 20
- ▶ IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne 24
- ▶ Błędy medyczne w świetle statystyk 26
- ▶ Przepraszam, czy tu leczą? 28
- ▶ NIK krytycznie o profilaktyce... 30
- ▶ Światowy Dzień Gruźlicy 32
- ▶ leczmy ból 34
- ▶ A foreigner in Warsaw 36
- ▶ z Mazowsza 38
- ▶ z Delegatury Radomskiej 41
- ▶ u nas w samorządzie 42
- ▶ Nasi mistrzowie w anegdocie 44
- ▶ Bank wiedzy i tradycji 46
- ▶ Posłuchać, zobaczyć... 48
- ▶ lektury 50
- ▶ sagi rodzinne 52
- ▶ literatura i życie 54
- ▶ sport 56
- ▶ ciekawe miejsca 57
- ▶ wspomnienie 58
- ▶ nowe przepisy prawne 59
- ▶ felietony:
- ▶ Balicki 18
- ▶ Walewski 18
- ▶ Kowal 48
- ▶ Jankowska 49
- ▶ Ciepły 51
- ▶ Müldner-Nieckowski 51



Fot. kb

Czego oczekują Polacy

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

18 kwietnia minister zdrowia Łukasz Szumowski zainaugurował ogólnonarodową debatę o kierunkach zmian w ochronie zdrowia pod hasłem „Wspólnie dla zdrowia”. Powołania otrzymali członkowie Rady Społecznej tej debaty. Skład rady dostępny jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Debatę ma potrwać do czerwca 2019 r. i wtedy powstanie dokument, który zakreśli dziesięcioletni plan zmian w systemie ochrony zdrowia, wraz z harmonogramem dojścia do tego, czego oczekują Polacy od tego systemu – zapowiedział minister w czasie konferencji prasowej.

– Mamy narzędzia: bezprecensowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia (nie ma takiego tempa wzrostu nigdzie w Europie), Internet, nowe technologie. Ma powstać strategia, jak wykorzystać te narzędzia. Będą działały podstoliki, będą eksperci, powstaną rekomendacje – mówili członkowie Rady Programowej. Wspomniano również, że zdrowie to dobro narodowe i inwestycja w Polskę, a cel – by żyło się lepiej i przyjemniej. Tak, tak.

Zasmuciło mnie, że znakomity lekarz, młody, prężny specjalista, który podjął się trudu bycia ministrem zdrowia, przyznaje, że nie zna gotowych rozwiązań i dlatego te pytania kieruje do Polaków – czego oczekują od systemu ochrony zdrowia w Polsce i jak połączyć oczekiwania z decyzjami, by rozwiązania były akceptowane społecznie. A jeszcze bardziej, że daje sobie rok, by się o tym dowiedzieć. Uff...

Ponieważ czasu teraz mamy wiele – ponad rok – musimy uzbroić się w cierpliwość, zanim dowiemy się, jak można zaplanować ewentualne zmiany. A perspektywa dochodzenia do rozwiązań jest dziesięcioletnia, to już wcale nie wiadomo, czy dzisiejsze oczekiwania Polaków będą odpowiadały oczekiwaniom Polaków za dziesięć lat. A lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, dyrektorzy szpitali, muszą funkcjonować tu i teraz, a pacjenci muszą tu i teraz być leczeni. Może to komunały, ale tak jest.

Były już „zdrowotne” debaty, okrągłe stoły, podstoliki, białe szczyty, zielone księgi... Gdzieś tam ktoś może przechowuje spisane wtedy ustalenia, wyceny, uzgodnienia. Organizacje pacjenckie, eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, ekonomiści, prawnicy, związkowcy, samorządowcy spotykali się na przestrzeni lat, coś tam uzgadniano, przeważnie nie miało to dalszego ciągu, bo zmieniała się opcja rządząca, minister lub zmieniała się koncepcja. I ciągle to pytanie o akceptację społeczną...

Minister Szumowski zapowiedział niedawno podróże po kraju, spotkania w terenie. W kwietniu odwiedził już Chełm Lubelski.

– Zaczynamy, tutaj na Ziemi Lubelskiej, w Chełmie, spotkania z pracownikami służby zdrowia, z pacjentami, z osobami, którym ta ochrona zdrowia leży na sercu. (...) Moim obowiązkiem jako ministra jest dowiedzenie się, czego oczekują Polacy, czego oczekują pracownicy, właściciele, dyrektorzy jednostek ochrony zdrowia. Siedząc w Warszawie, nie jestem w stanie się tego dowiedzieć. To moja pierwsza z co najmniej 16 podróży – powiedział na konferencji prasowej.

A tak na marginesie: Polacy niezmiennie oczekują dostępu do leczenia w racjonalnym terminie i na europejskim poziomie, racjonalnych cen leków, poczucia bezpieczeństwa. Lekarze również niezmiennie – godnych warunków pracy i płacy odpowiadających ich kwalifikacjom. I to na pewno jest akceptowane społecznie. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Nie kupuj, wynajmij i wreszcie nie narzekaj

Może zabraknąć wody w kranie, ale nie samochodu! Bez niego trudno wyobrazić sobie życie. Cztery koła są namiastką wolności i swobody, ale obciążoną szeregiem wad (czytaj: wydatków). Tak było do niedawna, bo wreszcie wymyślono rozsądne rozwiązanie.



Bezpowrotnie minęły czasy, gdy samochód służył jedynie jako środek transportu. Dziś to dla wielu styl życia, a także wizytówka, równie istotna jak odpowiednio dobrany strój. „Jak cię widzą, tak cię piszą” – mówi przysłowie, które odnosić się może także do tego, jakim samochodem się poruszasz. Wybór marki oraz modelu to nierzadko decyzja lepiej przemyślana niż zmiana miejsca zamieszkania. Samochód ma bowiem świadczyć o statusie, guście i wyrażać osobowość. Jednak już w dniu zakupu ruszamy do biegu z licznymi przeszkodami. Samochód cieszy, ale dostarcza też wielu zmartwień, m.in. związanych ze wzrostem kosztów użytkowania.

Brutalne zderzenie z rzeczywistością następuje dość szybko, już w momencie podpisania polisy ubezpieczeniowej. Za sprawą drastycznych podwyżek cen polisa potrafi skutecznie wydrenować nawet najgłębszą kieszeń. Jeśli przyjąć, że „faceci nie płaczą”, to w obliczu tej opłaty mięknią nawet najtwardsi. I nie ominiemy jej, bo – jak wiadomo – ubezpieczenie jest obowiązkowe i basta.

Ufff... zaliczyliśmy pierwszą przeszkodę. Wybiegamy na krótką prostą, by za chwilę przymierzyć się do pokonania kolejnej: nabycia opon na zimę. Kiedy wybieraliśmy auto, zdecydowaliśmy się na piękne, duże felgi, więc teraz musimy przelknąć cenę pasujących do nich opon. Suma? Wyższa od weekendowego pobytu w niejednym luksusowym spa. A na horyzoncie pojawiają się już koszty przeglądu. Jednym słowem bardzo droga staje się ta wymarzona swoboda, tym bardziej że z każdym sezonem wartość naszego auta znacząco spada.

Nie jeździć więc w ogóle? Na rynku motoryzacyjnym zaszły spore zmiany i wszystkich przykrych obowiązków (i kosztów) można się definitywnie pozbyć, decydując się na długoterminowy wynajem samochodu. Jest to obecnie najciekawszy sposób użytkowania auta. W ramach jednej, stałej i z góry ustalonej opłaty, uiszczanej co miesiąc, można się cieszyć tym, co daje samochód, ale bez ponoszenia wszystkich przykrych konsekwencji.

Comiesięczna opłata uwzględnia bowiem wszelkie koszty związane z ubezpieczeniem, serwisem, wymianą opon itd. W razie wypadku pokryte są również koszty wynikające z assistance, a firma wynajmująca samochód przejmuje koordynację prac związanych z naprawą, gwarantując jednocześnie auto zastępcze. Tradycyjny leasing zmusza nas do samodzielnej walki ze wszystkimi formalnościami. O zaletach długoterminowego wynajmu nie trzeba więc przekonywać. To nie tylko oszczędność nerwów, ale przede wszystkim czasu, który można przeznaczyć na ciekawsze sprawy.

Jaki jest czas trwania umowy? Zależy od Twojej decyzji, możesz zawrzeć umowę na okres od 12 aż do 36 miesięcy. W obydwu przypadkach po upływie ustalonego terminu można samochód wykupić lub po prostu go zwrócić i wybrać kolejny, dowolnie skonfigurowany przez siebie model. Masz tym samym możliwość rozsmakowania się w motoryzacji, przeżywania kolejnych przygód związanych z jazdą nowym modelem, bez ponoszenia konsekwencji związanych z jego rejestracją. Nie musisz mierzyć się ze żmudnym procesem sprzedaży, pokazywania auta potencjalnym kupcom i przeliczać, ile stracił na wartości. Zaczynasz kolejny rok z następnym samochodem, a interesuje Cię jedynie wysokość comiesięcznej raty zaplanowanej w domowym budżecie. Faktycznie, teraz trudno byłoby wyobrazić sobie życie bez samochodu.

Tekst: Artur Sudenis



Skontaktuj się z nami

Tel.: +48 22 223 60 65

E-mail: kontakt@auto4doctors.pl

WWW: auto4doctors.pl

Nasz fanpage:

[facebook.com/auto4doctors](https://www.facebook.com/auto4doctors)

Z nowo wybranym prezesem
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
Łukaszem Jankowskim
rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie doktorze, Łukaszu, wybór młodego lekarza, rezydenta, na szefa największej izby lekarskiej w Polsce był dla wielu zaskoczeniem, wręcz szokiem. Dlaczego zdecydował się pan kandydować na prezesa Okręgowej Rady w Warszawie? Ma pan przed sobą specjalizację, wspianała rodzinę, dla której potrzeba czasu...

Rzeczywiście, pracy w tej kadencji na pewno będzie sporo. Startując w wyborach, miałem przecież nie tylko plan działania, ale również wizję jego wykonania. Najważniejszy jest dobry podział zadań i współpraca z zespołem silnie zmotywowanych, zaangażowanych ludzi, których łączy idea. Zamierzam wszystkie swoje obowiązki wypełniać sumiennie. Pracy zarówno w izbie, jak i w domu jest dużo, ale mam już ustalony podział zadań, teraz pozostaje go wdrożyć.

Niestety, postrzeganie samorządu przez młodsze pokolenie lekarzy jest złe. Kiedy przed wyborami pytałem kolegów, z czym kojarzy im się izba lekarska, zwykle udzielali jednej z dwóch odpowiedzi: z comiesięczną składką albo z otrzymywanym co miesiąc do domu numerem „Pulsu”. Lekarze, z którymi rozmawiam, mają poczucie, że izba lekarska funkcjonuje obok realnych problemów lekarzy, że stała się bardziej urzędem niż samorządem zawodowym.

Chciałbym zmienić takie postrzeganie samorządu. Wierzę, że izba nie jest miejscem przeznaczonym jedynie dla działaczy. Naszą rolą – jako nowo wybranych władz – jest sprawienie, dzięki podejmowaniu dobrych decyzji, zgodnych z wolą środowiska, aby lekarze bardziej utożsamiali się z samorządem.

Dla mnie samorząd był i jest miejscem, w którym mogłem realizować się w pracy społecznej, narzędziem zmian otaczającej nas rzeczywistości, która obecnie niestety nie jest kolorowa.

Co chce zmienić pan w samorządzie warszawskim, ogólnopolskim? Czego oczekuje od pana grupa młodych lekarzy?

Izba jest silna siłą zrzeszonych w niej lekarzy

Podczas pracy w Okręgowej Radzie Lekarskiej VII kadencji widziałem ogromny potencjał izb lekarskich. Zdecydowałem się kandydować w poczuciu, że ja – i moje środowisko – znam sposób, jak ten potencjał optymalnie wykorzystać.

Sam widzę siebie w roli osoby, która w samorządzie będzie reprezentantem woli lekarzy. Chciałbym być postrzegany nie jako prezes w tradycyjnym znaczeniu tego słowa, ale jako młody lekarz, który został prezesem po to, żeby usprawnić samorząd lekarski, żeby działać dla dobra środowiska lekarskiego.

Czym dla pańskiego pokolenia jest samorząd lekarski? Czy wie pan, czym był dla tych, którzy go 30 lat temu reaktywowali?

Rozmawiam ze starszymi kolegami o ich doświadczeniach dotyczących pracy samorządowej. Chciałbym czerpać z tych doświadczeń. Jednym z moich postulatów w czasie wyborów był powrót do mitu założycielskiego samorządu – odejście od izby jako instytucji, a powrót do idei, która przyświecała tym, którzy wiele lat temu reaktywowali samorząd.

Choć wywodzę się ze środowiska młodych lekarzy, mam silne poczucie, że – jako prezes ORL w Warszawie – jestem obecnie reprezentantem wszystkich lekarzy zrzeszonych w naszej izbie. Lekarze, nie tylko ci młodzi, oczekują, że samorząd zacznie aktywniej upominać się o ich prawa, że będą mogli liczyć na pomoc izby lekarskiej, gdy wejdą w konflikt np. ze swoim pracodawcą. Głos samorządu w sprawach systemu ochrony zdrowia powinien być jasny i szeroko słyszalny, samorząd powinien wpływać na warunki, w których pracujemy. Sądzę, że tego właśnie oczekują dziś od izby lekarze i w takim kierunku – praworządności, przejrzystości, współtworzenia lekarskiej społeczności izbowej, otwartej na wszystkich członków – będziemy szli.

Zapowiada pan ewolucję, nie rewolucję. Jak to się ma do hasła „Przychodzą młodzi”, które krąży w Polsce lekarskiej po wyborach? Jak pogodzi pan „starych” i „młodych”, ich potrzeby i zamierzenia? Jeden z nowo wybranych prezesów w izbie okręgowej powiedział niedawno: „Młodzi lekarze już wkrótce będą starymi...”.



Fot. M. Bączek

Zapowiadałem ewolucję, a nie rewolucję, bo wiem, że w samorządzie musi być miejsce dla wszystkich lekarzy, niezależnie od wieku. Tylko współdziałanie, praca ponad podziałami, może przynieść sukces.

Chciałbym pogodzić energię, ideowość i młodzieńczy upór młodych lekarzy z doświadczeniem i wiedzą starszego pokolenia. Wiele projektów, które były prowadzone w izbie, oceniam dobrze i sądzę, że warto ich realizację kontynuować. Niezbędne jest natomiast przybliżenie samorządu lekarzom i pomoc w rozwiązywaniu ich problemów. Myślę, że – mimo różnic pokoleniowych – cele „młodych” i „starszych” lekarzy są zbliżone. Wszyscy chcemy najlepiej jak potrafimy służyć chorym. Dlatego przeciwstawiam się sztucznemu budowaniu konfliktów pokoleniowych w samorządzie. Wszyscy jesteśmy lekarzami, a izba lekarska jest od tego, żeby nam – niezależnie od wieku – ułatwiać swoimi działaniami codzienną pracę. Samorząd nie może funkcjonować w oderwaniu od swoich członków, izba jest silną siłą zrzeszonych w niej lekarzy. Może brzmieć to patetycznie, ale ja tak rozumiem samorząd lekarski.

Pochodzi pan z lekarskiej rodziny. Babcia i dziadek, mama i ojciec, brat, żona i bratowa poświęcili się tej pro-

fesji. To ważne, że kolejne pokolenia w rodzinach lekarskich mogą stanowić o randze tego zawodu w Polsce.

Dorastając w rodzinie lekarskiej, przesiąka się „lekarskim życiem”. Od dziecka widziałem piękno zawodu lekarza i satysfakcję z jego wykonywania, ale też miałem styczność z problemami. To niewątpliwie ważne doświadczenia, miały ogromny wpływ na dokonany przeze mnie wybór drogi zawodowej. Nie przesadzałbym jednak z twierdzeniem, że to rody lekarskie stanowią o randze zawodu lekarza. Tradycja jest bardzo ważna, ale jeszcze ważniejsze jest to jak – niezależnie czy pochodzimy z rodziny lekarskiej, czy nie – postrzegamy swój zawód i jaką mamy motywację do jego wykonywania. Na rangę zawodu lekarza pracujemy codziennie wszyscy, bez względu na to, z jakiej pochodzimy rodziny.

Pana cele dla OIL w Warszawie na tę kadencję...

Przede wszystkim odbudowa zaufania lekarzy do samorządu. Chciałbym, żebyśmy my, lekarze, mogli mieć pewność, że izba stanie w naszej obronie, że będzie nas godnie reprezentować, a także wywierać realny wpływ na warunki wykonywania naszego zawodu i codzienną pracę. Pragnę, żeby izba lekarska była lekarska nie tylko z nazwy, żebyśmy mogli się identyfikować z naszym samorządem. ■



Fot. OIL w Warszawie

XXXVIII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie rozpoczął się 5 kwietnia 2018 r. Najważniejszy cel został osiągnięty – izba ma władze na VIII kadencję.

Nowym prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej został **Łukasz Jankowski**. Na funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zjazd powołał **Ewelinę Bobek-Pstruchę**.

Na przewodniczącego zjazdu wybrano **Artura Drobniaka**. Po raz pierwszy głosowania (poza wyborami prezesa i członków izbowych organów) odbywały się drogą elektroniczną. Obrady rozpoczęło 178 delegatów, czyli 85,99 proc. z 207 uprawnionych do głosowania. Taki stan liczebny podała przed godziną 12.00 Komisja Mandatowa, ogłaszając kworum. Frekwencja do końca obrad była wysoka.

Pierwszego dnia delegaci wysłuchali sprawozdań z działalności poszczególnych organów izby: Rady, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, oraz sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2017 i przyjęli je. Następnie zdecydowaną większością głosów zjazd udzielił absolutorium ORL w Warszawie za lata 2013–2017. Przyjęto również budżet na rok 2018.

W części sprawozdawczej Jarosław Biliński podsumował akcję protestacyjną Porozumienia Rezydentów i Porozumienia Zawodów Medycznych w latach 2017–2018.

Najważniejszym punktem obrad był wybór prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej. Zgłoszono dwóch kandydatów: Łukasza Jankowskiego, członka ORL VII kadencji i wiceprezesa Porozumienia Rezydentów OZZL, oraz ustępującego prezesa ORL Andrzeja Sawoniego. Obaj przedstawili swoje programy na VIII kadencję.

Łukasz Jankowski powiedział, że chciałby działać na rzecz większej identyfikacji lekarzy z samorządem i wykorzystania potencjału izby do obrony ich praw oraz dobrego imienia. Zwracał uwagę na potrzebę zwiększenia wpływu izby na decyzje władz administracyjnych i kształtowanie polityki zdrowotnej.

Andrzej Sawoni mówił o kontynuowaniu działań rozpoczętych w VII kadencji, a także o nowych projektach obejmujących seniorów (finansowanie przychodni geriatrycznej) i młodych członków samorządu (stypendia dla kształcących się podyplomowo). Deklarował również chęć przekształcenia budżetu izby z historycznego na zadaniowy.

Po prezentacjach wywiązała się ożywiona dyskusja. Warto podkreślić, że mimo różnic programowych, kandydaci deklarowali wolę współpracy po wyborach i wspólnych działań na rzecz samorządu. W tajnym głosowaniu na prezesa ORL w Warszawie udział wzięło 191 delegatów. Andrzej Sawoni uzyskał 86 głosów, Łukasz Jankowski – 104. Jedna osoba wstrzymała się od głosu.

Dziękując za okazane zaufanie, Łukasz Jankowski powiedział: *– Jesteśmy wszyscy odpowiedzialni za nasz samorząd, nasza troska o dobrą opinię środowiska ujawniła się w dyskusji i – mam nadzieję – będzie ujawniała się w dalszej działalności. Dziękuję także mojemu zespołowi, bez jego pracy nie byłaby możliwa przemiana pokoleniowa. Jestem otwarty na współpracę z każdą osobą, którą zjazd wybierze na stanowisko członka Okręgowej Rady Lekarskiej, niezależnie od wieku, doświadczenia. Liczę na kompetencje i zaangażowanie każdego. Chcę działać ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. Uchwaliliśmy budżet na 2018 r. W izbie trwa realizacja dobrych projektów, trzeba ją prowadzić dalej. Zespół obsługi administracyjnej działał sprawnie, na dobrym poziomie, chcę z doświadczeń pracowników czerpać. Proszę także o 100 dni.*

W drugim dniu zjazdu wybrano członków organów izby oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Zjazd zatwierdził nowy regulamin Okręgowej Rady Lekarskiej, natomiast odrzucił projekt regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej.



Fot. egw

Andrzej Sawoni i Łukasz Jankowski



Artur Drobniak, przewodniczący zjazdu:

Do tej pory nie przewodniczyłem tak dużemu zgromadzeniu. Mam pewne doświadczenie w wystąpieniach publicznych, ponieważ pracuję naukowo i wielokrotnie przemawiałem na konferencjach naukowych zarówno

w Polsce, jak i zagranicą. Były to wystąpienia branżowe, w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz endokrynologii ginekologicznej, którymi na co dzień się zajmuję.

Jeżeli prowadzenie przeze mnie XXXVIII Zjazdu było odbierane pozytywnie, cieszę się, że sprostąłem oczekiwaniom, jakie mieli koledzy po wytypowaniu mnie na przewodniczącego. To drugi zjazd samorządu lekarskiego, w którym uczestniczę, dlatego nie mam dobrego punktu odniesienia. Na poprzednim zjeździe byłem zwykłym

delegatem, nie uczestniczyłem czynnie w obradach, oczywiście poza głosowaniami.

W tym roku moją uwagę zwróciła niezwykle ożywiona dyskusja po wystąpieniach kandydatów na prezesa ORL, nieporównywalna z dyskusjami na poprzednim zjeździe. Obaj kandydaci byli świetnie przygotowani merytorycznie, mieli plan dalszych działań samorządu lekarskiego. Sądzę, że jeśli obietnice, które padły podczas wystąpień, zostaną zrealizowane, izba uczyni duży krok do przodu i odzyska zaufanie środowiska lekarskiego.

Rzuciła się w oczy także spora różnica wieku delegatów. Jest grupa osób w wieku zaawansowanym i grupa młodych lekarzy, koło trzydziestki. Wyraźnie rysuje się przerwa pokoleniowa. Pytanie, dlaczego powstała? Czy nowi ludzie odwrócili się w poprzednich kadencjach od samorządu, czy te nieliczne jednostki, które próbowały do niego wejść, były zniechęcane i odchodziły niespełnione? **mkr**



Ewelina Bobek-Pstrucha, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Od 1997 r. pełniłam funkcję zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Minionych 20 lat pozwoliło mi na zdobycie doświadczeń w zakresie rozpatrywania spraw w przedmiocie odpowiedzialności

zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów. Zetknęłam się w praktyce ze wszystkimi problemami dotyczącymi działalności jakże ważnego organu izby.

Pełnienie funkcji Rzecznika wymaga znajomości zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ustaw, m.in.: o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, o izbach lekarskich, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wreszcie zapisów „Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników” przyjętego 14 maja 2016 r. przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy.

Rzecznik pełni niezwykle istotną rolę w rozpatrywaniu skarg, bowiem w każdej z nich istnieją dwie strony – po-

krzywdzony oraz lekarz bądź lekarz dentyista. Do Rzecznika należy ustalenie, czy doszło do popełnienia przewinienia zawodowego, czy też nie. Podejmowanie tego typu decyzji wymaga ogromnej wiedzy, rozważliwej i doświadczenia życiowego, a także ścisłej współpracy z prawnikiem, bo decyzje te mają istotne znaczenie dla stron postępowania. Z jednej strony muszą chronić lekarza czy lekarza dentyistę przed niesłusznym oskarżeniem, z drugiej – chronić pokrzywdzonego.

Ze względu na odpowiedzialność spoczywającą na Rzeczniku konieczne jest stałe doszkadzanie zespołu Rzeczników nie tylko dzięki szkoleniom w zakresie obowiązujących przepisów prawa, ale również w trakcie cyklicznych spotkań, podczas których omawiane są bieżące sprawy i wnioski wpływające z orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego i nadzoru Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Równie istotną kwestią jest przestrzeganie przez Rzecznika terminów, w których prowadzone postępowanie powinno być zakończone. **ach**

Ustalono, że powstanie nowy, opracowany z udziałem nowej OKR. Delegaci dyskutowali również o sprawach formalnych związanych z regulaminem, liczbą członków organów, terytorialnym paritetem wyborczym. Postanowiono, że aktualnym problemom merytorycznym zostanie poświęcona odrębna konferencja.

W związku z wyczerpaniem porządku obrad zaplanowanych na trzy dni zjazd zakończono 6 kwietnia 2018 r.

Tradycyjnie zjazd miał część uroczystą, w której uczestniczyli zaproszeni goście. Przybyli m.in.: poseł RP Krzysztof Ostrowski, marszałek Senatu RP Stanisław Karczewski, rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś oraz rektor UKSW ks. prof. Stanisław Dziekoński oraz przedstawiciele urzędów pań-

stwowych i samorządowych, samorządów zawodowych, uczelni i naukowych towarzystw medycznych, dyrektorzy placówek ochrony zdrowia.

Zasłużonym lekarzom wręczono odznaczenia „Laudabilis”, Medale im. prof. Jana Nielubowicza i Medale im. dr. Jerzego Moskwy. Bohdan Marian Zajączkowski otrzymał państwowy „Złoty Medal za długoletnią służbę”, a trzech członkowie ustępującej ORL w Warszawie: Andrzej Sawoni, Mieczysław Szatanek i Andrzej Włodarczyk, zostali uhonorowani odznaczeniami Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie „Nobilis et laudabilis” wręczonymi przez prof. Andrzeja Matyję. Uroczystą część zjazdu uświetnił występ chóru OIL w Warszawie „Medicantus”. ■ **mkr i ach**



Fot. kb

uchwały:

- zobowiązującą ORL do zorganizowania szkolenia specjalistycznego dla członków Komisji Rewizyjnej,
- zobowiązującą ORL do wprowadzenia dyplomu uznania dla lekarzy, którzy wywiązali się z obowiązku kształcenia ustawicznego,

oraz apele:

- o przesunięciu terminu wejścia w życie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- do ministra zdrowia o pilną kontynuację postępowania legislacyjnego w sprawie zmian ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o izbach lekarskich obejmujących ustalenie nowego wzoru „Prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry” w formie winylowych płytek zawierających procesor, tzw. e-pwz,
- do ministra zdrowia w sprawie podjęcia działań zwiększających dostęp do kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentystrów w Polsce,
- do prezesa NFZ w sprawie zwiększenia w budżecie NFZ środków przeznaczonych na zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie stomatologii,
- do rządu RP i ministra zdrowia o podjęcie efektywnych działań w celu poprawy zdrowia obywateli RP, uwzględniających postulaty środowiska lekarzy dentystrów,
- do premiera RP w sprawie pilnego rozwiązania problemu zadłużenia publicznych ZOZ,
- w sprawie wypalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów. ■

ach

Odnaczeni na zjeździe

Odnaczenia „Laudabilis” wręczono Ewie Gałęckiej oraz Marii Danielskiej-Klimek.

Ewa Gałęcka – pediatra i neonatolog – pełni funkcję ordynatora Oddziału Dziecięcego w SPZZOZ w Przasnyszu. W Okręgowej Izbie Lekarskiej jest delegatem na zjazdy oraz zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Maria Danielska-Klimek – specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny pracy – pracuje w Wojskowej Przychodni Specjalistycznej w Legionowie. W samorządzie lekarskim działa od 1997 r., a od IV kadencji w Sądzie Lekarskim.

Medal im. prof. Jana Nielubowicza otrzymali:

Tadeusz Parnowski, Włodzimierz Pypno i Aleksandra Słabik-Ledóchowska, a Medal im. dr. Jerzego Moskwy: Zbigniew Binio, Ewa Bochyńska-Bar, Arkadiusz Ciupak oraz Andrzej Józwiak.

Odnaczenie „Mentor” dla wyróżniającego się kierownika specjalizacji wręczono Marcinowi Kaliszowi z Dziecięcego Szpitala Klinicznego WUM. ■

mkr



Fot. kb

OBWIESZCZENIE

**przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
z dnia 13 kwietnia 2018 r.
o wynikach wyborów prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie**

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 5 kwietnia 2018 r. wyborów na stanowisko prezesa okręgowej rady lekarskiej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory prezesa okręgowej rady lekarskiej, ogłasza się, że **prezsem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 został wybrany:

Łukasz Jankowski – lekarz

OBWIESZCZENIE

**przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
z dnia 13 kwietnia 2018 r.
o wynikach wyborów
Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w Warszawie**

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt. 6–8 usta-

wy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 5 kwietnia 2018 r. wyborów na stanowisko okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, ogłasza się, że **Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 została wybrana:

Ewelina Bobek-Pstrucha – lekarz

OBWIESZCZENIE

**przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie
z dnia 13 kwietnia 2018 r.
o wynikach wyborów delegatów
na Krajowy Zjazd Lekarzy**

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) oraz uchwałą Nr 17/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 września 2017 r. w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres VIII kadencji 2018–2022 obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 6 kwietnia 2018 r. wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, ogłasza się, że **delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy** na okres VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Bilińska Natalia – lekarz
- 2) Biliński Jarosław – lekarz
- 3) Borkowska-Paczuła Katarzyna – lekarz

- 4) Bornsztajn Mateusz – lekarz
- 5) Cieślik Krzysztof – lekarz
- 6) Cybulska Maria – lekarz
- 7) Dabiński Karol – lekarz
- 8) Darocha Anna – lekarz
- 9) Dobies-Krześniak Barbara – lekarz
- 10) Doczekalski Paweł – lekarz
- 11) Drobnik Artur – lekarz
- 12) Głogowski Michał – lekarz
- 13) Gontkiewicz Michał – lekarz
- 14) Grabczan Wojciech – lekarz
- 15) Gryglas Piotr – lekarz
- 16) Gut Grzegorz – lekarz
- 17) Gutkowska Karolina – lekarz
- 18) Hałabuz Krzysztof – lekarz
- 19) Herman Justyna – lekarz dentysta
- 20) Herman Krzysztof – lekarz
- 21) Hoffman Bożena – lekarz dentysta
- 22) Imiela Tomasz – lekarz
- 23) Jankowski Krzysztof – lekarz
- 24) Jankowski Łukasz – lekarz
- 25) Kaczorowski Łukasz – lekarz
- 26) Kiljan Patryk – lekarz
- 27) Klimkowska-Misiak Marta – lekarz dentysta
- 28) Kowalczyk Jan – lekarz
- 29) Krajewski Romuald – lekarz
- 30) Kuchta Piotr – lekarz dentysta
- 31) Kunkiel Michał – lekarz
- 32) Kuszyński Robert – lekarz
- 33) Kwitkiewicz Grzegorz – lekarz dentysta
- 34) Latoszek-Banasiak Elżbieta – lekarz dentysta
- 35) Lesak Danuta – lekarz dentysta
- 36) Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka – lekarz dentysta
- 37) Łuba Maciej – lekarz
- 38) Machowicz Rafał – lekarz
- 39) Machowski Michał – lekarz
- 40) Madej Krzysztof – lekarz
- 41) Małkiewicz Elżbieta – lekarz
- 42) Matuszewski Michał – lekarz
- 43) Michalak Maciej – lekarz dentysta
- 44) Miękus-Pączek Ewa – lekarz dentysta
- 45) Miłoiński Piotr – lekarz
- 46) Moczydłowska Marta – lekarz
- 47) Moniuszko Andrzej – lekarz
- 48) Nekanda-Trepka Ładysław – lekarz
- 49) Nowak Maciej – lekarz
- 50) Olszewski Roman – lekarz dentysta
- 51) Ołdak Natalia – lekarz
- 52) Osiadacz Małgorzata – lekarz
- 53) Ozierański Krzysztof – lekarz
- 54) Paluch Łukasz – lekarz
- 55) Paluszek Dariusz – lekarz dentysta
- 56) Patena Konrad – lekarz
- 57) Pawliszak Piotr – lekarz
- 58) Pawłowski Paweł – lekarz
- 59) Piwowarczyk Liliana – lekarz dentysta
- 60) Pokładnik Joanna – lekarz
- 61) Popis-Witkowska Anna – lekarz dentysta
- 62) Przeor Aleksandra – lekarz

- 63) Ropielewski Aleksander – lekarz
 64) Sanocki Marcin – lekarz
 65) Sawoni Andrzej – lekarz
 66) Serwan Agnieszka – lekarz
 67) Sikorski Adam – lekarz
 68) Skomska-Pawliszak Małgorzata – lekarz
 69) Sobiech Piotr – lekarz dentysta
 70) Szarla Anna – lekarz
 71) Tatar Arkadiusz – lekarz
 72) Topolska-Kotulecka Mery – lekarz dentysta
 73) Wilmowska-Pietruszyńska Anna – lekarz
 74) Winciunas Piotr – lekarz
 75) Włodarczyk Andrzej – lekarz
 76) Wolski Marek – lekarz
 77) Wróbel Julian – lekarz
 78) Zakrzewski Jakub – lekarz
- 7) Hawryłkiewicz Iwona – lekarz
 8) Jasińska Maria – lekarz
 9) Jaworski Stefan – lekarz
 10) Jędrzejewski Grzegorz – lekarz
 11) Kamecki Grzegorz – lekarz dentysta
 12) Karwacki Marek – lekarz
 13) Kazana Jadwiga – lekarz dentysta
 14) Kryszalowicz Bożena – lekarz
 15) Kusto Ewa – lekarz
 16) Kuszyński Robert – lekarz
 17) Lenczewska-Kulikowska Helena – lekarz dentysta
 18) Lesak Danuta – lekarz dentysta
 19) Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka – lekarz dentysta
 20) Łaniewski-Wołk Przemysław – lekarz
 21) Olszewski Maciej – lekarz
 22) Panek Grzegorz – lekarz
 23) Pastuszko Andrzej – lekarz
 24) Płoński Andrzej – lekarz
 25) Pniowski Jarosław – lekarz
 26) Potocka Monika – lekarz dentysta
 27) Radwański Paweł – lekarz
 28) Rusiecka-Kuczałek Elżbieta – lekarz
 29) Rychłowska-Pruszyńska Magdalena – lekarz
 30) Skoczylas Agnieszka – lekarz
 31) Skubik Kazimierz – lekarz
 32) Słabik-Ledóchowska Aleksandra – lekarz
 33) Sobiech Piotr – lekarz dentysta
 34) Sonczyk Wiesława – lekarz
 35) Szaniawska-Bartnicka Agnieszka – lekarz
 36) Wyględowska-Tucholska Aleksandra – lekarz
 37) Zajączkowski Bogdan – lekarz

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2018 r. o wynikach wyborów członków Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. - obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1-3 i 5-6 oraz art. 24 pkt. 6-8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168), obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 6 kwietnia 2018 r. wyborów na członków okręgowego sądu lekarskiego, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków okręgowego sądu lekarskiego, ogłasza się, że **członkami Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018-2022 zostali wybrani:

- 1) Bogucki Arkadiusz – lekarz
- 2) Cieśla Witold – lekarz
- 3) Ciupak Arkadiusz – lekarz
- 4) Danielska-Klimek Maria – lekarz
- 5) Drotlef Bogusław – lekarz
- 6) Flakowski Rafał – lekarz dentysta

wy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 6 kwietnia 2018 r. wyborów zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, ogłasza się, że **zastępcami Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018-2022 zostali wybrani:

- 1) Barbachowska Janina – lekarz
- 2) Binio Zbigniew – lekarz
- 3) Bochyńska-Bar Ewa – lekarz dentysta
- 4) Galbarczyk Dariusz – lekarz
- 5) Gałęcka Ewa – lekarz
- 6) Gołębiowska Hanna – lekarz
- 7) Jankowski Krzysztof – lekarz
- 8) Jarząbek Zbigniew – lekarz
- 9) Józwiak Andrzej – lekarz
- 10) Kozak Stanisław – lekarz
- 11) Kozakiewicz Barbara – lekarz
- 12) Lewandowicz Andrzej – lekarz
- 13) Łojek Jarosław – lekarz dentysta
- 14) Makowska Grażyna – lekarz
- 15) Mirski Siemiomysł – lekarz
- 16) Mroczkowski Edward – lekarz
- 17) Mrowiec Joanna – lekarz dentysta
- 18) Parnowski Tadeusz – lekarz
- 19) Paśnicka Danuta – lekarz
- 20) Pietrzak Adam – lekarz
- 21) Pypno Wojciech – lekarz
- 22) Siarkiewicz Andrzej – lekarz dentysta
- 23) Świerczek Józef – lekarz
- 24) Turlińska Agnieszka – lekarz
- 25) Wernic Katarzyna – lekarz
- 26) Zienkiewicz-Komorowska Ewa – lekarz

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2018 r. o wynikach wyborów członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie

Na podstawie § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych or-

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2018 r. o wynikach wyborów zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. - obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1-3 i 5-6 oraz art. 24 pkt. 6-8 usta-

ganów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (j.t. – obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 6 kwietnia 2018 r. wyborów członków okręgowej komisji rewizyjnej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków okręgowej komisji rewizyjnej, ogłasza się, że **członkami Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Dąbrowski Edward – lekarz
- 2) Galewski Adam – lekarz
- 3) Głogowski Michał – lekarz
- 4) Kiljan Patryk – lekarz

- 5) Latoszek-Banasiak Elżbieta – lekarz dentysta
- 6) Łuba Maciej – lekarz
- 7) Ostaszewska-Chrzanowska Barbara – lekarz
- 8) Romanowski Krzysztof – lekarz

OBWIESZCZENIE

przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2018 r. o wynikach wyborów członków Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji

wyborczych (j.t. – obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5–6 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 6 kwietnia 2018 r. wyborów członków okręgowej komisji wyborczej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków okręgowej komisji wyborczej, ogłasza się, że **członkami Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Galewski Adam – lekarz
- 2) Kuchta Piotr – lekarz dentysta
- 3) Miękus-Pączek Ewa – lekarz dentysta
- 4) Piątkiewicz Jacek – lekarz
- 5) Wróbel Julian – lekarz

Przewodniczący XXXVIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Artur Drobnik

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Ładysław Nekanda-Trepka



Goniec Medyczny

Czy będzie więcej lekarzy?

