

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

puls

lipiec – sierpień 2018

Nowe otwarcie

[str. 6]

IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

[str. 8]

Walczmy z hejtem

[str. 20]

Koniec Zachodu

[str. 44]





Rodzinny festyn

Po raz pierwszy w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zorganizowano Rodzinny Lekarski Dzień Dziecka pod hasłem „Ruch – zdrowie – zabawa”. 2 czerwca zaproszono wszystkie dzieci i wnuki lekarzy oraz lekarzy dentystów, od najmłodszych do najstarszych. Także rodzice bawili się doskonale.

Imprezie sprzyjała słoneczna pogoda. Na podwórzu izby, które na co dzień służy jako parking, zorganizowano dla maluchów kąpiel z zabawkami, niestrudzone animatorki aranżowały dla dzieci tańce i zabawy z wielkimi bańkami mydlnymi, chętnym malowały twarze itp. Zachętom do tańca uległy nawet młode mamy, z niemowlakami noszonymi w chustach. Wielki bufet był wypełniony owocami, tym co najzdrowsze, oferowano m.in. soki, sałatki i lody. W jednej z sal izby odbywały się warsztaty plastyczne, dzieci malowały i lepily drobne formy rzeźbiarskie z ekologicznych materiałów. Na koniec rozlosowano upominki w postaci ziół i książek.

Piękna integracyjna impreza przybliżyła izbę młodym lekarskim rodzinom. Z pewnością wiele biegających beztrako po dziedzińcu dzieci decydować będzie kiedyś o przyszłości medycyny.

W izbie chyba po raz pierwszy było tak gwarno, wesoło i kolorowo! ■

mkr







Nr 7-8/2018 (279-280),
lipiec – sierpień 2018

Na okładce:

Ilustracja autorstwa Daniela Garcii

W numerze m.in.:

▶ Rodzinny festyn	1
▶ Gorące lato wokół ustawy...	4
▶ Nowe otwarcie	6
▶ IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	8
▶ Ponowne wybory ORL	11
▶ Prezydium ORL	12
▶ XIV Krajowy Zjazd Lekarzy	14
▶ Gdzie przebiega granica wolności słowa	18
▶ Walczmy z hejtem	20
▶ Udzielanie świadczeń zdrowotnych pozbawionym...	21
▶ u nas w samorządzie	22
▶ leczmy ból	24
▶ Goniec Medyczny	24, 39
▶ Rak nie chce czekać	25
▶ Potrzebne są radykalne zmiany w zakresie interny	26
▶ <i>Dum spiro spero</i>	28
▶ Doniesienia naukowe z Mazowsza	30
▶ o tym się mówi	36
▶ Nasi mistrzowie w anegdocie	38
▶ Zwolnij swojego szefa	40
▶ Posłuchać, zobaczyć...	42
▶ Sto lat warszawskiej farmakologii	44
▶ lektury	46
▶ literatura i życie	47
▶ ciekawe miejsca	51
▶ sport	52
▶ wspomnienia	53
▶ nowe przepisy prawne	54
▶ felietony:	58
▶ Balicki	17
▶ Walewski	17
▶ Kowal	44
▶ Jankowska	45
▶ Ciepły	49
▶ Müldner-Nieckowski	49

Panta rhei kai ouden menei

Chóć sezon ogórkowy tuż, tuż, w naszej izbie nikt nie myśli o wakacjach. Nowe władze mają ambitne plany, stoją przed nimi duże wyzwania. Wiele problemów służby zdrowia pozostaje wciąż nierozwiązanych, mimo olbrzymiego wysiłku środowiska. Czy rezydenci mogą być spokojni, że ich postulaty zawarte w porozumieniu z ministrem zdrowia będą realizowane? Pytanie to narzuca się, gdy czytamy w „Pulsie” artykuł Małgorzaty Soleckiej „Gorące lato wokół ustawy 6 proc. PKB”, a także wypowiedź Jarosława Bilińskiego, która będzie zapewne dla wszystkich lekarzy niezwykle interesująca. Syntetycznie, w punktach ujęte zagadnienia uświadomiamy skalę i zakres problemów oraz potencjalnie niekorzystne warianty rozwoju sytuacji.

W tym numerze biuletynu wiele miejsca poświęciliśmy agresji w Internecie. Lekarze są szczególnie na nią narażeni zarówno ze względu na bezpośredni charakter ich relacji z pacjentami, jak i powagę problemów. Sieć daje poczucie anonimowości, kontakty stają się powierzchowne, dlatego pacjenci próbują odreagować dzięki niej swoje lęki związane z utratą zdrowia. Z powodu ogromnego zasięgu Internetu niska kultura wypowiedzi upowszechnia się i jest uznawana przez wiele osób za normę. Złe wzorce przestaniają, a nawet całkowicie wypierają zasady dobrego wychowania wyniesione z domu. Ale co zrobimy, gdy grubiaństwo z wszechobecnego Internetu, także coraz częściej pojawiające się w telewizji, niepostrzeżenie wejdzie do naszych domów jako metoda wychowawcza i norma współżycia społecznego? Czy wtedy każda najdrobniejsza różnica zdań, którą moglibyśmy wyjaśnić z drugim człowiekiem z uśmiechem, stanie się pretekstem do aroganckich zachowań, wyzwoli negatywne nastawienie do bliskich w rodzinie i współpracowników w pracy? Fora internetowe pełne są wypowiedzi nacechowanych napastliwością, niekiedy wręcz chamstwem. Środowisko lekarskie, świadome swej spuścizny etosu inteligentnego, zdecydowanie opowiada się za odrzuceniem takiego sposobu bycia.

Ze spraw przyziemnych, lecz niezwykle istotnych dla sprawności systemu ochrony zdrowia: wciąż budzą wiele wątpliwości e-recepty. Do każdej nowości trzeba czasu, by się do niej przyzwyczaić. Stopień komplikacji nowych rozwiązań wymaga cierpliwych i precyzyjnych wyjaśnień. Dlatego kolejny raz staramy się na łamach „Pulsu” przybliżyć Wam, Drodzy Czytelnicy, te przepisy dotyczące e-recept, które dla dużej części lekarzy pozostają nie do końca jednoznaczne.

Czy wszystko uda się rozwiązać dzięki precyzyjnym zapisom prawa? Być może trzeba będzie przywrócić reguły zdrowego rozsądku, jak zrobiono to w przypadku odstąpienia od rygorystycznego przestrzegania wymiarów recept. Podobnych spraw możemy wiele wyłowić w „Gońcu Medycznym”. Za lakonicznymi informacjami kryją się bolączki współczesności. Te krótkie wiadomości nie są li tylko ciekawostkami, przede wszystkim pobudzają do refleksji nad kondycją współczesnego świata i kierunkiem, w którym zmierzamy i będziemy zmierzać w przyszłości.

Pozostawiamy te zagadnienia do przemyślenia Państwu podczas odpoczynku na leżaku lub w przerwie między wakacyjnymi atrakcjami. A że przyszłość to jedynie obietnica naszej wyobraźni, tedy wszystko, od czystości środowiska naturalnego po relacje międzyludzkie, pozostaje w naszych rękach. ■

Redakcja



Gdzie przebiega granica
wolności słowa?
str. 18



Potrzebne są radykalne
zmiany w zakresie interny
str. 26



Nasi mistrzowie
w anegdocie
str. 40



Łukasz Jankowski
prezes ORL w Warszawie

Fot. M. Beczek

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

powoli opada wyborczy kurz. Protest wyborczy i związana z nim konieczność zwołania Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy spowodowały opóźnienie w ukonstytuowaniu się Okręgowej Rady Lekarskiej VIII kadencji. Mieliśmy do czynienia z precedensem, ale teraz możemy być pewni, że wybór nowej rady został dokonany zgodnie z przepisami prawa. To ważne, bo w mojej ocenie na pierwszym miejscu powinniśmy w izbie stawiać przejrzystość i praworządność. Dziękuję delegatom za wysoką frekwencję w powtórzonych wyborach. Wierzę, że dzięki przejściowym trudnościom, a także temu, że udało nam się wyjść z nich obronną ręką, będziemy silniejsi jako samorząd.

Cieszę się, że lekarze pozytywnie oceniają zainicjowane w ostatnich tygodniach programy i wydarzenia skierowane do naszych członków. W ramach programu „Izba dla lekarza” umożliwiliśmy bezpłatną, wygodną rezerwację sal w siedzibie izby, zarówno przez naszą stronę internetową, jak i telefonicznie.

Po raz pierwszy w historii izby zorganizowaliśmy w naszej siedzibie Rodzinny Lekarski Dzień Dziecka. Goście dopisali, a imprezę uznają za bardzo udaną – z przyjemnością patrzyłem na radość bawiących się w izbie dzieci, na zapal, z jakim uczestniczyły w przygotowanych dla nich zajęciach. Cieszyła wspaniała atmosfera, a także pyszne jedzenie. Jestem pewien, że Lekarski Dzień Dziecka na stałe zagości w kalendarzu wydarzeń naszej izby.

Tradycją stają się Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które nasza izba zorganizowała już po raz czwarty. Lekarze dentyści są ważną częścią naszego samorządu, a MSS to właśnie ich święto. Tradycję spotkań warto kontynuować, deklaruje więc, że izba będzie to czynić w kolejnych latach.

Pierwsze tygodnie urzędowania to także pierwsze poważne problemy naszego środowiska, z którymi jako izba musimy i chcemy się mierzyć. Stanowczo popieramy naszych kolegów lekarzy w walce z „lobby antyszczepionkowym”. To temat, w którym nie ma miejsca na wahanie, a głos samorządu powinien być jednoznaczny i odbijać się szerokim echem. Jako izba mamy obowiązek wspierać i bronić kolegów lekarzy, którzy – w trosce o zdrowie swoich pacjentów, działając w poczuciu misji – nie godzą się na głoszenie w przestrzeni publicznej szkodliwych, niezgodnych z EBM poglądów na temat szczepień ochronnych.

Kandydując, słuchałem Państwa i zachęcałem do wspólnego tworzenia naszego samorządu. Teraz nadal proszę o Państwa aktywność i informację, np. kanałami internetowymi, dotyczącą oczekiwanego kierunku zmian w izbie i propozycji poprawy jej funkcjonowania. Izba jest silną siłą zrzeszonych w niej lekarzy. Pozostaniemy w kontakcie. ■



Gorące lato wokół ustawy 6 proc.

Małgorzata Solecka

Nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która wprowadza w życie znaczną część postanowień porozumienia, jakie w lutym minister zdrowia zawarł z Porozumieniem Rezydentów OZZL, powinna wejść w życie 1 lipca.

Czy uda się dotrzymać terminu, skoro w połowie czerwca nie było jeszcze ostatecznego projektu, który uwzględniałby (lub nie) uwagi zgłoszone podczas konsultacji publicznych?

Projekt nowelizacji przewiduje skrócenie o rok dochodzenia do poziomu 6 proc. PKB na zdrowie (ma zostać osiągnięty najpóźniej w 2024). Większość proponowanych przepisów dotyczy jednak sytuacji zawodowej lekarzy: najważniejsze związane są z kwestiami finansowymi. Chodzi o zasady wypłacania i rozliczania dodatków lojalnościowych dla rezydentów oraz wyższych wynagrodzeń dla części specjalistów. Te przepisy mają obowiązywać od 1 lipca i Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że termin nie jest zagrożony, nawet jeśli ustawa zostanie uchwalona później.

Jednocześnie te właśnie przepisy budzą najwięcej kontrowersji. Poważne zastrzeżenia zgłaszali rezydenci, których zdaniem sformułowania zawarte w projekcie mogą sugerować, że resort zdrowia chce zmusić lekarzy do odpracowywania dodatków lojalnościowych (wypłacanych za podpisanie zobowiązania do przepracowania w Polsce minimum dwóch lat z pięciu następujących po zakończeniu specjalizacji) na pełnym etacie w publicznych placówkach ochrony zdrowia.

Kilkutygodniowe zabiegi rezydentów przyniosły efekt w postaci oficjalnego ministerialnego dementi. Minister Łukasz Szumowski powiedział wprost to, co resort zdrowia wcześniej tłumaczył m.in. mediom: nie ma mowy o zobowiązaniu do pracy na etacie (chodzi o wymiar czasu odpowiadający jednemu etatowi), nie ma też mowy o tym, by dodatek trzeba było odrabiać w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Lekarz będzie mógł pracować w publicznym lub prywatnym podmiocie, jednak posiadającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. To tylko częściowo satysfakcjonuje rezydentów, którzy chcieliby, by do odpracowywania bonu liczyła się też praca np. w prywatnym gabinecie lekarskim, funkcjonującym zupełnie poza publicznym systemem. Ale na to, jak wynika zarówno ze słów Łukasza Szumowskiego, jak i rozmów z politykami Prawa i Sprawiedliwości, nie ma szans. Jest natomiast duża szansa, że ostateczna wersja projektu będzie przewidywać rozwiązania pozwalające lekarzom decydować o bardziej dogodnym dla nich rozłożeniu czasu odrabiania bonu, by owe dwa lata można było rozłożyć na cztery lub nawet pięć (oczywiście – w mniejszym wymiarze godzin). Byłoby to rozwiązanie korzystne dla kobiet, które po zakończeniu specjalizacji chciałyby (lub musiały) pracować w mniejszym wymiarze godzin, ze względu na macierzyństwo lub inne zobowiązania rodzinne, ale też dla tych osób, które od razu po specjalizacji zamierzają bardziej poświęcić się rozwijaniu własnej praktyki poza systemem NFZ.

Projekt przewiduje również – w zakresie warunków pracy rezydentów – finansowanie dyżurów (w wymiarze 40 godzin 20 minut miesięcznie) przez Ministerstwo Zdrowia. Resort podkreśla, że z jednej strony ma to zapewnić rezydentom godziwe opłacanie ich pracy (wyeliminowanie przypadków zmuszania rezydentów do praktycznie nieodpłatnego dyżurowania w wymiarze wynikającym z programu specja-

lizacji), z drugiej – celem jest odciążenie finansowe placówek prowadzących kształcenie specjalizacyjne, żeby większa liczba podmiotów była nim zainteresowana. To ważne przede wszystkim w kontekście planowanego zwiększania liczby miejsc na kierunkach lekarskich.

Kolejną kwestią budzącą wiele kontrowersji jest kwestia wyższych wynagrodzeń specjalistów. Pierwotny projekt, opublikowany w maju przez resort zdrowia, zawierał liczne obwarowania co do możliwości świadczenia pracy przez lekarzy, którzy chcieliby podpisać ze swoim etatowym pracodawcą umowę na wyłączność wykonywania tzw. świadczeń tożsamyh. W lutym mówiono, że pod tym pojęciem będzie się mieścić wyłącznie dyżurowanie na oddziale szpitalnym. Projekt majowy zawierał całą listę placówek (w tym hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze, szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego), w których lekarzowi pobierającemu ustawowe 6750 zł brutto wynagrodzenia zasadniczego nie wolno byłoby pracować. Lekarze zinterpretowali taki zabieg jako próbę zniechęcenia do podpisywania przez specjalistów umów na wyłączność – praktycznie jedynymi dopuszczalnymi miejscami dodatkowej pracy byłyby poradnie AOS i POZ, i to pod warunkiem nieposiadania przez prowadzące je podmioty umów z NFZ o tzw. świadczenia tożsame.