„Dziennik Gazeta Prawna” informuje, że Ministerstwo Zdrowia zwiększy liczbę miejsc na studiach medycznych. O 276 – w stosunku do liczby oferowanych w roku akademickim 2018/2019 – wzrośnie liczba miejsc na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w roku przyszłym. Skierowany do konsultacji projekt rozporządzenia zakłada, że limit miejsc wyniesie łącznie 9211, z tego 7816 dla przyszłych lekarzy oraz 1395 dla dentystów.

Lekarze uciekają z Niemiec. Brakuje 74 tys. medyków

Obecnie więcej niemieckich lekarzy opuszcza rynek pracy niż go zasila. Wielu wyjeżdża do Szwajcarii i innych krajów, gdzie oferuje im lepsze warunki niż w Niemczech. Szacuje się, że do 2020 r. w niemieckim systemie ochrony zdrowia będzie brakowało około 74 tys. lekarzy.

NIK: posiłki w szpitalach szkodliwe, w kuchniach karaluchy

Podawane chorym w szpitalach posiłki nie tylko nie pomagają im wyzdrowieć, ale mogą wręcz szkodzić, ponieważ zawierają za dużo soli, a za mało wapnia, żelaza i potasu –

alarmuje Najwyższa Izba Kontroli. W niektórych kuchniach nie było ciepłej wody, za to po kotłach łążyły karaluchy.

Suplementy diety nie leczą

– Reklamy suplementów nie mogą sugerować, że te specyfiki mają właściwości lecznicze. Nie można twierdzić, że suplementy leczą lub zapobiegają chorobom – podkreśla Jan Bondar z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Naciągają seniorów

Seniorzy skarżą się do UOKiK, że są zapraszani na bezpłatne badania, a w rzeczywistości zawierają umowę o usługi medyczne. Pakiety te kosztują nawet 16 tys. zł, za zerwanie umowy zaś spółka pobiera wysokie kary.

Przeciwnicy szczepień w ofensywie ustawodawczej

Komitet Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP” planuje złożyć w Sejmie projekt zakładający wprowadzenie dobrowolności szczepień (sic!).

Chcą walczyć z kłamstwami na temat szczepień

Posłowie europarlamentu są zaniepokojeni spadkiem liczby szczepień w Unii Europejskiej. Wzywają m.in. do walki z nieprawdziwymi informacjami na temat szczepień w Internecie.

Matka Lekarka

Maj tradycyjnie jest tym wiosennym miesiącem, kiedy nasze myśli kierują się w stronę mam. Od pewnego czasu w środowisku lekarskim trudno chyba znaleźć kogoś, kto przynajmniej nie słyszał o fenomenie Matki Lekarki. Jest to dość szczególna inicjatywa, wykorzystująca popularność internetowego serwisu społecznościowego i łącząca pokaźne grono matek, matek lekarek.

Dorota Bębenek, założycielka tej fenomenalnej grupy, jest młodą stażem mamą, ale – jak sama mówi – intensywnie doświadczoną dzięki swoim dwóm córkom: Zosi (dwa lata) i Asi (pięć miesięcy). Wyznawczyni EBM (medycyny opartej na faktach), zafascynowana karmieniem naturalnym, dzięki macierzyństwu nabiera nowego spojrzenia na pediatrię, którą z powodzeniem uprawia (znajduje się na finiszu rezydentury). Matka Lekarka daje jej poczucie spełnienia i satysfakcji z integracji środowiska lekarskiego.

Dlaczego Matka Lekarka musiała zaistnieć w sieci?

Wpisanie macierzyństwa w medycynę jest wyzwaniem, bo brak standardów postępowania, brak wytycznych i algorytmów. Wyjście ze schematu lekarz – pacjent i wejście w relację matka – dziecko to zadanie, które niejedną lekarkę przerosło, a może i przytłoczyło. Zamiana dyżurów, obchodów, gabinetu na domową codzienność wymaga weryfikacji dotychczasowych przyzwyczajeń. Dziś życie stadnie przeobraziło się, że tak powiem, w życie w wirtualnym „stadzie”. Z tego wirtualnego świata można zrobić użytek i dostosować go do indywidualnych potrzeb. Matka Lekarka to odpowiedź na te potrzeby. Powstała podczas jednej z kolkowych nocy mojej starszej córki. Potrzebowałam wsparcia, ale nie tego ściśle medycznego ani tego „osiedlowego”. To musiał być miks doświadczeń medycznych i macierzyńskich. Zasięg grupy przerosł moje oczekiwania, ale jednocześnie uświadomił, jak bardzo potrzebna jest integracja naszego lekarskiego środowiska. Matka Lekarka zintegrowała sporą jego część.

Dlaczego tylko lekarki?

Medycyna zmienia. Zmienia standardowe myślenie o niemal każdym aspekcie życia, w tym o macierzyństwie. Matka Lekarka gromadzi lekarki, które potrzebują kontaktu ze środowiskiem medycznym w swoich codziennych zmaganiach. Grupa jest wybitnie jednolita pod względem płci.

Co wy tam robicie?

Rozmawiamy, wymieniamy doświadczenia, zarówno kulinarne, rodzicielskie, medyczne, kulturalne, zakupowe, budowlane, kosmetyczne, leksykalne, jak i etyczne, a nawet filozoficzne... Nie ma tematu, który na Matce Lekarce nie może się pojawić. Jako grupa dbamy jednak o to, by nie budować

podziałów religijnych, politycznych, etnicznych. Dyskusje, choć nieraz bardzo burzliwe, prowadzone są w niezwykle kulturalny i nieagresywny sposób. 4 tys. lekarek ma możliwość wypowiedzenia się na KAŻDY temat, zadania KAŻDEGO pytania i udzielenia KAŻDEJ odpowiedzi (w myśl NVC – *nonviolent communication*). Po niemal dwóch latach istnienia grupy przekonałam się, że niektóre tematy budzą tak dużo kontrowersji, iż nie jestem w stanie śledzić całej dyskusji. Takie tematy wiele nas uczą. W dyskusjach medycznych trzymamy się blisko EBM i aktualnych wytycznych. Prezentujemy ciekawe przypadki medyczne (chroniąc dane osobowe pacjentów) i śledzimy przebieg ścieżki diagnostycznej i leczenia.

A gdzie w tym wszystkim jest medycyna?

Wszędzie jest medycyna! Matki lekarki mają ogromną trudność z wyłączeniem trybu lekarz i włączeniem trybu mama. Matka Lekarka daje równowagę. Tematyka medyczna (przypadki, dylematy diagnostyczne, rozważania dotyczące wytycznych) przeplata się z tematyką domową bardzo płynnie. Wartość edukacyjna grupy jest nie do przecenienia. Pojawiła się koncepcja, by wnioskować do CMKP o przyznawanie punktów edukacyjnych za uczestnictwo w grupie. Nie wiem, czy inicjatywa zostanie zaakceptowana, ale będziemy próbować.

Czy Matka Lekarka to nowy wymiar pomocy w środowisku w myśl Kodeksu Etyki Lekarskiej?

Z pewnością tak. Nie ma dnia, by któraś z nas nie potrzebowała wsparcia. Nie ma dnia, by któraś tego wsparcia nie otrzymała. Są dziewczyny w trakcie leczenia onkologicznego, są matki dzieci nieuleczalnie chorych, są lekarki w trudnej sytuacji finansowej lub partnerskiej. Każde wołanie o pomoc wywołuje lawinę odpowiedzi. Mam na myśli zarówno pomoc w sytuacjach typowo medycznych (gdy lekarka lub ktoś jej bliski staje się pacjentem), jak i przyziemnych, codziennych. Pojawiają się także anonimowe prośby o wsparcie. W ostatnim czasie jest ich coraz więcej, dużo takich, które wskazują na konieczność pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej. Taką również staramy sobie zapewnić. To duży problem w naszym środowisku, duchowa sfera życia lekarskiego bywa bardzo zaniedbana. Są także tematy drażliwe i intymne, wymagające wielkiej siły, by je rozpracować. Wiele jest bardzo poruszających i nie pozwala spokojnie zasnąć.

Widzę, że problemów może być bardzo dużo. Czy ze wszystkimi radzicie sobie same, czy kierujecie po pomoc do innych organizacji? Zdarzało wam się polecać izbę lekarską jako miejsce, gdzie można otrzymać pomoc finansową, wsparcie psychologiczne?

Tak. Pojawiają się namiary zarówno na pomoc prawną przy izbie lekarskiej, jak i pomoc socjalną. Pomoc psychologiczna w dużej mierze oferowana jest przez członkinie związane zawodowo z psychiatrią.

Jaki jest przekrój wiekowy grupy?

Nie ma ograniczeń. Są matki lekarki 20-, 30-, 40-, 50-, 60-letnie. Wszystkie mają cenne przemyślenia i wiedzę. Wszystkie potrzebują tego miejsca. Niezależnie od wieku, stanowiska i stażu, każda czuje się swobodnie i komfortowo, każda odnajduje tu swoją przestrzeń.

Nie chcecie wyjść ze świata wirtualnego i spotykać się twarzą w twarz?

Takie spotkania organizujemy już od dłuższego czasu w wielu miastach, w Warszawie były cztery. Umawiamy się w kawiarni



Dorota Bębenek z Asią i Zosią

ni, pijemy ciepłą kawę, jemy zimne lody i integrujemy nasze dzieci. Takie spotkania to bardzo cenne doświadczenie, ładują nasze baterie na kolejne tygodnie. Każda ML czeka na nie z niecierpliwością. Szukamy miejsca, gdzie będziemy mogły takie spotkania organizować cyklicznie.

Macie swoich „specjalistów”?

Tak. Przez okres istnienia grupy ML wyłoniły się osoby, które w poszczególnych dziedzinach wiodą prym. Są specjalistki od „kącika naukowego/EBM”, „laktacji”, „szczepień”, „żywienia”, „zdrowia psychicznego” etc. Znamy się coraz lepiej, wiemy, do kogo napisać w jakiej sprawie, nawet kto gdzie pracuje i czym się zajmuje. Zadziwiające, jak sprawnie to funkcjonuje.

Podobno niektórzy wasi partnerzy są zazdrośni o Matkę Lekarzkę?

Nie wiem, czy to prawda, bo ostatnio niemal cały wolny czas poświęcam Matce Lekarce. Podobno są zazdrośni, szykują odwet i zakładają swoje grupy wsparcia. Im również potrzeb-

na jest taka społeczność i już nieraz starali się wkraść do Matki Lekarki – bezskutecznie.

Protest Porozumienia Zawodów Medycznych nie mógł pozostać bez echa w żadnym środowisku. Co zmienił w życiu matek lekarek?

Protest był aktywnie wspierany przez grupę Matka Lekarka. Niektóre z nas zdecydowały się na dołączenie do głódówki. Pozostałe żywo dopingowały i propagowały idee protestu. Wszystkie jesteśmy świadome konieczności zmian.

Czego mógłbym życzyć matkom lekarkom?

Dużo matczynej mądrości, mnóstwo dziecięcej radości i miliony dżuli energii, by być i matką, żoną/partnerką, i lekarką jednocześnie – kolejność zamierzona, ale do indywidualnej modyfikacji.

Serdecznie dziękuję za rozmowę. ■

Rozmawiał **Mikołaj Sinica**



E-zwolnienia. Godzina zero jednak odroczone?

Małgorzata Solecka

1 lipca 2018 r. zaświadczenia o niezdolności do pracy na drukach przejdą do historii – zarzekali się jeszcze w połowie kwietnia przedstawiciele rządu. – Obligatoryjne przejście na e-zwolnienia to zły pomysł, a w tym terminie pomysł nie do zrealizowania – ripostowały zgodnie organizacje lekarskie. Wszystko wskazywało, że w najbliższych miesiącach dojdzie do wielkiego zwarcia, w którego epicentrum znajdują się setki tysięcy pacjentów.

17 kwietnia pojawiły się jednak nieoficjalne informacje o tym, że między Kancelarią Premiera a resortem pracy zapadła „kierunkowa decyzja” o konieczności przesunięcia w czasie obowiązkowego zastąpienia tradycyjnych ZLA elektroniczną wersją. Dzień później minister Elżbieta Rafalska nie potwierdziła wprost tych doniesień, ale też im nie zaprzeczyła. Stwierdziła, że harmonogram wdrażania e-zwolnień „poddawany jest ocenie”, a decyzja zostanie ogłoszona 20 kwietnia. Na 99,9 proc. oznacza to, że rzeczywiście 1 lipca jest już terminem nieaktualnym.

Tylko czy to cokolwiek zmienia?

Zawsze, gdy urzędnicy – wbrew głosom ekspertów i praktyków – upierają się przy jakimś rozwiązaniu, zwłaszcza gdy rzecz dotyczy delikatnej materii ochrony zdrowia, szybko okazuje się, że fundują społeczeństwu piękną katastrofę. Dlaczego e-zwolnienia miałyby być wyjątkiem?

Wystarczy zresztą spojrzeć na dane. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w połowie kwietnia nie kryje zachwyty rosnącym udziałem e-zwolnień we wszystkich wystawionych zaświadczeniach o niezdolności do pracy. – *Jeszcze w ubiegłym roku 1,8 proc. było wystawianych w formie elektronicznej, dziś już około 14 proc.* – podkreślała w mediach, informując o porozumieniu, jakie ZUS podpisał ze 160 placówkami ochrony zdrowia, i ciężkiej pracy, która przynosi rezultaty. Ciężka praca to nie tylko szkolenia lekarzy, ale też współpraca z producentami aplikacji gabinetowych, by „funkcjonalność e-ZLA była jak najszybciej dostępna w tych aplikacjach”.

Jakkolwiek by patrzeć, każde zdanie, wypowiedziane przez prof. Gertrudę Uścińską, może być użyte przeciw niej. Jako dowód, że to lekarze – nie ona, nie minister rodziny, pracy i polityki społecznej, nie rząd – mają rację.

Na nieco ponad dwa miesiące przed całkowitym zastąpieniem tradycyjnych druków przez e-ZLA odsetek elektronicznych zwolnień wynosi 14 proc. Tempo ich przyrostu, w stosunku choćby do sytuacji z jesieni ubiegłego roku (niecałe 3 proc.), jest rzeczywiście imponujące. Czy jednak w ciągu dwóch miesięcy odsetek e-zwolnień zwiększy się na tyle, by stało się jasne, że nie chcą (nie mogą) wystawiać ich tylko „maruderzy”? 14 proc. vs. 86 proc. – proporcje nie są dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych korzystne.

ZUS podpisał porozumienie ze 160 placówkami... Tylko szpitale „sieciowych” jest w Polsce 590, poradni POZ są tysiące. Oczywiście, nie z każdą praktyką lekarską ZUS może i powinien zawierać porozumienie, lekarze mogą szukać wsparcia indywidualnie, niektórzy zresztą takiego przeszkolenia

E-zwolnienia – szkolenia ZUS

Od 1 lipca 2018 r. lekarze i lekarze dentyści będą mogli wystawiać tylko zwolnienia elektroniczne.

Na stronie internetowej ZUS, w zakładce „lekarze” (<http://www.zus.pl/ezla>), znajdują się wszystkie informacje o e-ZLA. Bezpłatne szkolenia na temat e-zwolnień, organizowane dla lekarzy i placówek medycznych przez mazowieckie oddziały ZUS, będą prowadzone także w siedzibie OIL w Warszawie. Prosimy osoby zainteresowane o rejestrację: izba-lekarska.pl/lista-szkolen

pewnie w ogóle nie oczekują. Niemniej jednak liczba porozumień nie świadczy o rozwiązaniu problemu przygotowania lekarzy, jako grupy zawodowej, do nowego zadania.

I wreszcie ostatnie zdanie – o współpracy z producentami aplikacji gabinetowych. Od chwili pojawienia się perspektywy obligatoryjnego przejścia na e-zwolnienia lekarze zawsze podkreślali, że możliwość wystawiania e-zwolnień z poziomu aplikacji gabinetowych to warunek *sine qua non*. Konieczny, choć niekoniecznie wystarczający. Tymczasem, jak informują przedstawiciele organizacji lekarskich, prace nad tym rozwiązaniem się opóźniały i wielu producentów aplikacji gabinetowych dopiero testuje moduły e-ZLA. To znaczy, że na prawdziwe stress-testy, w warunkach gabinetowych, przynajmniej część lekarzy musi jeszcze poczekać.

Czy zdrowy rozsądek nie nakazywałby takiego porządku rzeczy: wprowadzamy nowe rozwiązanie, sprawdzamy czy działa, jakie korzyści przynosi i jakim ryzykiem jest obciążone, poprawiamy (jeśli wymaga poprawek), wspieramy jego popularyzację wśród użytkowników i, gdy zostaje przekroczona założona wielkość krytyczna (liczona jako udział e-zwolnień w zaświadczeniach ogółem albo liczba lekarzy wypisujących e-zwolnienia wobec wszystkich wystawiających ZLA), zaczynamy przygotowania do obowiązkowego przejścia na nową formułę? Oczywiście, jeśli zakładamy, że obligatoryjność jest konieczna, z czym środowiska lekarskie nie do końca się zgadzają. Jednak gdyby operacja była przeprowadzana według takiego schematu, rozmowa o nałożeniu obowiązku wyglądałaby zapewne inaczej.

Jeśli rząd nie zrobi kroku w tył, można się spodziewać nie rozmów, ale wielkiej awantury. Emocje już dają o sobie znać. W połowie kwietnia Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, skupiające kilkaset praktyk POZ, wystosowało pismo do prezes Uścińskiej, wprost odmawiając udziału w projekcie ZUS „zastraszania i wprowadzania oszczędności na zasiłkach chorobowych (kosztem zdrowia chorych pacjentów w pracy, dzieci chorych w przedszkolach) przez odbieranie prawa do ich korzystania chorym Polakom w oparciu o elektroniczne powiadomienie ZUS o fakcie wystawienia zwolnienia”. To reakcja na jeden z wywiadów prof. Gertrudy Uścińskiej, w którym wprost powiedziała rzecz od dawna wiadomą i wydawało się niekontrowersyjną, że jednym z głównych celów przejścia na e-zwolnienia są oszczędności (dla pracodawców i dla finansów publicznych) w wydatkach związanych z zasiłkami chorobowymi.

Gdy nie wiadomo o co chodzi, chodzi o pieniądze. A dżentelmeni – i damy – o pieniądzech powinni rozmawiać, wbrew temu, co mówi popularne (i nieprawdziwe) porzekadło. Nie od dziś wiadomo, że krótkoterminowe zwolnienia są masowo nadużywane. A ich kontrola do tej pory była praktycznie niemożliwa. E-zwolnienia są pod tym względem rozwiązaniem problemu. I prezes ZUS, mówiąc o spodziewanej optymalizacji liczby wystawianych zwolnień, nie popełnia żadnego nadużycia ani nie szuka nieuzasadnionych oszczędności, zwłaszcza kosztem zdrowia chorych pacjentów, w tym dzieci.

Z drugiej strony – jakże inaczej wyglądałaby ta rozmowa o pieniądzach, gdyby (co postulował jakiś czas temu p.o. prezes NFZ Andrzej Jacyna) przynajmniej częściowo, funk-



Rys. P. Woźniak

cjonalnie, połączyć fundusz, z którego wypłacane są zasiłki chorobowe, z Narodowym Funduszem Zdrowia. Gdyby przynajmniej część pieniędzy, zaoszczędzonych na zasiłkach chorobowych, zasiliła budżet ochrony zdrowia. Gdyby lekarze, stojąc na straży racjonalnego wydawania pieniędzy na zasiłki, wiedzieli, że pieniądze te zostaną wydane w systemie. Mowa o kwotach niebagatelnych: w ubiegłym roku ZUS z tytułu zasiłków chorobowych wypłacił około 11 mld zł, kolejnych kilka miliardów wydali pracodawcy. Łatwiejsza kontrola zasadności zwolnienia lekarskiego będzie oczywistym czynnikiem zniechęcającym do ewentualnych nadużyć, a skala oszczędności może być naprawdę duża.

To tylko jeden z przykładów, jakie konsekwencje ma niespójność systemu.

Przedstawiciele organizacji lekarskich cały czas mają nadzieję, że rząd – niezależnie od tego, czy termin zostanie przesunięty – wycofa się z decyzji o obowiązku przejścia na e-zwolnienia. Nawet jeśli z tym projektem i pracodawcy, i rząd (sektor finansów publicznych) wiążą ogromne nadzieje.

Byłyby te nadzieje w pełni uzasadnione, gdyby projekt został opracowany od „a” do „z”. A wszystko wskazuje, że nie przeszedł jeszcze przez literę „p”. P – jak porażka.

A jeśli e-zwolnienia okażą się porażką, położy się ona cieniem na kolejnych projektach z obszaru e-zdrowia. I to może być najbardziej bolesna konsekwencja ignorowania lekarskiego *vox populi*. ■



Goniec Medyczny

Polski patent na substytut naturalnej śliny

Sztuczną ślinę, która ma pomagać np. osobom używającym protez czy mającym kłopoty z wydzieleniem naturalnej śliny, opatentowali naukowcy z Politechniki Białostockiej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i firmy Nantes Systems Nanotechnologii.

Nowy „narząd” człowieka

Interstitialium to nowo odkryta struktura, obecna zarówno w skórze, jak i w wyściółce jelita, płucach, naczyniach krwionośnych i mięśniach człowieka – informuje czasopismo naukowe „Scientific Reports”.

Regenerują drogi oddechowe

Podczas eksperymentu na myszach naukowcy z University of Iowa (USA) odkryli nowy rodzaj komórek macierzystych, które mogą zamieniać się w aż siedem rodzajów komórek dojrzałych i wydają się naprawiać silne uszkodzenia dróg oddechowych. Według badaczy to krok w kierunku medycyny regeneracyjnej układu oddechowego.

Oporny na antybiotyki przypadek rzeżączki

W Wielkiej Brytanii lekarze zmagają się z pierwszym na świecie najbardziej opornym na antybiotyki przypadkiem rzeżączki u mężczyzny, który zaraził się w Azji Południowo-Wschodniej.

Nowy sposób na migrenę

Jednopulsowa przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (sTMS) to nowy, skuteczny sposób zapobiegania atakom migreny. Zdaniem naukowców z Mayo Clinic (USA) jest bezpieczna, łatwa w użyciu i nieinwazyjna. Praca na ten temat ukazała się na łamach czasopisma naukowego „Cephalalgia”.

Odra zbiera śmiertelne żniwo w Rumunii

Zwiększył się bilans ofiar epidemii odry, która trwa w Rumunii od ubiegłego roku. 46. ofiarą jest dziewięciomiesięczne dziecko, które nie było zaszczepione.

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. egw

Podwyżki nakładów na zdrowie zapisano w ustawie.

Żarty się skończyły, trzeba znaleźć pieniądze.

Czy to oznacza podwyżkę składek? I czy dla wszystkich, w tym rolników? Skąd weźmiemy pieniądze?

Bo tym razem nie wystarczy powiedzieć, że kasa na zmiany w ochronie zdrowia pochodzić będzie z oszczędności poczynionych wewnątrz systemu. Jakie pole manewru ma minister Szumowski? Skąd będą pochodzić pieniądze na wzrost nakładów na zdrowie? I czy ten wzrost nie stoi pod znakiem zapytania? Wygląda na to, że powodzenie akcji zależy od tego... ile ministrowi Szumowskiemu uda się przejąć z nadwyżki budżetowej. A konkurencja do jej przejęcia w części lub całości jest spora. Wypada trzymać za ministra kciuki.

Krzysztof Czerkas, członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, ekspert Formedis Medical Management & Consulting w Poznaniu oraz Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku: Polski system ochrony zdrowia znajduje się w nieustannym kryzysie. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest wciąż zbyt niski poziom nakładów finansowych kierowanych do publicznej służby zdrowia. Mimo pozbawienia sektora prywatnego finansowania oferowanych świadczeń zdrowotnych i skierowania tych środków do sektora publicznego w ramach tzw. sieci szpitali, problemy z dostępem społeczeństwa do opieki zdrowotnej nie zmniejszyły się.

W 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie dysponował kwotą niemal 83,2 mld zł., tj. o ponad 2 mld zł. większą niż w 2017. Mimo to już dzisiaj słyszy się głosy, że to za mało i że potrzebne są dodatkowe środki. Skąd je wziąć? Odpowiedź jest banalnie prosta. Wystarczy zapoznać się z wykonaniem budżetu państwa za pierwsze dwa miesiące 2018 r., aby znaleźć dodatkowe źródło finansowania zdrowia Polaków. Zgodnie z informacją Ministerstwa Finansów po dwóch miesiącach tego roku wypracowano nadwyżkę w kwocie rzędu 4,5 mld zł, co stanowi równowartość około 5 proc. całego budżetu NFZ. Minister zdrowia powinien dołożyć wszelkich starań, aby tę nadwyżkę przejąć i zagospodarować w publicznej służbie zdrowia dla dobra pacjentów i personelu świadczącego usługi medyczne.

Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarskiego: Wygląda na to, że nic nie wyjdzie z podrzucanych od czasu do czasu projektów, które wydawałyby się najbardziej oczywiste. Mam tu na myśli dwa posunięcia. Pierwszym byłoby podwyższenie składek, drugim zrównanie poziomu składek płatocnej przez rolników ze składką opłacaną w mieście. Obie decyzje są decyzjami politycznymi, ich wprowadzenie oznacza protesty, konflikty, a więc wiąże się z ryzykiem. Rząd zastępuje inne źródła finansowania. Pierwszym będzie spodziewany lepszy wpływ pieniędzy na składkę zdrowotną, związany z lepszą sytuacją gospodarczą. A drugim będą pieniądze przekazywane wprost z budżetu. Będziemy zatem z roku na rok coraz bardziej utrwalali system mieszany, ubezpieczeniowo-budżetowy. Tkwi w tym poważne niebezpieczeństwo. Wzrost wpływów ze składki, nadwyżka budżetowa – z tą dość szczęśliwą sytuacją mamy do czynienia dziś, gdy ogólny stan gospodarki jest dobry. W chwili spadku koniunktury pojawią się poważne kłopoty z zapewnieniem źródła stałych podwyżek nakładów. A w takiej sytuacji, w sytuacji dekoniunktury, rozmowy o podwyżce składek czy likwidacji grup uprzywilejowanych będą jeszcze trudniejsze. ■

Bartłomiej Leśniewski

Opublikowano w „Menedżerze Zdrowia” 4.04.2018.



Fot. archiwum

Z życia protestującego rodzica

Jakub Bajer

Porozumienie Rezydentów OZZL

2 października 2017 – z pozoru zwykły dzień. Początek roku w wielu ośrodkach akademickich, który okazał się początkiem nowej jakości w ochronie zdrowia. Tego dnia rozpoczął się protest głodowy zorganizowany przez Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, który zwrócił uwagę na działający ostatkiem sił system opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim zmienił życie wielu z nas. Wzięli w nim udział nie tylko lekarze, ale i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Co jednak najważniejsze – matki i ojcowie, z myślą o swoich rodzinach.

Czy rzeczywiście czuli się dobrymi rodzicami? Dziś wspominają z niedowierzaniem, że mogli prowadzić taki tryb życia:

„Przed protestem dyżurowałam w kilku miejscach, łącznie do 8–10 razy w miesiącu! Wtedy wydawało mi się to całkiem normalne. Szpital do 15.35. Wizyta w domu na szybki prysznic i obiad w biegu. Brak czasu na zabawę z dzieckiem – to robiła za mnie niania. O 18.00 musiałam być w NPL, z którego rano pędziłam z powrotem do szpitala, w którym miałam całodobowy dyżur. Na wspomnienie o tym zastanawiam się, jak mogłam tak żyć”.

Nie był to odosobniony przypadek. Często słyszeliśmy w naszym środowisku o zatroskanych dzieciach pytających rodziców, czy dzisiaj wrócą do domu, czy znowu mają dyżur. Nie zdawaliśmy sobie jednak sprawy z tego, że mogłoby być inaczej. Ten protest otworzył wielu osobom oczy.

„Gdy wracałem do domu po maratonie dyżurowym, mój synek wolał się bawić z opiekunką – był z nią bardziej zżyty. Często już spał, gdy wracałem, i jeszcze spał, gdy wychodziłem do pracy. Żle się z tym czułem. Gdy w dyżurce usłyszałem o proteście głodowym, coś we mnie pękło. Wziąłem urlop, spakowałem się i następnego dnia pojechałem do Warszawy. Z perspektywy czasu uważam to za przełomowy moment mojego życia!”.

Protest głodowy okazał się impulsem do działania. Sygnałem, że coś jest nie w porządku i jeśli nie weźmiemy spraw w swoje ręce, nic się nie zmieni i może nas bardzo wiele ominąć. Świadczą o tym nie tylko opinie młodych lekarzy, których wspomniane problemy dotyczą bezpośrednio, ale również mistrzów naszego zawodu, którzy potrafili dostrzec aspekt rodzinny protestu.

„Pewnego dnia pani profesor powiedziała mi, że jest z nas dumna. Jest zadowolona ze swojego życia, ale stwierdziła,

że gdyby mogła przeżyć je jeszcze raz, zdecydowanie mniej czasu poświęciłaby pracy, a więcej rodzinie. Niesamowicie nas wspierała, bo nie chciała, byśmy też popełnili ten błąd”.

Słowa te odnosiły się właściwie do dalszego ciągu protestu – wypowiedzenia klauzul opt-out. W akcji wzięło udział około 5 tys. lekarzy w całej Polsce. Teoretycznie niewielki ułamek pracujących w naszym zawodzie. Jednak na tyle duży, by uwidocznic nadmierne obciążenie pracą, na czym cierpi nie tylko nasze zdrowie, ale przede wszystkim relacje rodzinne i podejście do pacjenta spowodowane zmęczeniem. Po rezygnacji z opt-out nie można pracować, zgodnie z kodeksem pracy, dłużej niż średnio 48 godzin tygodniowo. To i tak o 8 godzin dłużej niż przeciętny pracownik w Polsce. Dla lekarzy potrafiących do tej pory przepracować ponad 300 godzin w miesiącu taka redukcja czasu spędzanego w szpitalu zmieniała wiele.

„Po wypowiedzeniu opt-out początkowo nie do końca wiedziałem, jak poradzić sobie z taką ilością wolnego czasu. Odzwyczaiłem się od tego, że można iść na spacer z żoną i córką. Tak po prostu pochodzić po parku bez celu, bez pośpiechu, rozkoszować się chwilą. Kilka takich wyjść wyleczyło mnie z poczucia, że praca jest najważniejsza i muszę wszystko dla niej poświęcić. Teraz wiem, że najważniejsze są moje kobiety i dla nich muszę mieć czas. Powrót do opt-out? Nigdy w życiu, nikt mnie do tego nie zmusi”.

Rozmowa z ludźmi, którzy „odzyskali życie”, jak sami mówią, prowadzi do jednoznacznych refleksji. Dotychczasowa praca ponad siły odbierała im to, co w życiu najważniejsze. Dzięki protestowi byli w stanie znaleźć równowagę między swoim powołaniem, czyli pracą dla chorego, a życiem prywatnym. Nic nie stanowi dla nich większego sukcesu tego zrywu niż zrozumienie, do czego prowadziło ich nadmierne obciążanie się obowiązkami zawodowymi kosztem spraw, które powinny być ich codziennością – zabawy z dzieckiem czy wspólnego wieczoru z żoną/mężem. Niezależnie od tego, co przyniosą kolejne miesiące i jakie decyzje podejmie rząd w sprawie ochrony zdrowia, matki i ojcowie lekarze mówią jednogłośnie: „*Nie wrócimy do klauzuli opt-out, są rzeczy ważne i ważniejsze*”. Przy okazji podkreślają, że praca z pacjentem znów zaczęła sprawiać im przyjemność.

Celowo nie używam nazwisk. Nie chodzi o zachowanie anonimowości, nie prosili mnie o to. Po prostu poruszane przez nich kwestie dotyczą nas wszystkich. Każdy powinien zrobić rachunek sumienia i pomyśleć, czy mógłby podpisać się pod tymi słowami. Nie zapominajmy w natłoku obowiązków, że w domu czekają nasi bliscy. „*Lepiej zapobiegać niż leczyć*” – powinniśmy o tym wiedzieć najlepiej. Zastosujmy więc tę maksymę i do naszego życia rodzinnego. Drugi raz żyć na tym świecie nie będzie nam dane. Z okazji nadchodzących dni Matki i Ojca życzę, by wszystkim nam udawało się zachować równowagę między życiem zawodowym i osobistym. ■

Fot. archiwum



Marek Balicki

Jakiś czas temu jeden z dzienników przypomniał opinii publicznej, że w ubiegłym roku Sejmik Województwa Mazowieckiego skierował do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie niekonstytucyjności nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z 10 czerwca 2016

wprowadzającej możliwość finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Powodem ponownego zainteresowania wnioskiem stała się publikacja w marcu 2018 r. postanowienia TK o nadaniu biegu sprawie. Dziś nie wiemy, jakie będzie ostateczne rozstrzygnięcie, ale samo zajęcie się skargą przez TK jest dla mazowieckiego samorządu sygnałem, że warto było ją złożyć.

Samorządowcy, w imieniu których wnioski podpisał marszałek Adam Struzik, zarzucili ustawodawcy „obciążenie jednostek samorządu terytorialnego skutkami finansowymi nieprawidłowego zarządzania systemem udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ”. Ministerstwu Zdrowia, które było autorem pomysłu, chodziło wówczas o znalezienie nowego źródła finansowania usług gwarantowanych w celu skrócenia oczekiwania na świadczenia, zwłaszcza niektóre specjalistyczne, np. endoprotezoplastykę stawu biodrowego i usunięcie zaćmy.

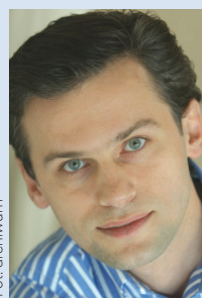
Działo się to w pierwszych miesiącach rządów nowej koalicji, kiedy nie było jeszcze wiadomo, że stan naszej gospodarki oraz sytuacja finansów publicznych może się wkrótce poprawić na tyle, że pozwoli na szybkie i znaczące zwiększanie finansowania opieki zdrowotnej ze środków NFZ i budżetu państwa. Najwyraźniej ówczesne kierownictwo ministerstwa nie wierzyło też w realizację przedwyborczych zapowiedzi szybkiego osiągnięcia 6 proc. PKB w wydatkach na zdrowie. Pojawił się więc pomysł sięgnięcia do kasy samorządów, by mieć jakiś sukces w skracaniu kolejek.

Nie brano przy tym pod uwagę opinii, że narusza to dotychczasowe zasady finansowania opieki zdrowotnej oraz że może prowadzić do pogłębiania się różnic w dostępności usług w poszczególnych regionach. Sytuacja finansowa gmin jest przecież bardzo zróżnicowana. Pomysł był również sprzeczny z deklarowanym zamiarem likwidacji NFZ i przejęcia finansowania zdrowia przez budżet państwa, czyli centralizacji systemu.

Na szczęście przepis okazał się martwy. Przez półtora roku skorzystały z niego w skali kraju tylko pojedyncze gminy. W większości województw żaden samorząd nie zawarł umowy z placówką opieki zdrowotnej na świadczenia gwarantowane. Prowizorka się nie sprawdziła.

Dzisiaj przyszłość finansowania zdrowia wydaje się inna niż dwa lata temu. Sejm uchwalił ustawę prowadzącą do osiągnięcia poziomu 6 proc. PKB i nie trzeba już sięgać do kieszeni samorządów. Ciągle jednak nie wiemy, kto będzie tymi pieniędzmi zarządzać. Nadal NFZ, czy Ministerstwo Zdrowia, czy też samorząd terytorialny? Może odpowiedź przyniesie rozpoczynająca się właśnie publiczna debata, zainicjowana przez ministra Szumowskiego, pod hasłem „Wspólnie dla zdrowia”. Wkrótce się o tym przekonamy. ■

Fot. archiwum



Pseudo- prawda

Paweł Walewski

Serial „Diagnoza” emitowany w TVN doczekał się wielu pozytywnych recenzji. Chwałę go widzowie i krytycy, a aktorzy nie mogą wyjść z samozadowolenia, ile trudu wkładają w przygotowanie każdej sceny. – *Nauczyłam się już tyle, że mogłabym chwycić za skalpel i nie stać beczynnym przy stole operacyjnym* – stwierdziła w jakimś wywiadzie jedna z bohaterek, chcąc uwiarygodnić zdobyte na planie umiejętności. To dla publiczności jasny przekaz: wszystko, co oglądacie w „Diagnozie”, jest wiernym odwzorowaniem rzeczywistości, warto wierzyć!

Czy widzowie „Botoksu”, o którym pisałem niedawno, z podobnym zaufaniem oglądali ten film? Bynajmniej. Patryk Vega zaklinał się wprawdzie, że scenariusz oparł na faktach ustalonych podczas skrupulatnie wykonanego researchu, jednak to miała być przede wszystkim rozrywka. Brutalna, w wielu miejscach ordynarna i niesprawiedliwa dla lekarzy, ale niemająca aspiracji nazywania się „filmem medycznym”. Tak jak za medyczny uważany jest serial „Diagnoza”.

Nie rozumiem więc, skąd nagle jego twórcy wykonać mieli, że należy obrzydzić Polakom uczestnictwo w badaniach klinicznych. Kryminalny wątek drugiej serii dotyczy niewyjaśnionych w pełni zgonów pacjentek z endometriozą, które zabił tajemniczy lek. Ha, nie byłoby to jeszcze niesmaczne, wszak eksperymenty z definicji nie zawsze kończą się pomyślnie, ale zostały przedstawione od początku do końca w tak nieprawdziwym świetle, że na miejscu CBA i innych służb od razu zacząłbym kontrolę wszystkich badań klinicznych. Zgłaszanie przez lekarzy działań niepożądanych? Byle jakie. Tzw. odślepienie próby? Bułka z masłem! Rekrutacja uczestników? Bez ograniczeń. W dodatku dział zajmujący się badaniami klinicznymi w firmie, do którego raportowane są skutki działania kwestionowanego leku, posadowiono w starym archiwum, rodem z XIX w. Trudno nie nabrać podejrzeń, że skoro tak to wygląda od kuchni, bezpieczeństwo pacjentów jest mocno zagrożone.

Nie muszę dodawać, że dialogi wzmocniają fałszywy przekaz, bo do widza trafia tylko jedno przesłanie: dwie pacjentki zmarły, ale pomogliśmy stu innym! Czy naprawdę nie robi to na nikim większego wrażenia i w najlepsze fałszuje się dane? Konsultantką scenariusza jest lekarka z Warszawy, wymieniona w napisach końcowych. Rad bym usłyszeć, dlaczego zgodziła się firmować taki uśtyżek, który chorych może zniechęcić do uczestnictwa w badaniach klinicznych. Przecież dla wielu to ostatnia deska ratunku. Mają teraz zacząć się bać? ■

Autor jest publicystą „Poliityki”.

SAMORZĄDOWE POŻYCZKI DLA PRZEDSIĘBIORCÓW Z DOFINANSOWANIEM, SZANSĄ NA ROZWÓJ.



REKLAMA

Rozmowa z Prezesem Spółki VAXLA – operatorem Funduszu Pożyczkowego

- Mikro i mali przedsiębiorcy z rynku Mazowieckiego, w tym także przedsiębiorcy z branży medycznej, mają okazję skorzystać pośrednio z pomocy samorządu mazowieckiego w zakresie finansowania przedsięwzięć związanych z prowadzoną praktyką lekarską. W jakim zakresie Pańska firma będzie wspomagała przedsiębiorców?

Edward Marczuk Prezes VAXLA: Nasze doświadczenie w zakresie obsługi sektora MSP pod względem współpracy z instytucjami otoczenia biznesu mówi nam, że najlepszym sposobem obsługi firm MSP jest zapewnienie im kompleksowego i optymalnego finansowo rozwiązania.

- W jaki sposób Państwo dostarczacie takie rozwiązania, które są tanie dla Klientów?

Edward Marczuk Prezes VAXLA: Nasz zespół z racji doświadczenia od ponad 20 lat uważnie obserwuje rynek finansowy. Każdy przedsiębiorca zna rynek bankowy, leasingowy, jednak rynek samorządowych instytucji otoczenia biznesu jest rynkiem zupełnie nieznanym. A szkoda bowiem może on wiele dać przedsiębiorcom, szczególnie tym na wczesnym etapie rozwoju.

- W jaki sposób?

Edward Marczuk Prezes VAXLA: Najlepszym przykładem będzie produkt w postaci tzw. pożyczki samorządowej dla lekarzy, która opisana jest poniżej:

Produkt

- **niskie oprocentowanie – już od 2,45%,**
- stałe oprocentowanie przez okres spłaty pożyczek – niezależne od wskaźników bankowych,
- brak opłaty za rozpatrzenie wniosku,
- brak wymogu wkładu własnego,
- nie narzucamy ubezpieczycieli,
- brak opłaty za wcześniejszą spłatę,
- indywidualnie ustalany termin karencji w spłacie kapitału: 0-6 miesięcy,
- brak obowiązkowych ubezpieczeń spłaty pożyczki,
- możliwość wyboru modelu spłaty (raty równe, raty malejące, inne),
- w momencie składania wniosku o pożyczkę brak konieczności posiadania zarejestrowanej firmy, osiągania zysku,
- kwota pożyczki od 10.000,-zł do 300.000,- zł
- elastyczność form spłaty (raty malejące, raty stałe, inne), ustalanie rat indywidualnie z klientem,
- dla mikro, małych i średnich przedsiębiorców już od pierwszego dnia działalności

- To rzeczywiście atrakcyjnie wyglądający produkt w porównaniu do rynku bankowego. Co należy zrobić, aby uzyskać takie finansowanie?

Edward Marczuk Prezes VAXLA: Przede wszystkim porozmawiać z naszym doradcą o potrzebach i możliwościach realizacji przy pomocy takich środków. Warto w tym momencie zaznaczyć, że lada moment będą do dyspozycji przedsiębiorców z Mazowsza środki w ramach tzw. pomocy de minimis **oprocentowane tylko 1,85%.**

- To rzeczywiście bardzo preferencyjne warunki. Czy przewiduje Pan dodatkowe atrakcyjne bonusy?

Edward Marczuk Prezes VAXLA: Oczywiście, reklama dzwignią handlu, my zaś handlujemy optymalnym finansowaniem, więc wzbogacamy naszą ofertę o możliwość uzyskania preferencji przy nowej usłudze jaką jest długoterminowy wynajem aut, co szczególnie może być istotne dla młodego biznesu, czyli przy stosunkowo niedużym zaangażowaniu finansowym można posiadać nowe auta. Mamy specjalną ofertę dla branży medycznej w tym zakresie, ale to już temat na kolejny artykuł. Dziękuję bardzo za rozmowę i zapraszam do współpracy.

- Dziękuję bardzo.



doniesienia naukowe



W okresie grypowym za dużo paracetamolu

Jesienią i zimą częściej niż w pozostałych porach roku nadużywany jest paracetamol stosowany w lekach na przeziębienie. Taką zależność wykryto w Stanach Zjednoczonych, ale można podejrzewać, że podobnie jest w Europie, również w Polsce.

Paracetamol pomaga zbić gorączkę, ale dr Liffert Vogt z Uniwersytetu w Amsterdamie podejrzewa, że wiele osób zażywa go, bo sądzi, że leczy on grypę. – *Nie zalecam go przeciwko przeziębieniom i grypie. Zjedzenie miseczki zupy dałoby lepszy efekt niż tabletkę z paracetamolem* – powiedział w wywiadzie dla Agencji Reutera.

Z badań w USA wynika, że nadużycie tego środka przeciwbólowego nie jest aż tak duże, ponieważ w sezonie grypowym dopuszczalne dawki stosuje tylko 6,5 proc. Amerykanów, a w pozostałych porach roku – 5,3 proc. Nadużycie zaś polega na tym, że zbyt duża dawka jest przyjmowana przez co najmniej jeden dzień w tygodniu. Autorzy opracowania podkreślają jednak, że w skali całej populacji to poważny problem.

Paracetamol zwiększa ryzyko uszkodzenia nerek oraz wątroby, chociaż zwraca się uwagę, że jeszcze groźniejsze jest nadużycie ibuprofenu oraz innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Kłopot polega na tym, że leki te kupuje się bez recepty i sprzedawane się w podobnym składzie, ale pod innymi nazwami. Lekarze powinni zatem zwracać uwagę pacjentom, żeby czytali ulotki i sprawdzali, czy leki nie zawierają tych samych substancji.

(bit.ly/2GiSctG i bit.ly/2E3AKkz, „British Journal of Clinical Pharmacology” online, 7 i 25 marca 2018)

W leczeniu zatok nadmiar antybiotyków

Antybiotyki są nadużywane w leczeniu zapalenia zatok – alarmują autorzy amerykańskiego raportu. Zamiast przez pięć dni, ewentualnie tydzień, jak się zaleca, są stosowane przez 10 dni i dłużej. Taka przedłużona kuracja nie należy do wyjątków. Z wspomnianego opracowania wynika, że w USA aż 70 proc. z 3,7 mln pacjentów leczonych z powodu zapalenia zatok w 2016 r. przepisano antybiotyki na co najmniej 10 dni.

Główna autorka raportu, dr Katherine Fleming-Dutra, przypomina, że nadużycie antybiotyków sprzyja powstawaniu oporności bakterii na leczenie. Ostrzega również, że u pacjentów mogą wystąpić powikłania, takie jak wysypka, zawroty głowy, nudności i biegunki. Zdarzają się zakażenia wtórne beztlenowymi bakteriami *Clostridium difficile*, atakującymi często po kuracji antybiotykowej, które wywołują biegunki i zapalenie jelita grubego, grożące nawet śmiercią.

W leczeniu zatok wykorzystuje się metody zabiegowe, kiedy inne nie pomagają. Jedną ze skutecznych i mało inwazyjnych metod jest płukanie zatok roztworem za pomocą specjalnego urządzenia.

Zdaniem prof. Henryka Skarżyńskiego z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu to zabieg bezbolesny, który pozwala do-

trzeć do wszystkich zachyłków, a tym samym usunąć zalegające bakterie. Chodzi o pozbycie się opornych bakterii (tzw. biofilmu) przyczyniających się do przewlekłego zapalenia zatok.

(bit.ly/2Gpq29Z, „JAMA Internal Medicine” online, 26 marca 2018)

Nadciśnienie zwiększa ryzyko poronienia

Z wcześniejszych badań było wiadomo, że nadciśnienie u kobiet w ciąży zwiększa ryzyko poronienia, jednak niebezpieczeństwo może wystąpić nawet wtedy, gdy ciśnienie tętnicze krwi jest jedynie podwyższone, zarówno przed poczęciem, jak i w początkach ciąży. Wskazują na to obserwacje 1228 kobiet, średnio w wieku 29 lat, które poroniły i ponownie chciały zająć się ciążą.

Kolejną ciążę uzyskano u 797 pacjentek, z których 188, czyli 24 proc., poroniło. Czynnikiem ryzyka okazało się podwyższone ciśnienie (choć mieściło się jeszcze w granicach normy). Specjaliści pod kierunkiem dr Carrie Nobles z National Institute of Child Health and Human Development w Bethesda (Maryland) ustalili, że nawet jeśli było prawidłowe, każdy wzrost ciśnienia rozkurczowego o 10 mmHg zwiększał ryzyko poronienia o 8 proc. W przypadku ciśnienia rozkurczowego niebezpieczeństwo było jeszcze większe: każde dodatkowe 10 mmHg zwiększało je o 18 proc.

Dr Nobles przyznaje, że taką zależność stwierdzono u kobiet, które wcześniej poroniły, jednak dowodzi to, jak ważne jest ciśnienie tętnicze krwi dla zdrowia i reprodukcji. Średnio na początku badania u analizowanych kobiet ciśnienie skurczowe wynosiło 112 mmHg, a rozkurczowe – 73 mmHg. Większość badanych kobiet była rasy białej i miała nadwagę lub otyłość.

(bit.ly/2GsYnVG, „Hypertension” online, 2 kwietnia 2018)

Gorące kąpiele nie szkodzą kobietom w ciąży

Wbrew wcześniejszym ustaleniom podwyższona temperatura ciała u kobiet w ciąży nie jest groźna dla rozwijającego się płodu, pod warunkiem jednak, że nie przekroczy 39 st. C. Przekonuje o tym Ollie Jay z Uniwersytetu w Sydney, która ze swym zespołem przeprowadziła metaanalizę 12 badań na ten temat, obejmujących 347 kobiet w ciąży.

Chodziło o sprawdzenie, jak organizm kobiet reaguje na ćwiczenia podczas ciepłej pogody, na gorące kąpiele w wannie lub jacuzzi oraz na saunę, bo wtedy zwykle podnosi się ciepłota ciała. Przede wszystkim ustalono, że temperatura ciała żadnej z badanych kobiet nie przekroczyła 39 st. C. (tylko w jednym przypadku wyniosła 38,9 st. C). Najbardziej się zwiększała, gdy ćwiczyły podczas słonecznej pogody, średnio nie przekraczała jednak 38,3 st. C i utrzymywała się poniżej niebezpiecznego poziomu. Sauna zwiększała ciepłotę ciała kobiet w ciąży średnio do 37,6 st. C, natomiast ciepłe kąpiele – do 36,9 st. C.

Zbadano również, jak długo można bezpiecznie ćwiczyć lub zażywać kąpeli. Okazało się, że w temperaturze powietrza 25 st. C kobiety w ciąży mogą ćwiczyć bez obaw 35 minut. 20 minut mogą z kolei korzystać z kąpeli w wodzie o temperaturze nieprzekraczającej 40 st. C lub przebywać w saunie o temperaturze maksymalnie 70 st. C.

(bit.ly/2IbK2Oz, „British Journal of Sports Medicine” online, 1 marca 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński

CENTRUM KARIERY

Centrum Kariery to projekt CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o., powołanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie do realizacji strategicznych projektów w zakresie HR dla lekarzy członków OIL.

Centrum Kariery ma ambicję być wiodącym dostawcą kompleksowych, profesjonalnych rozwiązań HR dla rynku ochrony zdrowia w Polsce i zagranicą.

Jednym z głównych celów Centrum Kariery jest pomoc lekarzom w planowaniu i rozwoju kariery zawodowej. Szczególną uwagę poświęcamy młodym lekarzom i lekarzom dentystom, 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 z wyszukiwarką miejsc specjalizacyjnych

www.centrumkariery.org.pl

Ruszył nowy serwis internetowy dla lekarzy i lekarzy dentystów

C E R
M E D

CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

CENTRUM KARIERY

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 położona jest we wschodniej części województwa mazowieckiego, w odległości 80 km od Warszawy. Oprócz nieodpłatnych świadczeń w ramach kontraktu z NFZ przychodnia świadczy usługi odpłatne. Dysponuje również własną apteką realizującą recepty refundowane.

Wymagania:

- ❖ Specjalizacja z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych
- ❖ Rezydenci ww. specjalizacji od 3 roku szkolenia
- ❖ Aktualne PWZ

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt, w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- ❖ Atrakcyjne wynagrodzenie i pakiet korzyści, m.in. opłacone mieszkanie służbowe oraz ryczałt na samochód

Nr ref.

6/43/OT/DOL Lekarze specjalista otorynolaryngolog
6/42/SOR/DOL Lekarze wielu specjalności
6/41/INT/DOL Lekarz specjalista internista
6/40/NEO/DOL Lekarz specjalista neonatolog
6/39/PD/DOL Lekarz specjalista pediatra

Praca oddziałowa w nowoczesnym, niepublicznym szpitalu 70 km od Wrocławia (województwo dolnośląskie).

Zadania:

- ❖ Praca na oddziale szpitalnym
- ❖ Możliwość odbywania dyżurów
- ❖ Prowadzenie dokumentacji medycznej
- ❖ Współpraca z personelem medycznym w celu zapewnienia pacjentom najwyższej jakości opieki medycznej

Wymagania:

- ❖ Specjalizacja lub w trakcie szkolenia specjalizacyjnego
- ❖ Aktualne, pełne PWZ

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę w pełnym wymiarze godzin
- ❖ Atrakcyjne wynagrodzenie
- ❖ Dofinansowanie dojazdu do szpitala
- ❖ Udział w bezpłatnych szkoleniach
- ❖ Samodzielność i rozwój zawodowy w renomowanej sieci szpitali świadczących usługi na najwyższym poziomie

Prosimy dodać do CV następującą klauzulę:

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04/05/2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnych i przyszłych rekrutacji.

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

Znajdź nas na **LinkedIn**
www.centrumkariery.org.pl

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

CV z numerem referencyjnym oferty w tytule prosimy przysyłać pod adres e-mail:

jacek.kopacz@oilwaw.org.pl

Osoba do kontaktu:

Jacek Kopacz

tel.: 22-542-83-63

kom./Whatsapp: 784-986-594

Nr ref. 9/36/PS/WAW

Lekarz specjalista lub rezydent w trakcie specjalizacji (psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży)

Znana klinika zdrowia psychicznego działająca w Warszawie.

Wymagania:

- ❖ Lekarz specjalista
- ❖ Rezydent ww. specjalizacji
- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Doświadczenie w zakresie psychoterapii lub zainteresowanie nią będzie atutem

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie do uzgodnienia
- ❖ Pracę w niepełnym wymiarze godzin dopasowanym do możliwości lekarza
- ❖ Niezbędne narzędzia do pracy oraz szkolenia

Nr ref. 10/37/ST/MAZ

Lekarz dentysta

Nowoczesna, specjalistyczna przychodnia stomatologiczna o uznanej renomie działająca w Otwocku.

Wymagania:

- ❖ Aktualne PWZ
- ❖ Ubezpieczenie zawodowe OC
- ❖ Doświadczenie w stomatologii estetycznej będzie dużym atutem

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie w formie kontraktu
- ❖ Praca w pełnym wymiarze (elastyczny czas pracy)
- ❖ Atrakcyjne warunki finansowe
- ❖ Możliwość rozwoju zawodowego w renomowanej firmie

Leki biologiczne i czujność farmakologiczna z punktu widzenia klinicysty

Katarzyna Pogoda, Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, Zbigniew Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

Leki biologiczne są powszechnie stosowane w onkologii od wielu lat. Stanowiły przełom w leczeniu licznych nowotworów. Obecnie do leczenia przyczynowego chorób onkologicznych wchodzi leki biopodobne. Nowe leki budzą wiele emocji, czy słusznie?

Lekami biologicznymi, stosowanymi w onkologii, są przeciwciała monoklonalne, które przyłączają się do określonych receptorów obecnych na komórkach nowotworowych, blokując dany szlak przewodzenia i doprowadzając do śmierci komórek nowotworowych (zmniejszenia lub zniszczenia nowotworu). Leki biologiczne, z uwagi na swoją złożoność, mają określony potencjał immunogeny – mogą być rozpoznane jako „obce” przez układ immunologiczny i tym samym wywołać jego reakcję. Dodatkowo zjawisko immunogenności może wpływać na skuteczność terapii (niekiedy osłabiać ją w wyniku produkcji przeciwciał neutralizujących).

Z biegiem lat patenty poszczególnych biologicznych leków referencyjnych stosowanych w onkologii wygasły lub stanie się to w najbliższym czasie. Leki biopodobne w onkologii wykorzystuje się od około 10 lat. Przykładem jest filgrastym – krótko działający czynnik wzrostu granulocytów, stosowany w ramach leczenia wspomagającego. W Polsce dostępnych jest kilka preparatów filgrastymu. EMA w 2017 r. wskazała, że nie ma niepokojących sygnałów o efektach stosowania biosimilarów.

Niemniej jednak era leków biopodobnych o działaniu przeciwnowotworowym dopiero się zaczyna. Pierwszy taki lek biopodobny EMA zarejestrowała w 2017 r. Obecnie jeden z biologicznych leków referencyjnych – rituksymab – stosowany przede wszystkim u chorych na chłoniaki, ma siedem leków biopodobnych. Innym biologicznym lekiem referencyjnym jest trastuzumab wykorzystywany w leczeniu chorych na HER2-dodatniego raka piersi i raka żołądka. EMA wydała pozwolenie na stosowanie jednego leku biopodobnego, kolejny jest w trakcie oceny.

Liczba zarejestrowanych nowych leków biopodobnych będzie coraz większa. Czy można bez żadnej refleksji stosować je wymiennie? Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba zastanowić się, jaki jest nasz cel terapeutyczny. Wyniki leczenia chorych na raka piersi są coraz lepsze, zdecydowaną większość kobiet udaje się wyleczyć. Panie mają przed sobą długie lata życia. Planując leczenie, należy wybierać optymalną terapię, która będzie skuteczna i bezpieczna również po wielu latach. Dysponujemy da-

nymi dotyczącymi skuteczności i bezpieczeństwa referencyjnego trastuzumabu, zebranych podczas 10–15-letniej obserwacji. Takich danych nie mamy jeszcze odnośnie do leku biopodobnego. Wyniki badań klinicznych porównujących leki są podobne, ale okres obserwacji krótki.

Leki biologiczne są szczególnie monitorowane, właśnie z uwagi na ich skomplikowaną budowę. Niektóre działania niepożądane referencyjnego trastuzumabu poznano dopiero po wielu latach stosowania go u dużej populacji chorych, co wynikało z faktu, że w badaniach klinicznych uczestniczyła stosunkowo niewielka liczba pacjentów przez ograniczony czas. Natomiast w warunkach rzeczywistych lek przyjmowany jest przez liczniejszą i bardziej zróżnicowaną grupę pacjentów.

Ze względu na złożoność problemu ESMO opublikowało swoje stanowisko, w którym wskazano warunki zamienności leków biologicznych (lek referencyjny – lek biopodobny, lek biopodobny – inny lek biopodobny). Podkreślono, że lekarz powinien mieć dużą wiedzę na temat leków biologicznych, pacjenta należy wyczerpująco poinformować o planowanej zmianie leku, a podająca lek pielęgniarka ma ściśle monitorować bezpieczeństwo chorego w czasie podawania preparatu. ESMO nie zaleca zmiany leku na poziomie apteki (automatycznej substytucji), czyli kiedy nie są spełnione wymienione warunki. Co ważne, stosując leki biologiczne, w dokumentacji chorego trzeba podawać nazwę podanego produktu i numer serii.

Czy jest korzyść z pojawiania się nowych leków biopodobnych? Koszt nowoczesnych terapii celowanych jest duży. Wprowadzenie leków biopodobnych najprawdopodobniej spowoduje obniżenie tych cen. To powinno zwiększyć dostępność nowoczesnych terapii dla pacjentów, gdyż leczenie chorych na raka piersi w Polsce wymaga poprawy. Wprowadzone biosimilary trastuzumabu mogłyby zapełnić lukę, bo obecnie maksymalnie po dwóch liniach paliatywnej terapii celowanej można stosować tylko chemioterapię, co jest suboptymalnym postępowaniem. Zaoszczędzone pieniądze można by również przeznaczyć na inne terapie, obecnie nier refundowane (np. pertuzumab w leczeniu przedoperacyjnym, T-DM1 i inhibitory CDK4/6 w leczeniu paliatywnym).

Leki biopodobne stanowią nowe wyzwanie, ale jednocześnie są szansą na szerszy dostęp do nowoczesnych terapii celowanych.

Comiesięczny artykuł edukacyjny sponsorowany przez Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska” z cyklu leki biologiczne i biopodobne



OKRĘGOWA RADA LĘKARSKA W WARSZAWIE

zaprasza na

IV MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

Hotel Narvil, Serock k. Warszawy

15–17 czerwca 2018 r.



Za udział w szkoleniu przysługuje 18 punktów edukacyjnych.

OPŁATA WPISOWA:

Pakiet I za 999 zł obejmuje:

- 2 noclegi ze śniadaniem (miejsce w pokoju dwuosobowym) ■ 2 przerwy kawowe ■ 2 obiady ■ bankiet (15.06.2018)
- kolację standardową w formie grilla ■ korzystanie z aquaparku, sauny, siłowni, sali fitnessu ■ parking.

Pakiet II za 350 zł obejmuje:

- 2 przerwy kawowe ■ 2 obiady ■ możliwość wykupienia udziału w bankiecie (300 zł) ■ parking.

Zapisy wyłącznie za pomocą formularza na stronie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: izba-lekarska.pl

Liczba miejsc jest ograniczona.

Gwarancją uczestnictwa jest rejestracja i wpłata na konto OIL w Warszawie: 27 1240 6247 1111 0000 4974 2369 – z dopiskiem IV MSS

PROGRAM

PIĄTEK, 15.06.2018 r.

9.00–10.30 Rejestracja uczestników

Sala A

10.30–11.00 Otwarcie konferencji

11.00–11.20 Rola stomatologa w rozpoznaniu akromegalii (Novartis) – **prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński**11.20–12.45 Jak skutecznie i krótko leczyć młodsze dzieci. Profilaktyka i leczenie ortodontyczne w okresie uzębienia mlecznego – **dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska**

12.45–13.00 Przerwa kawowa

13.00–14.00 Co nowego w stomatologii adhezyjnej, cz. I – **prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski**

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–16.00 Co nowego w stomatologii adhezyjnej, cz. II – **prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski**

16.00–16.30 Przerwa kawowa

16.30–18.00 Estetyczne kryteria oceny rekonstrukcji protetycznych w odcinku przednim, czyli jak osiągnąć atrakcyjny uśmiech – **dr n. med. Aneta Doliwa-Augustowska**

Sala B

10.30–11.30 Współczesne techniki rekonstrukcji tkanki kostnej wyrostków zębodołowych – **dr hab. n. med. Tadeusz Morawiec**11.30–12.45 Praca w powiększeniu nie tylko w endodoncji – **prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński**

12.45–13.00 Przerwa kawowa

13.00–13.20 Wizualizacyjne techniki diagnostyczne w onkologii jamy ustnej – **lek. dent. Tomasz Kamiński**13.20–13.40 Standardy i różnice w postępowaniu z młodymi i starszymi pacjentami z terapią przeciwwkrzepliwą w leczeniu stomatologicznym – **lek. dent. Adam Jakimiak**13.40–14.00 Aspekty diagnostyki anatomicznej CBCT w planowaniu implantologicznym – **lek. dent. Marcin Adamiec**

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–15.40 Ortodontyczno-chirurgiczne leczenie pacjentów z hipodoncją w odcinku estetycznym – **dr n. med. Kornel Krasny**15.40–16.40 Co każdy stomatolog powinien wiedzieć o terapii chorób przyzębia – **dr n. med. Maciej Nowak**

16.40–17.00 Przerwa kawowa

17.00–18.00 Współpraca lekarza dentystry z lekarzami innych specjalności – **prof. dr hab. n. med. Jolanta Pytko-Polończyk**18.00–18.45 Opieka stomatologiczna nad ciężarną pacjentką z perspektywy lekarza ginekologa – **lek. Paweł Wypych**

Sala C

10.25–10.45 Jak inwestować, by odnieść sukces (Alior Bank) – **Jarosław Przybył**10.45–11.30 Empatyczny lekarz, czyli jaki? – **lek. dent. Alina Romańczuk**11.30–13.00 Dylematy lekarza praktyka – wybór właściwej metody odbudowy zęba po leczeniu endodontycznym – **dr n. med. Agnieszka Kozuń**13.00–14.00 Jak właściwie zacząć, by właściwie skończyć? Słów parę na temat access box – **lek. dent. Hubert Gołąbek**

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–15.45 Możliwości wykorzystania śliny jako medium diagnostycznego – **dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek**15.45–16.15 Nowoczesne materiały stomatologiczne wspomagające remineralizację zębów – **dr n. med. Alicja Porenczuk**16.15–17.00 Endodoncja regeneracyjna – nowe wyzwania w leczeniu zębów stałych dojrzałych – **lek. dent. Agnieszka Jankowska**

17.00–17.15 Przerwa kawowa

17.15–18.00 Harmonizowanie rekonstrukcji estetycznych – **dr n. med. Marcin Aluchna**

20.00–0.00 Bankiet



SOBOTA, 16.06.2018 r.

Sala A

9.30–11.00 Profilaktyka i wczesne leczenie ortodontyczne w praktyce – **lek. dent. Jolanta Jarka**

11.00–11.30 Przerwa kawowa

11.30–12.15 Fakty i mity dotyczące leczenia językowymi aparatami ortodontycznymi – **dr n. med. Anna Wasiewicz**

12.15–12.45 Metody retencji po leczeniu ortodontycznym – **dr n. med. Marta Krasny**

12.45–13.30 Protezy szkieletowe – kompromis, czy sztuka wyboru? – **dr n. med. Anna Kochanek-Leśniewska**

13.30–14.00 Materiały i metody podścielania ruchomych uzupełnień protetycznych – **dr n. med. Zbigniew Kucharski**

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–16.00 Zakotwienie kostne w ortodoncji. Miniłytki i miniimplanty – **lek. dent. Marcin Gdula**

16.00–17.00 Laseroterapia w gabinecie stomatologicznym – **lek. dent. Dariusz Paliga**

17.00–18.00 Rehabilitacja narządu żucia – **dr n. med. Andrzej Bożyk**

Sala B

9.00–10.00 Zioła i ich znaczenie w terapii – **prof. dr hab. n. farm. Wiesława Byłka**

10.00–10.30 Bezpieczeństwo stosowania fluoru – **prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk**

10.30–11.00 Niefluorkowe metody zapobiegania chorobie próchnicowej pacjentów w wieku rozwojowym – **dr n. med. Anna Turska-Szybka**

11.00–11.15 Przerwa kawowa

11.15–11.35 Hipomineralizacja trzonowcowo-siekaczowa-MIH – **lek. dent. Sara Shamsa**

11.35–12.05 Zapalenie przyzębia u dzieci – **prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk**

12.05–13.15 Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej – korzyści i zagrożenia – **lek. dent. Dariusz Paliga**

13.15–14.00 Badanie histopatologiczne w praktyce lekarza dentysty – **lek. dent. Mateusz Stolarski**

14.00–15.00 Przerwa obiadowa

15.00–16.00 Elementy nowoczesnej chirurgii dla stomatologów ogólnie praktykujących – **dr n. med. Maciej Michalak**

16.00–16.30 Przerwa kawowa

16.30–17.30 Wpływ dyrektywy RODO na funkcjonowanie praktyk stomatologicznych – **dr Wojciech Krówczyński**

Sala C

9.00–10.00 Poznać, zrozumieć, wyleczyć – interakcje wiedzy i technologii – **dr n. med. Marcin Aluchna**

10.00–10.45 Zastosowanie komórek macierzystych w chorobach kości, w tym w leczeniu stomatologicznym – **dr n. med. Stefan Pechciński**

10.45–11.15 Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych – co nam szkodzi na serce – **dr hab. n. med. Maciej Kostrubiec**

11.15–11.30 Przerwa kawowa

11.30–12.30 Dziecko w gabinecie stomatologicznym. Kiedy potrzebna jest zgoda na leczenie – **mec. Anna Płatkowska**

12.30–14.00 Dokumentacja medyczna i jej udostępnianie w kontekście tajemnicy lekarskiej – **sędzia Sądu Apelacyjnego Piotr Feliniak**

20.00–22.00 Kolacja grillowa

NIEDZIELA, 17.06.2018 r.

10.00–11.00 Czy diagnostyka i leczenie recesji jest wciąż wyzwaniem? – **prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak**

11.00–12.00 Algorytm postępowania stomatologicznego u pacjentów leczonych radio- i chemioterapią z powodu raka narządów głowy i szyi – **prof. dr hab. n. med. Jolanta Pytko-Polończyk**

WARSZTATY

Piątek, 15.06.2018 r.