Po rozmowach z przedstawicielami rezydentów minister Łukasz Szumowski publicznie zapewnił, że z listy „zakazanych” miejsc świadczenia pracy przez specjalistów z umowami na wyłączność znikną placówki opieki długoterminowej i hospicja. Nie wspominał natomiast nic o SOR. To może potwierdzać, że resort zdrowia małymi krokami zdąża w kierunku konsolidacji świadczeniodawców, prowadząc obok głównego nurtu debaty publicznej przymiarki do ograniczenia działalności (a może nawet likwidacji) części podmiotów szpitalnych. Gdy spojrzeć

na zapowiedzi ministra zdrowia całościowo (np. zapowiedź zmian w sieci szpitali przez wydzielenie części podmiotów, które dyżurowałyby w trybie ostrym), wydaje się to więcej niż prawdopodobne. W sytuacji dramatycznych braków kadrowych jest oczywiste, że jeśli znacząca liczba lekarzy specjalistów zdecyduje się na umowy lojalnościowe ze swoim głównym pracodawcą (MZ nieoficjalnie twierdzi, że takich umów nie zawrze więcej niż 10 proc. ogólnej liczby specjalistów, przede wszystkim dlatego, że duża ich część pracuje na umowach kontraktowych), szpitale, które funkcjonują dzięki zewnętrznemu wsparciu dyżurujących medyków, z dnia na dzień będą mieć ogromne problemy z zapewnieniem ciągłości funkcjonowania oddziałów.

Projekt ustawy zawiera wprawdzie furtkę – zgodę dyrektora oddziału NFZ na pracę specjalisty pobierającego gwarantowane wyższe uposażenie w innej placówce ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom świadczeń zdrowotnych, jednak oznacza to ni mniej, ni więcej oddanie płatnikowi decyzji, które szpitale są niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń, które zaś – nie.

Dyrektorzy szpitali nie kryją przerażenia skutkami ustawy, zwłaszcza że nie wszystkie da się w tej chwili przewidzieć. Zależą one bowiem od podstawowej zmiennej: ilu specjalistów zdecyduje się na pobieranie ustawowej płacy zasadniczej, która – jak obliczają sami lekarze – razem z pochodnymi i trzema, czterema dyżurami oznacza wynagrodzenie wysokości około 10 tys. zł brutto. Większość szefów szpitali i ekspertów jest jednak zgodna: ministerstwo, świadomie bądź nie, dodatkowo wzmocniło i tak silną presję płacową zarówno wśród lekarzy, jak i innych pracowników placówek medycznych. Z którą szpitale – bo to ich przede wszystkim dotyczy – bez dodatkowego finansowania nie będą sobie w stanie poradzić. ■



Fot. OIL w Warszawie

6 czerwca 2018 r. razem z prezesem OIL w Warszawie Łukaszem Jankowskim oraz rzecznikiem prasowym Porozumienia Rezydentów OZZL Marcinem Sobotką odbyliśmy spotkanie z ministrem Łukaszem Szumowskim, na które zostaliśmy zaproszeni, by omówić wszystkie nieścisłości podnoszone przez nas od momentu przeczytania projektu nowelizacji ustawy.

Minister zapewnił nas, że wszystkie odstępstwa od porozumienia wynikały z błędów komunikacyjnych, nieporozumień urzędniczych, a nie ze złej woli.

Oczywiście słowne zapewnienia to nie wszystko, czekamy na ustawę i rozporządzenia, wtedy będziemy mogli powiedzieć, czy rzeczywiście dotrzymano słowa.

Po kolei:

- To, co najważniejsze – pieniądze dla pacjentów – 2 mld 160 mln zł. Ministerstwo planuje we wrześniu uruchomić te pieniądze. Czekamy na konkretne zapisy i cel przeznaczenia środków.
- Wyrównanie dla lekarzy specjalistów do 6750 zł lub proporcjonalnie do części etatu zostanie wypłacone wszystkim specjalistom, którzy zobowiążą się do nieudzielania tożsamyh świadczeń. Tożsame świadczenia były przez nas oprotostowane, gdyż wprowadzono wiele wykluczeń. Mamy zapewnienie, że hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze, POZ, AOS itp. nie zostaną wykluczone. Tożsame świadczenia będą oznaczały pracę w innym szpitalu, który ma kontrakt z NFZ. Ale w dalszym ciągu zabiegamy o to, by ta praca oznaczała dyżury w jednostce o takim samym profilu, bo tak się umawialiśmy podczas negocjacji. Pieniądze będą przeznaczone na konkretny cel poprzez Ogólne Warunki Umowy. Dodatkowo, by pokryć szpitalom koszty pochodnych od pensji i dyżurów, NFZ zwiększy wycenę świadczeń o 5 proc. Jest już to ponoć przygotowane.
- Lekarze rezydenci otrzymają wynegocjowane pieniądze. Co do tzw. dodatków lojalnościowych – zapis z porozumienia zostanie wcielony w życie. Walczymy jeszcze, aby można było te pieniądze odpracować nawet w gabinecie prywatnym, taka była wstępna umowa. Sam minister Szumowski mówił, że „*prywatne gabinety także redukują kolejki*”.
- Kolejną ważną kwestią był ewentualny zwrot dodatku lojalnościowego, w przypadku gdy lekarz nie przepracuje wymaganego czasu po ukończeniu specjalizacji. Ustaliliśmy, że lekarz będzie oddawał ten dodatek w kwocie brutto pomniejszonej o podatek dochodowy. Cała kwota brutto byłaby zbyt duża – podatki płacimy na bieżąco.
- Minister obiecał, że zapisy o dyżurach medycznych wejdą w życie zgodnie z porozumieniem. Nie będzie odbierana pensja za zejścia po dyżurze, a czas dyżuru nie będzie przedłużał czasu specjalizacji. To wielki postęp w wieloletniej walce o te zapisy. Zespół, któremu przewodniczę w ministerstwie, będzie zajmował się kompleksowo dyżurami, bo jest to specjalna forma wykonywania pracy i tak trzeba je traktować.
- Do ustawy o działalności leczniczej dodany zostanie zapis, że w 2028 r. znikają opt-outy. To bardzo duży krok w stronę normalności.
- Rozmawialiśmy także o niekorzystnym zapisie dotyczącym wykluczenia rezydentów z corocznych podwyżek do 2021 r., gwarantowanych w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Ministerstwo wycofa się z tego zapisu.
- Ministerstwo przygotowuje zapis, że ochrona dla lekarza jako funkcjonariusza publicznego będzie obowiązywała nie tylko podczas udzielania świadczeń na NFZ, ale także całościowo, tak jak w przypadku ratowników medycznych i pielęgniarek.
- Na koniec poruszyliśmy kwestię... czasu. Do lipca zostało go niewiele – minister Szumowski zapewnił, że zdąży. Obyśmy znów nie musieli słuchać przeprosin, że coś jest po czasie. ■

Jarosław Biliński, wiceprezes ORL w Warszawie



Nowe otwarcie

Z **Dariuszem Paluszkiem**, wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie ds. lekarzy dentyków, oraz członkami ORL – **Justyną Herman** i **Andrzejem Siarkiewiczem**, rozmawia Anetta Chęcińska.

Jakie są oczekiwania lekarzy dentyków wobec samorządu lekarskiego?

Justyna Herman: Na pewno lekarze dentyści liczą na bliższą współpracę z samorządem. Chcą, aby izba lekarska to nie był urząd, lecz miejsce przyjazne. Lekarze muszą przestać bać się izby, której przedstawiciel przyjeżdża do nich na kontrolę. Chcą widzieć w niej partnera, który wyjaśni wątpliwości prawne, pomoże sporządzić protokoły.

Andrzej Siarkiewicz: 10 lat temu izbę postrzegałem jako instytucję, która przeszkadza mi w wykonywaniu praktyki, organizację, która żąda płacenia składek, nic w zamian nie oferując. Wielu moich kolegów niezwiązanych z izbą i dziś ma taki sam pogląd. Muszę ich przekonywać, że jest inaczej, gdyż wciąż nie wszyscy wiedzą, że np. składka, którą płacimy na samorząd, zawiera opłatę za ubezpieczenie OC. Lekarz musi tylko zgłosić chęć przystąpienia do ubezpieczenia OC w OIL.

Czy lekarze nie interesują się działalnością samorządu i tym, co zapewnia swoim członkom? Informacje na te tematy były i są dostępne, m.in. na łamach „Pulsu”, na stronie internetowej izby.

Dariusz Paluszek: Nie mieliśmy dotąd czytelnego programu skierowanego do lekarzy dentyków. Musimy tłumaczyć w naszym środowisku, na czym polega praca w samorządzie, i zachęcać koleżanki oraz kolegów, aby przeczytali newsletter, zajrzeli na stronę internetową. To my musimy zainteresować i przekonać lekarzy, że izba jest dla nich, a nie odwrotnie, że ma za zadanie im pomóc, nie jest urzędem, który utrudnia pracę czy chce zamknąć praktykę. Ale żeby to osiągnąć, potrzebujemy wsparcia koleżanek i kolegów.

A.S.: Ważnym tematem jest dla lekarzy RODO. Potrzebujemy informacji i wskazówek, jak dostosować praktykę do nowych, obowiązujących już wymogów dotyczących ochrony danych osobowych. Bardzo doceniam fakt, że izba organizuje szkolenia na temat RODO, ale gdy nie tak dawno chciałem się zapisać, byłem 2523. w kolejce, czyli praktycznie bez szans na udział. Liczba chętnych świadczy o skali zapotrzebowania. Zatem skoro płacimy składki, oczekuję, że kursów będzie tyle, ile jest potrzebnych. Byłby to kolejny argument za tym, że izba wychodzi naprzeciw konkretnym potrzebom lekarzy.

W jaki sposób chcecie państwo zainteresować swoje środowisko ofertą samorządu? Co chcecie zrobić, aby izba była bliżej lekarzy dentystów?

D.P.: Przede wszystkim bardzo dziękuję lekarzom, którzy głosowali na nas. Muszę jednak przypomnieć, że w wyborach na VIII kadencję w naszym środowisku zabrakło mobilizacji i mamy tylko 40 proc. obsadzonych mandatów. Zabrakło przekonania, że im więcej nas będzie pracowało w samorządzie, tym więcej wspólnie możemy zrobić. Dlatego będziemy się starali wypracować nowy sposób współpracy komisji z lekarzami dentystami. Stawiamy na kontakty z naszymi wyborcami. W przyszłym roku, podczas V Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, zamierzamy przedstawić na szerokim forum członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów, aby stali się rozpoznawalni. Planujemy, że przedstawiciel komisji będzie na każdej większej konferencji stomatologicznej odbywającej się na terenie działania naszej izby, aby zachęcał do współpracy, udzielał informacji. Zainteresowanych samorządem i konkretnym działaniem Komisji ds. Lekarzy Dentystów zapraszamy na nasze posiedzenia. Ogłaszamy nowe otwarcie!

A.S.: Pomysłów działań jest wiele. Przez osiem lat pełniłem w izbie funkcję zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Większość spraw dotyczących lekarzy dentystów, które trafiają w izbie do rzecznika i do sądu, a mówię to na podstawie zdobytego doświadczenia, jest wynikiem braku umiejętności rozwiązania sporu na linii lekarz – pacjent. Do tego potrzebna jest praca mediatora. Czuję się zaszczycony, że Okręgowa Rada Lekarska powierzyła mi tę funkcję, i będę mógł wspierać koleżanki i kolegów. Wrócę jeszcze do tematu ochrony danych osobowych. Na stronie internetowej izby są już szablony dokumentów pomocne w dostosowaniu praktyki lekarskiej do RODO. Chciałbym jednak, aby izba wynegocjowała dla swoich członków warunki obsługi prawnej, która obejmie zarówno przygotowanie pełnej dokumentacji spełniającej wymagania rozporządzenia, jak i – w razie rozszczeń – reprezentowanie lekarza w sądach. Dla nas to ważne, gdyż większość pracuje we własnych gabinetach i nie mamy wsparcia instytucji, działu prawnego, który jest w każdej dużej jednostce ochrony zdrowia.

Z jakimi problemami mierzą się lekarze dentyści?

A.S.: Organizacja praktyki dentystrycznej w Polsce jest jedną z najdroższych w Europie. Koszty pracy są bardzo wysokie. Aparat do tomografii komputerowej kosztuje 0,5 mln zł, a jego użytkowanie wymaga konserwacji, odbioru, inspektora. Dochód z wykonanych zdjęć pokrywa tylko koszt utrzymania urządzenia.

D.P.: Lekarze, nasi koledzy z samorządu, często nie rozumieją problemów dentystów. Mamy tak naprawdę tylko dwa duże ośrodki stomatologiczne: Mazowieckie Centrum Stomatologii i Warszawski Uniwersytet Medyczny, w którego strukturze znajdują się jednostki stomatologiczne. Reszta to przede wszystkim prywatne gabinety. Jesteśmy lekarzami i przedsiębiorcami jednocześnie. Sami musimy radzić sobie z sanepidem, kominiarzami, strażakami, dokumentacją elektroniczną, ochroną danych i wieloma innymi kwestiami.

J.H.: A jest z tym coraz trudniej, bo przybywa przepisów, skomplikowanych przypadków, rozwija się technika, rosną wymagania. Pracuję w MCS i, choć nie mamy takich problemów jak w gabinetach prywatnych, dostrzegam inne kłopoty lekarzy dentystów. Jednym z nich jest brak płatnych urlopów szkoleniowych, chociażby kilku dni w roku. Mamy przecież obowiązek ustawicznego kształcenia się. Trzeba też powiedzieć, że rozmieszczenie kadr jest nierównomierne. W Polsce są miejsca, zwłaszcza duże ośrodki miejskie, w których liczba lekarzy dentystów jest wystarczająca, i takie, w których jest ich zdecydowanie za mało lub zupełnie ich brak.

D.P.: Jako izba lekarska powinniśmy mieć wpływ na tworzenie map potrzeb stomatologicznych. Pytaniem pozostaje, jak zachęcić lekarzy dentystów do podejmowania pracy w małych ośrodkach, w których są potrzebni?

Dlaczego warto pracować w samorządzie lekarskim?

J.H.: Mnie zachęciły koleżanki, które już w samorządzie działały, a zdecydowała ciekawość i przekonanie, że można zrobić coś dobrego dla swojego środowiska. Myślę, że wiele koleżanek i kolegów głosowało na mnie, gdyż mnie znają, pracujemy razem i będą mogli zwrócić się do mnie o pomoc. Jestem blisko i będę ich łącznikiem z izbą.

A.S.: Dostrzegam wiele spraw pilnych i potrzebnych naszemu środowisku, które wymagają działania. Chciałbym, żeby lekarze wiedzieli, byli o tym przekonani, że w przypadku każdego problemu samorząd lekarski jako instytucja im pomoże. Izba jest dużą organizacją, ma możliwości, aby troszczyć się o dobro lekarzy.

D.P.: Musimy podkreślać, że jako samorząd bronimy lekarzy zgłaszających się do nas w trudnych sytuacjach zawodowych i życiowych. Oczywiście walczymy o to, aby lekarz był wypoczęty, pracował i przyjmował pacjentów w godnych warunkach, aby leczył ich jak najlepiej, w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i aby pacjenci byli z jego opieki zadowoleni. W samorządzie pracujemy dla naszych koleżanek i kolegów. ■

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.

Lekarze dentyści spotkali się w Serocku



Fot. ach

Już po raz czwarty lekarze dentyści przyjechali w czerwcu na Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, aby wymieniać się doświadczeniami zawodowymi, poznawać nowe możliwości leczenia, uzupełniać wiedzę dotyczącą kwestii medycznych, a także prawnych aspektów prowadzenia działalności leczniczej.

Podobnie jak poprzednie, tegoroczna konferencja cieszyła się wielkim zainteresowaniem. Uczestniczyło w niej blisko 700 osób z różnych regionów kraju, gdyż z roku na rok rośnie ranga MSS. W Serocku nie zabrakło również producentów i dostawców sprzętu stomatologicznego. 58 wystawców oferowało urządzenia i narzędzia do zabiegów dentystycznych, a także akcesoria potrzebne w gabinecie stomatologicznym i związane z praktyką lekarską.

Bogaty, różnorodny program wykładów i warsztatów sprawił, że każdy uczestnik znajdował tematy dla siebie ważne i interesujące. Wielu słuchaczy podkreślało, że cenią wystąpienia prelegentów, którzy są praktykami, dzielą się doświadczeniem i przykładami z własnej pracy, a nie tylko teorią.

Kilka wykładów poświęcono leczeniu i profilaktyce w stomatologii dziecięcej oraz ortodontji. Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, krajowy konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej, mówiła o stosowaniu fluoru i jego bezpiecznych dawkach:

– Coraz częściej w mediach pojawiają się informacje, że fluor jest szkodliwy i nie powinien być

stosowany w profilaktyce próchnicy. W Polsce poziom fluoru w wodzie pitnej jest mniejszy niż optymalny, co oznacza, że mamy w pewnym stopniu jego niedobór. Badania na zwierzętach wykazały, że dawka stosowana w profilaktyce próchnicy jest całkowicie bezpieczna.

Wykład na temat profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego wygłosiła dr n. med. Jolanta Jarka, ortodonta z wieloletnim doświadczeniem. – *Jeżeli do gabinetu przychodzi dziecko na kontrolę występowania próchnicy, lekarz może i powinien od razu skontrolować zgryz* – stwierdziła. Dodała, że o zapobieganiu próchnicy u dzieci mówi się dużo, ale nadal nie jest to działanie powszechne.



Fot. ach

Jak skutecznie i krótko leczyć młodsze dzieci wyjaśniała, na podstawie długoletniej praktyki, dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska. Jej zdaniem mali pacjenci trafiają do gabinetów stomatologicznych o wiele za późno. – *W bardzo młodym wieku łatwiej skorygować wady zgryzu, należy leczyć zęby mleczne i kontrolować wyrzynanie się stałych* – podkreślała.

W programie konferencji nie zabrakło wykładów poruszających zagadnienia współpracy lekarzy dentyków z lekarzami innych specjalności.

– *W chorobie Leśniowskiego-Crohna zmiany w jamie ustnej mogą poprzedzić o kilka lat wystąpienie objawów w dalszych częściach przewodu pokarmowego* – tłumaczyła prof. Jolanta Pytko-Polończyk. Podaje wiele przykładów chorób (m.in. dermatologicznych, gastroenterologicznych, endokrynologicznych), których objawy daje się dostrzec w jamie ust-

Wśród zagadnień poruszanych na konferencji nie brakowało dotyczących współpracy z pacjentem i organizacyjno-prawnych. Lek. dent. Alina Romańczuk mówiła o komunikacji z pacjentem i empatii niezbędnej w budowaniu relacji z chorym. Na kwestie prawne związane z leczeniem małoletniego pacjenta zwracała uwagę mec. Anna Płatkowska: – *Zgoda przedstawiciela ustawowego powinna dotyczyć konkretnego świadczenia i być odnotowana w dokumentacji medycznej, a w przypadku zabiegu o podwyższonym ryzyku – mieć formę pisemną. Treść takiego pisma musi być precyzyjna i zawierać informację, z czym wiąże się zabieg, jakie mogą wystąpić powikłania.*

O znaczeniu tajemnicy lekarskiej, odpowiedzialności za jej naruszenie, a także okolicznościach, w których może być wyjawiona, mówił sędzia Piotr Feliniak. Przypomniał, że



Fotografie: OIL w Warszawie



nej, i podkreślała rolę stomatologów w ich rozpoznawaniu. Zwróciła też uwagę na wzrost liczby zachorowań na odrę. – *Jej pierwsze symptomy, plamki Koplika, występują w jamie ustnej. Musimy o tym pamiętać, badając dzieci* – apelowała.

Dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek przedstawiła możliwości wykorzystania śliny w diagnostyce nowotworów, chorób serca i schorzeń infekcyjnych. – *Jest to medium jeszcze stosunkowo rzadko stosowane* – mówiła.

Kwestię zależności między stanem uzębienia a czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych z perspektywy kardiologa przedstawił dr n. med. Maciej Kostrubiec.

w razie decyzji sądu nakazującej ujawnienie informacji objętych tajemnicą lekarz ma możliwość złożenia zażalenia i należy z tej szansy korzystać. Ważnym punktem w programie spotkań był wykład poświęcony RODO i ochronie danych osobowych w gabinecie stomatologicznym.

Podczas konferencji obradowała Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej VIII kadencji.

IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne zostały zorganizowane przez OIL w Warszawie we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. ■

ach, mkr



Chcemy podnosić poprzeczkę

Dariusz Paluszek

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Po IV Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych mamy sporo do przemyślenia. Musimy zastanowić się, jak przygotować następną konferencję. Chcemy, aby przyszłoroczna stała na jeszcze wyższym poziomie, nie tylko pod względem naukowym, lecz również wystawieniowym i handlowym. Cieszy nas wysoka frekwencja i zainteresowanie lekarzy dentystów udziałem w wykładach i warsztatach, ale coraz większa liczba uczestników nie jest dla nas jedynym wyznacznikiem sukcesu. Zależy nam na podnoszeniu poprzeczki jakości, rozwijaniu koncepcji spotkań i poszerzaniu ich merytorycznej oferty.

MSS to już czteroletnie „dziecko” Komisji ds. Lekarzy Dentystów, której w minionej kadencji przewodziła Marta Klimkowska-Misiak. Każda osoba pracująca w komisji wносиła pomysły, wskazywała cele, dzięki którym Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne stawały się coraz lepsze. Konferencja jest sukcesem naszej izby i mam nadzieję, że wraz z prezesem ORL w Warszawie Łukaszem Jankowskim będziemy mogli kontynuować i rozwijać tę cykliczną, oczekiwaną przez lekarzy dentystów imprezę naukowo-szkoleniowo-wystawienniczą. ■

not. **ach**

Zdrowie jamy ustnej a ciąża

ChOROBY przyzębia uważane są za czynnik ryzyka chorób serca i udaru mózgu. Udokumentowany jest ich związek z cukrzycą. Badania wykazały, że u ciężarnych z zapaleniem przyzębia ryzyko przedwczesnego porodu dziecka o małej wadze jest wielokrotnie wyższe niż u kobiet ze zdrowym przyzębiem.

Problematyką chorób przyzębia u kobiet ciężarnych zajęła się Europejska Federacja Periodontologiczna w ramach projektu „Zdrowie jamy ustnej a ciąża”. W prace włączyło się Polskie Towarzystwo Periodontologiczne.

Jego przedstawiciele, z okazji obchodzonego 12 maja Europejskiego Dnia Zdrowych Dziąseł, przypomnieli o znaczeniu higieny jamy ustnej i jej wpływie na zdrowie ogólne. Przedstawili również wyniki panelu dyskusyjnego zorganizowanego przez PTP w kwietniu. Uczestniczyli w nim prof. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, prezes PTP, prof. Krzysztof Czajkowski, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii, prof. Mirosław Wielgoś, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii, a także dr hab. n. med. Dorota Bomba-Opoń, sekretarz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Późników, prof. Tomasz Konopka, wiceprezes PTP, oraz dr hab. n. med. Jan Kowalski, członek zarządu PTP. Celem spotkania lekarzy dentystów, ginekolo-

gów i położników była analiza literatury fachowej oraz przedstawienie środowisku lekarskiemu wytycznych dotyczących opieki stomatologicznej nad kobietą ciężarną.

– *Powstał raport* – podsumowała panel prof. Renata Górka – *pozwalający obalić mit, który wiąże się z opieką stomatologiczną nad ciężarną, i zniwelować lęk towarzyszący kobiecie ciężarnej w związku z wizytą u lekarza dentysty. Mamy jasne kryteria, jakie badania możemy wykonać u kobiety w ciąży, jakie zastosować leczenie i kiedy.*

W wytycznych znalazły się wskazówki zarówno dotyczące profilaktyki chorób przyzębia, jak i przeprowadzania stomatologicznych zabiegów leczniczych w drugim trymestrze ciąży.

– *Badania interwencyjne wskazują, że prawidłowe leczenie periodontologiczne kobiet w ciąży może zmniejszyć odsetek dzieci z niską masą urodzeniową* – podkreślał prof. Tomasz Konopka. – *Dlatego mówiliśmy podczas panelu o tym, aby ciężarne miały monitorowany stan przyzębia, żeby w książeczce przebiegu ciąży znalazł się wpis stomatologiczny, a w przypadku zapalenia przyzębia – periodontologa.*

Eksperti podają, że zapalenie dziąseł występuje średnio u 50 proc. ciężarnych (w niektórych źródłach podano 90 proc.), u 12 proc. – zapalenie przyzębia. ■

ach



Podziękowanie

Składam serdeczne podziękowania **Panu Ordynatorowi dr. n. med. Leszkowi Jungowi i Panu dr. Dariuszowi Danisowi oraz całemu personelowi Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w CKR w Konstancinie** za profesjonalizm i pełne empatii podejście do pacjenta oraz wspaniałą opiekę podczas mojego pobytu na oddziale.

Wdzięczna pacjentka Ewa Pieńkowska, lekarz dentysta

Ponowne wybory

Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

19 maja 2018 r. odbył się w Warszawie XXXIX Nadzwyczajny Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy ORL, zwołany przez Okręgową Komisję Wyborczą. Powodem jego zwołania była konieczność ponownego wybrania członków Okręgowej Rady Lekarskiej. Naczelny Sąd Lekarski unieważnił bowiem wybory ORL na XXXVIII Zjeździe 6 kwietnia. Do pozostałych wyborów: prezesa ORL, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz delegatów na Zjazd Krajowy Lekarzy, sąd nie miał zastrzeżeń.

Na przewodniczącego zjazdu po raz drugi wybrano Artura Drobniaka. Komisja Mandatowa stwierdziła kworum. Po dyskusji nad zasadami wyborów – stosunkiem liczby lekarzy i lekarzy dentyistów w radzie, przeprowadzono głosowanie. Okręgowa Rada Lekarska składa się obecnie z 46 członków.

Przeprowadzone zostały także wybory uzupełniające do Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Wybrano trzech nowych członków: Andrzeja Morlińskiego, Annę Witkowską-Popis oraz Rafała Sawickiego. ■

mkr

OBWIESZCZENIE

przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 28 maja 2018 r.

o wynikach wyborów członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w tych 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 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168), obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych 19 maja 2018 r. wyborów członków Okręgowej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXIX Nadzwyczajnego Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków Okręgowej Rady Lekarskiej, ogłasza się, że **członkami Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Biliński Jarosław, 2) Cieślik Krzysztof, 3) Darocha Anna,
- 4) Dobies-Krześniak Barbara, 5) Doczekalski Paweł,
- 6) Drobniak Artur, 7) Gontkiewicz Michał,
- 8) Grabczan Wojciech, 9) Gut Grzegorz,
- 10) Hałabuz Krzysztof, 11) Herman Justyna,
- 12) Herman Krzysztof, 13) Hoffmann Bożena,
- 14) Imiela Tomasz, 15) Kaczorowski Łukasz,
- 16) Klimkowska-Misiak Marta, 17) Kowalczyk Jan,
- 18) Krajewski Romuald, 19) Kraśniej-Dębowska Agnieszka,
- 20) Kuchta Piotr, 21) Kunkiel Michał,
- 22) Kwitkiewicz Grzegorz, 23) Machowicz Rafał,
- 24) Machowski Michał, 25) Madej Krzysztof,
- 26) Matuszewski Michał, 27) Miękus-Pączek Ewa,
- 28) Moczydłowska Marta, 29) Nowak Maciej,
- 30) Olszewski Roman, 31) Ozierański Krzysztof,
- 32) Paluch Łukasz, 33) Paluszek Dariusz, 34) Pawliszak Piotr,

- 35) Pawłowski Paweł, 36) Polański Jerzy,
- 37) Ropielewski Aleksander, 38) Rostkowska Olga,
- 39) Serwan Agnieszka, 40) Siarkiewicz Andrzej,
- 41) Starczewska Marta, 42) Szalecki Krzysztof,
- 43) Szatanek Mieczysław, 44) Topolska-Kotulecka Mery,
- 45) Wolski Marek, 46) Zakrzewski Jakub.

OBWIESZCZENIE

przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 28 maja 2018 r.

o wynikach wyborów uzupełniających członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie

Na podstawie §45 ust. 1 Regulaminu wyborów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w tych 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 14 lipca 2016 r.), w związku z art. 12 ust. 1–3 i 5 oraz art. 24 pkt. 6–8 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168), obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych 19 maja 2018 r. wyborów uzupełniających członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego XXXIX Nadzwyczajnego Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory uzupełniające członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej, ogłasza się, że **członkami Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie** na okres VIII kadencji 2018–2022 zostali wybrani:

- 1) Morliński Andrzej – lekarz,
- 2) Popis-Witkowska Anna – lekarz dentyista,
- 3) Sawicki Rafał – lekarz

przewodniczący XXXIX Nadzwyczajnego
Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Artur Drobniak

przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Ewa Miękus-Pączek

8 czerwca 2018 r. na pierwszym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie VIII kadencji wybrano Prezydium Rady.

Skład Prezydium:

Fot. M. Beczek



Łukasz Jankowski – prezes ORL. Rozpoczął pracę w zawodzie w 2012 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z nefrologii. Pracuje w Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM w Warszawie na stanowisku lekarza rezydenta. Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Członek ORL w okresie 2014–2018.

Fot. egw



Mieczysław Szatanek – wiceprezes ORL, przewodniczący Delegatury Radomskiej. Rozpoczął pracę w zawodzie w 1980 r. Ginekolog położnik, posiada specjalizację z anestezjologii I stopnia. Pracuje w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym na stanowisku kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. W poprzednich kadencjach był delegatem na OZL, członkiem ORL, prezesem ORL, członkiem NRL.

Fot. ach



Jarosław Biliński – wiceprezes ORL, dr n. med. Rozpoczął pracę w zawodzie w 2014 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z hematologii. Pracuje w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM w SPCSK w Warszawie. Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Fot. ach



Jan Krzysztof Kowalczyk – skarbnik. Rozpoczął pracę w zawodzie w 1975 r. Chirurg dziecięcy, pediatra. Pracował w Szpitalu Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie. Członek Zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL. W VII kadencji samorządu lekarskiego był delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Fot. kb



Krzysztof Madej – wiceprezes ORL, dr n. med., chirurg. Rozpoczął pracę w zawodzie w 1979 r. Pracuje w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM w SPCSK w Warszawie na stanowisku adiunkta. W poprzednich kadencjach był sekretarzem ORL, członkiem ORL, członkiem Prezydium ORL, członkiem NRL, dwukrotnie prezesem NRL.

Fot. ach



Marta Moczydłowska – sekretarz ORL. Rozpoczęła pracę w zawodzie w 2016 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z ginekologii i położnictwa. Pracuje w Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie na stanowisku lekarza rezydenta.

Fot. P. Prowińska



Dariusz Paluszek – wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów. Rozpoczął pracę w zawodzie w 1992 r. Lekarz dentysta. Właściciel Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej Multidental w Warszawie. W poprzednich kadencjach był członkiem ORL, członkiem Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu.

Fot. ach



Piotr Pawliszak – zastępca sekretarza ORL. Rozpoczął pracę w zawodzie w 2011 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z radiologii i diagnostyki obrazowej. Pracuje w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie na stanowisku młodszego asystenta.



Artur Drobnik rozpoczął pracę w zawodzie w 2012 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z położnictwa i ginekologii. Pracuje w Klinice Endokrynologii Ginekologicznej WUM w Warszawie na stanowisku młodszego asystenta.



Tomasz Imiela rozpoczął pracę w zawodzie w 2012 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych. Pracuje w Szpitalu Grochowskim w Warszawie.



Agnieszka Serwan rozpoczęła pracę w zawodzie w 2008 r. Specjalizacja wykonywana: rehabilitacja medyczna. Pracuje w Szpitalu Wolskim w Warszawie. Wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów OZZL.



Mery Topolska-Kotulecka rozpoczęła pracę w zawodzie w 1992 r. Specjalizacja wykonywana: stomatologia zachowawcza. Pracuje we własnym gabinecie stomatologicznym w Warszawie. W poprzednich kadencjach była delegatem na OZL, sekretarzem Komisji Stomatologicznej, członkiem: ORL, Komisji Etyki Lekarskiej, Rady Funduszu Samopomocy.