■ Estetyczna odbudowa zębów w odcinku przednim przy pomocy materiału ceramx spheretec duo – **dr n. med. Emil Korporowicz**

■ Otwarty system implantologiczny ROOTT – procedury chirurgiczne. Warsztat z fizjodyspenserem, kasetą, implanty demo – **dr n. med. Patryk Kownacki**

Sobota, 16.06.2018 r.

■ Czyszczenie i pielęgnacja końcówek stomatologicznych – **Michał Mach**

■ Warsztat chirurgiczno-implantologiczny – **dr n. med. Maciej Michalak**

Marta Klimkowska-Misiak

PARTNER
ORGANIZACYJNY

**C E R
M E D**

CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

SREBRNY
SPONSOR

**GRUPA
LUXMED**

BRĄZOWY
SPONSOR

HDD
HOL-DENTAL DEPOZ



Fot. archiwum

Błędy medyczne w świetle statystyk

Filip Niemczyk, adwokat

Prokuratura Krajowa opublikowała w ostatnim czasie dane statystyczne dotyczące prowadzonych w całym kraju postępowań karnych w sprawach o błąd medyczny.¹ Owe dane, stanowiące porównanie liczby takich postępowań z lat 2016 i 2017, uważam za wartę omówienia z kilku powodów.

Po pierwsze, nie ulega wątpliwości, że między 2016 a 2017 r. nastąpił zauważalny wzrost liczby prowadzonych postępowań karnych dotyczących błędów medycznych (z 4963 do 5678).

Po drugie, w ostatnim czasie nastąpiła istotna zmiana organizacyjna w zakresie szczebla, na jakim toczą się takie sprawy. Kilka lat temu regułą było, że sprawami dotyczącymi przestępstw z udziałem personelu medycznego, opisanych w art. 155 i 160 kodeksu karnego, zajmowały się prokuratury rejonowe. Obecnie częściej prowadzone są na poziomie wyższym – przez prokuraturę okręgową lub regionalną. Przez prokuratury okręgowe prowadzonych jest obecnie o 78 proc. więcej spraw dotyczących błędu medycznego niż rok wcześniej, natomiast liczba takich spraw prowadzonych przez prokuratury rejonowe spadła o 11 proc. Niewątpliwie na wyższym szczeblu pracują prokuratorzy bardziej doświadczeni i mniej obciążeni sprawami niż na szczeblu rejonowym. Wyższy szczebel i większa uwaga poświęcana omawianym sprawom, a co za tym idzie – większe środki przeznaczone na prowadzenie postępowań przyczyniają się oczywiście do wzrostu liczby spraw. Warto przy tym odnotować, że w prokuraturach regionalnych w całej Polsce utworzono specjalne zespoły do spraw błędów medycznych, do których oddelegowano wyspecjalizowanych prokuratorów. Ich podstawowym zadaniem służbowym jest prowadzenie postępowań przygotowawczych w sprawach dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć człowieka. Trudno nie zadać pytania, dlaczego sprawy, dla których rozpoznanie właściwy jest sąd rejonowy, prowadzone są tak wysoko w hierarchii organów ścigania? Zastanawia również fakt powołania specjalnych zespołów akurat do spraw błędów medycznych, a brak analogicznych wyspecjalizowanych jednostek w zakresie korupcji, przestępczości zorganizowanej czy innych wysoce szkodliwych społecznie zjawisk.

Po trzecie, o rosnącym zaangażowaniu organów ścigania w zakresie przestępstw z grupy błędów medycznych świadczy 16-proc. wzrost (w porównaniu z zanotowaną w 2016 r.) liczby zakończonych postępowań – z 3646 do 4206. Trzeba podkreślić, że przeszło 4 tys. spraw dotyczących błędu przyniosło jedynie 2002 decyzji merytorycznych, w tym 248 razy odmówiono wszczęcia śledztwa, 1613 razy umorzono postępowanie, a jedynie w 139 sprawach złożono akty oskarżenia. Autorzy publikacji nie podają informacji, jaki jest los

pozostałych zakończonych postępowań. Być może przez „niemerytoryczne zakończenie” autorzy rozumieją decyzję o zawieszeniu biegu sprawy, co zazwyczaj ma miejsce w przypadku oczekiwania na opinię biegłych.

Po czwarte, warto zaznaczyć, że z 2 tys. spraw zakończonych decyzją merytoryczną w 2017 r. jedynie około 7 proc. doprowadziło prokuratora do przekonania, że podejrzenie przestępstwa jest dostatecznie udowodnione, i złożony został akt oskarżenia. W praktyce oznacza to, że jedynie w tym niewielkim odsetku spraw powołani przez prokuratora biegli wydali niekorzystną dla lekarza opinię, a podejrzanemu nie udało się wykazać na tym etapie swojej niewinności. Dane nie wskazują przy tym, jakie wyroki w tym czasie wydały sądy w sprawach o błędy medyczne. Z pewnością można jednak przyjąć, że odsetek skazanych jest niższy niż oskarżonych.

Po piąte, z danych wynika, że dobrowolne poddanie się karze przez osobę podejrzaną w sprawie o błąd medyczny należy do rzadkości. W 2017 r. odnotowano jedynie dwie sprawy, w których prokurator skierował do sądu akt oskarżenia zawierający tego rodzaju wniosek. Dobrowolne poddanie się karze jest relatywnie często wykorzystywane w procesie karnym, zarówno w typowych sprawach kryminalnych, jak i w sprawach wypadków komunikacyjnych czy prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości. Pozwala na uzgodnienie wymiaru kary przed rozpoczęciem procesu sądowego i skrócenie postępowania do minimum. Wspomniana znikoma liczba w ten sposób zakończonych spraw oznacza, że oskarżeni lekarze w zdecydowanej większości przypadków podejmują obronę przed sądem, licząc na to, że ocena sprawy dokonana przez sędziego będzie inna, aniżeli ocena prokuratora zawarta w akcie oskarżenia. Procesy sądowe dotyczące błędów medycznych należą przy tym do długotrwałych i złożonych, a czas między złożeniem aktu oskarżenia a wydaniem prawomocnego wyroku liczony jest w praktyce w latach.

Po szóste, należy zauważyć, że w opublikowanych danych brakuje kilku istotnych informacji. Nie dowiadujemy się bowiem, w jakiej części spraw sądy potwierdzają winę lekarza, ani też, jak długo prowadzone są sprawy dotyczące błędów medycznych. Autorzy informacji prasowej nie wskazują również, ile wynoszą koszty prowadzenia spraw o błąd medyczny. Biorąc pod uwagę przytoczone dane, szczególnie relatywnie niewielki odsetek spraw, w których udaje się prokuratorowi zebrać wystarczające dowody popełnienia karalnego błędu, można postawić tezę, że koszty, jakie ponosi Skarb Państwa, aby ukarać pojedynczego lekarza, są ogromne. Za w pełni uzasadnione można uznać wobec tego wątpliwości co do racjonalności polityki karnej w sprawach dotyczących błędów. ■

¹ <https://pk.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-prokuratury-krajowej/prokuratura-prowadzi-coraz-wiecej-spraw-dotyczacych-bledow-medycznych/>

2000!

5 kwietnia 2018 r. chirurdzy z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierowanej przez prof. Krzysztofa Zieniewicza, wykonali 2000. przeszczepienie wątroby. Zabieg przeprowadził zespół pod przewodnictwem prof. Tadeusza Wróblewskiego i dr. n. med. Marcina Kotulskiego. 36-letni pacjent z ciężką niewydolnością wątroby w przebiegu marskości kryptogennej z podejrzeniem AIH był kwalifikowany do transplantacji w kierowanej przez prof. Piotra Milkiewicza Klinice Hepatologii WUM przez zespół dr hab. Joanny Raszei-Wyszomirskiej. Bezpośrednio po zabiegu pacjent został wybudzony, rozintubowany i przeniesiony na Oddział Intensywnej Opieki Chirurgicznej.

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM zalicza się obecnie do ścisłej czołówki ośrodków transplantacyjnych w Europie, a prowadzony program przeszczepiania wątroby jest największy w Polsce. Jego początki sięgają lat 90. XX w. 30 grudnia 1994 r. zespół chirurgów kliniki wykonał pierwsze w Polsce udane przeszczepienie wątroby. Biorczynią była 46-letnia pacjentka z krańcową niewydol-



Fot. archiwum WUM

nością narządu w przebiegu pierwotnej żółciowej marskości wątroby. Chora żyje w dobrym stanie ogólnym do dziś. Wielkie zasługi dla rozwoju transplantacji wątroby w klinice położyli jej poprzedni kierownicy: prof. Jerzy Szczerbań, nieżyjący już prof. Andrzej Karwowski i prof. Marek Krawczyk.

Według danych European Liver Transplant Registry roczne przeżycie biorców wątroby wynosi w klinice około 90 proc., a 5-letnie 60-70 proc. ■ **ach**

INTERDYSCYPLINARNE OBLICZA KARDIOLOGII

WARSZAWA, 8-9 czerwca 2018 r.

TERMIN:
8-9 czerwca 2018 r.

MIEJSCE:
Courtyard by Marriott Okęcie, Warszawa

KIEROWNIK NAUKOWY:
prof. dr hab. Piotr Hoffman

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

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

REKLAMA



Fot. archiwum

Przepraszam, czy tu leczą?

Krystyna Knypl

Pytanie zawarte w tytule mojego felietonu, konstrukcyjnie nawiązujące do głośnego polskiego filmu z lat 80. „Przepraszam, czy tu biją?”, jest tylko z pozoru retyryczne. Gdy słucham opowieści o współczesnej medycynie, odnoszę wrażenie, że nie ma granicy beztroski hulającej po przychodniach i szpitalach.

Studium przypadku

Ponieważ medycyna stała się wielkim biznesem, posłużmy się znanym modelem typu *case study*, który był wykorzystany w celach dydaktycznych w Harvard Business School już w 1914 r.

Przypadek 1. Mężczyzna 36-letni skarżący się na piekące bóle w klatce piersiowej oraz okresowo występujące wymioty udał się do prywatnej przychodni gastrologicznej. Tam przeprowadzono szeroką diagnostykę. Opis rezonansu magnetycznego klatki piersiowej: „*guz śródpiersia tylnego 35x20x12 mm o morfologii torbieli zawierającej płyn o zwiększonej zawartości białka (lub z domieszką krwotoczną), przełyk modelowany*”. Brzmi niepokojąco, pocieszeniem są niepowiększone węzły chłonne. Wskazania do operacji są oczywiste, jedynym problemem wydaje się wybór ośrodka. Pacjent zaopatrzonego skierowanie z adnotacją „pilne” udaje się do poradni torakochirurgicznej. Kiluminutowa wizyta kończy się osobliwym zaleceniem: – *Proszę zgłosić się na kontrolę za rok, z aktualnym badaniem radiologicznym*.

Konsultujący lekarz chyba nie wie, że torbiele śródpiersia, także przebiegające bez objawów klinicznych, powinny być leczone operacyjnie. Umożliwia to ustalenie rozpoznania histopatologicznego oraz zapobiega wystąpieniu groźnych powikłań.

Torbiele śródpiersia – przebieg kliniczny

Według „Primary Mediastinal Cysts. Clinical Evaluation and Surgical Results of 32 Cases” autorstwa H. Esme i wsp., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3147201/>

Gastrolog nadzorujący diagnostykę kieruje więc pacjenta na inny oddział chirurgiczny. Po otwarciu klatki piersiowej okazuje się, że struktura w śródpiersiu to duża torbiel wypełniona treścią ropną. Nie trzeba być specjalnie wyedukowanym, aby wyobrazić sobie zagrożenia wynikające z opóźnienia interwencji chirurgicznej. Może to mało wyrazisty merytorycznie przypadek... Poznajmy więc następnego.

Przypadek 2. Lekarz, lat 38, ze wstrząsem krwotocznym zostaje oznakowany na zielono (*sic!*) w postępowaniu segregacyjnym, po czym spędza trzy godziny w izbie przyjęć szpitala, w którym na co dzień pracuje, i tylko interwencja rodziny przyspiesza właściwe postępowanie. Dodajmy, że nie było w tym czasie wojny ani katastrofy masowej w tym mieście.

Przypadek 3. W kolejnym szpitalu trzy doby trwało rozpoznawanie atrezji przełyku u noworodka, mimo niepokojących objawów zgłaszanych przez matkę.

Dodam, że w opisanych przypadkach (dotyczących lekarzy lub ich najbliższych rodzin) zgodnie z KEL podjęto rozmowy mające na celu uświadomienie niewłaściwych postępowań. Jaki był efekt tych rozmów? Zaawansowane wypieranie się było jedyną reakcją zarówno szefów, jak i lekarzy. Co jest więc przedmiotem troski kadry zarządzającej?

Jakość porady albo zbiór bzdur

Placówka torakochirurgiczna na swojej stronie internetowej udostępnia pacjentom ankietę. Menedżerowie są ciekawi wrażeń pacjenta z wizyty w poradni, a w szczególności, czy była możliwość rejestracji przez telefon, na ile czytelnie była oznakowana droga do gabinetu lekarskiego, czy rejestracja była uprzejma wobec pacjenta, czy mógł zapoznać się z prawami pacjenta oraz jak długo czekał pod gabinetem, a także czy toaleta była czysta. Wszystkie te dane – zapewniają szefowie placówki – zostaną wykorzystane „na rzecz poprawy jakości udzielanych przez nas usług”. Doprawdy?

Dane	Torbiel bronchogenna (n=12)	Torbiel osierdziowa (n=9)	Torbiel grasicza (n=7)	Torbiel jelitowa (n=2)	Torbiel potworniakowa (n=2)
Mężczyźni/kobiety	7/5	4/5	5/2	2/0	1/1
Wiek	45±15	40±13	34±24	17±24	12±14
Objawy	bóle w kłp (8) duszność (2)	bóle w kłp (3) duszność (2)	bóle w kłp (3) duszność (2) kaszel (2)	duszność (1) wymioty (1)	duszność (2) kaszel (2)
Lokalizacja w śródpiersiu	przednie (2) środkowe (10)	środkowe (9)	przednie (6) środkowe (1)	tylne (2)	przednie (2)
Wielkość (cm)	5,6±1,7	7,3±1,5	5,2±1,4	4,5±0,7	5,0±1,4

Jakość w medycynie to przede wszystkim efektywność kliniczna, bezpieczeństwo pacjenta, skuteczność i wydajność postępowania. Są na ten temat znane wytyczne WHO (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>) określane akronimem PATH (ang. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals). Pomysł mierzenia jakości usług medycznych stanem czystości toalet i znakami wskazującymi drogę do gabinetu w XXI w., w środku Europy, mogą przyprawić o dysfunkcję górnego odcinka przewodu pokarmowego. W powodzi marketingowego bełkotu, którym są upstrzone strony internetowe tej i wielu innych placówek medycznych, coraz częściej zapomina się, że uprawianie medycyny nie polega na wypisywaniu gładko sformułowanych sloganów.

Troska o właściwe postępowanie merytoryczne uleciała gdzieś w nieznanym kierunku. Papierologia medyczna urosła do rangi religii, myślenie lekarskie zdegradowano do kategorii marginalnej, wstydlivej czynności. Wypełniaj procedury, przy nich nie musisz trudzić się myśleniem – szepczą upiory.

Patofizjologia – a co to takiego?

Zastanawiając się nad coraz częstszym zanikiem myślenia we współczesnym lekarskim postępowaniu, dochodzę do wniosku, że u podstaw tego zjawiska leży zanik wiedzy patofizjologicznej.

Oto *corpus delicti* uzyskany z wykorzystaniem artykułów naukowych zawartych w amerykańskiej bazie MEDLINE. Wpisałam w wyszukiwarkę Pub Med. hasło „*pathophysiology of hypertension*”, wyświetliła mi się lista 647 dokumentów. Hm... nie za wiele jak na chorobę dotyczącą milionów ludzi na całym świecie. Może już wszystko wiadomo? Raczej nie! Ukazały się właśnie na łamach czasopisma „*Hypertension*” (2018,71,631-637) wyniki badania klinicznego INTERMAP Study, stwierdzające, że analizując związek soli kuchennej z ciśnieniem krwi, trzeba brać pod uwagę także oddziaływanie innych składników diety. Do listy czynników biorących udział w reakcji dieta – ciśnienie krwi badacze zaliczyli suplementy diety, alkohol, białka zwierzęce i roślinne, cholesterol, kwasy tłuszczowe nasycone i nienasycone, kwasy omega-3 i omega-6, cukier, skrobię, włókna pokarmowe i kofeinę. Ważne też są proporcje poszczególnych składników diety, wymiemy tu powszechnie znany stosunek jonów sodu do jonów potasu.



Grat. licencja Artmedia Partners

Zatem słynne badanie INTERSALT Study, choć dowiodło naukowo zależności między solą kuchenną a ciśnieniem krwi, nie udokumentowało wszystkiego.

Następnie wpisałam hasło „*guidelines of hypertension*” i wyświetliła mi się lista 13 511 dokumentów. Co więcej, do roku 1980 publikowano rocznie nie więcej niż 10 dokumentów o charakterze „*guidelines*”. Błądziliśmy przez wieki, nie mając dostępu do tekstów o charakterze wytycznych? Czy wiedza patofizjologiczna przestała być modna?

Jak powinny brzmieć uniwersalne wytyczne?

Uniwersalne wytyczne dla każdego lekarza powinny brzmieć: wysłuchaj pacjenta, zbadaj przedmiotowo, pomyśl nad zakresem badań dodatkowych, jeszcze raz pomyśl po otrzymaniu wyników i zleć odpowiednie leczenie. Choć takie wytyczne mogą brzmieć jak ABC propedeutyki medycyny, wykładanej na początku zajęć z przedmiotów klinicznych, słuchając opowieści o losach wielu pacjentów, mam coraz silniejsze przekonanie, że trzeba te podstawowe zasady coraz częściej przypominać. ■



Fot. archiwum

NIK krytycznie o profilaktyce i leczeniu cukrzycy typu 2

Ewa Szarkowska

Dotychczasowe działania w celu ograniczenia zachorowań na cukrzycę typu 2 w Polsce nie przyniosły spodziewanych efektów. Wciąż brakuje lekarzy diabetologów, a liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni i na hospitalizację rośnie – alarmuje Najwyższa Izba Kontroli.

NIK skontrolowała działania systemu ochrony zdrowia mające na celu wczesne wyszukanie osób zagrożonych cukrzycą typu 2 i chorych na nią oraz wdrażanie skutecznych metod leczenia. Izba uznała, że nie były realizowane skutecznie. Kontrola objęła lata 2015–2017 (pierwsze półrocze).

Brakuje wieloletniej strategii i diabetologów

Najwyższa Izba Kontroli zarzuca ministrowi zdrowia, że nie opracował ogólnopolskiej strategii działań ukierunkowanych na prewencję i leczenie cukrzycy, mimo iż przemawiają za tym wysokie koszty leczenia jej powikłań. Działania ministra miały charakter doraźny, nie służyły zapobieganiu zachorowaniom i zapewnieniu długofalowych efektów leczenia. Nie prowadzono skutecznych akcji upowszechniania wiedzy na temat cukrzycy i zapobiegania jej. Nie podjęto też próby włączenia lekarzy medycyny pracy do prowadzenia profilaktyki cukrzycy w ramach badań okresowych pracowników.

Zdaniem NIK minister zdrowia nie rozpoznał potrzeb zdrowotnych ludności i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do opieki nad populacją chorych na cukrzycę. Ich liczba była niewystarczająca, a rozmieszczenie nierównomierne, co utrudniało cukrzykom korzystanie ze świadczeń. Mimo wzrostu liczby czynnych zawodowo lekarzy diabetologów o blisko 19 proc., wciąż było ich o 256 za mało w stosunku do liczby optymalnej (1585) określonej przez konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii. Tylko w czterech województwach wskaźnik liczby diabetologów przypa-

dających na 25 tys. mieszkańców miał wartość zgodną z zaleceniami – 1, w pozostałych niższą – od 0,47 w województwie lubuskim do 0,93 w zachodniopomorskim.

NFZ finansuje, ale nie wszędzie

NIK zauważa, że Narodowy Fundusz Zdrowia podjął działania służące poprawie leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2. O ponad 17 proc. zwiększono środki finansowe przeznaczone na leczenie powikłań cukrzycy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Pojawił się nowy rodzaj świadczenia dla cukrzyków, którego celem jest kompleksowe leczenie ran przewlekłych. Szkoda tylko, że był finansowany zaledwie przez cztery wojewódzkie oddziały NFZ. Również kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna (tzw. KAOS-cukrzyca) była prowadzona tylko w 11 województwach.

– Nie poprawiła się dostępność świadczeń dla cukrzyków. W kontrolowanym okresie rosła liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację. W połowie 2017 r. na wizytę u diabetologa czekało 777 pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki pilne. Liczba oczekujących na konsultację w przypadkach stabilnych była znacznie większa, bo wyniosła 26 tys. – podkreśla prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski.

Lekarze nie przestrzegają zaleceń

Nie bez winy – w ocenie NIK – są też lekarze rodzinni i specjaliści. Analiza dokumentacji 165 osób objętych opieką na poziomie POZ wykazała, że pełny wywiad pod kątem możliwości zaliczenia pacjenta do grupy zagrożonych cukrzycą typu 2 przeprowadzono tylko w 24 przypadkach (14,5 proc.).

– Analiza dokumentacji medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w grupie badanych pacjentów wykazała, że wszystkie obowiązkowe i wymagane informacje o stanie zdrowia odnotowane były w niespełna 7 proc. – twierdzi prezes Kwiatkowski.

Według NIK ujawnione braki wpisów w dokumentacji medycznej dowodzą, że lekarze nie przestrzegali obowiązku realizowania zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczących zarówno kierowania pacjentów na

badania diagnostyczne oraz na konsultacje specjalistyczne, jak i ich częstotliwości. W ocenie izby mogła to być jedna z przyczyn, że u żadnego pacjenta, którego dokumentację badano w toku kontroli, nie osiągnięto pełnego wyrównania metabolicznego. Analiza dokumentacji 128 osób z cukrzycą leczonych przez lekarza rodzinnego wykazała, że zaledwie dwóch dostało skierowanie na zalecanych pięć badań diagnostycznych do wykonania raz w roku, a tylko jeden zgodnie z zaleceniami został skierowany na konsultacje do pięciu specjalistów raz w roku. Z pozostałych 121 osób niektórych skierowano do jednego specjalisty, a niektórych do żadnego. Niewiele lepiej wypadli diabetolodzy.

– *Szczegółowa analiza dokumentacji 269 pacjentów leczonych lub konsultowanych przez diabetologów wykazała, że tylko siedmiu skierowano na wszystkie badania diagnostyczne zalecane w raz roku* – mówi Krzysztof Kwiatkowski.

Skutkiem niestosowania przez część świadczeniodawców zasad postępowania medycznego wobec osób zagrożonych cukrzycą i chorych na nią, wskazanych w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, ale także – jak wynika z wyjaśnień kadry medycznej – niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarzy, były niedostateczne wyniki terapii oraz wysokie koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 – podsumowują autorzy raportu NIK. ■

Nieodzowny rejestr chorych na cukrzycę

Komentuje prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Strojek**, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii

Stan opieki diabetologicznej w Polsce nie odbiega od opieki w innych dziedzinach medycyny, może z wyjątkiem kardiologii. To pochodna co najmniej dwóch czynników – nakładów na opiekę medyczną i niewystarczającej, choć stale wzrastającej, liczby lekarzy, w tym specjalistów z zakresu diabetologii. W ostatnim czasie został wdrożony „Program wsparcia leczenia ambulatoryjnego zespołu stopy cukrzycowej na lata 2016–2018”, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Obecnie wraz z resortem zdrowia pracuję nad rozporządzeniem dotyczącym standardów w opiece diabetologicznej. Na etapie uzgodnień znajduje się wprowadzenie porady edukacyjnej do katalogu świadczeń NFZ. Prowadzone są także prace studialne nad kompleksowym programem prewencji i leczenia cukrzycy. W mojej opinii nieodzowne jest stworzenie rejestru chorych na cukrzycę, który precyzyjnie wskaże słabe punkty opieki i pozwolił na ich korektę. ■



Fot. archiwum



CZARNY POTOK
Resort SPA & Conference
Luxury Collection
★★★★

WYMARZONY ODPOCZYNEK W POLSKICH GÓRACH

Hotel u stóp Jaworzyny Krynickiej

- 236 **komfortowych** pokoi
- Restauracje z **wyśmienitym** jedzeniem
- 9 **multimedialnych sal** konferencyjnych
- Górskie **SPA** z wyjątkową ofertą zabiegów
- Baseny, sauny, jacuzzi, łaźnie zdrojowe, **kriosauna**
- Całodzienny **Kids Club**
- Największy w regionie **Mini Golf**
- Leżanki i wiklinowe kosze na **hotelowej plaży**
- Bliskość **szlaków** i tras **rowerowo-biegowych**

Rezerwuj przez Hotel zawsze w najlepszej cenie!
OFERTA SPECJALNA DLA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

18 530 30 01 Zapraszamy!

Nr 1
na **URLOP**
w **GÓRACH**



Fot. egw

Światowy Dzień Gruźlicy

Tadeusz M. Zielonka

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Warszawski Uniwersytet Medyczny

24 marca przypada Światowy Dzień Gruźlicy. Z tej okazji Polskie Towarzystwo Chorób Płuc zorganizowało konferencję poświęconą tej chorobie. Tematem wiodącym były zachorowania dzieci i osób w podeszłym wieku. Spotkanie objęło patronatem konsultanci krajowi: ds. pediatrii prof. **Teresa Jackowska** i geriatrici prof. **Tomasz Kostka**.

Pierwszą sesję poświęcono pamięci doc. Jerzego Ziolkowskiego, wybitnego znawcy gruźlicy u dzieci. Rozpoczęła ją prof. **Maria Korzeniewska-Koseła** z Instytutu Gruźlicy, która przedstawiła aktualne dane epidemiologiczne dotyczące gruźlicy u dzieci. W tej grupie udało się zmniejszyć zapadalność ponadstukrotnie! W Polsce rozpoznaje się około 100 zachorowań rocznie, ale większość występuje wśród młodzieży i częściej są to przypadki zakażenia przez gruźlicę innych organów niż płuca, głównie węzłów chłonnych. W tej grupie wiekowej nie stwierdza się przypadków wielolekoopornych ani zgonów. Prof. **Ewa Augustynowicz-Kopeć**, kierująca Referencyjnym Laboratorium Prątka, wykazała w swoim wykładzie, jak trudno potwierdzić bakteriologicznie gruźlicę u dzieci. Większość przypadków jest skąpoprątkowa, a małe dzieci nie odkrztuszają plwociny, dlatego niełatwo uzyskać materiał, z którego można wyhodować prątki lub wykryć ich materiał genetyczny. W rezultacie tylko u 1/4 dzieci rozpoznanie gruźlicy jest pewne. Trwają jednak poszukiwania metod dia-

gnozowania gruźlicy w tej grupie wiekowej. Pewne nadzieje wiąże się z wykrywaniem w moczu lipoarabinomannanu, który jest składnikiem ściany komórkowej prątka.

Bardzo modne w naszym kraju stały się ostatnio testy IGRA, po które sięgają zdenerwowani rodzice konsultujący się z „doktorem Google’em”. O miejscu tych testów w diagnostyce gruźlicy mówiła prof. **Urszula Demkow** z WUM, która jako pierwsza stosowała je w Polsce. Niestety, służą jedynie do wykrywania zakażenia prątkiem, czyli utajonej gruźlicy, i ich wartość w rozpoznawaniu aktywnych postaci choroby jest ograniczona. Ze względu na niedojrzałość immunologiczną są w pełni wartościowe dopiero powyżej 5. roku życia. Wykonuje się je także u młodszych dzieci, ale z większą ostrożnością należy wówczas interpretować wyniki.

Maria Krasieńska, ordynator oddziału gruźlicy dziecięcej w Otwocku, podzieliła się swoim wieloletnim doświadczeniem w rozpoznawaniu gruźlicy u najmłodszych. Bronchoskopia przeprowadzona w celu pobrania materiału do badania bakteriologicznego jest badaniem inwazyjnym i wymaga znieczulenia ogólnego, na które często ani lekarze, ani rodzice się nie decydują. Ocena radiologiczna u małych dzieci jest trudna, a tomografię komputerową płuc można wykonać u najmłodszych tylko w znieczuleniu ogólnym. Rozpoznanie gruźlicy u najmłodszych dzieci jest dużym wyzwaniem dla lekarzy. Prof. **Helena Alekso** z Grodna przedstawiła zagad-



Fot. J. Jagodziński

nienie gruźlicy u dzieci na Białorusi. Podjęte wysiłki sprawiły, że zapadalność na gruźlicę w wieku do 14. roku życia jest w tym kraju podobna jak w Polsce (1/100 tys.). Równocześnie aż połowa chorych to przypadki wielolekooporne, co wynika ze złej sytuacji epidemiologicznej w populacji dorosłych Białorusinów. W ostatnim wykładzie dr **Anna Pankowska**, konsultant wojewódzki ds. chorób płuc u dzieci w Łodzi, przypomniała słuchaczom rolę szczepień BCG, które przyczyniły się do wyeliminowania ostrych postaci gruźlicy (szczególnie zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych). Mimo działań ruchów antyszczepionkowych wciąż udaje się w Polsce zaszczepić przeciw gruźlicy 93 proc. noworodków. Wiele krajów o bardzo dobrej sytuacji epidemiologicznej zrezygnowało już z tych szczepień, ale w Polsce przyjdzie nam jeszcze poczekać z taką decyzją. Zgodnie z zaleceniami WHO, można odstąpić od szczepień BCG, gdy wykrywalność gruźlicy w bakterioskopii utrzymać się będzie poniżej 5/100 tys. przez trzy kolejne lata. W ostatnim czasie odnotowaliśmy około 7/100 tys. takich przypadków. Wykładowi towarzyszyły bardzo ożywione dyskusje. Lekarze podnosili problemy organizacyjne, szczególnie bulwersujące są przerwy w dostępie do leków przeciwprątkowych, głównie izoniazylu.

Druga sesja poświęcona była pacjentom w podeszłym wieku chorującym na gruźlicę. Na początku przedstawiono perspektywy demograficzne, pokazując, w jakim tempie rośnie populacja osób w wieku poprodukcyjnym. Następnie wskazano, jak wiek wpływa na zapadalność na gruźlicę, na możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Starzejący się układ immunologiczny sprzyja rozwojowi infekcji, a także gruźlicy. Starsi ludzie inaczej chorują na gruźlicę, a leczenie częściej ma działania niepożądane. Dobitnie pokazał to wykład dr **Marii Błachnio**, ordynatora oddziału gruźlicy w Otwocku, która przedstawiła dużą grupę chorych na gruźlicę w wieku powyżej 85 lat. Odwrotnie niż w młodszych grupach wiekowych wśród chorych w podeszłym wieku dominowały kobiety. Zwraca uwagę długotrwałe utrzymywanie się objawów gruźlicy przed jej rozpoznaniem, mimo stałej opieki lekarskiej z powodu współistniejących chorób przewlekłych. U większości pacjentów udało się potwierdzić bakteriologicznie gruźlicę i leczenie było skuteczne. Niemniej jednak 11 proc. chorych zmarło, zwykle w pierwszych dniach leczenia przeciwprątkowego, co wiązało się z późnym rozpoznaniem gruźlicy, a także z chorobami współistniejącymi. Podobnie przedstawiała się grupa chorych w podeszłym wieku, o której mówił prof. **Leonid Hryszczuk** z Tarnopola. Zanotowano jednak zdecydowaną przewagę mieszkańców wsi wśród chorych na gruźlicę Ukraińców w podeszłym wieku i większy odsetek przypadków gruźlicy odpornej na leki.

Dr **Jacek Jagodziński**, ordynator Oddziału Gruźlicy w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, przedstawił zagadnienie gruźliczaków, które imitują guzy nowotworowe i są przyczyną poważnych dylematów diagnostycznych. Głębsza znajomość problemu stawia pod znakiem zapytania nieaktywność procesu gruźliczego w tych przypadkach, gdyż rozmiary części gruźliczaków zmniejszają się pod wpływem leczenia przeciwprątkowego. Usunięcie zmiany guzowatej, która okazała się gruźliczakiem, wymaga zastosowania standardowego leczenia przeciwprątkowego.

Duże zainteresowanie wzbudził wykład dr **Piotra Krysta**, kierującego Oddziałem Urologii w Szpitalu Bielańskim, na temat powikłań (głównie zakażeń spowodowanych prątkiem BCG) po leczeniu raka pęcherza moczowego wlewkami z BCG. Terapia ta pozwala w wielu przypadkach zahamować proces nowotworowy i uniknąć okaleczającego zabiegu usunięcia pęcherza moczowego. Sprawia jednak urologom trudności, bo wywołuje powikłania infekcyjne wymagające stosowania leczenia przeciwprątkowego. Odpowiednia kwalifikacja chorych do tego leczenia, unikanie traumatycznych metod podawania wlewek BCG i wczesne wykrycie oraz leczenie działań niepożądanych pozwoliły ograniczyć liczbę groźnych powikłań. Konferencja udowodniła jak wiele problemów wciąż stwarza gruźlica i że trzeba poświęcać jej uwagę. ■

Gruźlica statystycznie

W Polsce...

W 2016 r. do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę, prowadzonego przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, zgłoszono z całej Polski 6444 przypadki (o 14 więcej niż w 2015). Gruźlica płuc stanowiła 94,9 proc., a u 5,1 proc. chorych stwierdzono gruźlicę pozapłucną, której najczęstszą postacią było gruźlicze zapalenie opłucnej. Siedem osób, w tym dwoje dzieci, zachorowało na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Średnia wieku chorych na gruźlicę w Polsce wynosiła 53,2 roku. Wykryto 103 przypadki gruźlicy u dzieci w wieku do 14 lat. W tej grupie stwierdzono 76 przypadków gruźlicy płuc i 27 – pozapłucnej. W 2016 r. zapadalność na gruźlicę w Polsce była ponaddwukrotnie wyższa wśród mężczyzn (24/100 tys.) niż w grupie kobiet (10/100 tys.). Najwyższa zapadalność, biorąc pod uwagę wszystkie postaci gruźlicy, była w województwach mazowieckim (24,3/100 tys.) oraz świętokrzyskim (23/100 tys.), najniższa – w podlaskim (10,2/100 tys.) i wielkopolskim (8,1/100 tys.). Cudzoziemcy (92 osoby, w tym pięcioro dzieci) stanowili 1,4 proc. ogółu chorych. Gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB) wykryto w Polsce u 46 chorych, w tym u 10 obcokrajowców. GUS odnotował, że w 2015 r. gruźlica była przyczyną zgonu 537 osób, a najwyższy współczynnik umieralności z jej powodu odnotowano w grupie wiekowej 65 +.

...i na świecie

Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2016 r. na gruźlicę zapadło 10,4 mln osób, wśród których było milion dzieci do lat 14. Około 65 proc. chorych stanowili mężczyźni. Liczbę zachorowań na gruźlicę wielolekooporną WHO szacuje na 490 tys. Blisko połowa cierpiących na MDR-TB mieszka w Chinach, Indiach i Rosji, a największy odsetek osób z tą postacią wśród ogółu chorych na gruźlicę wykrywa się w krajach byłego ZSRR. W 2016 r. w 30 państwach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego na gruźlicę zachorowało blisko 59 tys. osób. 45 proc. stanowili mieszkańcy Polski, Rumunii i Wielkiej Brytanii. Zapadalność na gruźlicę w UE/EOG wynosiła średnio 11,4 przypadku na 100 tys. mieszkańców. 32,7 proc. wszystkich chorych na gruźlicę w krajach UE/EOG to osoby urodzone w innym kraju niż zgłaszający ich zachorowanie. Najwięcej takich osób zgłosiły Niemcy i Wielka Brytania. W 2016 r. z powodu gruźlicy na świecie zmarło 1,3 mln osób niezakażonych HIV i 374 tys. zakażonych tym wirusem.