Marek Wolski rozpoczął pracę w zawodzie w 2011 r. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z chirurgii dziecięcej. Jest także absolwentem Szkoły Głównej Handlowej – kierunek zarządzanie i marketing.

Oprac. kb



- Rzecznik praw lekarza
Monika Potocka

- Mediator
Andrzej Siarkiewicz

- Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
Dorota Mazurek

- Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
– przewodniczący **Piotr Wincianas**

- Komisja ds. Stażu Podyplomowego
– przewodniczący **Maciej Nowak**

- Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
– przewodniczący **Aleksander Pieczyński**

- Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia
– przewodniczący prof. **Jerzy Polański**

- Rada Funduszu Samopomocy
– przewodnicząca **Mery Topolska-Kotulecka**

- Przedstawiciel ORL w Komisji Stomatologicznej NRL
– **Grzegorz Kwitkiewicz**



Fotografie: D. Hankiewicz

XIV Krajowy Zjazd Lekarzy

Sprawozdawczo-Wyborczy XIV Krajowy Zjazd Lekarzy obradował w maju 2018 r. w Warszawie.

W wyniku przeprowadzonych wyborów **prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej VIII kadencji** został **prof. Andrzej Matyja**, na którego głosowało 217 delegatów. W tym samym głosowaniu prof. Romuald Krajewski otrzymał 129 głosów, a Krzysztof Kordel – 49.

Nacelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej został wybrany ponownie, sprawujący funkcję w VII kadencji, **Grzegorz Wrona**, otrzymując 209 głosów. Na kontrkandydata, Wojciecha Drozda, głosowało 186 delegatów.

Nowo wybrany prezes NRL pełnił funkcję prezesa ORL w Krakowie VI i VII kadencji. Prof. Matyja powiedział, że głos 180 tys. lekarzy musi być brany pod uwagę przez decydentów. Samorząd powinien być apolityczny, ale rozmawiać z politykami stanowiącymi prawo i pełnić rolę ekspercką. Podkreślił, że chce swoją działalność oprzeć na współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi, gdyż one są najbliższe lekarzy, i zwracał uwagę na siłę jedności samorządu lekarzy i lekarzy dentyków. Mówił też o potrzebie wspierania rezydentów, ochronie wizerunku lekarzy i znaczeniu kształcenia kadr.

Zjazd wybrał również członków Naczelnej Rady Lekarskiej, Nacelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, zastępców NROZ i członków Krajowej Komisji Wyborczej.

W toku obrad delegaci dyskutowali nad licznymi projektami uchwał, stanowisk i apeli. Zjazd podjął uchwały m.in. w sprawie: programu samorządu na lata 2018–2022, stworzenia mechanizmów służących profilaktyce wypalenia zawodowego wśród lekarzy, zobowiązania NRL do powołania zespołu ds. reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia.

Zjazd przyjął stanowiska m.in. w sprawie: czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, minimalnego wynagrodzenia lekarzy dentyków, zapowiedzi zmiany przepisów umożliwiających wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyki lekarzom spoza UE.

Skierowano również apele m.in. do: ministra zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych w celu zagwarantowania w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyki prawa do urlopu

CZŁONKOWIE OIL W WARSZAWIE W NRL VIII KADENCJI

- lekarze:

Łukasz Jankowski – prezes ORL
Jarosław Biliński
Artur Drobniak
Tomasz Imiela
Jan Krzysztof Kowalczyk
Romuald Krajewski
Krzysztof Madej
Marta Moczydłowska

- lekarze dentyści:

Bożena Hoffman
Dariusz Paluszek

szkoleniowego w wymiarze siedmiu dni w roku, do prezydenta RP i prezesa Rady Ministrów o powołanie ponadpartyjnego zespołu ds. reformy w ochronie zdrowia, do NRL i okręgowych rad lekarskich o podjęcie działań mających na celu wyodrębnienie celowych funduszy przeznaczonych na ochronę wizerunku lekarzy i lekarzy dentyistów.

Podczas oficjalnej części zjazdu uczestnicy oddali hołd zmarłym lekarzom. Odbyło się wręczenie odznaczeń „Meritus pro Medicis”, medali „Hominem Inveni” oraz dyplomów najlepszym lekarzom sportowcom. Na zjazd przybyli m.in.: marszałek Senatu RP Stanisław Karczewski, minister zdrowia Łukasz Szumowski, prof. Piotr Radziszewski z Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, a także przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego oraz instytucji naukowych i organizacji związanych z ochroną zdrowia.

Minister Szumowski przyznał, że Krajowy Zjazd Lekarzy wyraża opinie środowiska, które powinny być brane pod uwagę. Podkreślił, że w ochronie zdrowia najważniejszy jest kapitał ludzki, i wyraził przekonanie, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2018–2024 do 6 proc. PKB wpłynie na poprawę warunków pracy.

Ustępujący po dwóch kadencjach z funkcji prezesa NRL Maciej Hamankiewicz przypomniał o sprawach skierowanych przez NIL do Trybunału Konstytucyjnego i ważnych dla środowiska lekarskiego wyrokach, zwracając uwagę na orzeczenie TK, że lekarze mają obowiązek działania w zgodzie z własnym sumieniem.

Uroczyste rozpoczęcie zjazdu poprzedziła projekcja filmu „Kodeks Etyki Lekarskiej – historia powstania” przypominającego okoliczności tworzenia i uchwalenia kodeksu na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej, w 1991 r. ■

ach



Mieć albo nie mieć, oto jest pytanie!



Miałem kiedyś sąsiada. Kamienica, w której mieszkałem w młodości, była na tyle nieduża, że łatwo się było w niej wyróżnić i wszystko, co nietypowe, rzucało się w oczy. A sąsiad wyróżniał się dosyć skutecznie. Otóż miał samochód. I niczym wytrawny fleet manager raz na trzy, cztery lata wymieniał go na nowy. Na parkingu pod domem można było podziwiać coraz nowsze produkty ówczesnej motoryzacji. I zazdrościć. Sąsiad zawsze był bardzo dumny z auta. Każdy pojazd kupiony za z trudem uzbierane oszczędności był ubezpieczony, odśnieżony, przykryty plandeką. Perła w prywatnej koronie. Jedyna perła.

Samochód zawsze stał w jednym miejscu. Nikt nie mógł zająć owego miejsca, bo jak wspomniałem samochód stał. Właściciel korzystał z niego tylko raz w roku. W czasie wakacji. Sąsiad pokonywał 900 km rocznie, bo zawsze spędzał urlop w tym samym miejscu. Dzień wyjazdu, ach co to było za wydarzenie! Lśniące czystością, zapakowane pod sufit auto. Wielka podróż. I tak rok w rok aż do sprzedaży pojazdu. A sprzedać taki samochód to nie była łatwa sprawa. Nikt nie wierzył w przebieg. Nieraz dostało się sąsiadowi za to, że aż tak bezczelnie licznik skręcił. 3500 km po czterech latach. Pachniało kantem na kilometr. Biedak musiał się tłumaczyć, że jest uczciwy. Po sprzedaży rytuał się powtarzał. Do pieniędzy, które sąsiad otrzymał za sprzedane auto, dokładał kolejne oszczędności, kupował, ubezpieczał. Karuzela się kręciła. Znajomy taksówkarz pukał się w czoło i przekonywał: – Panie Staszku, ja pana za parę stówek rokrocznie na te wczasy będę woził. Przecież pan puszcza kupę kasy z dymem. Bezskutecznie. Siła posiadania była większa niż przywiązanie do oszczędności i zdrowy rozsądek.

Przyjaciel mojego taty miał zgoła inne podejście. Kupował auto i zajeżdżał je prawie na śmierć. Oczywiście, w grę zawsze wchodziły oszczędności całej rodziny. Zamiast nowego telewizora, wakacji nad morzem czy edukacji dzieci było auto. Świat kręcił się wokół samochodu tak jak Ziemia wokół Słońca. W końcu w życiu należy mieć cel. Przyjaciel taty ulokował uczucia w aucie.

Kult posiadania samochodu przetrwał do dzisiaj. Jako wyróżnik osobowości, podkreślenie statusu społecznego, obiekt dumy czy sposób na wzbudzenie zazdrości sąsiada. Analiza źródeł finansowania zakupu samochodów pokazuje nasze „staroświeckie” przyzwyczajenia do posiadania rzeczy, które będą przechodziły do lamusa (wciąż króluje gotówka, kredyt, leasing z niską wartością wykupu). Wolimy wydać oszczędności lub zadłużyć

się, ale mieć. W końcu „moje” ma znaczenie. W XXI w. jesteśmy wręcz osaczani najnowszymi, ciągle zmieniającymi się narzędziami mobilności i bycia „online”. Dziś jest wiele sposobów zapewniających nam szeroko rozumianą mobilność. Niewymagających poświęcenia oszczędności, zadłużania się, obciążania balastem, jakim jest posiadanie i używanie rzeczy, np. samochodu. I to bez rezygnacji z zalet, jakie ten samochód daje. Tych sposobów jest wiele, począwszy od Ubera, Carsharingu przez wynajem krótko- czy długoterminowy po leasing z wysoką wartością rezydualną, bez obowiązku wykupu pojazdu, z pakietami serwisowymi itp. Każdy znajdzie rynkową propozycję, która zaspokoi jego potrzebę mobilności.

Ja auto wynajmuję. Jeżdżę samochodem, którego zakup pochłonąłby wszystkie moje oszczędności lub cały limit kredytowy. Nie muszę się martwić o serwis, ubezpieczenie, wartość odsprzedaży auta itp. Po prostu używam. Tak jak telefon, komputer, wiertarkę czy kosiarkę do trawy. Instynkt posiadania nie jest u mnie aż tak silnie rozwinięty. Wolę wakacje z rodziną, ładne rzeczy, miło spędzony czas z przyjaciółmi niż obiekt „dumy” stojący na dworze czy w garażu.

Świat zmienia się bardzo szybko. Dzięki stałemu rozwojowi infrastruktury możemy wszędzie dotrzeć relatywnie tanio pociągiem, autobusem lub samolotem. Na ulicy wynajmiemy rower, skuter, samochód, a za wszystko zapłacimy telefonem komórkowym. W przypadku większych potrzeb komunikacyjnych w prosty sposób wynajmiemy samochód na dowolny termin, okres i na elastycznych warunkach. Będziemy coraz bardziej mobilni. Coraz sprawniejsi. Coraz ciekawsi świata.

Nowa era mobilności zaczyna się już dziś. „Mieć albo nie mieć” przeradza się w pytanie „stać czy iść”.



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)



Fot. archiwum

Ściągnąć cugle

Paweł Walewski

Ostatni wysyp kontroli NIK w obszarze ochrony zdrowia powinien dać naszemu ministerstwu powód do wielu przemyśleń. W ciągu półtora miesiąca Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła druzgocącą ocenę: map potrzeb zdrowotnych, poziomu badań genetycznych, jakości posiłków w szpitalach, ochrony przed zagrożeniami mikrobiologicznymi oraz poszanowania intymności i godności pacjentów w placówkach medycznych.

Sporo tego, ale zaskoczenia chyba nie ma, bo w publicznym sektorze służby zdrowia wciąż można znaleźć mnóstwo słabych punktów, wymagających naprawy, a na pewno choć większego zainteresowania ze strony władz resortu. Tymczasem władze chwala się wyjazdami dentobusów w teren albo wystawieniem pierwszej e-recepty w Siedlcach, jakby tempo wprowadzanych reform miało wkrótce przekroczyć barierę dźwięku. A w Polsce w XXI w. nadal są szpitale, gdzie personel medyczny nie myje rąk i nie ma za co powołać zespołu ds. monitorowania zakażeń, brakuje od dawna ustawy regulującej wykonywanie testów genetycznych, pacjenci karmieni są gorzej niż więźniowie, skandaliczne warunki leczenia nie zapewniają zaś ochrony ich praw.

Niestety, nie słyszałem, aby po opublikowaniu któregośkolwiek raportu Najwyższej Izby Kontroli, przedstawionego w maju i dotyczącego któregoś z wymienionych tematów, minister posypał głowę popiołem lub obiecał poprawę. Najwyraźniej kontrole NIK mają dla Ministerstwa Zdrowia taką samą wartość jak artykuły prasowe, bo akurat wszystkie problemy, jakie wzięta pod lupę, już dawno były w mediach opisane, może nawet nie jeden raz. I co? Karawana jedzie dalej, a nic się nie zmienia.

Inna sprawa, czy liczba kontroli przekłada się na ich jakość? Czy ktokolwiek weźmie sobie takie wyniki do serca, jeśli okazuje się, że NIK – próbując np. udowodnić brak poszanowania intymności pacjentów w placówkach medycznych – wyciąga wnioski na podstawie sytuacji raptem w 12 szpitalach? Na gruncie statystycznym nie jest to miarodajne (województw jest 16, w nich są szpitale kliniczne i wojewódzkie, powiatowych – kilkaset). Może więc lepiej ściągnąć cugle i kolejną kontrolę przeprowadzić w szerszym zakresie, by w przyszłości nie narazić się na zarzut niemiarodajności i coś rzeczywiście dzięki rekomendacjom osiągnąć? Doświadczenie pokazuje, że reakcją resortu są w stanie wywołać tylko groźne pożary – protesty pacjentów lub krwiste reportaże w tabloidach. Metodyczna praca niestety idzie na marne. Jeśli więc ochrona zdrowia ma być najdokładniej przebadanym sektorem publicznym, niech kontrolerzy lepiej poznają jego specyfikę. Ich sądy będą wtedy wiarygodniejsze i być może zrobią większe wrażenie na urzędnicach Ministerstwa Zdrowia. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. archiwum

Marek Balicki

Za nami pierwsza konferencja w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia” zainicjowanej przez ministra Łukasza Szumowskiego. Temat inauguracji, co zrozumiałe, zakreślono dość szeroko: „Pacjent i system: zasady działania opieki medycznej”. W ciągu naj-

bliższych kilkunastu miesięcy odbędą się kolejne spotkania: w Krynicy, Łodzi, Lublinie, Gdańsku i Białymstoku. Cykl zakończy się w czerwcu przyszłego roku w Warszawie podsumowującą konferencją „Społeczny Program Zdrowie 2020+”. Nad merytoryczną stroną debaty czuwa kilkudziesięcioosobowa społeczna rada programowa pod przewodnictwem prof. Pawła Górskiego, byłego rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Celem przedsięwzięcia jest wypracowanie wspólnego projektu poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i nakreślenie strategii działania na kilkanaście lat. Czy uda się to osiągnąć, przekonamy się za jakiś czas. Natomiast nie ma wątpliwości, że dokument wyznaczający kierunki zmian w polityce zdrowotnej jest dzisiaj ze wszech miar potrzebny.

Obecny system jest w dużej mierze dysfunkcyjny, odpowiedzialność poszczególnych władz publicznych za ochronę zdrowia nieuporządkowana, brakuje demokratycznej kontroli nad wydatkami na opiekę zdrowotną na szczeblu regionalnym i lokalnym. Potrzeba zmian wynika też z konieczności dostosowania do zmieniających się coraz szybciej uwarunkowań. I co najważniejsze: w ciągu najbliższych siedmiu lat publiczne nakłady na opiekę zdrowotną wzrosną realnie o połowę. Tak znaczący wzrost poziomu finansowania w stosunkowo krótkim czasie tworzy warunki do przeprowadzenia głębokich zmian poprawiających funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. To szansa, a zarazem duże wyzwanie dla polityki zdrowotnej. Wszak chodzi o to, aby dzięki uruchomionym środkom uzyskać istotne zwiększenie korzyści zdrowotnych.

W takiej sytuacji należałoby oczekiwać od rządu przedstawienia opracowanego przez zespół ekspertów raportu zawierającego ocenę funkcjonowania naszego systemu, w szczególności jego słabych i mocnych stron, obejmującą okres od wielkiej reformy z 1999 r. do dziś. Taki raport, zawierający również propozycje kierunków zmian, powinien być właśnie poddany debacie publicznej z udziałem najważniejszych interesariuszy, której rezultatem byłaby nowa strategia zdrowotna.

Na pierwszej konferencji w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia” taki raport nie został wprawdzie przedstawiony, ale eksperci zagraniczni zaprezentowali sytuację w dwóch krajach europejskich: w Danii i Czechach. Interesujący był zwłaszcza wykład o bogatej Danii, która od długiego czasu racjonalnie podchodzi do organizacji opieki zdrowotnej. W ciągu ostatnich 20 lat liczbę szpitali „ostrych” zredukowano tam czterokrotnie. Jest ich obecnie 21 na niecałe 6 mln mieszkańców. Łatwo przeliczyć, że odpowiadałoby to około 140 szpitalom „ostrym” w Polsce. Tymczasem my nadal ambitnie inwestujemy w rozdrobnioną sieć małych szpitali. Choćby na tym jednym przykładzie widać więc, że jest o czym debatować. ■



Gdzie przebiega wolności słowa?

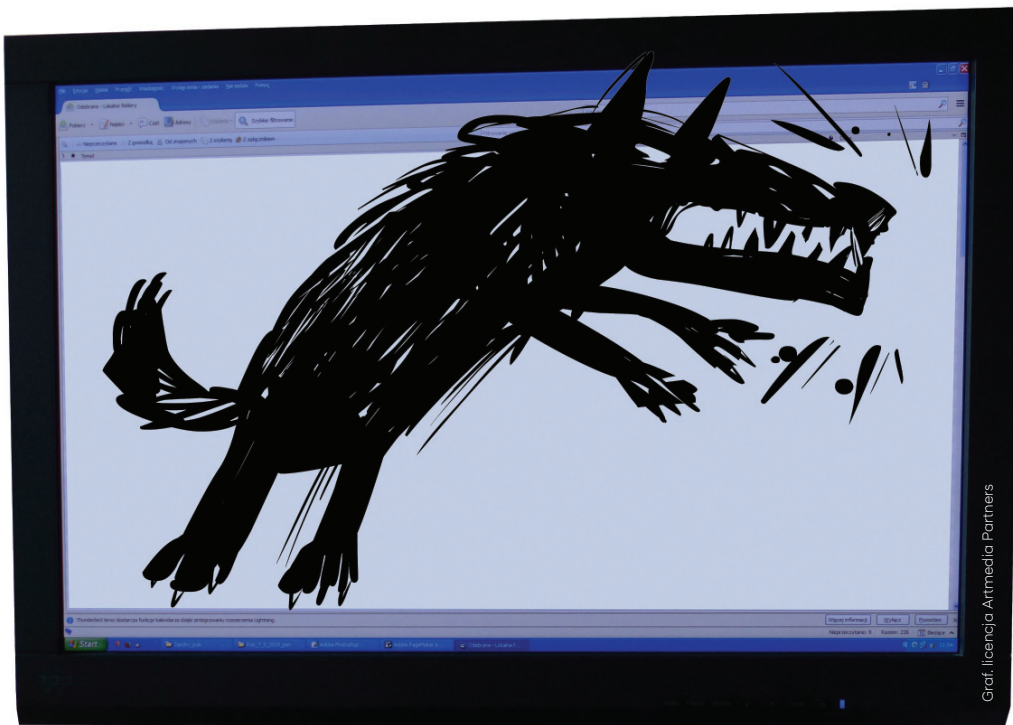
Katarzyna Czyżewska, adwokat

Wszegobecność Internetu sprawia, że łatwo i natychmiast zdobywamy informacje o niemal wszystkim i wszystkich. Jego dostępność zaczyna mieć wpływ również na praktykę lekarską. Pacjenci nie tylko mogą umawiać się na wizyty za pośrednictwem sieci, ale także wyrazić swój zachwyt (lub niezadowolony) po ich zakończeniu. Coraz większą popularnością cieszą się portale, na których pacjenci oceniają lekarzy, wystawiają im noty i piszą obszernie opinie na temat specjalistów. I dopóty, dopóki opinie (nawet negatywne) są wyrażane rzeczowo i obiektywnie, trudno odmówić takim portalom racji bytu. Co jednak, jeżeli z opublikowanych opinii wylewa się tzw. hejt?

Poczucie anonimowości, jakie daje Internet, prowokuje wielu do prezentowania szczególnie złośliwych, a niekiedy wręcz wulgarnych opinii. Jednocześnie wszelkie próby blokowania negatywnych komentarzy (na temat lekarzy czy jakichkolwiek innych osób) spotykają się z powszechną krytyką jako przejaw cenzury i ograniczania wolności słowa. Czy jednak wolność wypowiedzi jest wolnością absolutną?

W świetle obowiązujących przepisów – nie. Wolność słowa, która jest niezbywalnym (konstytucyjnym) prawem każdego człowieka, może podlegać ograniczeniu wówczas, gdy narusza innego rodzaju prawa/prawnie chronione dobra, takie jak dobra osobiste. Zgodnie z art. 23 kodeksu cywilnego, dobra osobiste człowieka, szczególnie zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego, niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Natomiast ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może wystąpić przeciwko naruszcycielowi z wieloma roszczeniami: zaniechania tego działania, usunięcia jego skutków, zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny czy wreszcie odszkodowania (jeżeli odniósł szkodę majątkową na skutek naruszenia jego dóbr osobistych).

W praktyce najczęściej sprawy o ochronę dóbr osobistych dotyczą zarzutu naruszenia czci, rozumianej w aspekcie wewnętrznym (godność osobista) lub zewnętrznym (dobre



imię, renoma, szacunek, jakim dany człowiek cieszy się w społeczeństwie). Negatywne opinie o lekarzu, publikowane w prasie lub Internecie, można oceniać w kategoriach potencjalnego naruszenia dóbr osobistych, co jednak nie oznacza automatycznie prawa do odszkodowania lub zadośćuczynienia. Przy ocenie naruszenia dóbr osobistych sąd musi bowiem wziąć pod uwagę szereg okoliczności sprawy, żeby stwierdzić, czy naruszcyciel miał powód, by wyrazić negatywne zdanie o poszkodowanym, a jeżeli tak, czy wybrał odpowiednie środki. Z jednej strony bowiem sąd musi uwzględnić fakt, że każdy człowiek ma prawo do swobodnego wyrażenia opinii, a także, że publiczne krytykowanie innej osoby (zwłaszcza pełniącej funkcję publiczną, takiej jak lekarz) może służyć ważnemu interesowi społecznemu. Z drugiej zaś musi przyznać ochronę prawną pokrzywdzo-

nemu, jeżeli w konkretnej sprawie doszło do przekroczenia granic rozsądnej i rzeczowej krytyki.

W interesujący sposób konflikt praw, jaki pojawia się w każdej sprawie o ochronę dóbr osobistych, ujął w jednym z wyroków (w sprawie V CSK 262/16) Sąd Najwyższy, stwierdzając: „Pogląd, że działanie w ramach społecznie uzasadnionego interesu stanowi przesłankę uchylecia bezprawności naruszenia dobra osobistego skutkuje potrzebą wyważenia, któremu z przeciwstawnych interesów, tj. osobistego podmiotu domagającego się ochrony jego dóbr osobistych, i interesu społecznego, który nie może być zrealizowany bez wkroczenia w sferę osobowości jednostki, przyznać w danej sprawie pierwszeństwo. Wartościami, ujmując obrazowo, na szalach wagi są z jednej strony dobro osobiste



(...) pokrzywdzonego, z drugiej strony jedna z powszechnie akceptowanych wartości, reprezentowana przez naruszciciela, przy czym ich katalog może być bardzo szeroki”.

Co z tego wynika? Otóż można twierdzić, że w interesie publicznym leży informowanie społeczeństwa o niewłaściwym zachowaniu czy niekompetencji lekarza. Tym samym opublikowanie takiej opinii nie powinno wiązać się z odpowiedzialnością osoby publikującej z tytułu naruszenia dóbr osobistych lekarza. Z drugiej strony, ton i charakter publikacji nie powinny nadmiernie ingerować w prywatność lekarza, albowiem stosowanie nieadekwatnych środków do realizacji interesu społecznego (np. nadmiernie obraźliwy ton publikacji, publikowanie ocen nieodnoszących się do działalności zawodowej lekarza, tylko do jego osobistych właściwości czy życia prywatnego itp.) może oznaczać, że

STANOWISKO

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

z 11 czerwca 2018 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wyraża wsparcie dla Kolegi Doktora Pawła Kukiza-Szczucińskiego w działaniach zmierzających do ochrony jego dobrego imienia naruszonego atakami tzw. ruchu antyszczepionkowego.

Stanowczo popieramy działania Kolegi Doktora Pawła Kukiza-Szczucińskiego mające na celu szerzenie opartej na faktach naukowej wiedzy na temat szczepień ochronnych oraz eliminację publicznego głoszenia i upowszechniania szkodliwych poglądów na ich temat.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
lek. **Łukasz Jankowski**

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
lek. **Marta Moczyłowska**

naruszenie czci lekarza było jednak bezprawne. Stanowi to podstawę do wystąpienia przez pokrzywdzonego na drogę sądową.

Istotne, że roszczenia można kierować nie tylko przeciwko autorowi szkalującego wpisu w Internecie (którego ustalenie bywa niekiedy trudne), ale również wobec administratora portalu, na którym wpis się pojawił. Właściciele stron w Internecie, gdzie zamieszczane są negatywne komentarze na temat lekarzy, mogą bronić się regulaminami swoich serwisów, z których wynika zasada nieingerencji w treść publikacji. Niemniej jednak, jeżeli administrator portalu nie podjął żadnych działań w celu ograniczenia skutków publikacji, na przykład nie zgodził się na usunięcie szkalującego wpisu, wówczas można skierować roszczenia również do niego. Taki wniosek płynnie z niedawnego wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie (w sprawie VI ACa

1579/15), który dotyczył publikacji na stronie internetowej artykułu naruszającego dobre imię, cześć, wizerunek i prestiż lekarza przez zarzucenie mu niekompetencji i złamania zasad sztuki lekarskiej. W sprawie tej sąd uznał odpowiedzialność również administratora portalu za naruszenie dóbr osobistych lekarza, ponieważ przez niemal rok nie usunęła publikacji, z której treści jednoznacznie wynikało, że narusza dobra osobiste lekarza.

Dlatego, godząc się na to, że podczas wykonywania funkcji publicznej (a w takich kategoriach trzeba rozpatrywać praktykę lekarską) lekarz jest narażony na krytykę i może być oceniany, należy jednak aktywnie reagować na wszystkie przejawy szkalowania w Internecie. Nie każdą bowiem wypowiedź o drugim człowieku da się uzasadnić dążeniem do urzeczywistnienia wolności słowa. ■

„Nazywam się Dawid Ciemięga i jestem lekarzem. To jest mój manifest w obronie dobrego imienia” – to pierwsze słowa apelu rezydenta pediatrii z Tychów, który postanowił walczyć z pomówieniami w Internecie. Wszystko rozpoczęło się po serii postów, w których obalał rzekomą hipotezę na temat toksyczności szczepionek. Zdecydował się na konfrontację z hejterami w sądzie. Przełom czy walka z wiatrakami?



Kiedy sprawa stała się bardziej medialna, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej skontaktował się ze mną i zaproponował spotkanie. Udzielił mi wsparcia merytorycznego i opieki prawnej. Zaskoczył mnie odzew ludzi z całej Polski – pomocną dłoń wyciągali prawnicy, pracownicy ochrony zdrowia, a nawet prywatny detektyw. Środowisko lekarskie stanęło za mną murem. Można poczuć, że Porozumienie Rezydentów dało impuls, dzięki któremu jesteśmy zjednoczeni i gramy do jednej bramki. Walka o własne dobre imię nie była priorytetem. Chciałem pokazać społeczeństwu, że jeżeli ktoś będzie bezprawnie obrażał lekarza, musi się liczyć z konsekwencjami.

Jak lekarze powinni rozmawiać z rodzicami wyrażającymi wątpliwości dotyczące szczepień? Czy istnieją rozwiązania systemowe, które mogłyby zachęcać, zamiast zniechęcać?

Musimy wiedzieć, z czym się mierzymy. Mam wrażenie, że nie mamy pojęcia o skali problemu i dlatego nie wiemy, jak sobie radzić z nieprawdziwymi informacjami. Należy wiedzieć, czym pacjenci mogą nas zaskoczyć, żebyśmy mogli przygotować się i przedstawić swoją wizję medycyny opartej na faktach. Z moich obserwacji wynika, że rodzice przychodzą przygotowani na wizytę. Odpowiedzi na mnożące się pytania znajdują w sieci. Mamy obowiązek wychodzić naprzeciw i oddolnie prowadzić edukację naszych pacjentów – nie tylko w gabinecie, ale też w różnych środkach przekazu.

Fot. archiwum

Walczymy z hejtem

Panie doktorze, dotychczas lekarze rzadko reagowali w stanowczy sposób na podobne oskarżenia. Zdecydował się pan na walkę w sądzie. Dlaczego?

Lekarze w większości przypadków nie zdają sobie sprawy ze skali zjawiska. Widzę to z własnej perspektywy. To karygodne niszczenie opinii nam wszystkim. Internauci wystawiają negatywne cenzurki, które są czystą złośliwością, nieopartą faktami. Ma to wpływ bezpośrednio na naszą pracę, na liczbę pacjentów i ich zaufanie. Nie musiałem daleko szukać, ponieważ przy okazji mojej sprawy opinie były wystawiane na moim profilu w serwisie społecznościowym. Zdecydowałem się na walkę ze względu na eskalację zjawiska. Tsunami hejtu, dziesiątki, setki osób z całej Polski chciały mnie skrzywdzić swoimi opiniami. Rozpowszechnianie fałszywych informacji na mój temat potraktowałem jak niszczenie mojego wizerunku. Stwierdziłem, że musi nastąpić przełom, żeby lekarze nie byli bezbronni wobec takich działań, i postanowiłem odeprzeć atak.

Jaka była reakcja środowiska lekarskiego? Czy samorząd stanął na wysokości zadania i pomógł w walce o dobre imię?

Myślę, że jest to potrzebne. Wyraźnie widzę to na swoim przykładzie. Moja działalność internetowa jest akcją informacyjną. Piszą do mnie rodzice, którzy przeszli na stronę rzetelnej medycznej wiedzy. To budujące. Nasze przyzwolenie na pseudomedycynę i szarlatanerię może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a na to nie możemy sobie pozwolić. ■

Czy słyszał pan o akcji Krajowej Izby Lekarskiej we Włoszech „Bzdura wpędzi nas do grobu”? W ramach kampanii społecznej przygotowano ogłoszenia i billboardy. Lekarze wybrali szokującą formę przekazu. Hasła przewodniemu: „Nie ufajcie bzdurom w sieci. Zawsze pytajcie lekarza”, towarzyszą obrazy nagrobków i umieszczonych na nich napisów. Czy takie kampanie miałyby rację bytu w Polsce?

Myślę, że jest to potrzebne. Wyraźnie widzę to na swoim przykładzie. Moja działalność internetowa jest akcją informacyjną. Piszą do mnie rodzice, którzy przeszli na stronę rzetelnej medycznej wiedzy. To budujące. Nasze przyzwolenie na pseudomedycynę i szarlatanerię może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a na to nie możemy sobie pozwolić. ■

Rozmawiał Piotr Matyja



Udzielanie świadczeń zdrowotnych pozbawionym wolności

Filip Niemczyk, adwokat

W Polsce w zakładach karnych i aresztach przebywa około 80 tys. osób. Badania pokazują*, że stan zdrowia więźniów jest znacznie gorszy niżeli innych grup, co można tłumaczyć m.in. faktem, że w dużej części pochodzą ze środowisk ubogich lub przejawiają zachowania stwarzające ryzyko dla własnego zdrowia. Dla zobrazowania skali problemu warto wspomnieć, że wśród skazanych gruźlica występuje 45 razy częściej niż u ogółu ludności, a zakażenia HIV – 50 razy częściej. Dane świadczą zatem, jak trudną kwestią jest udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności.