Tegorocznemu Światowemu Dniowi Gruźlicy towarzyszyło przesłanie „Poszukiwani: przewodnicy do świata wolnego od gruźlicy”.

ach



Fot. archiwum

Interwencyjne metody leczenia bólu przewlekłego

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Ból przewlekły, definiowany jest jako ciągły, utrzymujący się przez ponad trzy miesiące, lub często nawracający, występujący przez ponad sześć miesięcy w roku. Ponad 20 proc. ludzi na świecie cierpi z powodu bólu przewlekłego o natężeniu przekraczającym 5 punktów w 11-punktowej numerycznej skali bólu, w której 0 oznacza zupełny brak bólu, a 10 ból najsilniejszy, trudny do wyobrażenia. Procent ten wzrasta wraz z wiekiem pacjentów i dotyczy prawie 50 proc. populacji osób mających ponad 65 lat. Najczęstsze zespoły bólu przewlekłego nienowotworowego to: bóle w chorobie zwyrodnieniowej stawów (34 proc.), bóle krzyża (18 proc.), bóle głowy (15 proc.), bóle spowodowane przez urazy (12 proc.) i ból neuropatyczny (polineuropatia cukrzycowa, neuralgia popółpaścowa, neuralgia trójdzielną itd.; 5–8 proc.), zespół bólu funkcjonalnego (zespół bólowy miednicy mniejszej, fibromialgia, zespół drażliwego jelita itd.; 4–14 proc.). Na nowotwór choruje około 1 proc. populacji, z czego około 75 proc. odczuwa dolegliwości bólowe wymagające leczenia. Daje to liczbę ponad 220 tys. ludzi, którzy w Polsce wymagają pomocy w leczeniu bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej.

Ból przewlekły ma zazwyczaj złożony mechanizm powstawania. Jest często oporny na wszelkie formy leczenia i dlatego Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (The International Association for the Study of Pain – IASP) zaleca w jego przypadku postępowanie wielokierunkowe, w którym obok farmakoterapii, fizykoterapii i psychoterapii mają miejsce również interwencyjne metody leczenia. Rozwój farmakoterapii,

a zwłaszcza wprowadzenie nowych leków adiuwantowych (wspomagających) spowodował, że w ostatnich latach znaczenie metod inwazyjnych zmalało. Nadal jednak u 5–10 proc. chorych są wskazania do ich stosowania. Do interwencyjnych metod leczenia bólu zaliczamy: blokady, neurolizy, termolezje, kriolezje, podawanie leków do przestrzeni zewnątrzoponowej i podpajęczynówkowej, podawanie leków dostawowo, chirurgiczne przecięcia struktur nerwowych, zabiegi chirurgiczne odbarczające oraz techniki stymulacji nerwów obwodowych i ośrodkowego układu nerwowego.

Głównym wskazaniem do zastosowania interwencyjnych metod leczenia są dolegliwości bólowe odporne na rutynowe leczenie, mające ograniczony zakres i wyraźne umiejscowienie. Logiczną przesłanką do ich zastosowania jest również możliwość zadziałania bezpośrednio w miejscu powstawania bólu. Wcześniej wykonana, czasami nawet tylko jedna blokada może zapobiec rozwinięciu się zespołu bólowego (ból fantomowy po amputacji kończyny lub piersi, ból po torakotomii albo mastektomii). Szczególne znaczenie mają blokady/neurolizy/termolezje/kriolezje/chirurgiczne przecięcia struktur nerwowych w zespołach bólowych, w których czynnikiem modulującym jest nadmierna aktywność układu współczulnego.

Klasycznym przykładem bólu, który bywa zależny od układu współczulnego, jest ból neuropatyczny, dlatego blokady tego układu stanowią istotny element terapii. Inną możliwością jest wykorzystanie blokad do wstrzykiwania leków w najbliższe

OGŁOSZENIE



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



POWER POZ

Współczesne wyzwania w diagnostyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych w praktyce lekarza

Zapraszamy do udziału w kursach pt. „Współczesne wyzwania w diagnostyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych w praktyce lekarza” doskonalących wiedzę i umiejętności kadry lekarskiej ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy wykonujących czynności zawodowe w placówkach leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną.

Przygotowaliśmy 7 modułów tematycznych dotyczących najbardziej aktualnych, praktycznych aspektów problemów zawodowych.

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Szczegółowy program na stronie: powerpoz.wum.edu.pl

Harmonogram kursów:

1. Edycja: kwiecień 2018 r.!!!
2. Edycja: maj 2018 r.
3. Edycja: październik 2018 r.
4. Edycja: listopad/grudzień 2018 r.

Program obejmuje 7 modułów kształcenia, realizowanych przez:
Kliniki i Zakłady
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zapraszamy do udziału!!!



Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61
tel/fax: 22 57 20 511

otoczenie objętych procesem chorobowym struktur, np. do stawu, do przestrzeni zewnątrzoponowej (opiodów, klonidyny, baklofenu, steroidów itd.). Pozytywny efekt ciągłej blokady zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej występuje zwłaszcza w przypadku bólu neuropatycznego i kostnego u chorego na nowotwór.

Blokady wykorzystujemy również jako ważną metodę diagnostyczno-prognostyczną. Pozytywny, lecz krótkotrwały efekt blokady może potwierdzić wskazanie do wykonania zabiegu neurodestrukcyjnego. W przypadku choroby nowotworowej decyzja o podjęciu leczenia inwazyjnego jest łatwiejsza, ale zawsze trzeba wnikliwie rozważyć wszystkie zalety, ale i potencjalne uboczne skutki postępowania terapeutycznego. Nie należy traktować inwazyjnych metod leczenia jak czwartego szczebla drabiny analgetycznej, ale wykonywać zabiegi odpowiednio wcześniej, czyli kiedy tylko chory zaczyna odczuwać ból. Pozwala to na znaczne ograniczenie złożonego leczenia farmakologicznego i/lub opóźnienie jego rozpoczęcia. W każdym przypadku zastosowania technik inwazyjnych istnieje ryzyko powikłań, wystąpić też mogą objawy niepożądane. Trwałe uszkodzenie struktur nerwowych, a szczególnie nerwu obwodowego, może mieć przykre konsekwencje, takie jak parestezje, uczucie odrętwienia, a także deficyt ruchowy. Dlatego przed wykonaniem każdego zabiegu inwazyjnego należy poinformować pacjenta o ryzyku wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań. Konieczne jest również uzyskanie świadomej, pisemnej zgody na każdy zabieg.

Zastosowanie metody inwazyjnej można poprzedzić blokadą diagnostyczno-prognostyczną z użyciem LZM. Takie postępowanie pomaga określić, z jakim rodzajem bólu mamy do czynienia, oraz pokazuje choremu zalety i wady przyszłej techniki neurodestrukcyjnej. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że LZM działa zawsze silniej niż środek neurodestrukcyjny, jak również, że narażamy chorego na dwukrotne przeprowadzenie takiego samego zabiegu. Warto zawsze wykonanie blokady diagnostycznej głęboko przemyśleć. W kolejnych artykułach przedstawię następujące zagadnienia:

1. Interwencyjne metody leczenia bólu w przebiegu przewlekłych chorób trzustki
2. Leczenie bólu w przebiegu zespołu bólowego miednicy mniejszej
3. Leczenie bólu w przebiegu neuralgii i neuropatii trójdzielnej
4. Leczenie bólu w neuralgiach nerwów obwodowych techniką termolezji
5. Leczenie bólu w neuralgii popłupaścowej (PHN)
6. Leczenie spastyczności po urazie rdzenia.

Podsumowanie

1. Wszystkie interwencyjne metody leczenia bólu przewlekłego: blokady, neurolyzy, termolezje, kriolezje i techniki chirurgiczne, mogą wiązać się z groźnymi powikłaniami i dlatego zabiegi należy wykonywać w wyspecjalizowanych ośrodkach, które zapewniają wykwalifikowanych specjalistów, sprzęt monitorujący, aparaturę do wykonywania procedur inwazyjnych i możliwość leczenia w warunkach szpitalnych ewentualnych powikłań.
2. Przed przeprowadzeniem każdego zabiegu inwazyjnego lekarz ma obowiązek udzielić choremu wszechstronnej, wyczerpującej informacji na temat wszystkich aspektów stosowanej techniki inwazyjnej i uzyskać jego świadomą, pisemną zgodę na zabieg.
3. Warunki bezpiecznego wykorzystywania technik inwazyjnych: dobra kwalifikacja chorego do zabiegu (po bardzo dokładnym przeanalizowaniu wskazań i przeciwwskazań), dobra znajomość anatomii, znajomość technik wykonywania każdej procedury, zastosowanie sprzętu właściwego do wykonania zabiegu, odpowiednich sposobów obrazowania i monitorowania. Osoba stosująca techniki inwazyjne musi mieć doświadczenie w wykonywaniu procedur inwazyjnych.
4. Wskazania do zastosowania technik inwazyjnych ma co najmniej 5–10 proc. chorych z bólem przewlekłym.
5. Techniki interwencyjne są ważnym uzupełnieniem farmakoterapii i innych metod leczenia wykorzystywanych w terapii bólu przewlekłego. Mogą przynieść wymierny efekt, zwłaszcza jeżeli zostaną zastosowane u chorych, u których są wskazania do wykorzystania techniki inwazyjnej, a zabieg jest wykonany na właściwym etapie zaawansowania choroby. Badania oceniające skuteczność technik inwazyjnych są niełatwe, ponieważ bardzo trudno zebrać jednolitą i jednocześnie dużą grupę pacjentów w stosunkowo krótkim czasie. ■

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



W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

👉 www.echoson.pl



A foreigner in Warsaw

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Turystyka medyczna nabiera rozpędu.

Popołudnie w przychodni. Wchodzi pan Jan, stały pacjent.

– *Co tam, panie Janku, infekcja, czy o czymś zapomnieliśmy?* – pytam zdziwiona, bo pamiętam, że dopiero co był po zapas stałych leków na trzy miesiące.

– *Wszystko w porządku, pani doktor, jestem zdrowy. Zaszczepić się potrzebuję przed operacją. Zapisalem się w kolejkę do zaćmy na 2020 r., ale znajomy mi powiedział, że w Bratysławie robią szybko i niedrogo, no i mam termin za sześć tygodni.*

Pytam, czy będzie korzystał z dyrektywy transgranicznej, przecież wystarczy poprawnie wypełniony wniosek, rachunek i dokumentacja medyczna.

– *Eeee, nie... Nie będę się starał.*

Dlaczego? Sam nie wie. Ucina temat i rozbiega się do badania, zanim zdążyłam o to poprosić.

Liczba polskich pacjentów podróżujących na Słowację i do Czech na operację zaćmy idzie już w tysiące. Z możliwości odzyskania części kosztów zabiegu korzysta wciąż stosunkowo niewielu i nie tylko pan Janek nie zna powodu. Tak

czy owak radykalnie krótszy termin to dla większości szansa na komfort życia, możliwość prowadzenia samochodu, dłuższą pracę. Dla niektórych – wręcz ucieczka przed ślepotą.

Z punktu widzenia polskiej gospodarki ta sytuacja to wyciek pieniędzy na zewnątrz. A może by tak turystyka medyczna poszła w przeciwnym kierunku, z Europy i nie tylko do Polski?

Przecież mamy znakomicie wyszkolonych lekarzy i pielęgniarki, wyremontowane placówki o wysokim standardzie, wyposażone w nowoczesny sprzęt. Dlaczego wciąż trwa migracja pacjentów i pracowników medycznych, skoro można by te same pieniądze ściągnąć tu, zamiast przyglądać się biernie, jak topnieją nasze zasoby?

Duże szpitale i tzw. sieciówki jeszcze jakoś sobie radzą z obsługą pacjenta zagranicznego. Mają wyznaczonych do tego pracowników i doświadczenie w rozliczeniach finansowych obcokrajowców z ubezpieczeniem medycznym. Nie oznacza to jednak aktywnej promocji polskich usług medycznych na europejskich rynkach. Pacjent z innego kraju to wciąż bardziej kłopot niż biznes. Jak przyjdzie, trzeba go obsłużyć, ale nie żeby ktoś się starał specjalnie go szukać. Papierów masę trzeba przy tym wypełnić, a i nie wypada opryskliwie odburknąć, jak do swojego.

W mniejszych placówkach, np. w przychodniach, problemy zaczynają się już w rejestracji.

– *Przepraszam* – wsadza głowę przez drzwi gabinetu pielęgniarka – *jakaś zagraniczna pacjentka przyszła, może pani doktor się z nią dogada.*



Rys. P. Woźniak

Wychodzę do rejestracji. Pacjentka jest Rosjanką, studiuje w Polsce, ma infekcję i chciałaby skorzystać z porady lekarza. Język rosyjski znam, ale dawno nie używałam, więc będzie ciężko. Na szczęście, jak większość młodych Rosjan, dziewczyna biegle mówi po angielsku.

Sporadycznie mogę służyć za tłumacza, ale wyobraźmy sobie kolejkę 15 obcojęzycznych pacjentów. Przy trzecim opóźnienie byłoby już takie, że reszta poszłaby poszukać innej przychodni. A przecież nie chodzi o to, żeby tego pacjenta przyjąć jak zło konieczne, udzielić mu pierwszej pomocy i niech idzie dalej, w swoją stronę, a jeszcze lepiej odesłać do innej placówki. Nie chodzi o to, żeby go odstraszyć czy tylko zniechęcić – niech nie zawraca nam głowy, mamy dość swoich. Każdy pacjent jest i zawsze powinien być traktowany podmiotowo, a usługa medyczna ma być sposobem realizacji celu, jaki stanowi pomoc takiej osobie. Pacjent to także ktoś, za kim idą pieniądze dla usługodawcy, stąd logiczna wydaje się potrzeba zdobywania jak największej liczby pacjentów. Czemu by nie przyciągać planowo jak najliczniejszych pacjentów zagranicznych? Przecież współczesna wersja wędrowni ludów jest faktem i nic jej nie powstrzyma, można tylko wyciągnąć wnioski i dostosować się.

Jak zmienić nastawienie z biernej obsługi przypadkowych obcokrajowców na aktywną promocję usług dla nich? Nie zaczynałabym od wymiany w przychodni średniego personelu na swobodnie mówiący po angielsku, raczej od dofinansowania chętnym kursów językowych i wyznaczenia osób odpowiedzialnych za komunikację z obcokrajowcami. A przecież komunikacja to nie tylko język. Jest jeszcze znajomość różnych kultur, potrzeba wykreowania odpowiedniego wizerunku, od *dress code'u* po gestykulację, aby nikogo nie odstraszyć krzykliwym wyglądem czy zachowaniem, ale stworzyć przyjazne środowisko. Zagraniczny pacjent przyjdzie i będzie wracał tam, gdzie nie napotka barier komunikacyjnych nie do pokonania i gdzie od rejestracji do wizyty u lekarza będzie miał poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Tego przecież wszyscy oczekujemy.

Znajoma, której mąż pracuje w firmie zagranicznej, zwieryła mi się niedawno, że planuje założenie spółki zajmującej się transferem polskich lekarzy do prywatnych szpitali na Bliskim Wschodzie.

– *Ile by tam miał zarabiać, na przykład, doświadczony chirurg?* – zapytałam z ciekawości.

Odpowiedź mnie rozbawiła, bo nie był to nawet poziom średniej klasy używanego auta. Tyle samo albo więcej mogą zarabiać specjaliści w Polsce. Koleżanka, choć młoda, wymyśliła sobie trochę archaiczny biznes. Egzotyczne wyjazdy lekarzy na kontrakty były intratną propozycją w poprzednim ustroju politycznym, dziś nie ma już powodu znosić trudów klimatu i odmienności kulturowych z dala od wygodnego domu, rodziny i grona przyjaciół. Szczególnie, że można dobrze zarobić na weekendowym wypadzie do Europy i nieomal wrócić na niedzielny obiad do domu.

Polscy lekarze chcą dziś żyć i pracować w Polsce, dlatego może warto stworzyć się na dosiebną turystykę medyczną i wprowadzić ją jako standard, z aktywnym pozyskiwaniem zagranicznych pacjentów włącznie. Aby przybył z dalekiego kraju, który w naszym niefatwym „sorry, taki mamy klimat” złapie katar i zapuka do najbliższej przychodni, nie poczuł się tak wyobcowany, jak bohater piosenki Stinga: „*I'm an alien, I'm a legal alien I'm an Englishman in New York*”. ■

Na wczesną wiosną kiszeniaki

Wczesną wiosną nasz organizm domaga się świeżych warzyw i owoców. Ale uwaga: te, które możemy kupić w sklepach, pomidory i inne warzywa, niestety pochodzą ze szklarni. A tam nawozów ci dostatek. Co więc robić?

Problem rozwiązywały przez wiele lat w polskich kuchniach kiszonki. Tak, tak właśnie: kiszona kapusta, ogórki, ale i inne warzywa, a nawet owoce. Kiszono także buraki, pomidory (te zielone, twarde i niedojrzałe), gruszki, arbuzy. I czyni się tak, zwłaszcza na wschodzie, do tej pory. Polecam danie, które można wykonać u nas, w Polsce, nieco odmienne w smaku od tradycyjnego – kiszeniaki.

Kiszeniaki to rodzaj gołąbków, tyle że zawijanych w całe liście kapusty kiszonej. Potrzebujemy więc główkę kiszonej kapusty. Najpewniej kupimy ją na dobrym straganie lub w supermarkecie. W moim domu na dnie beczki zawsze leżały dwie, trzy główki i się kisiły. Kiszonki robi się jesienią, kiedy owoce i warzywa mają najwięcej witamin i zachowują je w formie niezmienionej do wiosny. Ponadto tej potrawy powinni spróbować przede wszystkim wielbiciele polskiej kuchni regionalnej, bo jest przyrządzana głównie na Łemkowszczyźnie, ale występuje też w kuchniach wielu innych regionów, m.in. na Kresach i w centralnej Polsce.

Składniki: ◆ główka (średnia) kiszonej kapusty ◆ garść grzybów suszonych ◆ woreczek ryżu lub kaszy jęczmieńnej ugotowanej najlepiej poprzedniego dnia lub co najmniej 2 godz. wcześniej ◆ 500 g mięsa mielonego mieszanego ◆ puszka pomidorów pellati lub koncentrat pomidorowy (3 łyżki) ◆ cebula ◆ łyżeczka pieprzu ziołowego ◆ pół łyżeczki suszonego lubczyku ◆ pół łyżeczki tymianku ◆ łyżeczka majeranku ◆ około 750 ml bulionu (może być z kostki) lub wody ◆ 4–5 ziaren ziela angielskiego ◆ 7–9 ziaren pieprzu czarnego ◆ 2–3 liście laurowe ◆ 2 łyżki cukru

Wykonanie: grzyby namoczyć na noc, rano odsączyć (wodę, w której się moczyły, zachować), drobno je posiekać razem z cebulą. Kapustę włożyć do dużego garnka, dodać przyprawę i cukier, zalać wodą do 1/3 wysokości kapusty, przykryć i gotować na małym ogniu 20 minut. Przewrócić kapustę na drugą stronę i gotować kolejne 20 minut. Wyjąć, ostudzić, porozdzielać liście. Pokrojone grzyby z cebulą podsmażyć na maśle na złoto, doprawić pieprzem i estragonem, lekko ostudzić. Ryż dokładnie wymieszać z mięsem i grzybami smażonymi z cebulą, dodać przyprawę.

Zawijać farsz w liście kapusty, jak tradycyjne gołąbki, i układać ściśle w naczyniu. Nie może być ich więcej niż do 3/4 wysokości naczynia! Zalać bulionem lub wodą z przecierem lub pomidorami pellati oraz wodą z moczenia grzybów do 3/4 wysokości ułożonych gołąbków, dodać liście laurowe, ziele i pierz w ziarnach. Wstawić do piekarnika (temperatura 180 stopni) i gotować pod przykryciem około 1,5 godz., od momentu zagotowania się bulionu. W razie potrzeby podlewać bulionem. Czeka się dość dłużej, za to smak niepowtarzalny. ■

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



Fot. D. Hankiewicz

Powstało Mazowieckie Interwencyjne Centrum Leczenia Udarów

W Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim utworzono Mazowieckie Interwencyjne Centrum Leczenia Udarów.

Centrum powołano z inicjatywy oddziałów udarowych w Grodzisku Mazowieckim, Grójcu, Radomiu oraz Pruszkowie w związku z potrzebami w zakresie trombektomii, czyli wewnątrznaczyniowego leczenia udarów mózgu, jako uzupełnienia dożylnego leczenia trombolitycznego – informuje Szpital Zachodni. MICLU zapewnia 24-godzinny dyżur naczyniowy i trombektomię mechaniczną pacjentów z udarem, z terenu zachodniego Mazowsza. Dogodne położenie Szpitala Zachodniego między trasami A1, A2, S8 oraz heliport zapewniają łatwy dostęp w przypadku transferu chorych, u których terapeutyczne okno czasowe jest ograniczone do 6 godzin. Centrum oferuje też szkolenia lekarzy neurologów z zakresu wewnątrznaczyniowego leczenia udaru niedokrwiennego mózgu.

Warszawski Uniwersytet Medyczny 8. uczelnią w kraju w światowym rankingu URAP

W University Ranking by Academic Performance Warszawski Uniwersytet Medyczny znalazł się na 8. pozycji wśród 51 ocenianych uczelni krajowych oraz na 841. miejscu w zestawieniu 2500 uczelni z całego świata.

Ranking URAP opiera się na obiektywnych danych uzyskanych z wiarygodnych źródeł bibliometrycznych. Autorzy zestawienia kierują się przede wszystkim jakością i liczbą publikacji naukowych oraz aktywnością w zakresie współpracy międzynarodowej. Za najlepszy na świecie został uznany Uniwersytet Harvarda, w Polsce na pierwszym miejscu znalazł się Uniwersytet Jagielloński.

Akcelerator śródoperacyjny ze Świerku nagrodzony

Akcelerator śródoperacyjny IntraLine-IOERT, zbudowany w Narodowym Centrum Badań Jądrowych w Świerku, został uznany za Polski Produkt Przyszłości w jubileuszowym 20. konkursie organizowanym przez Państwową Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Konkurs promuje innowacyjne wyroby i technologie, które mają szansę zaistnieć na rynku krajowym i globalnym. IntraLine-IOERT to akcelerator elektronów służący do napromieniania tkanek zaatakowanych przez nowotwór. Został zbudowany w Narodowym Centrum Badań Jądrowych w Świerku we współpracy z Wielkopolskim Centrum Onkologii. Jest to akcelerator śródoperacyjny, który służy do napromieniania podczas zabiegu, bezpośrednio po chirurgicznym usunięciu zasadniczej części guza. Akcelerator dostarcza terapeutyczną wiązkę elektronów, która wnika w chorą tkankę na zadaną głębokość i niszczy komórki rakowe. Głębokość wnikania wybiera lekarz, w zależności od

oceny spodziewanej rozległości pozostałych po operacji zmian chorobowych. Według NCBiR urządzenie znajduje zastosowanie głównie w terapii nowotworów piersi, ale nie tylko. Korzyścią dla pacjentów jest przede wszystkim skrócenie i zmniejszenie niedogodności związanych z typowymi napromienieniami onkologicznymi. Zmniejsza się też ryzyko powikłań i efektów ubocznych, np. dermatologicznych. Polski akcelerator zapewnia pracę z szerokim spektrum energii terapeutycznej, jest lekki, z łatwością sam przejedzie przez typowe drzwi sali operacyjnej, jego aplikator dobrany do rozmiaru pola napromieniania można szybko i wygodnie połączyć z korpusem, ustawiając pod praktycznie dowolnym kątem w stosunku do stołu operacyjnego. Urządzenie charakteryzuje się na tyle niskim poziomem promieniowania ubocznego, że nie zagraża zdrowym narządom pacjenta i personelowi medycznemu.

Ambasador 25-lecia „Welconomy Forum”

Podczas jubileuszowego 25. kongresu ekonomicznego „Welconomy Forum” przyznano nagrody „Ambasador 25-lecia Welconomy”.

Wśród wyróżnionych znalazł się prof. Henryk Skarżyński. Tytuł „Ambasador Welconomy” przyznawany jest za szczególne osiągnięcia, umiejętność integracji oraz współpracę w różnych dziedzinach życia przyczyniające się do poprawy sytuacji gospodarczej Polski. Nagrodę otrzymują także osoby, które od wielu lat wspierają organizację Forum Gospodarczego i wspólnie realizują wiodącą misję „Welconomy Forum” – integrację i współpracę. ■ **pk**

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

wypaleniexawodowe@oilwaw.org.pl

Medycyna pracy – niewykorzystana szansa

Badania wstępne i okresowe, prowadzone w ramach medycyny pracy, są traktowane jako rutynowe, archaiczne, niemal jak zło konieczne. Konsultacje, może poza okulistyką, nic nie wnoszą do wiedzy o zdrowiu pracowników. A jednak system medycyny pracy obejmuje opieką 12,5 mln osób, którym rocznie wykonuje się ponad 4,5 mln obowiązkowych badań okresowych. To ogromna liczba niewykorzystanych wyników i wydanych na badania środków. Lekarz medycyny pracy jest nierzadko jedynym lekarzem, do którego trafia pracownik.

Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani wydała raport „Medycyna pracy w prewencji chorób wywołanych wysokim stężeniem cholesterolu”, przygotowany pod redakcją prof. Artura Mamcarza (WUM, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne), w którym analizowane są skutki epidemii podwyższonego cholesterolu w naszym społeczeństwie i proponowane zmiany w systemie medycyny pracy, które mogłyby bardzo pomóc we wczesnym wykrywaniu chorób sercowo-naczyniowych.



Szacuje się, że podwyższony cholesterol może mieć nawet 60 proc. dorosłych Polaków, tj. 18 mln osób w wieku 18–79 lat. Wielu rodaków z wysokim stężeniem cholesterolu żyje w poczuciu pełnego zdrowia, nie mając świadomości istniejącego zagrożenia, 17 proc. już nie stosuje się do zaleceń lekarskich, a następne 15 proc. robi to nieskutecznie.

Autorzy raportu wnoszą o nowelizację rozporządzenia w sprawie prowadzenia badań lekarskich pracowników tak, aby zawrzeć w nim: „obowiązek wykonywania pełnego lipidogramu u wszystkich osób poddawanych badaniu wstępnemu lub okresowemu, u których nie wykonano takiego badania w ciągu poprzedzających 12 miesięcy, przy czym fakt wykonania powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej”.

Dzięki temu lekarz medycyny pracy będzie miał unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na wczesnym etapie, a wynik obowiązkowego badania zwróci jego uwagę na problem. ■

mkr

Kleszcze na nas polują



W ostatnich latach trochę demonizujemy boreliozę, a nadal niewiele wiemy o znacznie groźniejszej chorobie, jaką jest kleszczowe zapalenie mózgu. Obie choroby pojawiają się w wyniku ukłucia przez tego samego pajęczaka. Jest nim kleszcz, którego kolonie coraz liczniej i coraz wcześniejszą porą rozpoczynają sezon łowów. Polują na zwierzęta, ale także na ludzi.

Nawet co szósty kleszcz może być zakażony wirusem wywołującym KZM, chorobą, na którą nie ma skutecznego leku, a która w najbardziej dramatycznym przebiegu powoduje poważne uszkodzenie układu nerwowego, a nawet śmierć. Rocznie rejestruje się około 300 zachorowań na KZM.

Dobra wiadomość jest taka, że przebieg choroby w 90 proc. zależy od naszej odporności.

– Zakażenie przebiega dwufazowo – mówi prof. **Joanna Zajkowska** z Kliniki Chorób Zakaźnych w Białymstoku. – W pierwszej fazie występują objawy grypopodobne, gorączka, bóle głowy i nudności. U 30–50 proc. zakażonych choroba na tym się kończy. W drugiej fazie, obok wysokiej gorączki, bólów stawów i mięśni, pojawiają się dolegliwości neurologiczne. Konsekwencje przebycia kleszczowego zapalenia mózgu mogą być liczne: porażenie splotów barkowych, utrata słuchu (13 proc.), objawy parkinsonizmu, zmiany emocjonalne i charakterologiczne. Na KZM nie ma leków, lecz się wyłącznie objawy.

Jedynym skutecznym środkiem zapobiegania KZM są szczepienia ochronne (99 proc. skuteczności). W Polsce szczepionkę przyjmują leśnicy, żołnierze, uczniowie szkół rolniczych, ale średnia wyszczepialność to zaledwie 0,25 proc. populacji. Natomiast np. w Austrii szczepi się 87 proc. mieszkańców.

Dr **Maria Hajdul-Marwicz** z Katedry i Zakładu Biologii Ogólnej i Parazytologii WUM obala kilka mitów na temat kleszczy: nie żyją na drzewach i krzakach, lecz jedynie w trawie, nie mogą więc na nas spaść z góry. Są ślepe, więc nie widzą koloru białego i innych jasnych, które rzekomo chronią nas przed nimi. Kleszczy jest coraz więcej i kolonizują coraz większe tereny, nie tylko tradycyjne wschodnie i południowo-wschodnie. Zachorowania zanotowano już w 14 województwach. ■

mkr

Dentika Sierpc **wynajmie** w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny lekarzowi dentyście lub ortodontce.
Tel.: 503-05-81-17.

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

Zwierciadło organizmu

Tegoroczny Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej zdominowało holistyczne podejście do zdrowia, wynikające z przeświadczenia, że jama ustna i zdrowie ogólne człowieka wzajemnie się warunkują.

Z jednego z nowszych badań naszej populacji wynika, że na stan zębów w znacznym stopniu wpływ ma palenie papierosów oraz nadużywanie komputera. Ten drugi wniosek wydaje się nieprawdopodobny, ale jest prawdziwy. Długi czas spędzany przed telewizorem lub komputerem wiąże się z niezdrowym trybem życia, znacznym zmniejszeniem aktywności fizycznej, skróceniem snu oraz zwiększa ryzyko niezdrowego odżywiania (słodkie i gazowane napoje, chipsy, czekoladowe batony) i zaniedbań higienicznych (późna pora odejścia od komputera nie sprzyja wieczornej toalecie). Palenie papierosów działa ogólnie – zmniejsza przepływ krwi w tkankach, powoduje mikrozakrzepy, a także miejscowo: termicznie i toksycznie, bowiem składniki dymu tytoniowego zawierają ponad 60 związków karcerogennych. W efekcie zwiększa się ryzyko raka jamy ustnej, leukoplakii, zapalenia przyzębia, liszaja płaskiego. Dym przebarwia zęby i powoduje brzydki zapach z ust. Palenie papierosów może maskować rozwijające się zapalenie dziąseł: obrzęk, zaczerwienienie oraz krwawienie. Nikotyna stymuluje bowiem uwalnianie katecholamin, powodując skurcz naczyń powierzchniowych w dziąstach.



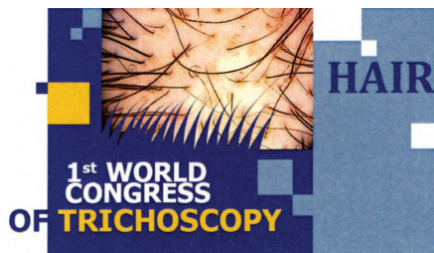
Stan uzębienia dzieci i młodzieży nadal jest zły. 85 proc. dwunastolatków i 90 proc. osiemnastolatków ma próchnicę. 10 proc. piętnastolatków i aż 50 proc. osiemnastolatków pali papierosy.

Zły stan uzębienia mają również seniorzy. Aż 40 proc. osób w wieku powyżej 65 lat jest całkowicie bezzębnych. W znaczącym stopniu wpływa to na zdrowie ogólne, powoduje chorobę wrzodową, nowotwory przewodu pokarmowego, cukrzycę i przewlekłą chorobę nerek. Senior może otrzymać raz na pięć lat refundację protezy, całkowitej lub częściowej. Jednak nie wszyscy z tego korzystają.

Nadzieję na dobre zmiany napawa fakt, że ortodoncja jest bardzo szybko rozwijającą się dziedziną stomatologii. Mniej pocieszające jest, że NFZ refunduje nieznaczoną część świadczeń stomatologicznych, również usług ortodontycznych. 80 proc. kosztów pokrywają pacjenci... ■

mkr

Światowy Kongres Trychoskopii



W Warszawie odbył się I Światowy Kongres Trychoskopii, czyli działu dermatologii, który zajmuje się leczeniem chorób włosów i paznokci. Do głównych organizatorów kongresu należała prof. Lidia Rudnicka, kierownik Kliniki Dermatologicznej WUM i przewodnicząca International Trichoscopy Society. Prof. Rudnicka z prof. Małgorzatą Olszewską i dr n. med. Adrianną Rakowską kilka lat temu opublikowała „Atlas trychoskopii”, który jest pierwszym podręcznikiem diagnozowania i leczenia schorzeń włosów, tłumaczonym na wiele języków.

– *Metoda trychoskopii została stworzona przez prof. Rudnicką* – mówi dr Ewa Chlebus, współzałożycielka Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych. – *Jest nieinwazyjna, bezbolesna, nie trzeba w niej stosować biopsji i – co bardzo ważne – stosunkowo nietrudno ją wykonać. Podstawowy sprzęt diagnostyczny to dermatoskop, który powinien posiadać każdy dermatolog. „Atlas trychoskopii” zawiera uporządkowane opisy metod diagnostyki chorób włosów, pozwalające prawidłowo zidentyfikować ich przyczyny.* Na kongresie omawiane też były nowe zagadnienia dotyczące chorób paznokci, dlatego że i w tej dziedzinie wykorzystuje się metodę trychoskopową.

W kongresie wzięło udział około 700 uczestników z wielu krajów, w tym kilkoro dermatologów z wielkim dorobkiem naukowym w dziedzinie trychologii.

– *Trychology zajmują się leczeniem chorób włosów, a nie zabiegami kosmetycznymi* – podkreśliła prof. Boni Elizabeth Elewski z Uniwersytetu Alabama (USA). – *Łysienie jest objawem medycznym i ma zawsze przyczynę ogólnoustrojową – genetyczną, hormonalną, zapalną, nowotworową, polekową lub inną. W znaczący sposób obniża jakość życia, stygmatyzuje, zmniejsza atrakcyjność w życiu zawodowym, społecznym i prywatnym.*

– *Nasza dziedzina rozwija się bardzo szybko* – dodała prof. Lidia Rudnicka. – *Kiedyś łuszczycę leczono w szpitalach, dziegciem i naświetleniami, niestety zawsze powracała. Obecnie mamy skuteczne leki. Mamy lek na łysienie androgenne i łysienie plackowate. Niestety, są drogie, a nierefundowane. Błędne lub późne rozpoznanie przyczyn łysienia często powoduje nieodwracalną utratę włosów. Łysienie może być objawem zaburzeń endokrynologicznych, nowotworowych, ciężkiej niedokrwistości lub chorób autoimmunizacyjnych. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne obserwuje, że w kraju zwiększa się rynek nieprofesjonalnych usług diagnozowania i leczenia chorób przebiegających z łysieniem. Niesie to ze sobą zagrożenie zdrowia i opóźnienie rozpoznania poważnych chorób.* ■

mkr

Radomski szpital z nominacją do prestiżowej nagrody

Farma solarna wybudowana przy Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu została nominowana do nagrody TOP Inwestycje Komunalne 2018.

O zwycięstwo w konkursie, organizowanym już po raz siódmy przez EKG, Grupę PTWP oraz Portal Samorządowy, ubiega się 30 przedsięwzięć z całej Polski: inwestycje komunalne, proekologiczne projekty antysmogowe oraz realizacje z zakresu *smart cities*.

Farma solarna przy radomskim szpitalu psychiatrycznym jest częścią systemu energii odnawialnej w zakładach opieki zdrowotnej zarządzanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. W unikatowym projekcie, który pochłonął 40 mln zł (znaczną część tej kwoty pochodziła ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy), uczestniczyło 12 placówek z Warszawy, Płocka, Gostynina, Ciechanowa, Ostrołęki, Siedlec i Radomia. W sumie zainstalowano blisko 2 tys. paneli słonecznych na powierzchni prawie 5 tys. mkw.

W Radomiu ustawiono 219 paneli, a także wybudowano obiekt kryjący instalację do obsługi farmy, z pięcioma zbiornikami buforowymi. W słoneczne dni system ogrzewa całą potrzebną szpitalowi wodę. Zapewnia to nie tylko znaczące oszczędności finansowe (100–150 tys. zł rocznie), ale również imponujący efekt ekologiczny – do atmosfery trafia o niemal 40 ton dwutlenku węgla mniej niż wcześniej.

Hybrydowa sala operacyjna w szpitalu na Józefowie

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny dołączy do wciąż wąskiego grona polskich lecznic, które posiadają nowoczesne hybrydowe sale operacyjne, umożliwiające równoczesne przeprowadzanie zabiegów przez różnych specjalistów.

Radomska placówka będzie 18. polskim szpitalem z hybrydową salą operacyjną. Na jej budowę i wyposażenie lecznica otrzymała z Ministerstwa Zdrowia ponad 5 mln zł. Samorząd Województwa Mazowieckiego dołożył zaś 1,6 mln zł na prace dostosowawcze.

Sala wyposażona jest w nowoczesne urządzenia: cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, stół angiograficzny z pływającym blatem, aparaturę do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego oraz do kontrulsacji wewnątrzaoortalnej, respirator, aparat do znieczulenia i ultrasonograficzny, defibrylator, a także kolumnę chirurgiczną i kolumnę anestezyjologiczną.

Dzięki temu w Radomiu będą przeprowadzane zaawansowane operacje kardiologiczne, kardiochirurgiczne, neurochirurgiczne i radiointerwencyjne. Sala hybrydowa umożliwi równoczesne wykonywanie zabiegów chirurgicznych i radiologicznych. Jeśli podczas operacji nastąpią powikłania wymagające interwencji innych lekarzy, nie trzeba będzie wozić pacjenta na inną salę, bo w jednym miejscu otrzyma kompleksową pomoc.

Nowa inwestycja wzmocni potencjał operacyjny szpitala, który już za dwa i pół roku stanie się zapleczem klinicznym

dla młodych ludzi studiujących medycynę na radomskim Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym. Sala hybrydowa na pewno przysłuży się szkoleniu kolejnych pokoleń lekarzy. W przyszłości ma być także elementem planowanego centrum urazowego, jednak jego realizacja wymaga przebudowy obecnie istniejącego SOR, a na to placówka nie ma jeszcze funduszy.

Czy w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym powstanie pracownia cytostatyczna?

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny walczy o 7 mln zł z budżetu województwa mazowieckiego na utworzenie bardzo potrzebnej pracowni cytostatycznej.

Najwyższa Izba Kontroli niedawno przeprowadziła w radomskiej placówce inspekcję systemu zarządzania lekami i stwierdziła liczne nieprawidłowości, np. nierzetelną ewidencję farmaceutyków przeterminowanych, uszkodzonych lub wycofanych przez głównego inspektora farmaceutycznego. Z raportu pokontrolnego wynika, że pracownia cytostatyczna jest niezbędna. Specjalistycznych preparatów potrzebuje zwłaszcza oddział onkologiczny, ale również hematologiczny, płucny i reumatologiczny. Kierownictwo placówki zdaje sobie z tego sprawę, problemem – jak zawsze – jest brak pieniędzy. Dlatego lecznica ubiega się o 7 mln zł z budżetu Samorządu Województwa Mazowieckiego. Część tych pieniędzy została przeznaczona na modernizację szpitalnej kuchni.

Koszt utworzenia pracowni cytostatycznej szacuje się na 3 mln zł. Obiekt musi spełniać surowe normy, których przestrzeganie zapewnia bezpieczeństwo przygotowywania leków cytostatycznych, aplikowanych pacjentom na oddziałach.

Radomski Szpital Specjalistyczny kupuje aparaturę kardiologiczną

Aparat RTG, system telemetrii, stół do testów pochylniowych, echokardiograf obrazujący struktury serca w wymiarze 4D – to lista planowanych zakupów Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Lecznica ma do wydania 1,5 mln zł – tyle otrzymała w ramach działania Infrastruktura Ochrony Zdrowia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014–2020. – *Mamy okazję mówić o naprawę dużych pieniędzy, ale przede wszystkim o ważnym celu, jakim jest doposażenie Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Konsekwentnie zmieniamy nasze miasto i cieszę się, że te zmiany są odczuwalne i poprawiają bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców* – mówi Radosław Witkowski, prezydent Radomia.

Niewykluczone, że placówka pozyska niedługo kolejne fundusze. Na etapie oceny znajduje się wniosek na ponad 11 mln zł. Pieniądze przeznaczyłaby na przebudowę centralnej sterylizatorni, remonty poradni specjalistycznych oraz zakup bardzo potrzebnego sprzętu medycznego. ■

raf

Godziny pracy OIL w Warszawie

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski; tel. 22-542-83-40

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
(przerwa codziennie od 13.30 do 14.00)



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.

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

Krajowe oferty pracy na 16.04.2018 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 28	endokryn./ginekologia 1	laryngologia dziecięca 1	ortopedia 12	stomatologia 22
alergologia 2	endokrynologia dziec. 1	medycyna paliatywna 1	ortopedia dziecięca 2	stomat. chirurgia 2
anestezjologia 7	epidemiologia 1	medycyna pracy 7	patomorfologia 1	stomat. endodoncja 2
chirurgia dziecięca 2	farmakologia 1	medycyna ratunkowa 2	pediatria 21	stomat. ortodoncja 6
chirurgia naczyn. 2	flebologia 1	medycyna rodzinna 23	psychiatria 12	stomat. pedodoncja 3
chirurgia ogólna 8	gastroenterologia 8	medycyna sądowa 1	psychiatria dziecięca 1	stomat. periodont. 1
chirurgia plastyczna 1	gastroenterol. dziec. 1	medycyna sportowa 1	radiologia 8	stomat. protetyka 3
choroby płuc 6	geriatria 4	nefrologia 4	radiologia USG 2	urologia 6
choroby wewnętrzne 41	ginekologia i poł. 20	neonatologia 6	rehabilitacja med. 8	USG 9
choroby zakaźne 2	ginekologia dziecięca 1	neurochirurgia 1	reumatologia 5	
dermatologia 12	hematologia 3	neurologia 9		
dermatologia dziec. 2	kardiologia 4	neurologia dziecięca 7		
diabetologia 3	kardiologia dziec. 3	okulistyka 15		
endokrynologia 12	laryngologia 11	okulistyka dziecięca 3		

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



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 dentyków,

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

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

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

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

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

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.: 22-542-83-38 lub 39, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).



Fot. archiwum

Nasi mistrzowie w anegdocie



Jarosław Kosiaty

Przyszło do mnie wiele listów, chciałbym więc serdecznie za nie podziękować. Wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. **Jerzy Woy-Wojciechowski**, napisał m.in. o „wytwornej kolacji noblistów”:

„Po przeczytaniu Pańskich wspomnień o prof. Kokocie, zawartych w ostatnim »Pulsie«, dołączam jeszcze jedno, mało znane. Ile razy spotykałem się z prof. Kokotem, wspominaliśmy, jak to w 1985 r. w Oslo jedliśmy »wytworną kolację noblistów«. Pokojową Nagrodę Nobla przyznano wtedy międzynarodowemu Ruchowi Lekarzy przeciw Wojnie Jądrowej.* Na całym świecie do organizacji tej należało 180 tys. lekarzy, w tym około 150 medyków z Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (...). W tamtym czasie w Oslo była taka drożyzna, że nie stać nas było na hotel, a tym bardziej na galową kolację dla przybyłych na tę uroczystość lekarzy. Polski konsul, świadom sytuacji, wskazał nam szybko małe pokoiki, który zwykle wynajmowali przybysze z Polski. Po uroczystości wręczenia Pokojowej Nagrody Nobla z udziałem króla i prof. Bernarda Lowna z USA (założyciela uhonorowanego ruchu) uroczysta kolacja z udziałem prof. Franciszka Kokota i moim odbyła się w małym pokoiku, gdzie mieliśmy wytworne menu dla noblistów... bułkę i topione serki kupione w sąsiednim sklepiku :-)”

À propos jedzenia. Prof. **Marek Rudnicki**, chirurg z Uniwersytetu Illinois w Chicago, podzielił się z nami wspomnieniem z... nieudanej próby wysadzenia w powietrze prosiaka.

„Lata temu byłem w składzie wyprawy w Andy. Ostatecznie nie pojechałem, zastąpił mnie kolega, inny chirurg. Po wielu tygodniach w górach zjechali w dół, zgłodnieli czegokolwiek »świeżego«. Kupili prosiaka i trzeba było go ukatrupić. Oczywiście padło na tego chirurga, wychowanego w dużym mieście. Wziął się fachowo do roboty. Uspiał prosiaka eterem (zwierzaka trzymało wtedy czterech innych, znanych z gazet alpinistów). Otworzyli brzuch, ale jak zaczęło »jechać« eterem (wiąże się z tkanką tłuszczową), to bali się nawet potrzymać trupa prosiaka nad ogniem (z obawy przed wybuchem). Skończyło się – jak mówili – na kolejnych puszkach mielonki!”

Z tematyką „żywieniową” możemy spotkać się także na uczelni. Jeden z profesorów podczas wykładu puścił wodze fantazji: „Amerykanie przeprowadzili swego czasu symulację ataku wąglikiem dotyczącą bydła. W wyniku agroterroryzmu załamałyby się cały ich system żywieniowy. Aż nie mogą sobie tego wyobrazić: tłuści Amerykanie stojący w kolejce po chleb...”

W pewnym dużym szpitalu, na oddziale dziecięcym, rodzice przyszli z pretensjami do ordynatora. Z uzyskanej wcześniej informacji dowiedzieli się bowiem o „niegroźnym spadku na wadze” (ubytku masy ciała) niemowlęcia. W czasie wizyty w gabinecie domagali się od lekarza: – *Proszę lepiej pilnować pielęgniarek, aby im dzieci ani z rąk, ani z wagi nie spadały.*

Przed laty zorganizowałem w Internecie ankietę wśród lekarzy na temat, jaki najdziwniejszy prezent otrzymali od swoich pacjentów. W skrzynce pocztowej znalazłem wiele ciekawych zgłoszeń. Jedna z lekarek napisała:

„W początkach pracy w charakterze lekarza rodzinnego zdarzyło mi się, że do gabinetu wbiegła jedna z tych starszych pań, które do lekarki mówią per »kotuś«, z michą gorących jeszcze pierogów i słoiczkiem śmietanki. Postawiła to przede mną i stwierdziła: – *Jedz, kotuś, bo marnie wyglądasz, kobiety w kolejce wiedzą, to poczekają.*”

Inna lekarka podzieliła się kiedyś kulinarnym przepisem na udane, szczęśliwe życie:

„Bierzemy 12 miesięcy, oczyszczamy je dokładnie z goryczy, chciwości, małostkowości i lęku, po czym kroimy każdy na 30 lub 31 części, aby zapasu wystarczyło na cały rok.

Każdy dzień przyrządzamy z 1 kawałka pracy i 2 kawałków pogody i humoru. Do tego dodajemy: 3 duże łyżki nagromadzonego optymizmu, łyżeczkę tolerancji, ziarnko ironii i odrobinę taktu. Następnie całą masę polewamy dokładnie dużą ilością miłości.


Całość przyozdabiamy bukietem uprzejmości i rozdajemy codziennie z radością oraz z filiżanką dobrej, orzeźwiającej herbatki – najpierw najbliższemu, a później wszystkim innym ludziom”.

Wiele anegdot z życia słynnych naukowców i lekarzy związanych jest z jedzeniem i pićm.

W laboratorium, w którym pracował niemiecki fizyk i chemik **Robert Wilhelm Bunsen (1811–1899)**, na półce z odczynnikami znajdowała się także butelka z alkoholem etylowym. Uczony zaobserwował, że w niewyjaśniony sposób jej zawartość szybko się ulatniała. Dlatego powziął podejrzenie, że wytlumaczeniem tego zjawiska może być tylko spożywanie płynu przez jednego z laborantów. Aby zaradzić utracie ważnego odczynnika, Bunsen nalepił na butelce naklejkę z napisem: „Uwaga! Alkohol metylowy, picie grozi ślepotą!”. Po kilku dniach ze zdziwieniem stwierdził, że poziom alkoholu we flaszcze znów się zmniejszył, a na naklejce ktoś dopisał: „Jedno oko zaryzykuje”.

I jeszcze o poważnych, współczesnych badaniach naukowych z użyciem... kurczaków. Amerykańska Administracja Federalna ds. Aeronautyki (FAA) opracowała unikalny sposób testowania odporności przednich szyby samolotu. System składał się z miotacza, który wystrzeliwał martwe kurczaki w kierunku testowanej szyby z prędkością odpowiadającą w przybliżeniu prędkości lecącego samolotu. Jeśli szyba wytrzymała uderzenie martwego kurczaka, powinna być odporna również na zderzenia z żywymi ptakami.

Pomysłem zainteresowali się Anglicy i zastosowali go do testowania szyb lokomotyw superszybkich pociągów. Wypożyczyli amerykański miotacz kurczaków, załadowali i wystrzelili. Kurczak ziemia-ziemia roztrzaskał szybę pociągu, rozbił konsolę układu sterowania, przebił fotel motorniczego i w końcu wbił się w tylną ścianę kabiny. Zaskoczeni Anglicy poprosili agentów FAA o zweryfikowanie poprawności ich testu i obliczeń. FAA po wykonaniu wnikliwej ekspertyzy przeprowadzonego doświadczenia przysłała następującą rekomendację: „Do testów należy używać kurczaków... rozmrożonych”.

 Pisząc w naszym cyklu o barwnych postaciach – naszych mistrzach i nauczycielach, chciałbym przypomnieć osobę, której niestety nie ma już wśród nas. 6 kwietnia minęła pierwsza rocznica śmierci prof. **Jerzego Vetulaniego** (1936–2017), biochemika, neurobiologa, psychofarmacologa, członka Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności. Był jednym z najczęściej cytowanych polskich naukowców w dziedzinie biomedycyny, a jednocześnie niezwykle popularnym popularyzatorem nauki. Ponad 20 lat pełnił obowiązki redaktora naczelnego czasopisma „Wszechświat”. Zapamiętany został także jako konferansjer i jeden ze współtwórców Piwnicy pod Baranami (1954–1961) oraz gwiazda magazynu mówionego „Gadający Pies” (2010–2015).

Pozostawił po sobie wiele ciekawych książek. Do moich ulubionych należą: „Jak usprawnić pamięć” (1993), „Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice” (2010), „Piękno neurobiologii” (2011), „Bez ograniczeń. Jak rządzi nami mózg” (2015) oraz wywiady-rzeki: „Mózg i błazen” (2015) oraz „Ćwiczenia duszy, rozciąganie mózgu” (2017).

Prof. Vetulani powtarzał, że w życiu najważniejsze jest szczęście. Kiedy ktoś składał mu życzenia „dużo zdrowia”, odpowiadał, że na »Kursku« wszyscy byli zdrowi, ale potonęli, bo szczęścia nie mieli. Wiódł bujne życie, od małego był przekorny, w działaniach powoływał się na łacińską sentencję „*Audaces fortuna iuvat*” („Śmiałkom szczęście sprzyja”). Ostrzegał jednak swoich wychowanków: – *Bądźcie ostrożni z ideologiami, dziś można wpaść np. w ekofilię, przesadną prozdrowotność, trafić do sekty.*

O badaniach naukowych zawsze mówił z pasją, potrafił przyciągnąć uwagę i zainteresować wszystkich słuchaczy:

„– Na przykład opowiadając o komórkach zwierzęcych, które reagują na magnetyzm Ziemi, warto zacząć od tego, że z niewiadomych powodów 80 proc. psów, kiedy przygotowuje się do defekacji, ustawia się w linii północ – południe.

– Tyłem na południe czy na północ?

– A właśnie okazuje się, że to nie ma znaczenia! Ale takie ciekawostki otwierają słuchaczy na naukę. Na pewno je zapamiętają i potem będą mieli czym się pochwalić w towarzystwie”.**

W wywiadach i książkach ciekawie przybliżał tajemnice mózgu:

„Mamy w korze mózgowej komórki wyspecjalizowane w rozpoznawaniu twarzy. I kiedy tylko dostrzeżemy obiekt przy-

pominający coś w byle jakiej plamie, to te nasze komórki zabierają się do ostrej roboty.

Twarz to dla nas bardzo ważny element komunikacji z drugim człowiekiem. To dzięki mimice czytamy cudze emocje, a także przekazujemy swoje. (...)

Twarze naszej rasy rozróżniamy świetnie wtedy, kiedy są ułożone równoległe do naszej i na wprost siebie widzimy dwoje oczu, a także kreski nosa i ust. Natomiast jeśli cudze twarze są ułożone prostopadle do naszej, pojawia się kłopot. Dlatego rodzice często mówią, że kiedy ich dzieci śpią, to wyglądają tak samo. Ich twarze przestają być wtedy dla naszego mózgu twarzami, a stają się zwykłymi przedmiotami, niewymagającymi tak zaawansowanej obróbki.

Czasem pokazuję podczas wykładów zdjęcie Lecha Wałęsy do góry nogami. Jego bardzo znana twarz jest wtedy niezwykle trudna do rozpoznania. Szczególnie jeśli powiem, że to wódz mongolski medytujący przed walką”.**

Podkreślał praktyczne znaczenie wiedzy naukowej w życiu codziennym:

„Kiedy przytulaniem pobudza się dużą powierzchnię skóry, w przysadce mózgowej uwalniana jest oksytocyna – hormon powodujący m.in. uspokojenie, zaufanie, ukojenie, poczucie bezpieczeństwa. Jeszcze kiedy byłem kierownikiem zakładu i nie wiedziałem o oksytocynie, to się nauczyłem, że zmartwionych tragediami domowymi pracowników trzeba objąć i przytulić. Bez względu na płęć”.**

W ubiegłym roku ukazała się książka Julii Kalęby „Prezes Sekcji Geniuszy. Portret Jerzego Vetulaniego”. W recenzji tej godnej polecenia lektury czytamy:

„Był Piotrem Skrzyneckim świata nauki. Łamał schematy do tego stopnia, że jego amerykańscy współpracownicy pytali, czy na pewno jest profesorem. A w rzeczywistości był wybitnym neurobiologiem i jednym z największych polskich uczonych naszych czasów. Grał wiele ról, ale pozostawał zawsze sobą (no i jeszcze Etruskim). »Prezes Sekcji Geniuszy« to zastrzyk endorfin i lekcja dystansu do życia”.

Zwracając się do lekarzy, prof. Vetulani przypominał, aby zawsze uważnie wsłuchiwać się w to, co mówi do nas chory: „Kiedy pacjent mówi, że go boli, nawet jeśli nie widać żadnych fizycznych przyczyn tego bólu, na pewno go boli. I wiadomo, że niektórym chorym może w tej sytuacji pomóc np. medytacja”. ■

* Ruch Lekarzy przeciw Wojnie Nuklearnej (ang. International Physicians for the Prevention of Nuclear War – IPPNW) jest międzynarodowym stowarzyszeniem narodowych organizacji medycznych, których celem jest zapobieganie zagrożeniom związanym z wojną jądrową i dążenie do całkowitego wyeliminowania tego rodzaju broni. Ruch zapoczątkowali w roku 1980 dr Bernard Lown z Harvard School of Public Health i dr Jewgienij Czazow z Uniwersytetu Kardologicznego ZSRR. Miało to związek z panującą w tym okresie zimną wojną. Aktualnie organizacja zrzesza 200 tys. członków. Centralne biuro IPPNW znajduje się w Bostonie, a biuro europejskie w Londynie. Polska sekcja IPPNW ma siedzibę w Poznaniu.

** „Co zrobić, żeby nauka była cudowna?”, J. Vetulani, T. Ulanowski („GW”, 17.12.2014)

Bank wiedzy i tradycji



Fot. archiwum GBL

Z dr. n. przyr. Wojciechem Giermaziakiem, dyrektorem Głównej Biblioteki Lekarskiej, rozmawia Anetta Chęcińska.

Współczesna biblioteka to nie tylko tradycyjny księgozbiór. Z jakimi zadaniami mierzy się i co oferuje lekarzom Główna Biblioteka Lekarska, instytucja o ponad 70-letniej historii?

GBL jest ośrodkiem naukowym i bankiem wiedzy. Od 2010 r. znacząco wzbogaciłiśmy nasze zasoby. Obecnie dysponujemy księgozbiorem liczącym 700 tys. woluminów. Dokumentujemy dorobek naukowy pokoleń lekarzy polskich i polskiego pochodzenia, także pracujących poza granicami kraju, ich prace naukowe – artykuły, doktoraty i habilitacje. W zasobach GBL znajduje się ponadto wiele baz naukowych o różnorodnej tematyce, oferowanych w formie elektronicznej, które kupujemy z myślą o wszystkich lekarzach w Polsce.

Przykładem jest program dla lekarzy specjalistów z gotowym planem postępowania, od badań diagnostycznych po wybór opcji leczenia, w zależności od stanu pacjenta i symptomów choroby. Przekazaliśmy go bezpłatnie do korzystania lekarzom w różnych placówkach medycznych w całym kraju. Został oceniony przez nich jako bardzo pomocny w pracy. Reprezentujemy Polskę w National Library of Medicine (Bethesda, USA), która rozpowszechnia informacje o naszych zbiorach i osiągnięciach polskiej medycyny. Jesteśmy również przedstawicielem NLM w Polsce i umożliwiamy dystrybucję informacji z jej zasobów za pośrednictwem serwerów GBL. Odeszliśmy od koncepcji biblioteki, w której tylko wypożycza się książki. Dzięki łączności elektronicznej docieramy do małych ośrodków medycznych, do lekarzy na wsi. Wychodzimy z własną inicjatywą programową, ale również słuchamy głosu środowiska medycznego o jego oczekiwaniach.

Jaki jest dostęp do zasobów biblioteki i czy korzystanie z programów, o których pan wspomina, wymaga opłaty?

Dostęp do wszystkich posiadanych przez nas baz jest bezpłatny w siedzibie GBL w Warszawie i jej oddziałach terenowych. GBL ma 16 oddziałów, które dawniej mieściły się w siedzibach okręgowych izb lekarskich, obecnie działają częściej na terenie ośrodków uniwersyteckich. Z naszej oferty korzysta kadra naukowa, pracownicy medyczni, studenci, a także młodzież ze szkół ponadpodstawowych. Instytucje akademickie, placówki ochrony zdrowia, podmioty publiczne i komercyjne płacą za niektóre elektroniczne programy własne GBL, np. Polską Bibliografię Lekarską, natomiast słownik terminów medycznych w języku polskim i angielskim Tez-MeSH jest udostępniany bezpłatnie. Dla wszystkich, którzy tworzą wiedzę medyczną i którzy z tej wiedzy korzystają, mamy bogatą ofertę. Można ją poznać na stronie internetowej GBL. W naszej działalności ważne jest rozszerzanie kontaktów. Podpisaliśmy umowy bilateralne z Polską Akademią Nauk, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, współpracujemy z ośrodkami uniwersyteckimi w Polsce i na świecie, m.in. z Papieskim Uniwersytetem Salezjańskim w Rzymie. Zbieramy informacje dotyczące medycyny i dziedzin pokrewnych z całego świata.

To ogrom wiadomości. Jak często bazy biblioteczne są aktualizowane?

Powołałem w GBL Centrum Informacji Medycznej z zespołem specjalistów z różnych dziedzin nauk medycznych: medycyny, pielęgniarstwa, farmacji, diagnostyki laboratoryjnej, weterynarii, ze znajomością języków obcych. Oni opracowują dane wprowadzane do Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Baza jest aktualizowana osiem razy w roku.

Czym jeszcze zajmuje się GBL?

Przygotowujemy własne publikacje, średnio trzy, cztery kwartalnie. Autorami większości są nasi pracownicy naukowcy. Publikujemy systematycznie na łamach Forum Bibliotek Medycznych, a także w czasopiśmie naukowym nadającym punkty KBN i *impact factor*. To prace różnego rodzaju: naukowe, naukowo-badawcze i poglądowe. Zajmujemy się zagadnieniami z zakresu nauk medycznych i ochrony zdrowia. Jesteśmy również ośrodkiem opiniodawczym, ale – zaznaczam – nie lobbującym. Na zlecenie różnych instytucji, także Ministerstwa Zdrowia, przygotowujemy opinie na wskazany temat. Za ich wydanie biorę osobiście odpowiedzialność, autoryzując pracę zespołu. Prowadzimy także Centrum Dokumentacji WHO i generalne archiwum Zakonu Maltańskiego w Polsce. Obecnie przygotowujemy wydanie publikacji dokumentującej historię Szpitala Maltańskiego.

Jaką rolę pełni w GBL Dział Starej Książki Medycznej na Jazdowie?

Budynek, w którym dział się znajduje, jest zabytkiem, musimy przeprowadzać remonty, a potrzebne są do tego pozwolenia budowlane i konserwatorskie. Najważniejszą sprawą są grunty. Naszym marzeniem, marzeniem środowiska lekarskiego, jest uregulowanie tych kwestii i uzyskanie przez GBL prawa własności do ziemi pod budynkiem. To długotrwałe i trudne procedury, wymagające rozwiązań administracyjnych i prawnych oraz porozumienia na szczeblu rządowym. Zbiory działu są szczególne. Nie stanowią, na co zwracam uwagę, zasobu Biblioteki Narodowej, pozostają tylko w jej rejestrze. Oprócz starodruków i 440 tys. publikacji XIX-wiecznych mamy inne ciekawe eksponaty. Obok książek i czasopism posiadamy też zbiory rodowe – listy gratulacyjne, patenty oficcerskie, zbiory medalierskie, meble, obrazy i ozdoby, osobiste biblioteki luminarzy wiedzy. To nie są zbiory państwowe, ale dary rodów lekarskich II Rzeczypospolitej, zachowane po II wojnie światowej pamiętki przekazane naszej bibliotece. Potomkowie rodzin sprawdzają, czy te przedmioty pozostają w naszym posiadaniu. Zbiory są konserwowane i dokumentowane, w wersji elektronicznej umieszczamy je w Internecie. Mamy nowoczesny sprzęt, m.in. komorę fumigacyjną do chemicznego czyszczenia i odgrzybiania eksponatów. Jedynie niewielka część zbiorów jest eksponowana na Jazdowie, reszta pozostaje w magazynach. Od lat przygotowujemy wystawy tematyczne, nie tylko związane z medycyną, ale również o charakterze patriotycznym.

Czy GBL włączy się w obchody 100-lecia niepodległości?

Włączamy się w obchody wielu ważnych rocznic, przygotowaliśmy np. dwie wystawy poświęcone Henrykowi Sienkiewiczowi w 100. rocznicę jego śmierci. Jesienią tego roku prze-

widujemy wystawę związaną z obchodami 100-lecia odzyskania niepodległości przez Polskę. Organizujemy też spotkania patriotyczne z udziałem grup rekonstrukcyjnych. Pamiętajmy, że budynek na Jazdowie to dawny obiekt szpitalny. Działał w nim również szpital powstańczy w 1944 r.

Obecnie przed nami Noc Muzeów i wystawa poświęcona higienie, połączona z warsztatami mydlarskimi i kosmetycznymi.

Rodziny lekarzy chętnie przekazują pamiętki do biblioteki?

Czasami dary nie mają muzealnej wartości, ale nikomu nie odmawiamy. Każdy, kto przyniesie do nas pamiętki, nawet gdy będą to stare podręczniki z okresu studiów na wydziale lekarskim, otrzymamy zaświadczenie, kiedy i co podarował, z podziękowaniem. Natomiast dziwi mnie i boli rozdzielanie zbiorów, które zdarza się po śmierci znakomitego profesora, doktora, luminarza wiedzy medycznej, gdy jego dorobek naukowy jest rozrywany przez różne osoby i instytucje. Już dość dawno z prof. Jerzym Jurkiewiczem, przewodniczącym Rady Naukowej GBL, apelowaliśmy do wszystkich instytucji akademickich (a większość z nich prowadzi ośrodki o charakterze muzealnym lub izby pamięci), aby przekazały do GBL elektroniczne kopie posiadanych przedmiotów i dokumentów. Nie chcemy zarządzać cudzymi zbiorami ani ich zabierać, ale powinniśmy gromadzić wiedzę o nich. W GBL mamy spisany załączek majątku, który może być podstawą narodowego muzeum medycyny, którego dotąd w Polsce nie ma. To ważny projekt, wymagający działań legislacyjnych, z inicjatywą poselską i rządową, bardzo potrzebny całemu społeczeństwu. Potrzebny także po to, aby podtrzymać tradycje polskiej inteligencji. Działalność GBL i moja temu celowi służą. ■



Fot. W. Cerański

W kwietniu w Wawerskim Centrum Kultury odbył się wernisaż wystawy prac malujących lekarzy z pracowni Izby Lekarskiej w Warszawie. Frekwencja dopisała. Komisarz wystawy Wiesława Zborowska wygłosiła laudację dla grupy. Powitaliśmy także zacnego gościa Łukasza Jankowskiego, nowego prezesa ORL w Warszawie. Wernisaż urozmaiciły utwory zagrane na pianinie przez Stefana Welbla oraz wiersze Krzysztofa Schreyera i Alicji Patey-Grabowskiej.

Gości sporo – rodziny i przyjaciele artystów, ale również koleżanki i koledzy lekarze, oraz mieszkańcy Wawra. Na wystawie zaprezentowano 50 obrazów i grafik: Reginy Antczak-Rutkowskiej, Zofii Bachowskiej-Musiał, Haliny Bądyńskiej, Maryli Beniger, Anny Boszko, Włodzimierza Cerańskiego, Katarzyny Chojnackiej-Pniewskiej, Krystyny Dowgier-Malinowskiej, Anny Grzybowskiej, Wiktorii Mikulskiej, Waldemara Rogali i Stefana Welbla. ■

wc



Pomniki polskie

Paweł Kowal

Szkoła uczy nas literatury: wiersze na pamięć, powieści przeczytane na czas, epoki w dziejach literatury wykute na blaszkę i można iść w dorosłe życie. Gorzej z malarstwem i rzeźbą – tego szkoła nie uczy. Dla Polaka, z wyjątkiem najważniejszych obrazów Matejki, nie ma różnicy czy to Gierymski, czy Gierowski, czy Nowosielski, czy Abakanowicz. Można zatem powiedzieć, że jesteśmy narodem skupionym bardziej na semantyce niż na estetyce. Wrażliwi na słowo, skoncentrowani na języku – swoim, zakompleksieni, gdy nie znamy obcych, i kompletnie bez uznania dla sztuk wizualnych, do których zrozumienia akurat znajomość języka potrzebna nie jest.

Ma to swoje konsekwencje w codziennym życiu. W wyglądzie miasta – w urbanistyce, w grafice – nie szukamy piękna w otaczającym świecie w takim stopniu jak narody o wiele bardziej wrażliwe na aspekt wizualny.

Wiem, miało być o pomnikach.... Fakt, że jesteśmy mało wrażliwi na piękno, odbija się też na wyglądzie polskich pomników. Najbardziej bolesnym przykładem jest papież. Jan Paweł II ma tysiące pomniczków i figur. Jeśli przyjedzie do Warszawy jakiś znany obcokrajowiec i powie, że w stolicy Polski chciałby złożyć kwiaty pod pomnikiem najbardziej znanego Polaka w historii, nie znajdzie się miejsce, gdzie porządnym pomnikiem Polacy uczcili swojego bohatera. To samo zresztą grozi ofiarom spod Smoleńska. Oczywiście mamy pomniki Prusa i Wyszyńskiego w Warszawie, Sapiehy w Krakowie – wybitne dzieła, które wyszły spod dłuta wielkich polskich artystów. Jednak normą jest: dużo i kiepsko. Pretensjonalność, inflacja i pozłotka zabija wielkość postaci, sprowadza ją do popkultury.

Im większy chcemy postawić pomnik, tym bardziej bohater z cokołu przypomina, że nie o cokol mu chodziło. Rzecz w tym, że jedyną szansą, by bohaterów utrwalić, są żywe dzieła: fundacje i organizacje pilnujące, by pamięci nie uwięzić w kamieniu. By trwała w akcjach pomocy i programach stypendialnych. Lech Kaczyński, jako prezydent stolicy, stworzył taki pomnik Jana Pawła II, gdy powołał Centrum Myśli Jana Pawła II, którego celem jest nie tylko kultywowanie pamięci o papieżu, ale też przyznawanie stypendiów zdolnej młodzieży.

Czy potrzebujemy zatem pomników? Tak, jesteśmy narodem kochającym zmarłych bohaterów i herosów. Były by godne bohaterów, nie były dla nich pułapką, lecz inspirowały żyjących do działania. ■



„Moc natury” w Orońsku

Wystawa prac Henry’ego Moore’a w centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku przypomina sylwetkę i twórczość jednego z najwybitniejszych rzeźbiarzy, który stał się inspiracją dla wielu artystów XX w. Optywowe formy rzeźb umieszczonych w plenerach są znakiem rozpoznawczym Moore’a i symbolem łączenia sztuki z naturą. Na wystawie prezentowane są 23 dzieła artysty, w tym pięć monumentalnych – pokazanych w parku. Towarzyszą im prace polskich rzeźbiarzy, m.in. Jerzego Jarnuszkiewicza, Aliny Szapocznikow, Magdaleny Więcek i Tadeusza Łodzińskiego. Ekspozycję oglądać można do 9 września.

www.rzezba-oronsko.pl

Tomasz Broda w „Elektrowni”

W Mazowieckim Centrum Sztuki Współczesnej „Elektrownia” w Radomiu zobaczymy wizerunki mistrzów artystycznego świata, znanych postaci kultury i popkultury. Wystawa prac Tomasza Brody, rysownika, twórcy lalek i masek wykonanych z przedmiotów codziennego użytku, zaprasza zwiedzających na zaskakujące spotkania z portretami stworzonymi z rzeczy przypadkowych, np. guzików, drutu, kapsli,

resztek materiałów, papierków i odpadków, które składają się na przemyślaną, odzwierciedlającą rzeczywistość, całość. Wystawa będzie czynna do 30 czerwca.

www.elektrownia.pl

Koreański dom w Warszawie

Replika tradycyjnego koreańskiego domu – *hanok* – jest nową ekspozycją stałą poświęconą kulturze koreańskiej w Państwowym Muzeum Etnograficznym w Warszawie. Prezentowane wnętrza, podzielone na część męską i kobiecą, odzwierciedlają funkcje, do których były przeznaczone, i role domowników. Wśród eksponatów znalazły się drewniane meble i akcesoria z XIX i XX w., a także ceramika. Nie brakuje również elementów dekoracyjnych, takich jak dzieła malarskie, parawany.

www.ethnomuseum.pl

Muzyka dawna i nowa

Po raz 32. odbędą się Warszawskie Spotkania Muzyczne, festiwal muzyki dawnej i nowej. W programie m.in. koncert prawosławnej muzyki religijnej w wykonaniu serbskiego chóru Branko, chórów UMFC, koncert muzyki wokalne z XV i XVI w. w wykonaniu czeskiego zespołu Schola Gregoriana Pragensis. Występem Kuba Stankiewicz Trio festiwal włączy się w obchody 100-lecia odzyskania niepodległości, a opera kameralna „Podróż do wnętrza Ziemi” – multimedialna wyprawa muzyczna na motywach powieści Juliusza Verne’a, uświetni Noc Muzeów. Koncerty od 12 do 19 maja, m.in. na Zamku Królewskim i w Studiu Koncertowym PR.

www.wsm.art.pl

ach



A mury rosną, rosną, rosną...