Prawo do opieki zdrowotnej skazanego zagwarantowane jest w polskim kodeksie karnym wykonawczym (art. 115), a także w aktach prawa międzynarodowego, stanowi bowiem wyraz humanitarnego traktowania osób pozbawionych wolności. Skazanemu przysługują więc wszystkie prawa pacjenta przewidziane ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, w szczególności konieczność uzyskania zgody pacjenta na świadczenia medyczne, zachowania tajemnicy lekarskiej, rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej. Skazany ma przy tym zagwarantowane prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków i artykułów sanitarnych. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dyrektor zakładu karnego może zezwolić skazanemu na leczenie przez wybranego lekarza oraz korzystanie z dodatkowych leków lub przedmiotów medycznych, ale wówczas koszty pokrywa skazany. Dotyczy to jedynie sytuacji, kiedy niezbędnej opieki nie może zagwarantować więzienna służba zdrowia. Co do zasady jednak skazanemu na karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza, pielęgniarki czy szpitala, w którym odbyłoby się leczenie.

W określonych warunkach i okolicznościach możliwe jest stosowanie wobec skazanych przymusu leczniczego. Dotyczy to osób uzależnionych od alkoholu lub środków odurzających, a także skazanych za przestępstwa związane z zaburzeniami preferencji seksualnych. Istnieje również możliwość zastosowania przymusowego zabiegu lekarskiego w sytuacji zagrożenia życia osoby pozbawionej wolności po uzyskaniu zgody sądu penitencjarnego, a w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia – w wyniku decyzji lekarza.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych skazanym zasadą jest prowadzenie leczenia w ramach więziennej służby zdrowia. Jeśli jednak zakład nie dysponuje lekarzem specjalistą, skazany może być skierowany do leczenia w warunkach pozawięziennych. W szczególności dotyczy to sytuacji, gdy konieczne jest natychmiastowe udzielenie świadczeń zdro-

wotnych ze względu na zagrożenie życia czy zdrowia skazanego, przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia albo rehabilitacji, lub gdy skazany korzysta z przepustki czy czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

Udzielanie świadczeń medycznych skazanemu poza zakładem karnym może wiązać się z koniecznością przedsięwzięcia szczególnych środków bezpieczeństwa. W stosunku do skazanych umieszczonych w zakładach karnych typu zamkniętego, czyli zakładów o najwyższym rygorze, gdzie odbywają kary sprawcy ciężkich przestępstw i recydywiści, a także wobec więźniów poważnie naruszających dyscyplinę i porządek zasadą jest, że leczenie musi się odbywać z udziałem funkcjonariusza. Na wniosek lekarza lub pielęgniarki obecność funkcjonariusza może zostać uznana za zbędną. Wniosek ów jest podstawą odstąpienia od obecności funkcjonariusza przy udzielaniu świadczeń, ale nie jest dla niego wiążący, jeśli funkcjonariusz uzna, że jego obecność jest niezbędna. W przypadku pozostałych skazanych, czyli tych, którzy odbywają karę w zakładach typu otwartego i półotwartego, a jednocześnie nie sprawiają problemów dyscyplinarnych, obecność funkcjonariusza przy udzielaniu świadczeń nie jest obowiązkowa, aczkolwiek lekarz lub pielęgniarka mają prawo wnioskować o jego obecność, jeśli jest to konieczne do zapewnienia bezpieczeństwa. Lekarz lub pielęgniarka mają przy tym prawo wiedzieć, zanim przystąpią do udzielania świadczeń, czy skazany jest osobą, co do której istnieje konieczność asysty funkcjonariusza.

Wręcz z pozbawieniem wolności organy państwa przejmują zasadniczą odpowiedzialność za życie i zdrowie skazanych, a wynikające z tego zadania są realizowane przede wszystkim przez więzienną służbę zdrowia. Warto podkreślić, że dysponuje ona obecnie 13 szpitalami oraz 155 ambulatoriami, a zatem jest obecna we wszystkich zakładach karnych i aresztach. Nie oznacza to jednak, że jest w stanie zapewnić odpowiednie warunki leczenia wszystkim osobom przebywającym w zakładach karnych. Coraz częściej zdarza się, że więźniowie leczeni są w publicznych placówkach, aczkolwiek jest to niewielka część świadczeń zdrowotnych udzielanych skazanym. Chociaż za leczenie pacjentów poza zakładem karnym płaci więzienna służba zdrowia, a jedynie wyjątkowo – sam pacjent, można zastanawiać się, czy jest to korzystna tendencja. Z jednej strony obecność funkcjonariuszy czy konwojowanie oznacza dodatkowe koszty i trudności organizacyjne dla publicznych placówek, z drugiej – warunki leczenia w szpitalach więziennych są trudne. Często w tym kontekście mówi się o poważnych brakach kadrowych, zwłaszcza specjalistów, znacznym niedofinansowaniu oraz naruszaniu praw pacjenta. ■

* T. Szymanowski, *Prawo karne wykonawcze*, Warszawa 2017, s. 377 i nast.

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 dentyków.

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.



Komisja ds. Emerytów i Rencistów

spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca (oprócz lipca i sierpnia), 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 8.06.2018 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec.	24	endokrynologia dziecięca	1	med. ratunkowa	7	patomorfologia	1	stomatologia	30
alergologia	4	farmakologia	1	med. rodzinna	28	pediatria	37	stomatologia chirurgia	4
anestezjologia	13	flebologia	1	med. sportowa	1	proktologia	1	stomatol. endodoncja	5
chirurgia dziecięca	3	gastroenterologia	10	nefrologia	3	psychiatria	18	stomatol. ortodoncja	8
chirurgia naczyniowa	3	geriatria	1	neonatologia	3	psychiatria dziecięca	2	stomatol. pedodoncja	4
chirurgia ogólna	9	ginekologia i poł.	23	neurochirurgia	1	pulmonologia	6	stom. periodontologia	1
choroby płuc	6	hematologia	3	neurologia	13	radiologia	13	stom. protetyka	3
choroby wewnętrzne	48	kardiochirurgia	1	neurologia dziecięca	9	radiologia (USG)	1	urologia	5
choroby zakaźne	3	kardiologia	10	neurologopedia	1	rehabilitacja med.	8	USG	11
dermatologia	12	kardiologia dziecięca	3	okulistyka	16	reumatologia	5		
dermatologia dziecięca	1	laryngologia	12	okulistyka dziecięca	3				
diabetologia	4	laryngologia dziecięca	3	onkologia	1				
endokrynologia	15	med. estetyczna	2	ortopedia	16				
endokryn./ginekologia	1	medycyna pracy	10	ortopedia dziecięca	1				

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

ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

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

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

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

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



Interwencyjne metody leczenia bólu w przebiegu przewlekłych chorób trzustki

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

Ból trzewny w przewlekłych chorobach trzustki (przewlekłym zapaleniu trzustki, nowotworze trzustki, neuropatii splotu trzewnego) można złagodzić, wykonując blokadę neurologiczną splotu trzewnego lub obustronną torakoskopową splanchnectomię, czyli przecięcie nerwów trzewnych w obrębie ściany klatki piersiowej. Czas działania neurolizy splotu trzewnego wynosi kilka miesięcy, ze względu na fizjologicznie szybką regenerację tkanki nerwowej. U chorych z rakiem trzustki, ze względu na krótki średni czas przeżycia, który wynosi sześć miesięcy, jest to zabieg mogący zapewnić dobry efekt przeciwbólowy do końca życia. Neurolizę splotu trzewnego u chorego z PZT należałoby wielokrotnie powtarzać (co kilka miesięcy), dlatego OTS, zapewniająca stały efekt przeciwbólowy, jest techniką z wyboru. OTS jest również techniką z wyboru u chorych z rakiem trzustki zlokalizowanym w obrębie trzonu i ogona. Guz w tej okolicy osiąga duże rozmiary, co uniemożliwia uzyskanie dobrego efektu terapeutycznego przy zastosowaniu najbezpieczniejszej techniki neurolizy splotu trzewnego (przezprzeponowej około- lub przezaortalnej). Dobry efekt neurolizy uzyskuje się jedynie dzięki zastosowaniu techniki klasycznej blokady nerwów trzewnych. Jest ona jednak obciążona największą liczbą groźnych powikłań, zważ-

cza neurologicznych, ponieważ środek neurologiczny musimy podać bardzo blisko struktur kręgosłupa. Zabiegiem bezpiecznym i skutecznym w tym przypadku jest również OTS. Ten zabieg wykonujemy obecnie w naszym ośrodku rutynowo u chorych z postacią bólową PZT oraz z nowotworami trzonu i ogona trzustki. Zabieg może być również skuteczny u pacjentów z neuropatią splotu trzewnego w przebiegu cukrzycy. Zabieg operacyjny OTS wykonuje się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym, z zastosowaniem rurki intubacyjnej do wentylacji rozdzielнопłucnej, w ułożeniu chorego na brzuchu, by umożliwić naprzemienne odpowietrzenie płuc po stronie operowanej i zapewnić chirurgowi swobodny dostęp do obu jam opłucnowych, bez zmiany pozycji chorego w czasie zabiegu. Po każdej stronie przecina się średnio pięć (od trzech do siedmiu) gałęzi. Po zabiegu płuca są rozprężane, nie pozostawia się drenów. Rurka intubacyjna do wentylacji rozdzielнопłucnej jest wymieniana na rurkę intubacyjną standardową, a chory jest poddawany kilkugodzinnej wentylacji w celu dobrego rozprężenia obu płuc. Skuteczność przeciwbólowa zabiegu OTS jest wysoka, wynosi około 80 proc. ■

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



Goniec Medyczny

Już nie trzeba mierzyć recept linijką

Recepta będzie mogła być zrealizowana nawet wówczas, gdy jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi. Pod warunkiem, że dane na niej są czytelne – przewiduje projekt nowego rozporządzenia w sprawie recept.

Internista to nie geriatra

Obecnie w sieci szpitali nie ma oddziałów geriatrycznych. Zdaniem resortu zdrowia seniorom wystarczy pomoc internistów. – *Tak nie jest. Opiekę nad dziećmi powierzamy pediatrom, a nie internistom, a seniorzy potrzebują wsparcia geriatrów* – podkreślają członkowie Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Wysokie kary za brak szczepień u dziecka we Francji

Nowe prawo we Francji przewiduje grzywnę do wysokości 30 tys. euro oraz kary do 2 lat pozbawienia wolności za niekompletny wykaz szczepień dziecka. Dzieci, których rodzice uchylali się od obowiązku szczepień, nie będą mogły zostać zapisane do państwowych i prywatnych przedszkoli i żłobków. Podobne prawo z początkiem 2018 r. wprowadzono we Włoszech.

Krztusiec powrócił

Naukowcy alarmują, że nastąpił powrót krztuśca. Jedną z przyczyn wzrostu zachorowań wśród dorosłych jest wygasanie odporności poszczepiennej. Według Państwowego Zakładu Higieny w 2017 r. na krztusiec zachorowały 3034 osoby.

Ilu lekarzy cudzoziemców praktykuje obecnie w Polsce?

Ukraińcy to dziś po Polakach najliczniejsza grupa narodowa wykonująca zawód lekarza w naszym kraju. Jest ich 314, czyli aż 36 proc. wszystkich (1142) cudzoziemców z polskim prawem wykonywania zawodu lekarza.

Państwowe ratownictwo medyczne

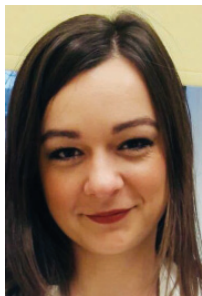
Prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę zakładającą upaństwowienie ratownictwa medycznego. Istniejące umowy o wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego mają obowiązywać przez okres, na jaki zostały zawarte, nie dłużej jednak niż do 31 marca 2019 r.

O aborcji w Irlandii

Proponowane przez rząd nowe prawo będzie obejmować możliwość przerwania ciąży do 12. tygodnia od poczęcia bez podania powodu, po konsultacji z lekarzem, prawo do aborcji do 24. tygodnia w przypadku poważnego zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, a także poważnego uszkodzenia płodu.

Rak nie chce czekać

Fot. archiwum



Karolina Osowiecka

dr. n. o zdrowiu, koordynator pakietu onkologicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie, Katedra Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu UWM

Które etapy „ścieżki pacjenta” w systemie onkologicznym reguluje pakiet onkologiczny i czy rzeczywiście skrócił się czas oczekiwania na leczenie pacjentów z chorobą nowotworową?

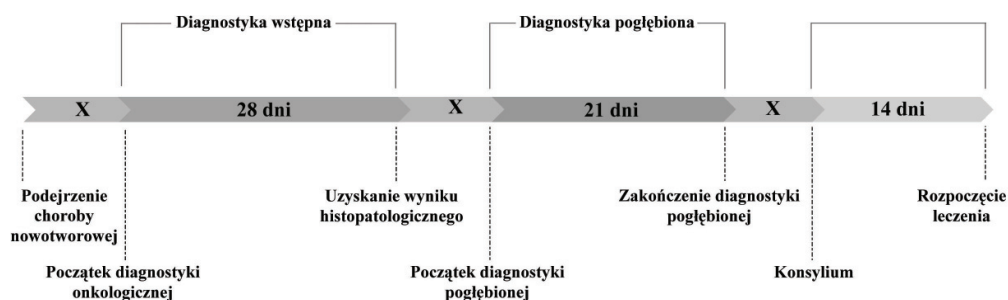
W wielu krajach od dawna obowiązują wytyczne i regulacje określające czas oczekiwania pacjentów na leczenie onkologiczne. W Polsce dopiero od 1 stycznia 2015 r. na mocy rozporządzenia ministra zdrowia wprowadzono ustawowe limity czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie pacjentów z nowotworem złośliwym. Obecnie maksymalny czas przeznaczony na przeprowadzenie pełnej diagnostyki nie może przekraczać 7 tygodni od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. W tym ustalony ustawowo maksymalny czas tzw. diagnostyki wstępnej to 28 dni, a maksymalny czas tzw. diagnostyki pogłębionej – 21 dni. Czas od daty przeprowadzenia konsylium do rozpoczęcia leczenia nie może przekraczać 14 dni. W ramach pakietu tylko wymienione etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego objęte są obowiązkiem dotrzymania limitów czasowych. Nie został określony maksymalny czas, który może upłynąć od daty wydania skierowania przez lekarza rodzinnego czy innego specjalistę podejrzewającego nowotwór do rozpoczęcia diagnostyki wstępnej (albo do rozpoczęcia leczenia), czas między zakończeniem diagnostyki wstępnej a rozpoczęciem diagnostyki pogłębionej oraz czas od postawienia ostatecznej diagnozy (uzyskania wyniku badania histopatologicznego i zgromadzenia wyników wszystkich potrzebnych badań dodatkowych) do przeprowadzenia konsylium (ryc. 1). Nasuwa się pytanie, czy te niedomówienia mogą przyczyniać się do wydłużenia realnego czasu oczekiwania pacjenta na leczenie onkologiczne.