Janina Jankowska

Moja była studentka z Laboratorium Reportażu UW, zafascynowana twórczością Jacka Kaczmarskiego, postanowiła odtworzyć dzieje najbardziej popularnej jego pieśni „Mury”. Dowiedziała się, że pieśniarz kataloński Lluís Llach, zaangażowany w ruch antyfrankistowski, w latach 70. XX w. skomponował utwór „L’Estaca”, który stał się manifestem protestujących. W 1978 r. na jednym ze spotkań naszej opozycji słuchano płyty katalońskiego pieśniarza. Obecny na nim Kaczmarski zachwyił się melodią, napisał do niej tekst i tak powstały polskie „Mury”, które stały się hymnem „Solidarności”. Były kultową pieśnią całego pokolenia opozycji demokratycznej, a potem ruchu „Solidarności” i podziemia w stanie wojennym. „Mury” śpiewano w 1980 r. w Stoczni Gdańskiej, potem w obozach internowania i więzieniach, w których osadzano politycznych. Studentka zaczęła zbierać ich wspomnienia. Mając już bogaty materiał, dotarła do mnie. Zarejestrowała, jakie emocje budziła i budzi ta pieśń w odbiorcach z różnych środowisk i w różnym wieku, wtedy i dziś.

Okazuje się, że dla mojego pokolenia słyszalna była pierwsza część pieśni Kaczmarskiego, nawołująca do budowy nowego świata. Poeta dodawał tłumom sił, także nam, działającym w „Solidarności”.

*Wyrwij murom zęby krat
Zerwij kajdany, połam bat
A mury runą, runą, runą
I pogrzebią stary świat!*

Bliska była naszym doświadczeniom zwrotka
*Aż zobaczyli ilu ich, poczuli siłę i czas
I z pieśnią, że już blisko świt, szli ulicami miast
Zwalali pomniki i rwali bruk – Ten z nami! Ten przeciw nam!*

Ale niezrozumieli jeszcze wtedy był ostatni wiersz tej zwrotki i wreszcie końcowa strofa.

Kto sam, ten nasz najgorszy wróg! A śpiewak także był sam

*Patrzył na równy tłumów marsz
Milczał wsłuchany w kroków huk
A mury rosły, rosły, rosły
Łańcuch kołysał się u nóg...*

W niektórych obozach internowania dopisywano optymistyczną wersję ostatniej zwrotki, że zwyciężymy, przed nami świt wolności, świetlana przyszłość itp. Tak, zwyciężyliśmy w 1989 r. Dopóki mieliśmy przed sobą wspólne cele, integrujące nas ze światem zachodnim: członkostwo w Unii Europejskiej i NATO, szliśmy względnie zgodnym marszem. Wprawdzie różne rządy i koalicje upadały, ale w oczach świata i własnych byliśmy stabilną demokracją. Co się stało, że znowu mamy wrażenie, iż powstają nowe mury, które rosną, rosną, rosną...? Że znaleźliśmy się w kraju podzielonym od góry do dołu, gdzie jedni twierdzą, że to koniec demokracji, państwo kościelne i prawie faszyzm, a drudzy, że oto wstajemy z kolan, tylko mamy wrogów zewnętrznych i wspomagającą ich opozycję parlamentarną?

Co się stało, że dwie partie wywodzące się z ruchu „Solidarności”, startujące z tymi samymi wartościami na ustach, są dziś tak zaciekłymi wrogami? Dlaczego w tę stronę poszła polityka polska? Dlaczego w decyzjach elit interesy partyjne są ponad interesami kraju? Dlaczego my, suweren, nie zatrzymaliśmy tego procesu? Co zaniedbaliśmy?

Próbie odpowiedzi na te pytania znalazłam w niedawno wydanej książce Rafała Matyi (autora terminu „IV Rzeczpospolita”), zatytułowanej „Wyjście awaryjne”, mówiącej o zmianie wyobraźni politycznej. Autor pokazuje głębsze przyczyny kryzysu w Polsce. Można się z nim zgodzić lub nie, ale trzeba koniecznie przeczytać. ■

PS Lluís Llach, autor pieśni „L’Estaca”, na której muzyce oparł Jacek Kaczmarski swoje „Mury”, w dalszym ciągu walczy o niepodległość Katalonii.

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.



Benefis prof. Marka Krawczyka

W marcu, w pałacu w Jabłonnem, odbył się benefis prof. Marka Krawczyka, byłego rektora Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Z okazji 50-lecia pracy lekarskiej profesora i z okazji wydania monografii „Dzieje Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby” spotkali się lekarze, dziennikarze i artyści. Imprezę prowadzili Agata Młynarska i Jacek Cygan. Wiesław Ochman i Stanisław Tym zapewnili wspaniały program artystyczny. ■ **egw**



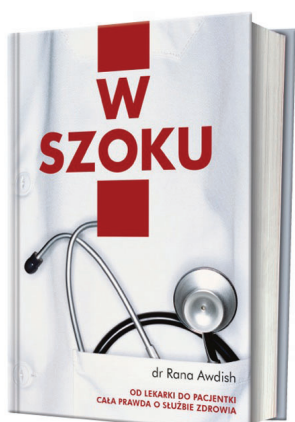
Fragment historii medycyny

Opracowane przez Marka Krawczyka i Magdalenę Zielonkę „Dzieje Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby” to starannie wydana książka dokumentująca 90-letnią historię placówki, która niegdyś, u zarania, nosiła nazwę II Katedry i Kliniki Chirurgicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego. Publikacja ma charakter archiwium sięgającego początków nowoczesnej chirurgii, czyli 1918 r., gdy na Wydziale Lekarskim odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego powstały pierwsze kliniki i katedry. Zawiera faktografię bogato ilustrowaną zdjęciami osób, które tworzyły zręby tej instytucji, ale także, w części bliższej współczesności, zdjęciami całego personelu medycznego. Ocala od zapomnienia etapy rozwoju nauki i losy ludzi, którym tak wiele zawdzięczają uratowani pacjenci. Bowiem, jak z pewnością powiedziała prof. Tadeusz Tołłoczko, najważniejszy w tej całej historii jest człowiek.

Na tle spisanych faktów, dorobku naukowego, osiągnięć prekursorskich w dziedzinie transplantacji i doskonalenia pracy chirurgicznej, niejako między wierszami czujemy dramaty pacjentów i lekarzy zmagających się z nierozpoznaną kiedyś materią immunologii. Widzimy, jak na przestrzeni dziejów doskonalila się chirurgia, czego wymagał trud wielu lekarzy, naukowców i organizatorów opieki zdrowotnej.

Pięknym uzupełnieniem suchych opisów biegu wydarzeń i adnotacji są wspomnienia osób związanych z placówką. Zapiski z czasów okupacji niemieckiej przyczyniają się do refleksji nad różną motywacją ludzkich czynów. Dla jednych była to destrukcja, dla innych przeciwstawienie się barbarzyństwu, godność i świętość ludzkiego życia.

Prezentowana publikacja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pokazuje mozolną drogę w dążeniu do wiedzy, przekraczania barier, które wydawały się nie do pokonania, osiągania rezultatów wyznaczanych przez innowatorską myśl. Jest nie tylko zapisem przeszłości, lecz także wskazówką, co można zdziałać w przyszłości. ■ **kb**



Kronika cierpienia

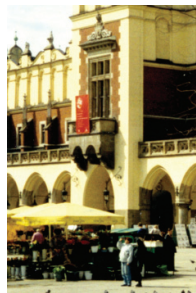
To sporo jak na jedną pacjentkę: wewnętrzny krwotok, wstrząs septyczny, udar, guz wątroby, rozdzierające serce, poronienie w siódmym miesiącu ciąży. Aż trudno uwierzyć, że wszystkie te okropieństwa spadły na młodą lekarkę Ranę Awdish z Detroit, która postanowiła swoje doświadczenia opisać w książce „W szoku”.

Walka dr Awdish o życie okazała się warta upamiętnienia, ponieważ leczenie, jakie przeszła, odmieniło jej spojrzenie na relację lekarzy z chorymi. Autorka spędziła miesiące na szpitalnych łózkach, ocierając się często o śmierć, doświadczyła też wielu upokorzeń w roli chorej kobiety, ale miała szansę spojrzeć na pracę lekarzy z innej perspektywy, odczuwając z ich strony znieczulicę, obojętność, a nieraz lekceważenie. Książka w tłumaczeniu Rafała Śmietyny jest przerażająco sugestywna i pięknie napisana, pozwala czytelnikowi przemienić się razem z Awdish w pacjentkę i obserwować to, co ona odkrywa w szpitalnej codzienności.

Amerykańska ochrona zdrowia znacząco różni się od polskiej, ale zachowanie lekarzy względem chorych, empatia, sposób traktowania to przecież wartości uniwersalne. Tak jak wskazówki, które otrzymują na studiach adepci medycyny, by pacjenci mogli później uważać ich za dobrych lekarzy. Wiedza ze studiów znacząco różni się jednak od praktyki. Emocjonalna więź między lekarzem a pacjentem gdzieś wyparowuje. Dysfunkcja tych wzajemnych relacji, jej przyczyny, ale i możliwości naprawy, to główna treść opowieści osnutej na autentycznych przeżyciach.

Autorka powróciła do życia, więc mimo krytyki, którą hojnie obdzieliła swoich kolegów po fachu, sporo im zawdzięcza. Realia szpitalne z perspektywy pacjenta są inne niż widziane z dyżurki. A zgłaszane skargi zazwyczaj przykre dla personelu medycznego, odczuwającego przepracowanie i zbiurokratyzowanie systemu. Brak czasu to najczęstsza wymówka, mająca wytłumaczyć niedostatek empatii lub proste błędy, nieraz nawet niezauważalne dla chorych. Lekarz ze swoją wiedzą zawsze przecież ma nad pacjentem przewagę. Ale co, jeśli na oddział, OIOM lub stół operacyjny trafia inny doktor?

Raczej nikt z Państwa nie chciałby mieć takiej spostrzegawczej i trudnej pacjentki, jaką była dr Awdish. Nauczyć się być chorym to dla lekarza, jak się okazuje, trudne zadanie. Ale ten przykład dowodzi, że wielce pouczające. ■ **pw**



Fot. kb

Pieniądze czy kadry?

Jeśli Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się w maju 2018 r., ma być znaczącym wydarzeniem wpisującym się we współczesny wizerunek polskiej medycyny, jego uczestnicy powinni odnieść się do informacji stawiającej pod znakiem zapytania istotną częstkę efektywności całego samorządu.

Oto dwa niezależne źródła: raport Fundacji MY PACJENCI, przygotowany we współpracy z dwiema izbami – lekarską i pielęgniarską, oraz debata telewizyjna w TVN („Czy pieniądze ulecą polską służbę zdrowia?”), przynoszą informację, że mimo wysokiego niezadowolenia Polaków z ochrony zdrowia zaledwie 22 proc. (dane z raportu) i 35 proc. (wnioski z debaty) ankietowanych opowiada się za podniesieniem nakładów na ochronę zdrowia!

Oznacza to, że wszelkie argumenty o finansowej zapaści ochrony zdrowia trafiają w próżnię. Dramat. I nie dziwi w tym kontekście, że Światowy Dzień Zdrowia (7 kwietnia) w 70. rocznicę założenia WHO mijają właściwie w bez echa.

W Krakowie sensacją jest natomiast odwołanie ze stanowiska dyrektora naczelnego Szpitala Uniwersyteckiego (największego w Polsce, zatrudniającego ponad 4 tys. pracowników) uzasadnione rosnącym zadłużeniem i nikłą efektywnością zarządzania, zwłaszcza w kwestii spójności organizacyjnej szpitala powstającego w Prokocimiu z kompleksem przy ul. Kopernika.

Natomiast w pobliskim Powiatowym Szpitalu w Proszowicach, po blisko rok trwającym konflikcie lekarzy z dyrekcją, odwołano w końcu kierownictwo (teatrologa i inżyniera rolnictwa). Żeby było sprawiedliwie, mam także przykład lekarza, który dług szpitalny w dwa lata zwiększył z 7 do 70 mln zł. Zdymisjonowany, w trzy tygodnie później został dyrektorem kolejnego szpitala. Nie zawiódł, też go pograżył.

To nie są żarty. To realny obraz polityki kadrowej i rzeczywisty skutek rezygnacji z ogłaszania konkursów. Bywały ustawiane, to prawda, ale mimo to stanowiły jakąś selekcję. Rzecz można porównać z demokracją. Pełna wad, tylko nie widać nic doskonalszego.

A w izbie krakowskiej powołano nowe prezydium, nowych liderów komisji problemowych i zespołów. Zrezygnowano jedynie z powołania komisji legislacyjnej. Nie było chętnych. Dlaczego? Chyba nietrudno się domyślić. ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Razem czy osobno

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Cząstka *-by* jest szczególnie kłopotliwa w pisowni czasowników. Ortografowie nazywają ją partykułą. Nie należy tej partykuły mylić ze spójnikiem *by*, który jest okrojoną i przeważnie lekko pretensjonalną formą spójnika *aby* i *żeby*. Nawiasem mówiąc, z mojego doświadczenia wynika, że jeśli już używać tego spójnika, to najlepiej formy *żeby*, ponieważ jest neutralna stylistycznie (takie podejście ulepsza tekst estetycznie, a pisarzy niepewnych swojej ortografii chroni przed przypadkowym przyłączeniem spójnika *by* do innych wyrazów). Cząstka *-by* może też być składnikiem spójników i partykuł, na przykład: *gdyby*, *jakby* (w znaczeniu ‘jeśli’, ‘gdy’), *choćby*, *jeżeliby*, *toby* itd.

Cząstka *-by* oznacza tryb warunkowy i jest przyłączana do czasowników albo występuje osobno, rozdzielnie. Piszemy ją razem ze wszystkimi formami osobowymi czasowników. W pierwszej i drugiej osobie pojawia się (zawsze pisana łącznie z *-by*) końcówka osobowa *-m*, *-ś*, *-śmy*, *-ście*. W trzeciej osobie obu liczb końcówki tej nie ma.

Na przykład (liczba pojedyncza): *zrobiłbym*, *zrobiłabym*, *zrobiłbyś*, *zrobiłabyś*, *zrobiłby*, *zrobiłaby*, *zrobiłoby*; (liczba mnoga): *zrobilibyśmy*, *zrobiłybyśmy*, *zrobilibyście*, *zrobiłybyście*, *zrobiliby*, *zrobiłyby*.

Łącznie piszemy *-by* także z pewnymi formami nieosobowymi, mianowicie z tymi, które kończą się na *-fo*. Przeważnie występują one razem z częstką *się*. Na przykład: *zrobiłoby się*, *miałoby się*, *chciałoby się*, *pojechałoby się*. Kiedy w takim razie piszemy *-by* z czasownikami oddzielnie?

Po pierwsze z bezokolicznikami (np. *zrobić by należało*, *czekać byście musieli*).

Po drugie z wyrazami, które czasownikami nie są, ale pełnią w zdaniu ich funkcję: *można* (*można by*), *warto* (*warto by*), *trzeba* (*trzeba by*), *niepodobna* (*niepodobna by*).

Po trzecie z formami nieosobowymi czasu przeszłego, zakończonymi na *-no* lub *-to* (np. *zrobiono by*, *zaczęto by*).

Po czwarte po wyrazach winien i powinien (*winien byś to zrobić*, *powinni byśmy to zrobić*, *winni by*, *powinni by zrobić*).

Jeżeli z powodu braku doświadczenia nie udaje się nam intuicyjnie ustalić, czy cząstka *-by* przypadkiem nie jest spójnikiem *by*, to należy spróbować ją zamienić (choćby tylko w myślach) na *aby* lub *żeby*, i jeżeli zdanie nadal ma sens, to znaczy że chodzi o spójnik, a nie o partykułę trybu warunkowego, a w takiej sytuacji pozostawiamy ten element oddzielony od innych wyrazów. Na przykład: *Robiła wszystko, byśmy jej uwierzyli* (tak jak: *Robiła wszystko, żebyśmy jej uwierzyli*). *Pracował, by zarobić na utrzymanie* (tak jak: *Pracował, aby zarobić na utrzymanie*). W obu tych przykładach mamy do czynienia ze spójnikiem, więc pisownia pozostaje rozdzielna.

Warto pamiętać, że cząstka *-by* wraz z końcówką osobową (*-bym*, *-byś*, *-byśmy*, *-byście*) jest ruchoma. Może być połączona z czasownikiem albo przeniesiona do innej strefy tego samego zdania. Na przykład: *Oczywiście bym wyjechał, gdyby mi pozwolono*. *Oczywiście wyjechałbym, gdyby mi pozwolono*. ■

<http://www.lpj.pl>

Dwie niezwykłe osobowości

Małgorzata Skarbek



Małgorzata Serini, urodzona w 1909 r. w Zgierzu, po ukończeniu gimnazjum w tym mieście wstąpiła na Wydział Lekarski UW, dyplom lekarza otrzymała w 1932 r. W 1936 uzyskała stopień doktora medycyny za pracę „Antropomorfologia zwozcy”, której promotorem był prof. Edward Loth. Po studiach rozpoczęła pracę w tej samej klinice przy pl. Starynkiewicza, gdzie pracował dr Bulski, tam się poznali. Po ślubie zamieszkali na terenie kliniki. Pod koniec 1938 r. urodziła się im córka Wanda Teresa.

Małgorzata, którą często nazywano Gretą, zawsze intensywnie uprawiała sport, m.in. szermierkę i pływanie. Tuż przed wojną, w sierpniu 1939 r., była na Akademickich Mistrzostwach Świata w Szermierce w Monte Carlo. Z trudem, przez Paryż, a potem pociągami przez północne Włochy i Bukareszt, udało jej się dotrzeć do Warszawy. Zdążyła jeszcze zobaczyć się z mężem przed jego odjazdem na front.

Okupację przeżyła w stolicy. Pracowała w macierzystej klinice, która stała się oddziałem Szpitala Dzieciątka Jezus, wykładała na tajnym Uniwersytecie Warszawskim i w szkołach pielęgniarskich, organizowała dostarczanie grypsów więźniom Pawiaka, leczyła ukrywające się Żydówki (w 1967 r. otrzymała Medal Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata). W dniach Powstania Warszawskiego kierowała oddziałem ginekologicznym, z którym pod koniec miesiąca została ewakuowana do Milanówka, a potem do Żyrardowa. Kilka miesięcy wcześniej, dzięki pomocy jednej z pacjentek, Małgorzata Bulska mogła wyjechać do Niemiec i odwiedzić męża w niewoli, w Szwarcwaldzie. Z dowodem tożsamości pożyczonym od Niemki pojechała do Willingen przez Wiedeń, gdzie przekazała konspiracyjne dokumenty. Owocem odwiedzin było drugie dziecko – Wojciech Jerzy, który urodził się w 1945 r. W czasie powstania Małgorzata Bulska była więc w ciąży, mimo to nie opuściła swoich pacjentek.

Po wojnie pracowała w Żyrardowie, a w 1948 r. została ordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Wolskiego, który wkrótce stał



Fotografie: archiwum rodzinne

się częścią Instytutu Gruźlicy. Leczyła tam kobiety z gruźlicą płuc i z gruźlicą narządu rodowego. Habilitowała się na podstawie pracy „Leczenie gruźlicy narządu rodowego”.

Od 1953 r. była również kierownikiem Zakładu Położnictwa i Ginekologii (później Katedry i I Kliniki Chorób Kobięcych i Położnictwa) w nowym Studium Doskonalenia Lekarzy (obecnie CMKP). W 1961 r. przeniosła się wraz z instytutem do Szpitala Bielańskiego. W 1967 r., po śmierci męża, objęła po nim kierownictwo kliniki przy pl. Starynkiewicza.

Także w okresie powojennym Małgorzata Serini-Bulska poświęcała się rozlicznym zajęciom. Intensywnie pracowała jako lekarz, wykładała na uczelni, prowadziła badania naukowe, publikowała, działała w Towarzystwie Świadomego Macierzyństwa, a prócz tego nadal uprawiała sporty, m.in.



Piwnica

Całe Powstanie Warszawskie spędziłem z rodzicami w piwnicy willi prof. Zawadowskiego. Oczywiście jako 10-letniego chłopaka interesowało mnie to, co dzieje się na zewnątrz. Ku rozpaczy rodziców, nie zdając sobie sprawy z niebezpieczeństwa, stale wychodziłem z ukrycia, co miało ten pozytywny skutek, że przynosiłem trochę żywności. No i, chociaż na krótko, mogłem być na barykadzie, gdzie walczyli powstańcy.

Na polu, tuż pod Cytadelą, była łąka, na której rosły pomidory i inne jarzyny. Wychodziłem z piwnicy nocą i wracałem z koszykiem pełnym warzywnych dobroci. Niemcy stale ostrzeliwali łąkę pociskami świetlnymi. Tak się działo aż do końca powstania. Wtedy do piwnicy wpadli esesmani i z okrzykiem „Raus!” wypędzali wszystkich z piwnicy. Po raz pierwszy zobaczyłem sąsiadów z okolicznych domów, potem zostaliśmy popędzeni do kościoła na Woli, a stamtąd do przejściowego obozu w Pruszkowie.

Transporty jadące na zachód były pełne niemieckich żołdaków, więc często żołnierze AK wysadzali pociągi. Niemcy, aby się przed tym zabezpieczyć, zawsze jeden wagon przyczepiali przed lokomotywą. Panicznie bali się nadciągających Rosjan, z marszałkiem Koniewem na czele, zmierzających w kierunku Krakowa. Trafiliśmy do obozu, gdzie ojciec, świetnie znający niemiecki (babka była Niemką), dostał pracę sanitariusza. Mama robiła wszystko, abyśmy wydostali się z obozu. Przekonywała komendanturę, że moja starsza siostra zapadła na tyfus. Osiągnęła cel, wydano polecenie, że mamy opuścić obóz. Z Pruszkowa dotarliśmy do Milanówka, gdzie na krótko przyjęli nas mieszkańcy. Po kilku dniach wyruszyliśmy dalej, do Zakopanego. Tam mieszkała ciętaczna siostra mojej mamy i mogliśmy zostać na dłużej. Tam też zacząłem chodzić do szkoły. Ciocia i jej mąż (skoczek narciarski Kozik) mieszkali w willi pana Korysadowicza, znanego tatarnika. Obok jego domu znajdowała się siedziba gestapo. Sam szef gestapo często głaskał mnie po głowie, mówiąc „kleine Kinder”, i częstował cukierkami.

Cały czas słyszeliśmy wybuchy artyleryjskie od wschodu, skąd armia sowiecka parła na zachód. Spanikowani Niemcy uciekali w cywilnych ubraniach. Wspomniany szef gestapo, też w cywilnym ubraniu, wręczył mi duży worek, w którym był jego galowy mundur, łącznie z kozikiem. Powiedział, że jeszcze po niego wróci. Zawartość worka przeraziła moją mamę ze względu na nadciągających Sowieców (armia marszałka Koniewa nieustannie posuwała się na zachód), więc oblała go naftą i podpaliła. Bała się bolszewików i ewentualnego rozstrzelania. W 1946 r., po dwóch latach pobytu w Zakopanem, wróciliśmy do Warszawy. ■



Fot. archiwum

Jerzy Borowicz



Rok 1939

wspinaczkę wysokogórską, prowadziła bogate życie towarzyskie. Wydawało się, że jej doba ma więcej niż 24 godziny.

Zainteresowania naukowe dr Serini-Bulskiej dotyczyły położnictwa, w tym patologii porodu, ciąży, porodu, porodu kierowanego oraz gruźlicy narządu rodowego i onkologii. Wprowadziła wiele nowych metod operacyjnych, np. pierwsza w Polsce przeprowadziła cesarskie cięcie w przypadku położenia poprzecznego zaniedbanego płodu, opracowała technikę operacyjnego leczenia ciąży szyjkowej.

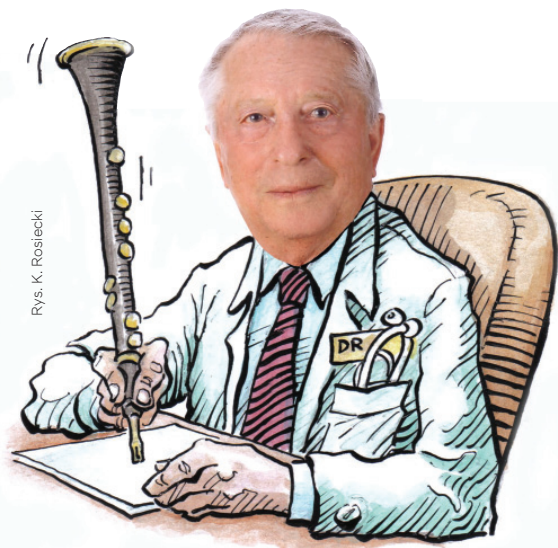
Ogłosiła około 90 prac naukowych w językach: polskim, niemieckim, francuskim i angielskim. Współredagowała podręczniki dla lekarzy, przygotowywała broszury edukacyjne dla kobiet. Dzięki jej międzynarodowym znajomościom w świecie lekarskim do Polski przyjeżdżał z wykładami znakomity angielski ginekolog prof. Whitehouse.

Pasjonował ją sport: jeździła na nartach i konno, pływała, grała w tenisa. Zajmowała się także szermierką, przed wojną była indywidualną wicemistrzynią Polski we florecie i mistrzynią drużynową z zespołem AZS, po wojnie uzyskała kwalifikację na olimpiadę w Londynie (1948 r.). Jednak w tym samym czasie wygrała konkurs na ordynatora w Instytucie Gruźlicy i wybrała medycynę. Pojechała natomiast na następną olimpiadę, w Helsinkach (1952 r.), ale już jako lekarz sportowy. Po wojnie uprawiała wspinaczkę. Jej towarzystwo w górach bardzo cenił prof. Tadeusz Orłowski, znakomity tatarnik. Razem dokonali pierwszego przejścia trudnego uskoku Zadniego Mnicha. Prof. Małgorzata Serini-Bulska zmarła 16 czerwca 1973 r.

Córka państwa Bulskich, Wanda, też jest lekarzem, mieszka w Kanadzie. Jedna z jej córek, Ines, wybrała ten sam zawód co mama i babcia, zajmuje się hematologią onkologiczną i jest bardzo ceniona. Natomiast syn Wojciech jest profesorem fizyki, pracuje w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie. ■

„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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



Wuj Leopold

Artur Dziak

Pewnego razu, kiedy zwyczajem swoim rozmowa przy stole zeszała na podróżę i zwiedzanie świata, wuj zainicjował moją edukację globtrotera, i to zainicjował wyjątkowo spektakularnie. Były to czasy siermiężnego socjalizmu i o żadnych zagranicznych wozajach nie było mowy. – *Jeśli kiedyś, uważasz, dobry Bóg pomoże ci się wydostać na świat prawdziwy, powiedzmy do Wiednia, Paryża czy Rzymu – mówić wuj, zaciągając z ruska – to bez względu na zawartość pugilaresu przestrzegaj jednego: kościoły, pałace i zamki zwiedzaj z zewnątrz, natomiast knajpy, kabarety i burdele – wewnątrz! O ile w tych pierwszych spotkasz jedynie te same kamienne nudy, w tych drugich możesz liczyć na mocno kolorowe przeżycia!*

Pamiętam jak dziś zupełnie histeryczną reakcję mej matki, która napadła na wuja z okrzykami: – *Ty fajdusie. Diable wenecki i poganinie bez serca, jak możesz tak wszetecznie to niewinne dziecko deprawować!* Zapomniała, że granice Polski były wówczas szczelnie zaszejsowane od strony Zachodu, nauki te należało więc traktować jedynie jako uciężne bredzenie. Po latach, kiedy granice się nieco otworzyły, a dzięki sportowi i zagranicznym stypendiom mogłem ruszyć w świat, na własnej skórze mogłem się przekonać, że wuj Leopold miał rację!

Mimo wcale nie tak rzadkich protestów mej matki, wuj kontynuował moją pokrętną edukację, w której na pierwszym miejscu stawał rzetelną znajomość *bon tonu*, postępowanie według zasad etyki i sprawy honoru. Naturalnie, kiedy przychodziło do zderzeń z rzeczywistością, wuj nie mógł powstrzymać się przed różnymi, złośliwymi komentarzami.

– *Gdzie teraz dojrzewający młodzieniec ma się rzetelnie przygotować do dorosłego życia, choćby i małżeńskiego, kiedy szkoła temat ten całkowicie pomija, Kościół zaś udaje, że go ubierze w ochronną komeżkę na dalsze lata życia?* – pytał retorycznie i obcesowo.

– *Gdzie te czasy, kiedy rodzinny dom chronił młodogo przed groźnymi zasadzkami życia, gdy zaczynały po nim latać hormony? W każdym przyzwoitym domu były jakieś służące, nianie czy garkotłuki, na których pod czujnym okiem matki lub babci mogła sobie młodzież bezpiecznie ulżyć, a jeśli chciała później profesjonalnie sobie popofigować, mogła skorzystać zawsze z pobliskiego burdelu! Naturalnie, au ralentir*.*



Mimo gwałtownych sprzeciwów matki, zorientowałem się z czasem, że po cichu babcia Rozalia przyznawała rację wujowi. Także i matka specjalnie na niego nie napadała, a to dlatego, że żyła w wiecznym strachu, że jej niewinne dziecko może któregoś dnia wpaść w łapy jakiejś lafiryndy z erotyczną przeszłością, gdyż po zmachaniu dziecka w tamtych czasach trzeba było się z panną żenić. – *Była to wówczas sprawa honoru!* – komentowała babcia Rozalia.

Wuj Leopold był autentycznym oryginałem. Na dobrą sprawę nigdy nie splamił rąk żadną „bezsensowną”, jak mawiał, pracą. Wiecznie bibkował albo się zakochał, albo odkochał. – *Serce to on miał na dłoni i naiwności też był rzadkiej* – opowiadała babcia Rozalia. – *Przeto „sroczi”, które jak wiadomo świecidełka lubią, za nim latały jak oszalałe. Nie dziwota więc, że dorobił się był guzika z pętelką i hemoroidów!*

Jednak krzywda by się mu nie stała, gdyby nie okoliczność z „Peruwianką”, tancerką kabaretową, która okazała się później sprytną Żydówką spod Łomży, ale dopiero wówczas, kiedy poszło na nią parę kluczy**. Tańczyła w jakichś podrzędnych tancbudach, głównie na Stowacji i na Węgrzech, wuj zaś poznał ją w Rapallo, dokąd w sezonie do wód był pojechał. Wtedy jeszcze „miał parę złotych”, jak mawiała moja matka. W rodzinie chodziły pogłoski, że był austriackim agentem, gdyż jak inaczej wyjaśnić jego tytuł Hofrata, czyli tajnego radcy dworu? Zawsze był ubrany *impeccable*, zarówno przy damach w salonie, jak i przy karcianym stoliku, pił markowe koniaki i palił tylko kosztowne cygara. Kiedy ciocieczki, zazdrosne o tak kolorowe wspomnienia, chciały mu dokuczyć, kłuły słowami: – *Taki edukator i mentor Arturka, z tak budującym i pouczającym doświadczeniem, a sam tak się dał oszwać i to komu – knajpianej fordanserze z Żyliny, która się doń szpetnie przykurwiła!* Na to wuj odpowiadał: – *Zimajerka*** to ona w samej rzeczy nie była. Ale com użył, to moje! Qui ne risque, tego w pysk!*

– *Ubierał artystki na kredyt* – z przekąsem mawiała babcia Rozalia o wuju Leopoldzie, co w jej mniemaniu najwyraźniej określało, jak wielkim był utracjuszem! – *Teraz to on woli gówno w polu niż fiołki w Neapolu – ale z konieczności* – dodawała.

Choć po I wojnie światowej nastąpiła szybka zabudowa ul. Francuskiej i dochodzących bezpośrednio do Wisły jej bocznych uliczek, nadal kwitło „swobodne moralnie” życie w Oleandrach, tym bardziej że przy odbudowanym po zniszczeniach wojennych moście Poniatowskiego powstała modna plaża, z pływającymi na wodzie drewnianymi basenami, wypożyczalnią łodek i kajaków oraz zupełnie szykowną restauracją i kawiarnią, w których dzień i noc, w zależności „od życzenia PT Publiczności”, grały do tańca na przemian orkiestry męska i damska. Na wydzielonej plaży Kozłowskiego, gdzie opalało się podobno dniem i nocą, jak komentowali złośliwi, tzw. lepsze towarzystwo, lowelasy i szantrapy „zarzucali haczyka” na damy zawsze życzliwe „wypugilaresowanej ptci męskiej”.

Wspomnienia o plaży tej oraz dokonywanych na niej podbojach na zawsze pozostały we wdzięcznej pamięci wuja Leopolda, nic też dziwnego, że służyły mu do praktycznej podbudowy dawanym mi rad. – *Jeśli kiedyś silniej cię zaatakuje zew natury i zechcesz miłosne pitigrili skutecznie, nie zwlekaj i wybrankę swą zabierz na plażę Kozłowskiego, aby na czas wyzbyć się matactwa jakowego. Tamże, nie czekając, zróbcie oboje chlup do wody. Jeśli, uważasz, po wyjściu z wody panienka nadal będzie cię rajcować, możesz się angażować mocniej – tłumaczył wuj. – Rasowy myśliwy zawsze odczekuje ździebko po tym jak zastawi wnyki. I pamiętaj, że w świetle tojówki nie należy dobierać ani diamentów, ani kobiet! A po wspólnej nocy trzeba wstawać dopiero wówczas, gdy świeci mocne słońce.*

– *Oj, rację ma ten skurczybyk* – skomentowała lekcję babcia Rozalia.

Cokolwiek by mówić, takie rady dawać mógł tylko człowiek bywały i rzetelnie doświadczony – osobliwość znacząca, który wiedział, co woda może zrobić ze szminkami, pudrami, sztucznymi rzęsami i farbowanymi, przyklejanymi włosami! Woda równała wszystkich – albo odkrywała nadal jeszcze ukryte piękno, albo maskowaną umiejętnie brzydotę!