Na zlecenie Fundacji Onkologia 2025 przeprowadzono badanie czasu oczekiwania pacjentów na leczenie chorób nowotworowych przed i po wprowadzeniu reformy DiLO. Badań oceniających realny czas oczekiwania na zdiagnozowanie i leczenie chorób nowotworowych nie tylko w Polsce, ale i na świecie podejmuje się bardzo mało. Badanie przeprowadzone na zlecenie Fundacji Onkologia 2025 jest największą w Polsce pod względem liczebności próby i zasięgu geograficznego analizą rzeczywistego czasu oczekiwania na diagnozę choroby

nowotworowej i leczenie onkologiczne. Jego wyniki wykazały, że wprowadzenie pakietu onkologicznego nie wpłynęło istotnie na skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne. Mediana czasu oczekiwania od daty powzięcia podejrzenia choroby nowotworowej po wprowadzeniu pakietu onkologicznego skróciła się zaledwie o 3 dni w grupie chorych z założoną kartą DiLO, natomiast w przypadku pacjentów bez karty DiLO wydłużyła się o 8 dni. Czas poświęcony na diagnostykę (od daty powzięcia podejrzenia choroby nowotworowej do daty uzyskania rozpoznania histopatologicznego) w przypadku pacjentów, którzy otrzymali kartę DiLO, skrócił się co prawda o 8 dni, ale w grupie pacjentów, którym nie założono karty DiLO, wydłużył się o ponad 2 tygodnie.

Okazało się ponadto, że sposób raportowania czasów trwania poszczególnych etapów na podstawie danych z karty DiLO nie odzwierciedla rzeczywistych czasów oczekiwania. Ponad połowa analizowanych pacjentów (56 proc.) kartę DiLO miała założoną na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) już po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, a zaledwie w przypadku 14 proc. pacjentów karta DiLO wydana została przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przy podejrzeniu choroby nowotworowej. Dlatego dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego, pochodzące jedynie z dokumentacji DiLO, którymi dysponuje NFZ, są niestety niewiarygodne i nie odzwierciedlają realnej sytuacji oczekiwania na diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych. Widoczne jest to nawet z poziomu przeprowadzonego badania. Wyniki badania zleconego przez Fundację Onkologia 2025 świadczą o tym, że mediana czasu oczekiwania na leczenie od powzięcia podejrzenia choroby wyniosła około 11 tygodni zarówno przed, jak i po wprowadzeniu reformy, a analiza wyłącznie danych z kart DiLO (czyli danych, którymi dysponuje NFZ) pokazuje, że mediana czasu dla tej samej grupy respondentów wyniosłaby 4 tygodnie. ■

Ryc. 1. Wymagane w pakiecie onkologicznym przedziały czasu



X – czas nieokreślony w pakiecie onkologicznym (od powzięcia podejrzenia choroby nowotworowej do diagnostyki onkologicznej, od uzyskania wyniku histopatologicznego do rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej i od zakończenia diagnostyki pogłębionej do konsylium).

Potrzebne są radykalne zmiany w zakresie interny

Wiosenne, dziewiąte już spotkanie ordynatorów oddziałów wewnętrznych mazowieckich szpitali odbyło się w Radziejowicach 20–21 kwietnia. Przewodził je dr n. med. Marek Stopiński, konsultant wojewódzki w dziedzinie interny i ordynator Oddziału Wewnętrznego w Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim. Przybyli także: prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy, Maciej Hamankiewicz, ówczesny prezes NRL, Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie, Jarosław Chmielewski, dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, oraz przedstawiciele władz administracyjnych i samorządowych zajmujący się ochroną zdrowia.

Interna nadal boryka się z wieloma problemami. Sytuacja na Mazowszu prawie nie odbiega od stanu w pozostałych województwach. Wprawdzie prezes Maciej Hamankiewicz powiedział, że mazowiecka interna w porównaniu ze śląską „ma raj”, ale to nie przekonało uczestników.



Prof. Jacek Imiela stwierdził, że odnotował pewne sukcesy w nieustannym dopominaniu się o podniesienie rangi interny, ale to sukcesy połowiczne. Uznano wprawdzie tę specjalizację za priorytetową, ale nie zwiększono środków na jej finansowanie. Przywrócono możliwość tworzenia internistycznych poradni przyszpitalnych, lecz ich liczba nie rosła i nie zapewniono także ich finansowania. Zagwarantowano odpowiednią do potrzeb liczbę rezydentur, nie ma jednak wystarczającej liczby chętnych do kształcenia się.

Marek Stopiński podkreślił, że mamy wprawdzie mapy potrzeb zdrowotnych, ale nie odzwierciedlają one sytuacji kadrowej w szpitalach, przede wszystkim na oddziałach wewnętrznych. Brak lekarzy w szpitalach stanowi jeden z głównych problemów interny, ale brakuje także pielęgniarek i salowych.

Nie sprawdziło się ubiegłoroczne optymistyczne przewidywanie, że wprowadzenie sieci szpitali poprawi sytuację. Autorzy reformy mówili wtedy: „Reforma to w pewnym stopniu powrót do starej koncepcji szpitala z czterema podstawowymi oddziałami: interną, chirurgią, ginekologią z położnictwem i pediatrią. W szpitalach, głównie powiatowych, w których oddziały poszły za daleko w stronę wąskiej specjalistyki, będą one traktowane jak interna. Będą mogły wykonywać procedury z zakresu węższych profili i w dużej mierze zajmować się pacjentami w podeszłym wieku”. Tymczasem jest wręcz przeciwnie: reforma doprowadziła do likwidacji interny w szpitalach w niektórych miastach, np. w sytuacji, gdy kilka jednostek łączyło się w jeden organizm, aby pozostać w sieci.

A pacjenci, zwłaszcza starsi, z kilkoma współistniejącymi chorobami, po konsultacji dokonanej przez wszystkich specjalistów, nigdzie niechciani, bo leczenie wymagałoby dużych nakładów finansowych, po starciu trafiają na oddziały wewnętrzne. Jest ich tak wielu, kierowanych „na ostro”, tzn. najczęściej z SOR, że nie ma miejsca dla pacjentów planowych. Przykładowo interna w Pruszkowie przyjmuje miesięcznie tylko dwóch pacjentów planowych, a wiele oddziałów zlikwidowało przyjęcia planowe. Około 90 proc. przyjęć na internie to właśnie przyjęcia „ostre”, w stanie zagrożenia życia. Przeniesienie nocnej pomocy lekarskiej do szpitali powiększyło liczbę chorych przywożonych karetkami na SOR, szczególnie w miastach, w których szpitale są wybudowane na obrzeżach. A zdarzają się nawet oddalone od centrum o 10 km. Co mają począć wieczorem lub nocą chorzy, najczęściej wiekowi pacjenci? Wzywają pogotowie.

Przyczynę tak dużego napływu pacjentów na SOR internici wiążą ze złą pracą podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz POZ, gdy ma trudności z postawieniem diagnozy, kieruje lub radzi pacjentowi zgłosić się na SOR. Drugi zarzut wobec lekarzy pierwszego kontaktu to niestaranność. Pacjenci kie-

rowani do szpitala z POZ nie mają wykonanej wstępnej diagnostyki. Być może dlatego, że POZ nie ma obowiązku przeznaczania na badania określonej części otrzymywanych środków. Wszyscy obecni na spotkaniu podkreślali, że współpraca z lekarzami pierwszego kontaktu jest bardzo trudna. Mimo tak złej opinii o POZ, wielu internistów odchodzi ze szpitali i podejmuje pracę w POZ, ponieważ nie wytrzymują pracy w ciągłym napięciu wywieranym przez SOR na przepełnionych oddziałach z dostawkami, a także z powodów finansowych – otrzymują wysoką stawkę godzinową, znacznie wyższą niż w szpitalu.

Zjawisko uciekania z interny jest powszechne. Lekarze z węższą specjalizacją, np. z kardiologii czy diabetologii, choć nominalnie są internistami, wybierają oddziały ze swoją specjalizacją. Z powodu braku lekarzy specjalistów w wielu szpitalach ograniczana jest działalność oddziałów wewnętrznych – likwiduje się część łóżek. Olbrzymim problemem jest zapewnienie obsady dyżurowej, na wielu oddziałach samodzielne dyżury rezydentów nawet po krótkim stażu stały się już powszechne.

W jednym z opolskich powiatów, żeby przywrócić działalność oddziału internistycznego, starosta powiatowy gotów jest zapłacić kilkanaście tysięcy złotych i przydzielić służbowe mieszkanie. Inni starają się zachęcić lekarzy możliwością wyjazdów na szkolenia czy robienia doktoratu. W Nowym Mieście nad Pilicą 39-łóżkowym oddziałem wewnętrznym zajmuje się dwóch lekarzy, dyżurują pediatrzy, a internista jest pod telefonem. Podobnie sytuacja przedstawia się w Węgrowie, Grójcu i wielu innych małych miastach.

Oddziały wewnętrzne nadal przynoszą straty. Trudno się więc dziwić, że menedżerowie chętnie redukują ich wielkość. W 2017 r. Szpital przy ul. Stępińskiej w Warszawie zmniejszył liczbę łóżek internistycznych o 45, szpital na Bródnie o 25, szpital w Mińsku o 30, w Kozienicach o 15, w Pruszkowie o 20. Trwał remont interny w Międzyzlesiu, była więc zamknięta. Oczywiście, prace renowacyjne podnoszą standard pobytu pacjentów, ale w konsekwencji liczba łóżek zmniejsza się, co sprawia, że wydłużają się kolejki oczekujących na hospitalizację. Szczególnie trudna sytuacja jest w Warszawie, gdzie brakuje łóżek internistycznych, ich liczba zmniejszyła się do 836, a chorzy na SOR czekają nawet ponad 48 godzin na przyjęcie do szpitala. W związku z tą sytuacją w listopadzie 2017 z inicjatywy dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego zorganizowana została konferencja poświęcona problemom interny na Mazowszu.

Mniejsza liczba łóżek wpływa na spadek liczby przyjmowanych pacjentów. W 2017 r. zmniejszyła się do 126 tys. ze 133 tys. w 2016. Przyczyny hospitalizacji pozostają takie same: najczęściej z powodu niewydolności serca, ostrej niewydolności nerek i zapaleń płuc. Wśród pacjentów dominują osoby w wieku podeszłym, 52 proc. hospitalizowanych to chorzy powyżej 70. roku życia, a 31 proc. ma więcej niż 80 lat.

Wartość kontraktów dla oddziałów wewnętrznych nie zwiększa się od lat, a ciągle rosną koszty utrzymania placówek i terapii. W czasie dyskusji padały propozycje zmiany finansowania interny, np. zniesienia limitów na przyjęcia „ostre” albo wydzielenie z kontraktu całego szpitala osobnego kontraktu dla interny ze względu na przyjęcia ratujące życie, które stanowią 90 proc. wszystkich przyjęć.

Konieczne należy poprawić system finansowania interny, bowiem w przeciwnym razie może dojść do upadku całego systemu kształcenia modułowego, w głównej mierze opartego na oddziałach wewnętrznych, a także do zachwiania się całego systemu lecznictwa w regionie i w Polsce.

Uczestniczący w spotkaniu prezes Łukasz Jankowski przedstawił cele, jakie uważa za najważniejsze dla samorządu lekarskiego w najbliższych latach. Obok wzrostu wynagrodzeń i dyskusji nad programem specjalizacji, zaliczył do nich problem wypalenia zawodowego i mobbingu oraz integracji środowiska. Mówił o koniecznych zmianach w postrzeganiu izb lekarskich i rozpoczęciu starań o wprowadzenie płatnego urlopu dla poratowania zdrowia i urlopu naukowego.

W drugim dniu spotkania odbyły się dwie sesje szkoleniowe poświęcone diabetologii. Wykładowcami byli m.in.: prof. E. Franek, prof. L. Czupryniak, prof. A. Szypowska, dr n. med. M. Bernas, dr hab. J. Lewandowski, dr n. med. M. Stopiński. ■

Małgorzata Skarbek

www.ultrasonografy.pl



REKLAMA

W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

🖱 www.echoson.pl



Tadeusz M. Zielonka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Już po raz ósmy Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Wojskowy Instytut Medyczny oraz Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP zorganizowały konferencję na temat wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie. Jest ona wyrazem pamięci o dr. Wojciechu Lubińskim, lekarzu prezydenta RP, który zginął wraz z nim w katastrofie pod Smoleńskiem. Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki, honorowy patron tegorocznej konferencji, skierował do uczestników list odczytany przez Piotra Woźnego, pełnomocnika premiera ds. programu „Czyste powietrze”. Premier podkreślił, że poprawę sytuacji w zakresie zanieczyszczenia powietrza w Polsce uważa za priorytet dla kierowanego przez niego rządu. Głos zabrała również Paulina Karwowska, dyrektor Biura WHO w Polsce, które od kilku już lat patronuje temu przedsięwzięciu, ponieważ znakomicie wpisuje się w działalność Światowej Organizacji Zdrowia, gdyż zanieczyszczenia powietrza są dziś jednym z największych zagrożeń dla zdrowia człowieka.

Sesję ekspertów rozpoczął wykład prof. Michała Krzyżanowskiego z King's College London, który starał się odpowiedzieć na pytanie, czy wszystkie pyły są również szkodliwe. Badania prowadzone w różnych zakątkach świata wykazały, że wszędzie, nie tylko w krajach wysoko rozwiniętych, pyły zawieszane w powietrzu przyczyniają się do wzrostu umieralności. Nie ulega wątpliwości, że grube pyły, o średnicy 2,5–10 μm , są szkodliwe dla zdrowia, ale coraz więcej mamy dowodów na szkodliwość również ultramających cząstek. Pyły zawieszane to mieszanina wielu bardzo różnych substancji. Szczególnie groźne są te z dużą zawartością siarki i węgla.

Prof. Wojciech Hanke, konsultant krajowy ds. zdrowia środowiskowego, przedstawił problem narażenia dzieci na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne. Badania prowadzone w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi wykazały udział tych substancji w rozwoju alergii i chorób układu oddechowego, który zaczyna się już w łonie matki. Dzieci są bardziej wrażliwe na zanieczyszczenia powietrza z powodu swej małej masy i hiperwentylacji, a ich niski wzrost powoduje,

że unoszące się przy chodzeniu pyły i wydalane z rur wydechowych gazy łatwiej wnikają do ich układów oddechowych.

Prof. Andrzej Lekston ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu omówił wyniki analizy zgonów i hospitalizacji w powiązaniu ze stopniem zanieczyszczenia powietrza. Badania obejmujące wielomilionową populację Śląska dowodzą wzrostu śmiertelności w przebiegu zawału serca, udaru mózgu i zatorowości płucnej związanego z zanieczyszczeniami powietrza. W okresie alarmu smogowego o 6 proc. zwiększa się liczba wszystkich zgonów, a o 8 proc. – z przyczyn sercowych. Prof. Paweł Górski, rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a równocześnie recenzent rozprawy habilitacyjnej dr. Wojciecha Lubińskiego, zaprezentował żywo dyskutowane zagadnienie elektronicznych papierosów. Zwrócił uwagę na coraz większą liczbę badań wskazujących ich szkodliwość. Najnowsze publikacje dowodzą, że e-papierosy powodują uszkodzenie komórek macierzystych, co może powodować wiele chorób. Brak jeszcze wyników długotrwałych badań nad rakotwórczym działaniem e-papierosów, ale podczas ich stosowania powstają znaczące ilości akroleiny, karcynogennego aldehydu, co może skutkować rozwojem nowotworów.

Prof. Jerzy Zwoździak z Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu omówił problem jakości powietrza w miastach. Podkreślił potrzebę połączenia pomiarów zanieczyszczeń powietrza z ocenami meteorologicznymi, gdyż smog to efekt kombinacji zanieczyszczenia powietrza i niekorzystnych zjawisk naturalnych – zamglenia i bezwietrznej pogody. Zwrócił także uwagę na nieprzemyślaną w ostatnim czasie urbanistykę. Dynamiczna zabudowa wielu aglomeracji miejskich nie uwzględnia korytarzy powietrznych i przestrzeni zielonych, które chronią przed gromadzeniem się szkodliwych dla zdrowia zanieczyszczeń.