Mimo nieprzyjemnego epizodu z „Peruwianką” i – jak dodawała babcia Rozalia – prawdopodobnie z innymi lafiryndami, dzięki którym się zabłąkał i wykołował, wuj był wielkim amatorem i wybitnym znawcą i ciała, i duszy kobiety. Z jego licznych pogadań, mających na celu przysposobienie mnie do życia w pełnoletności, pamiętam dla przykładu kanon piękna kobiety, który zasadzał się na trzech elementach: rosyjskie nogi, ukraińskie piersi i mołdawska twarz. Co się tyczy urody nóg, według kanonu wuja „piękna damska nóżka powinna mieć kształt odwroconej butelki od szampana. Ma być pełna pod kolaniem i wąska w pęcinie”. Wuj przestrzegał mnie też przed sekretną bronią kobiet, wobec której „wszelki mężczyzna staje się bezbronny jak dziecko”. Chodziło o to, bym nie patrzył na kark kobiety wysoko upinającej włosy, gdyż widok tej części ciała prawdziwie ogłupia mężczyznę, czyni go całkowicie bezbronny i rzuca na żer. Zdaniem wuja ani tyłeczki, ani piersi czy brzuszki nie zawierają takiej porcji seksu, jak zgrabny karczek damy i kolano w przegubie od tyłu! A dla posumowania mówił: – *Piersi pięknej kobiety, pazury tygrysa, pieniądze skąpca – to rzeczy, których nie waz się dotknąć, dopóki nie umrze ten, co je posiada. Jeśli zaś chcesz wyjątkowo okrutnie zemścić się na przyjacielu, który porwał ci żonę, zostaw mu ją!* ■

* Powoli

** Ziemia i gospodarstwo rolne

*** Karolina Zimayer, słynna przed I wojną światową tancerka operetkowa i kabaretowa

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY
504 246 206



REKLAMA



Fot. archiwum

Mistrzyni świata z WUM

Katarzyna Luterek, adiunkt w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, została mistrzynią świata w slalomie gigancie, wicemistrzynią świata w supergigancie i zdobywczynią brązowego medalu w slalomie specjalnym podczas Mistrzostw Świata Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, które odbywały się w od 14 do 17 marca 2018 r. w Bad Gastein w Austrii. Pani doktor reprezentowała Medical Ski Team Poland. ■ **kw**



Fot. R. Nictorski

Popularyzacja biegania, integracja środowiska lekarzy, upamiętnienie radomskich wydarzeń Czerwca '76, promocja Radomia – to główne cele 5. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie, które zostaną rozegrane 24 czerwca. Zapisy już trwają.

Rywalizacja medyków tradycyjnie będzie towarzyszyła Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76 – imprezie, która każdego roku bije rekordy frekwencji i zyskuje coraz bardziej entuzjastyczne opinie miłośników biegania. Licząca 21 km i 97,5 m trasa prowadzi najładniejszymi ulicami i parkami Radomia, a meta zlokalizowana jest na stadionie MOSiR im. Marszałka J. Piłsudskiego, dzięki czemu finiszujący uczestnicy zmagają mogą liczyć na gorący doping publiczności zgromadzonej na trybunach.

W mistrzostwach organizowanych przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Stowarzyszenie „Biegiem Radom!” mogą wziąć udział lekarze

i lekarze dentyści, którzy mają prawo wykonywania zawodu na terenie RP (w zgłoszeniu należy podać numer prawa wykonywania zawodu) oraz dysponują aktualnymi badaniami lekarskimi lub podpiszą oświadczenie o stanie zdrowia.

Do 21 czerwca można zgłaszać się elektronicznie na stronie www.polmaratonradom.pl, a 23 i 24 czerwca osobiście, w biurze zawodów. Opłaty startowe wynoszą: 30 zł – w przypadku płatności przelewem do 30 kwietnia, 50 zł – wpłata do 21 czerwca, i 70 zł – gotówką w biurze zawodów.

Przewidziano trzy klasyfikacje wiekowe dla kobiet i mężczyzn: 25–39 lat, 40–59, 60 i powyżej. Zwycięzcy otrzymają puchary i nagrody rzeczowe, wszyscy uczestnicy okolicznościowe koszulki, a osoby, które dobiegną do mety, także pamiątkowe medale.

Więcej informacji można uzyskać pod numerami telefonów: 48-331-36-62, 603-589-632 lub pisząc pod adresem: timdor@poczta.onet.pl. ■ **raf**



Inkowie z Quito

Jacek Walczak

Chinchasuyo (Północna Kraina) to jeden z czterech regionów tworzących dawne imperium Inków – Tahuantinsuyo (Państwo Czterech Stron Świata), podzielone tak przez największego ich króla – Pachacúteka. Obejmowała niemal cały dzisiejszy Ekwador, część Kolumbii, Peru, Chile i Argentyny. Z Inkami rywalizowali Cañari. Inna zaawansowana cywilizacja była dziełem Indian Cara, którzy dotarli w te rejony drogą morską, by osiąść w wysokich górach. Później z wojowniczym ludem Puruhá stworzyli rodzaj federacyjnego królestwa ze stolicą w Quito.

W połowie XV w. Inkowie zaczęli rozbudowywać swoje imperium. Mimo liczebnej przewagi, unikali starć bitewnych z sąsiadami. Jednak około 1460 r. Tupac Yupanqui (pierwotny Pachacúteka) wyruszył na podbój sąsiedniego królestwa. Po kilku latach waleczni wojownicy Cañari w końcu ulegli przeważającemu liczebnie przeciwnikowi. Zwycięski Tupac Yupanqui rozkazał wymordować męskich przedstawicieli pokonanego ludu. Hiszpański kronikarz Cieza de León odnotował w 1547 r., że na piętnaście kobiet przypadał tam już tylko jeden mężczyzna.

Zwycięska kampania Inków nie zakończyła się zajęciem Quito. Minęło jeszcze wiele lat, zanim pochód Inków wzdłuż Andów tam dotarł. Miasto poddało się dopiero w 1492 r. Walki w królestwie trwały jeszcze 17 lat, aż kolejny król Inków Huayna Capac zdobył stolicę ludu Cara. Do prowincji masowo ściągali z dalekiego południa Indianie Keczua, którzy wprowadzili nieznanym miejscowym metody gospodarowania, odmiany roślin i gatunki zwierząt. Zbudowano drogę łączącą Cusco z Quito (1980 km). Huayna Capac na swojego następcę w Cusco namaścił syna Hascara. Sam większość czasu spędzał w Quito, gdzie związał się z Tozto Pallą, córką ostatniego tamtejszego władcy. Z tego związku urodził się Atahualpa. Imperium Inków osiągnęło szczyt świetności. Jednak wkrótce powstańcy przynieśli władcy złowrogie wieści o bladoliczych, brodatych ludziach z piorunami w rękach, którzy na skrzydlatych okrętach wylądowali w Tumbes. Król zmarł na nieznaną chorobę, pozostawiając imperium rozdarte konfliktem między przyrodnymi braćmi z Cusco i Quito. Francisco Pizarro zajął w 1533 r. inkaską stolicę Cusco i na trzy wieki zapanowały nowe porządki zaprowadzone przez konkwistadorów z Hiszpanii.

Kiedy Pizarro wędrował na południe do Cusco, Sebastian de Benalcázar wyruszył do Quito. Inkowie stawili zacięty opór nieopodal Riobamby, niemniej jednak po 1534 r. z państw Cara i Inków nie pozostało nic. Na ruinach Quito powstała kolonialna miejscowość Villa de San Francisco de Quito. Najstarszy kościół, El Monasterio de San Francisco, poświęcony patronowi Quito, zbudowano zaledwie 50 lat po podboju tych ziem. Jezuicką świątynię, La Compañía de Jesus, budowano 163 lata. Złote ornamenty, wykwitne freski, a przede wszystkim kolekcja dzieł sztuki ze „szkoły quiteńskiej” czynią z niej jedną z najbardziej ozdobnych budowli sakralnych w Ameryce Łacińskiej. Kościół jest



arcydziełem kolonialnej sztuki baroku i nieprzypadkowo nazywany bywa „Kaplicą Sykstyńską z Quito”. Stara część miasta została w 1978 r. wpisana na Listę dziedzictwa kulturowego ludzkości UNESCO (tego samego dnia co Stare Miasto Krakowa). Spokoju Quito strzeże figura Matki Boskiej Amerykańskiej umieszczona na wznoszącym się nad miastem wzgórzu Panecillo. To nietypowa figura, wykonana z tysięcy aluminiowych płytek. Jako jedyna na świecie przedstawia Madonnę z anielskimi skrzydłami.

Po pierwszych budowniczych Quito praktycznie nie ma śladu, aczkolwiek na ulicach miasta często można spotkać Indian ubranych w wyjątkowo barwne stroje. Są wciąż na swojej ziemi. ■





Janusz Stokalski (1933–2018)

Ojciec Janusza był magistrem farmacji i właścicielem apteki w Łłowie koło Sochaczewa, a kiedy po wojnie apteka przeszła na własność państwa – jej kierownikiem. Matka wcześniej osierociła Janusza, nie miał jeszcze 10 lat, gdy zmarła. Kiedy w czasie okupacji Łłów został włączony do Rzeszy, Janusz uczył się w domu, korzystając jedynie z pomocy przygodnych nauczycieli. Po zakończeniu wojny został uczniem Gimnazjum i Liceum im. Małachowskiego w Płocku – najstarszej szkoły średniej w Polsce. Z jej ukończenia był bardzo dumny. Studia medyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie odbył w latach 1952–1958. Po studiach służył w wojsku. Był lekarzem w jednostce lotniczej pod Radomiem.

Pracował kolejno: na stanowisku kierownika ośrodka zdrowia w Wolanowie koło Radomia, w Akademickiej Służbie

Zdrowia jako kierownik przychodni studenckiej przy SGPiS w Warszawie, jako kierownik poradni higieny pracy w Żoliborskiej Przemysłowej Służbie Zdrowia. Uzyskał specjalizację z medycyny przemysłowej. Dwukrotnie pracował jako lekarz na kontraktach w Libii.

Był człowiekiem dobrym, życzliwym, wiernym w przyjaźni, o wysokiej kulturze osobistej, oddanym ukochanej żonie, córce, wnuczkom oraz licznym przyjaciółom.

Przyjaciele ze studiów



Z żalem żegnamy
dr n. med. Melanię Smolarską

zmarłą 28 marca 2018 r.,

naszą Koleżankę
z Zakładu Ortodoncji
Instytutu Stomatologii
Akademii Medycznej w Warszawie

Basia, Hanka, Danusia, Kasia, Marysia

Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

serdecznie zaprasza lekarzy i wszystkich posługujących chorym na comiesięczne spotkanie śródowe

„Nie tylko lekarze ciała, ale i całego człowieka”

23.05.2018 r.

18.00 – msza święta w kościele św. Zygmunta w Warszawie, pl. Konfederacji 55.

19.00 – spotkanie w sali Świętej Rodziny (obok zakrystii) i konferencja
red. Elżbieta Ruman: „Terapie duszy i ciała św. Hildegardy z Bingen, doktora Kościoła”.



Chór OIL w Warszawie *Medicantus* zaprasza wszystkich chętnych do śpiewania w naszym zespole w każdy poniedziałek, w godz. 19.00–21.30, do Szpitala Pediatricznego WUM, wejście od ul. Pawińskiego, I p., sala nr 1.

kb



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

28 lutego 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 450, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 7 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

1 marca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 27 lutego 2018 r. w sprawie badań lekarskich osoby zatrzymanej przez funkcjonariuszy Służby Celno-Skarbowej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 446.

Rozporządzenie określa:

- tryb przeprowadzania badań lekarskich osoby zatrzymanej przez funkcjonariuszy Służby Celno-Skarbowej,
- przypadki uzasadniające potrzebę niezwłocznego udzielenia osobie zatrzymanej pierwszej pomocy medycznej lub poddania jej niezbędnym badaniom lekarskim,
- czas i organizację badań lekarskich oraz sposób ich dokumentowania.

Osobę zatrzymaną poddaje się niezbędnym badaniom lekarskim, w przypadku gdy:

- została jej udzielona pierwsza pomoc lub kwalifikowana pierwsza pomoc,
- zachodzi uzasadniona obawa, że znajduje się w stanie zagrażającym jej życiu lub zdrowiu,
- oświadczyła, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego leczenia, którego przerwanie zagrażałoby jej życiu lub zdrowiu,
- z posiadanych przez Krajową Administrację Skarbową informacji lub okoliczności zatrzymania wynika, że może być chora na chorobę zakaźną w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- jest kobietą w ciąży.

Badanie lekarskie osoby zatrzymanej przeprowadza się po dokonaniu niezbędnych czynności związanych z zatrzymaniem. Natomiast w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia osoby zatrzymanej badanie może być wykonane w czasie prowadzenia tych czynności.

Osoba zatrzymana jest kierowana na badanie lekarskie na podstawie pisemnego wniosku kierownika komórki organizacyjnej, w której pełnią służbę funkcjonariusze Służby Celno-Skarbowej dokonujący zatrzymania, lub upoważnionego przez niego funkcjonariusza. Wzór wniosku o przeprowadzenie badania lekarskiego osoby zatrzymanej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia osoby zatrzymanej wniosek może być złożony w formie ustnej. Kierownik komórki organizacyjnej niezwłocznie potwierdza w formie pisemnej treść wniosku.

Badanie lekarskie osoby zatrzymanej przeprowadza lekarz udzielający jej świadczeń zdrowotnych na miejscu lub lekarz najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, właściwego ze względu na stan zdrowia tej osoby.

Kierownik komórki organizacyjnej zapewnia przewiezienie osoby zatrzymanej do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu przeprowadzenia badania lekarskiego.

W przypadku gdy stan zdrowia osoby zatrzymanej wskazuje na potrzebę zapewnienia specjalnych warunków transportu, przewiezienia dokonuje się specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego.

Osobie zatrzymanej udziela się niezwłocznie pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy w przypadku, gdy znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, określonego w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Po przeprowadzeniu badania lekarskiego osoby zatrzymanej lekarz wydaje zaświadczenie lekarskie o istnieniu albo braku przeciwwskazań medycznych do zatrzymania. Zaświadczenie dołącza się do dokumentacji sporządzonej w związku z zatrzymaniem osoby. Wzór zaświadczenia lekarskiego o istnieniu albo braku przeciwwskazań medycznych do zatrzymania określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

W przypadku gdy osoba zatrzymana swym zachowaniem uniemożliwia lub nie wyraża zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego, lekarz odnotowuje ten fakt w zaświadczeniu lekarskim.

2 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 465, obwieszczenie ministra zdrowia z 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.



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



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



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

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

3 marca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 469.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, priorytety zdrowotne, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Wydając rozporządzenie, minister zdrowia uwzględnia także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych oraz wyniki monitorowania ich aktualności.

Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego jest jego ocena uwzględniająca wpływ na poprawę zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych.

Rozporządzenie ustala następujące priorytety zdrowotne:

- zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cukrzycy,
- rehabilitację,
- przeciwdziałanie występowaniu otyłości,
- ograniczanie następstw zdrowotnych stosowania substancji psychoaktywnych lub uzależnienia od tych substancji,
- zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii,
- tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania,
- poprawa jakości opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3,
- poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia,
- zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.

6 marca r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 481, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 9 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

7 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 496, obwieszczenie ministra zdrowia z 9 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

12 marca r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 511, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 7 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

16 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 558, obwieszczenie ministra zdrowia z 27 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie centrum urazowego dla dzieci.

20 marca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 8 marca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 571.

Przepisy zmienianego rozporządzenia stosuje się po raz pierwszy do:

- rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na rok 2018,
- sprawozdań miesięcznych o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz o przychodach i kosztach wynikających z realizacji zadań polegających na finansowaniu wymienionych w rozporządzeniu świadczeń opieki zdrowotnej, składanych za styczeń 2018 r.

22 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 593, obwieszczenie ministra zdrowia z 21 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru wniosku o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego.

23 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 605, obwieszczenie ministra zdrowia z 27 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości.

26 marca r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 617, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 1 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

27 marca 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 619, obwieszczenie ministra sprawiedliwości z 12 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu sędziego.

1 kwietnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 marca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 657.

Zmiana rozporządzenia dotyczy:

- **wykazu świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych** oraz warunków ich realizacji, w części „M. Badania genetyczne”, w której dodaje się diagnostykę cukrzycy monogenowej, a w części „VII. Świadczenia medycyny nuklearnej” dodaje się diagnostykę zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków,
- **wykazu świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych** oraz warunków ich realizacji, w którym dodaje się hemodiafiltrację (hdf)
 - system ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (cgm-rt) u dzieci i młodzieży do 26. roku życia z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej, i leczenie chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne z zastosowaniem znakowanych radioizotopowo analogów somatostatyny oraz wprowadza zmiany w pozycji dotyczącej teleradioterapii konformalnej z monitorowaniem TK i brachyterapii z planowaniem 3D, w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

30 kwietnia 2018 r. wchodzi w życie ustawa z 6 marca 2018 r.: Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 650, oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej.

Ustawa wprowadza zmiany w **ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty**.

Kształcenie podyplomowe wykonywane przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

Organ prowadzący rejestr wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru oraz prostuje wpis do rejestru zawierający oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym. Jest obowiązany dokonać wpisu wnioskodawcy do rejestru w terminie 7 dni od dnia wpływu do niego wniosku o wpis wraz z oświadczeniem dotyczącym spełnienia warunków prowadzenia kształcenia.

Jeżeli organ prowadzący rejestr nie dokona wpisu w tym terminie, a od dnia wpływu wniosku do tego organu minęło 14 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin 7 dni na dokonanie wpisu biegnie odpowiednio od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.

Organizator kształcenia zostaje usunięty z rejestru w przypadku uzyskania przez organ prowadzący rejestr informacji o jego zgonie lub informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu organizatora kształcenia.

W przypadku podjęcia uchwały o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru, jeżeli organizator kształcenia wykonuje działalność gospodarczą objętą wpisem także na podstawie wpisów do innych rejestrów działalności regulowanej w tym samym zakresie działalności gospodarczej, z urzędu wykreśla się organizatora kształcenia także z tych rejestrów.

Ustawa wprowadza również zmiany w **ustawie o działalności leczniczej**.

Podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.

Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

Nie stanowi działalności regulowanej, w rozumieniu ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, działalność lecznicza:

- podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej,
- podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej,
- wykonywana jako:
 - a) działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, chyba że zachodzą przesłanki dotyczące odpłatnej działalności stanowiącej działalność gospodarczą,
 - b) działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

Do działalności leczniczej, o której mowa wyżej, stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy – Prawo przedsiębiorców.

Organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru z oświadczeniem o spełnieniu warunków prowadzenia działalności.

Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w tym terminie, a od dnia wpływu wniosku do tego organu minęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawi-



**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

domieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin dokonania wpisu biegnie od dnia wpływu uzupełnionego wniosku.

Organ prowadzący rejestr wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru.

W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru nie wpisuje się numeru REGON.

Organ prowadzący rejestr prostuje z urzędu wpis do rejestru zawierający oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym.

Podmiot zostaje wykreślony z rejestru m.in. w przypadku uzyskania przez organ prowadzący rejestr informacji o zgonie podmiotu lub informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu podmiotu.

Przepis dotyczący wykreślenia z rejestru stosuje się odpowiednio, w przypadku gdy podmiot wykonuje działalność leczniczą objętą wpisem także na podstawie wpisów do innych rejestrów działalności regulowanej w tym samym zakresie działalności gospodarczej.

Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

W zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się do kontroli, o której mowa wyżej, przepisy ustawy – Prawo przedsiębiorców.

30 kwietnia 2018 r. wchodzi w życie ustawa z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 646.

Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

Przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą. Przedsiębiorcami są także wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.

Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

Na straży praw mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców stoi rzecznik małych i średnich przedsiębiorców.

Działalność gospodarczą można podjąć w dniu złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo po dokonaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

Przedsiębiorca będący osobą fizyczną, który podejmuje działalność gospodarczą po raz pierwszy albo podejmuje ją ponownie po upływie co najmniej 60 miesięcy od dnia jej ostatniego zawieszenia lub zakończenia i nie wykonuje jej dla byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywał w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące

w zakres wykonywanej działalności gospodarczej, **nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym przez okres 6 miesięcy od dnia podjęcia działalności gospodarczej.**

Przedsiębiorca może zrezygnować z tego uprawnienia przez dokonanie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych.

Dokonywanie lub przyjmowanie płatności związanych z wykonywaną działalnością gospodarczą następuje za pośrednictwem rachunku płatniczego przedsiębiorcy, w każdym przypadku gdy:

- stroną transakcji, z której wynika płatność, jest inny przedsiębiorca oraz
- jednorazowa wartość transakcji, bez względu na liczbę wynikających z niej płatności, przekracza 15 tys. zł lub równowartość tej kwoty.

Identyfikacja przedsiębiorcy w urzędowych rejestrach następuje na podstawie numeru identyfikacji podatkowej (NIP).

Przedsiębiorca umieszcza w oświadczeniach skierowanych w zakresie wykonywanej działalności gospodarczej do oznaczonych osób i organów numer identyfikacji podatkowej oraz posługuje się nim w obrocie prawnym i gospodarczym.

Przedsiębiorca oferujący towary lub usługi w sprzedaży bezpośredniej lub sprzedaży na odległość za pośrednictwem środków masowego przekazu, sieci teleinformatycznych lub druków bezadresowych umieszcza w ofercie co najmniej swoją firmę, numer identyfikacji podatkowej (NIP) oraz siedzibę albo adres.

Przy załatwianiu spraw organ może żądać od przedsiębiorcy, dla celów identyfikacji, podania wyłącznie firmy przedsiębiorcy oraz numeru identyfikacji podatkowej.

Przedsiębiorca niezatrudniający pracowników może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej.

Z tego uprawnienia może skorzystać również przedsiębiorca zatrudniający wyłącznie pracowników przebywających na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie wychowawczym lub urlopie rodzicielskim niełączących korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu. W przypadku zakończenia korzystania z urlopow lub złożenia przez pracownika wniosku dotyczącego łączenia korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu pracownik ma prawo do wynagrodzenia jak za przestój, określonego przepisami prawa pracy, do zakończenia okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej.

Przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą jako wspólnik spółki cywilnej oraz poza tą spółką może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej w jednej z tych form.

Przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą jako wspólnik w więcej niż jednej spółce cywilnej może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej w jednej lub kilku takich spółkach.

W przypadku wykonywania działalności gospodarczej w spółce cywilnej zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej jest skuteczne pod warunkiem jej zawieszenia przez wszystkich wspólników.

Przedsiębiorca wpisany do CEIDG może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na czas nieokreślony albo określony, nie krótszy jednak niż 30 dni.

Przedsiębiorca wpisany do rejestru przedsiębiorców KRS może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres od 30 dni do 24 miesięcy.

Jeżeli okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej obejmuje wyłącznie pełny miesiąc luty danego roku kalendarzowego, za minimalny okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przyjmuje się liczbę dni lutego przypadającą w danym roku kalendarzowym.

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej oraz wznowienie wykonywania działalności gospodarczej następują na wniosek przedsiębiorcy, chyba że przepis odrębny stanowi inaczej.

W przypadku przedsiębiorcy wpisanego do CEIDG okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej i trwa do dnia wskazanego w tym wniosku albo do dnia wskazanego we wniosku o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej.

W przypadku przedsiębiorcy wpisanego do rejestru przedsiębiorców KRS okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej, nie wcześniej niż w dniu złożenia wniosku, i trwa do dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej, który nie może być wcześniejszy niż dzień złożenia wniosku.

W okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorca nie może wykonywać działalności gospodarczej i osiągać bieżących przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej.

W okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorca:

- może wykonywać wszelkie czynności niezbędne do zachowania lub zabezpieczenia źródła przychodów, w tym rozwiązywania zawartych wcześniej umów,
- może przyjmować należności i jest obowiązany regulować zobowiązania, powstałe przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- może zbywać własne środki trwałe i wyposażenie,
- ma prawo albo obowiązek uczestniczyć w postępowaniach sądowych, postępowaniach podatkowych i administracyjnych związanych z działalnością gospodarczą wykonywaną przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- wykonuje wszelkie obowiązki nakazane przepisami prawa,
- może osiągać przychody finansowe, także z działalności prowadzonej przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- może zostać poddany kontroli na zasadach przewidzianych dla przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą.

Z chwilą wykreślenia z CEIDG przedsiębiorca będący osobą fizyczną nie może wykonywać działalności gospodarczej.

Właściwi ministrowie oraz organy upoważnione do opracowywania i przedkładania Radzie Ministrów projektów aktów prawnych są uprawnione w zakresie swojej właściwości, z urzędu lub na wniosek rzecznika małych i średnich przedsiębiorców, do wyjaśnienia przepisów regulujących podejmowanie, wykonywanie lub zakończenie działalności gospodarczej, dotyczące praktycznego ich stosowania (objaśnienia prawne), przy uwzględnieniu orzecznictwa sądów, Trybunału Konstytucyjnego i Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej.

Objaśnienia prawne są zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego właściwego ministra lub na stronie upoważnionego organu.

Przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu lub właściwej państwowej jednostki organizacyjnej wniosek o wydanie wyjaśnienia (interpretacji indywidualnej) co do zakresu i sposobu stosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie.

Przedsiębiorca we wniosku o wydanie interpretacji indywidualnej przedstawia zaistniały stan faktyczny lub zdarzenie przyszłe oraz własne stanowisko w sprawie.

Wniosek o wydanie interpretacji indywidualnej zawiera także firmę przedsiębiorcy, numer identyfikacji podatkowej, adres do korespondencji, w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby, albo adres zamieszkania przedsiębiorcy.

Wykonywanie działalności gospodarczej w dziedzinach mających szczególne znaczenie ze względu na bezpieczeństwo państwa lub obywateli albo inny ważny interes publiczny wymaga uzyskania koncesji wyłącznie, gdy działalność ta nie może być wykonywana jako wolna albo **po uzyskaniu wpisu do rejestru działalności regulowanej**, albo zezwolenia.

Jeżeli odrębne przepisy stanowią, że dany rodzaj działalności jest działalnością regulowaną, przedsiębiorca może ją wykonywać, jeśli spełnia warunki określone tymi przepisami i po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru działalności regulowanej.

Organ prowadzący rejestr działalności regulowanej dokonuje wpisu na wniosek przedsiębiorcy, po złożeniu przez przedsiębiorcę do organu prowadzącego rejestr działalności regulowanej oświadczenia o spełnieniu warunków wymaganych prawem do wykonywania tej działalności. Przedsiębiorca podlegający wpisowi do CEIDG może złożyć wniosek z oświadczeniem również w urzędzie gminy, wskazując organ prowadzący rejestr działalności regulowanej.

Organ prowadzący rejestr działalności regulowanej, w drodze decyzji, odmawia wpisu przedsiębiorcy do rejestru:

- jeżeli wydano prawomocne orzeczenie zakazujące przedsiębiorcy wykonywania działalności gospodarczej objętej wpisem,
- jeżeli przedsiębiorcę wykreślono z rejestru tej działalności regulowanej w wyniku wydania przez organ prowadzący rejestr decyzji o zakazie wykonywania przez przedsiębiorcę działalności objętej wpisem w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku,
- w przypadkach określonych w odrębnych przepisach.

Rejestry działalności regulowanej są jawne. Dane z rejestrów dotyczące firmy przedsiębiorcy oraz jego numeru identyfikacji podatkowej są udostępniane w sieci teleinformatycznej. Organ może udostępnić w sieci teleinformatycznej także inne dane, z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych.

Dla przedsiębiorcy wpisanego do rejestru prowadzi się akta rejestrowe, obejmujące w szczególności dokumenty stanowiące podstawę wpisu oraz decyzje dotyczące wykreślenia wpisu.

Przedsiębiorca przechowuje wszystkie dokumenty niezbędne do wykazania spełniania warunków wymaganych prawem do wykonywania działalności regulowanej. Spełnianie przez

przedsiębiorcę warunków wymaganych prawem do wykonywania działalności regulowanej podlega kontroli, w szczególności przez organ prowadzący rejestr tej działalności.

Osoby upoważnione przez organ rejestrowy do dokonywania kontroli są uprawnione w szczególności do:

- wstępu na teren nieruchomości, obiektu, lokalu lub ich części, gdzie jest wykonywana działalność gospodarcza objęta koncesją, w dniach i w godzinach, w których ta działalność jest wykonywana lub powinna być wykonywana,
- żądania ustnych lub pisemnych wyjaśnień, okazania dokumentów lub innych nośników informacji oraz udostępnienia danych mających związek z przedmiotem kontroli.

W przypadku stwierdzenia podczas kontroli uchybień organ rejestrowy może wezwać przedsiębiorcę do ich usunięcia w wyznaczonym terminie.

Odrębne przepisy określają w szczególności warunki wymagane prawem do wykonywania działalności regulowanej oraz tryb uzyskiwania wpisu do rejestru działalności regulowanej i wykreślenia z tego rejestru.

Organ kontroli zawiadamia przedsiębiorcę o zamiarze wszczęcia kontroli. Podejmuje się ją nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli. Jeżeli nie zostanie podjęta w terminie 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, jej wszczęcie wymaga ponownego zawiadomienia.

Kontrolę przeprowadza się w siedzibie przedsiębiorcy lub w miejscu wykonywania działalności gospodarczej oraz w godzinach pracy lub w czasie faktycznego wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę.

Za zgodą lub na wniosek przedsiębiorcy kontrolę przeprowadza się w miejscu przechowywania dokumentacji, m.in. ksiąg podatkowych, innym niż siedziba lub miejsce wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli to usprawni prowadzenie kontroli.

Za zgodą przedsiębiorcy kontrola lub poszczególne czynności kontrolne mogą być przeprowadzane również w siedzibie organu kontroli, jeżeli to usprawni prowadzenie kontroli.

Dokumenty oraz informacje zebrane w toku czynności wykonywanych przez organ kontroli z naruszeniem omówionych przepisów nie stanowią dowodu w postępowaniu kontrolnym.

Nie można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jednej kontroli działalności przedsiębiorcy, z wyłączeniem przypadków określonych w ustawie.

Czas trwania wszystkich kontroli organu kontroli u przedsiębiorcy w jednym roku kalendarzowym nie może przekraczać od 12 do 48 dni roboczych, w zależności od wielkości przedsiębiorcy, z wyłączeniem przypadków określonych w ustawie.

Przepisów tych nie stosuje się do kontroli działalności leczniczej, wykonywanej przez organ prowadzący rejestr, wojewodę i podmiot tworzący w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej.

Ponadto przepisów dotyczących równoczesnego prowadzenia kontroli oraz czasu jej trwania nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców przeprowadzanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. ■



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.

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

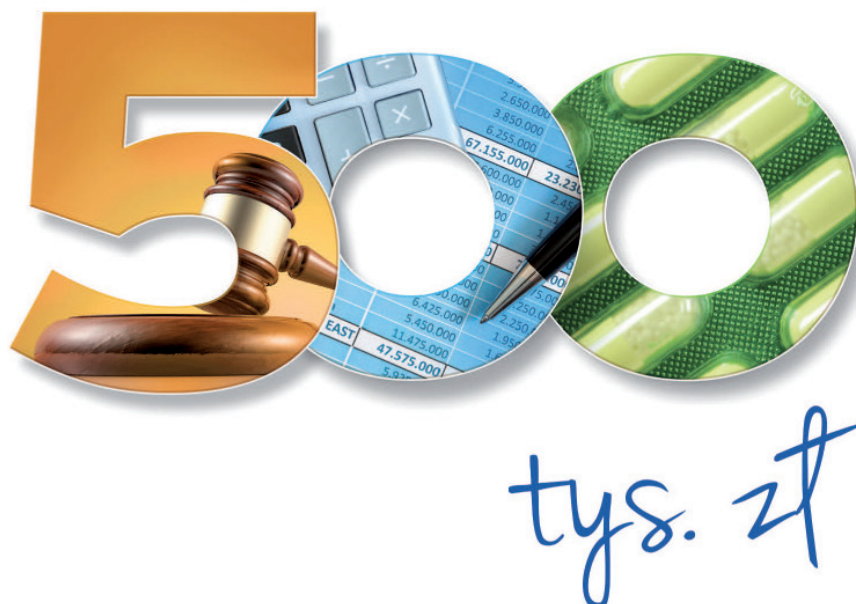
- ➔ Warunki programu są zgodne z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Do zawarcia takiego ubezpieczenia zobowiązani są lekarze i lekarze dentyści, 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, 508-725-727,
e-mail: lekarz.medbroker@pl.april.com



Solidne podejście do Kredytu dla Profesjonalistów



Przed Państwem preferencyjna oferta dla wybranych grup zawodowych¹ –
Kredyt dla Profesjonalistów.

Pozwala on na łatwe i szybkie sfinansowanie dowolnego celu związanego z rozwojem bieżącej działalności lub na refinansowanie kredytów zaciągniętych w innych bankach, przeznaczonych na działalność gospodarczą.

Kredyt dla Profesjonalistów to:

- kwota kredytu aż do **500 000 PLN**,
- okres kredytowania do **12 lat**,
- brak wymaganego wkładu własnego oraz biznesplanu.

Zapraszamy do kontaktu!

Kamil Szcześniak

Dyrektor Oddziału

tel. 510 001 389

Deutsche Bank Polska S.A.

ul. Górczewska 97, Warszawa



Niniejsza treść nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Ma ona charakter wyłącznie informacyjny. Bank uzależnia przyznanie kredytu od oceny zdolności kredytowej Klienta.

¹ Kredyt na kwotę 500 000 zł z okresem kredytowania do 144 mies. przeznaczony jest dla wybranych zawodów: biegły rewident, księgowy, doradca podatkowy, prawnik, radca prawny, notariusz, adwokat, weterynarz, lekarz, dentyista. Dla pozostałych zawodów: technik dentyistyczny, farmaceuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, protetyk, psycholog, architekt, inżynier budownictwa, kierownik budowy, geodeta, rzeczoznawca majątkowy, zarządca nieruchomości, tłumacz przysięgły, optyk, informatyk, dostępny jest kredyt na kwotę do 400 000 zł z okresem kredytowania do 120 mies. Warunkiem skorzystania z oferty kredytu jest konieczność dostarczenia dokumentów potwierdzających kondycję finansową prowadzonej działalności gospodarczej lub spółki. W celu skorzystania z kredytu osoba wykonująca jeden z ww. zawodów musi jednocześnie prowadzić jednoosobową działalność gospodarczą lub wchodzić w skład spółki osobowej (cywilnej, jawnej, partnerskiej) lub spółki kapitałowej, gdzie przedsiębiorca prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą lub większość wspólników wymienionych spółek należy do jednej ze wskazanych grup zawodowych (legitymują się prawem do wykonywania zawodu), oraz prowadzić działalność związaną z posiadanym/wykonywanym zawodem.

Zaciągnięcie kredytu oprocentowanego stopą zmienną wiąże się z ryzykiem wzrostu stopy procentowej, a tym samym możliwością ponoszenia w czasie zwiększonych kosztów miesięcznych rat kredytu. Deutsche Bank Polska S.A., ul. Lecha Kaczyńskiego 26, 00-609 Warszawa