W drugiej sesji zaprezentowane zostały doniesienia nagrodzone w ubiegłorocznym Konkursie im. Wojciecha Lubińskiego *Dum spiro spero*. Anna Zwoździak z Politechniki Wrocławskiej przedstawiła badania nad zanieczyszczeniem powietrza we wrocławskich szkołach. Okazało się, że w niektórych placówkach

stężenie pyłów zawieszonych jest większe niż na zewnątrz. Wzrost zanieczyszczenia powietrza w szkole powodował pogorszenie się funkcji oddechowych u zdrowych dzieci. Drugą nagrodę otrzymał Grzegorz Dziubanek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który dowiódł związku między narażeniem na zanieczyszczenie powietrza a przeciętną długością życia trzymilionowej populacji województwa śląskiego. Obniżenie średniego rocznego stężenia pyłów o 12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ pozwoliłoby wydłużyć oczekiwany wiek życia o rok.

W trzeciej sesji przedstawiono wyniki badań prowadzonych w naszym kraju w dziedzinie oddziaływania środowiska na zdrowie. Rozpoczął ją dr Michał Zieliński z Kliniki Pneumologii w Zabrze, w której badano wpływ drobnych pyłów zawieszonych na układ oddechowy pacjentów z POChP. Badania obejmujące dużą populację chorych hospitalizowanych na Górnym Śląsku z powodu zaostrzeń POChP wykazały wyraźny związek liczby hospitalizacji ze wzrostem stężeń drobnych pyłów 2,5 μm , widoczny od 14. dnia po ekspozycji.

Niezwykle ciekawe badania polegające na porównaniu jakości powietrza wewnątrz i na zewnątrz budynków przeprowadzili z inspiracji Polskiego Alarmu Smogowego naukow-

Badyda z Politechniki Warszawskiej przedstawił wyniki badań, prowadzonych wspólnie z Piotrem Dąbrowieckim z WIM, zawierające analizę skutków zdrowotnych epizodu smogowego w Warszawie w styczniu 2017 r. Wykazano znaczący wzrost liczby porad udzielonych przez lekarzy POZ, a także hospitalizacji (sięgający 30–60 proc.) w stosunku do stycznia 2016 r., w którym nie odnotowano w Warszawie tak wysokich stężeń pyłów.

Andrzej Chciałowski z WIM omówił wpływ zanieczyszczeń powietrza na rozwój nowotworów. W ostatnich dekadach obserwowany jest wzrost przypadków zachorowań na raka płuca, który stał się główną przyczyną zgonów onkologicznych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Zaprezentował patomechanizm karcynogenezy w efekcie wdychania pyłów. Adam Stańczyk przedstawił badania prowadzone w WIM nad wpływem zanieczyszczeń powietrza na śródbłonek naczyń, który odgrywa olbrzymią rolę w patogenezie wielu chorób, nie tylko krążenia. Tadeusz M. Zielonka zaprezentował wyniki badań oceniających wiedzę kardiologów o skutkach oddziaływania zanieczyszczeń na zdrowie. Jedynie 25 proc. badanych uważa, że wystarczająco dobrze zna zagadnienie,



cy z Akademii Górniczo-Hutniczej. Przedstawił je Jakub Bartyzel, który pokazał, że stężenie drobnych pyłów w budynkach odwzorowało wzrost i spadek zanieczyszczeń powietrza na zewnątrz, a przeciętne stężenie pyłów wewnątrz pomieszczeń wynosiło 53 proc. (30–70 proc.) średnich stężeń na zewnątrz.

Równie ważne badanie przeprowadzone przez Politechnikę Warszawską i Fundację #13 świadczy, że żadne z przebadanych (prawie wszystkich – ponad 10 tys.) polskich przedszkoli nie jest położone na terenie, na którym średnie stężenie roczne pyłów plasuje się poniżej norm WHO, a tylko 30 proc. placówek (na północy kraju) leży na obszarze, gdzie nie są przekraczane normy obowiązujące w Polsce. Łukasz Adamkiewicz z Fundacji #13 podkreślił, jak groźne jest narażenie małych dzieci na szkodliwe działanie drobnych pyłów. Artur

ale zaledwie 10 proc. potrafi podać normy zanieczyszczeń powietrza, 30 proc. orientuje się, jakie zanieczyszczenia występują w ich miejscu zamieszkania, a 60 proc. zna choroby powodowane przez zanieczyszczenia powietrza.

Na zakończenie Weronika Michalak z Health and Environment Alliance omówiła związki zanieczyszczenia powietrza ze zmianami klimatu i ich skutki zdrowotne, a także społeczne. Podkreśla się olbrzymi wpływ nadmiernej emisji dwutlenku węgla, szczególnie w Chinach, USA i w Niemczech, na powolne, ale postępujące zmiany klimatu. W ciągu ostatniego stulecia temperatura na Ziemi wzrosła o zaledwie 1 stopień, ale przynosi to susze, brak wody w wielu rejonach, upały oraz huragany i powodzie powodujące tysiące zgonów. Konferencja udowodniła, że lekarze powinni większą uwagę zwrócić na wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie. ■

doniesienia naukowe



Niepotrzebna chemioterapia?

Chemioterapia nie zawsze jest potrzebna, ale też nie zawsze można to stwierdzić jednoznacznie. Badania wykazują, że aż 70 proc. kobiet z wczesną postacią raka piersi może uniknąć tego uciążliwego leczenia. Chodzi o te pacjentki – twierdzą badacze z Albert Einstein Cancer Center w Nowym Jorku – które nie mają jeszcze przerzutów do węzłów chłonnych, reagują na terapię hormonalną i nie mają nowotworu z mutacją HER2.

Z obliczeń przedstawionych podczas kongresu ASCO w Chicago wynika, że w USA chemioterapii może uniknąć 100 tys. kobiet z wczesnym rakiem piersi, a w Wielkiej Brytanii – 3 tys. Trzeba jednak zastosować znany od wielu lat test Oncotype DX, w ramach którego bada się 21 genów i określa ryzyko nawrotu raka piersi w ciągu 10 lat. Dotychczas było wiadomo, że chemioterapii nie wymagają pacjentki, u których wynik tego badania nie przekracza 10 pkt., a jest bezwzględnie konieczna u chorych z wynikiem od 26 do 100 pkt.

Najnowsze obserwacje, którymi objęto ponad 10 tys. pacjentek, dowodzą – i jest to najważniejsze ustalenie – że chemioterapii nie wymagają również osoby, u których wynik testu sięga od 11 do 25 pkt. W takich przypadkach rzadko dotąd zlecano jedynie terapię hormonalną i na ogół na wszelki wypadek łączono ją z chemioterapią. Tymczasem szanse przeżycia kobiet z wczesnym rakiem piersi z obu grup – poddanych chemioterapii i tych, które jej nie otrzymały – są jednakowe.

Autorzy badania zastrzegają jednak, że u niektórych kobiet do 50. roku życia z wynikiem testu ryzyka nawrotu raka piersi w granicach 16–25 pkt. chemioterapia może jednak dawać dodatkowe korzyści.

Test jest dość kosztowny, w USA trzeba za niego zapłacić 4 tys. dol., można jednak oczekiwać, że będzie coraz częściej wykorzystywany. Jego producent prowadzi teraz badania w 90 krajach, którymi objęto ponad 900 tys. pacjentek.

(BBC, Reuters, czerwiec 2018)

Immunoterapia pomaga w raku prostaty

Najpierw był czerniak, potem rak płuca i kolejne groźne nowotwory, takie jak rak nerki, teraz wiemy, że immunoterapia jest skuteczna również w leczeniu raka prostaty. Podczas konferencji ASCO w Chicago specjaliści Institute of Cancer Research oraz Royal Marsden Hospital w Londynie powiedzieli, że uzyskano wręcz spektakularne efekty.

Leczeni byli pacjenci w stanie terminalnym, u których zastosowano wcześniej radioterapię, chemioterapię i leki hormonalne. W ramach nowej terapii podawano im tzw. leki immunokompetentne, co u niektórych doprowadziło do całkowitego wyeliminowania komórek nowotworowych prostaty.

Nowa metoda powoduje odblokowanie układu odpornościowego chorego. Nie jest jednak przeznaczona dla wszystkich, ocenia się, że może być skuteczna u 10–15 proc. pacjentów z rakiem prostaty. Brytyjscy specjaliści twierdzą, że najlepsze efekty uzyskuje się u chorych z najcięższymi mutacjami komórek nowotworowych.

Jednak liczy się nie tylko nowoczesne i kosztowne leczenie, dobre efekty mogą przynieść zmiany w postępowaniu chorych, takie jak pozbycie się nałogu palenia tytoniu. Specjaliści Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu wykazali, że do nawrotu raka prostaty o 40 proc. częściej dochodzi u palaczy papierosów. U tych pacjentów dwukrotnie częściej nowotwór rozwinął się poza prostatę, a ryzyko zgonu z powodu raka było o 89 proc. większe.

(BBC News, Reuters, czerwiec 2018, „JAMA Oncology” z 24 maja 2018, bit.ly/2MLq)

Nie dłużej niż 41 tygodni

Ciąża nie powinna trwać więcej niż 41 tygodni. Jeśli się przedłuża, lepiej wywołać poród, niż czekać aż zadecyduje o tym natura. Zmniejsza się wówczas ryzyko poronienia i utraty dziecka oraz zastosowania cesarskiego cięcia. Przekonuje o tym analiza 30 randomizowanych badań, którymi objęto ponad 12 tys. kobiet w ciąży. Przeprowadzono je na całym świecie, głównie w USA, Wielkiej Brytanii, Norwegii, Chinach i Indiach.

Z obliczeń autorów raportu wynika, że wywołanie porodu w 41. tygodniu ciąży o 67 proc. zmniejsza ryzyko zgonu dziecka. Można również dziesięciokrotnie zmniejszyć niebezpieczeństwo poronienia. Tego rodzaju interwencja medyczna nie zwiększa zagrożenia powikłaniem, takim jak krwawienie: w obu grupach pacjentek (poddanych medykacji i rodzących siłami natury) występowały jednakowo często.

(bit.ly/2xQrjqK Cochrane Database Syst Rev 2018)

Alternatywne metody leczenia ADHD

Istnieje wiele leków skutecznych w leczeniu zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD), rodzice często jednak szukają innych metod terapii. Nie ma pewności, że są one pomocne, bo nie zebrano wiarygodnych danych, ale nie można ich całkowicie deprecjonować. Taki jest przynajmniej główny wniosek z 54 badań dotyczących niefarmakologicznych metod leczenia ADHD.

Chodzi głównie o terapię kognitywno-behawioralną, szkolenia rodziców dotyczące postępowania z trudnym dzieckiem oraz stosowanie diet „lecniczych” i suplementów, np. preparatów zawierających kwasy tłuszczowe omega-3. Wątpliwości wynikają z tego, że badania tych terapii obejmowały zbyt małą grupę dzieci lub trwały zbyt krótko, nie spełniały wszystkich kryteriów naukowych albo trudno je porównać. A jeśli uzyskiwano dzięki nim dobre efekty, często były krótkotrwałe.

Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne (AAP) w leczeniu ADHD u dzieci zaleca stosowanie farmakoterapii lub terapię behawioralną albo łączenie obu metod. Terapia behawioralna powinna być w pierwszym rzędzie stosowana u dzieci do 4. roku życia, choćby dlatego, że ADHD trudno u nich zdiagnozować.

U dzieci szkolnych, od 6. roku życia, leczenie pierwszego rzutu choroby umożliwia farmakoterapia, bo oferta leków jest szeroka. Obie metody – terapia lekami i behawioralna – mogą poprawić koncentrację dziecka, jego zachowanie i ułatwić nawiązywanie relacji z innymi dziećmi. Aaron Seit z University of California twierdzi, że jako trzecią metodę można dołączyć leczenie alternatywne, pod warunkiem, że nie jest zbyt kosztowne i jest bezpieczne.

(bit.ly/2H4c64S Pediatrics, 30 maja 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 denty stom, 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 i lekarzy cudzoziemców planujących relokację do Polski oraz unikalna wyszukiwarka miejsc specjalizacyjnych

www.centrumkariery.org.pl

Ruszył nowy serwis internetowy dla lekarzy i lekarzy denty stom

**C E R
M E D**
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYN

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 - 04/05/2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-512), ul. Puławska 18 lok. 111 dla potrzeb procesu rekrutacji.

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

CV z numerem referencyjnym oferty w tytule prosimy przesyłać 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. 11/46/PD/MAZ

Lekarz specjalista lub rezydent w trakcie specjalizacji (pediatria, medycyna rodzinna)

Dynamicznie rozwijająca się znana przychodnia w Pruszkowie.

Wymagania:

- ❖ Lekarz specjalista
- ❖ Rezydent ww. specjalizacji (od 3 roku wżwyż)
- ❖ Specjalizacja z medycyny rodzinnej będzie dużym atutem
- ❖ Aktualne PWZ

Oferujemy:

- ❖ Stabilne zatrudnienie na umowę o pracę lub kontrakt
- ❖ Pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- ❖ Atrakcyjne wynagrodzenie oraz premię
- ❖ Miejsce parkingowe

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

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

Leki biologiczne i biologiczne biopodobne w gastroenterologii szansą na zwiększenie dostępności leczenia

Leki biologiczne, w tym przeciwciała monoklonalne, wpływają na ogromny postęp w leczeniu wielu zapalnych chorób o podłożu immunologicznym, także nieswoistych zapalnych chorób jelit (NChZJ), wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) oraz choroby Leśniowskiego-Crohna (chL-C). Leki te, dzięki lepszej kontroli procesu zapalnego, mogą modyfikować naturalny przebieg chorób, ograniczając stosowanie steroidoterapii, zmniejszając liczbę hospitalizacji, interwencji chirurgicznych, a także poprawiając jakość życia leczonych. W NChZJ stosowane powszechnie leki biologiczne to monoklonalne przeciwciała antyTNF α , np. inflixymab i adalimumab. Stosunkowo niedawno zarejestrowano także wedolizumab – pierwszy lek antyintegrynowy, oraz ustekinumab – preparat o działaniu antycytokinowym. Ich skuteczność nie podlega dyskusji, problemem pozostaje natomiast wysoka najczęściej cena, a co za tym idzie mała dostępność.

W ostatnich latach na rynki wielu krajów wprowadzono także leki biologiczne biopodobne – cząsteczki będące odpowiednikami leków biologicznych referencyjnych. W NChZJ dotyczy to jedynie inflixymabu, niemniej jednak już w przyszłym roku wprowadzone będą również biopodobne cząsteczki adalimumabu.

Biopodobny inflixymab jest pierwszym dopuszczonym do stosowania przeciwciałem monoklonalnym. Nic więc dziwnego, że taka decyzja wywołała wiele emocji w środowisku gastroenterologów, tym bardziej że badania nowych biopodobnych przeciwciał monoklonalnych dotyczyły początkowo wyłącznie populacji pacjentów reumatologicznych, a ekstrapolacja wyników na grupę chorych z NChZJ wzbudzała pewne obawy. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii w roku 2013, opierając się na istniejących wówczas badaniach, zaakceptowało stosowanie biopodobnego inflixymabu w NChZJ, z jednym zastrzeżeniem dotyczącym automatycznej zamiany w trakcie leczenia. Eksperti zwracali jednak uwagę na konieczność przeprowadzenia badań również w populacji pacjentów gastroenterologicznych oraz skrupulatnego monitorowania bezpieczeństwa nowych cząsteczek.

Po kilku latach wykorzystywania leków biopodobnych pojawiły się prace retrospektywne dotyczące ich skuteczności i bezpieczeństwa w NChZJ. Potwierdziły to doświadczenia naszego ośrodka. Wyniki retrospektywnego badania w grupie 176 pacjentów z chL-C oraz 67 z WZJG, poddanych terapii w ramach programu leczenia biologicznego, świadczą o porównywalnej skuteczności klinicznej oraz bezpieczeństwie stosowania leku biopodobnego i biologicznego referencyjnego. Roczna obserwacja po zakończeniu leczenia wykazała również podobną liczbę nawrotów w przypadku obu terapii.

Ciekawe są wyniki ankiety opublikowanej przez ekspertów European Crohn and Colitis Organisation: już po dwóch latach stosowania leków biopodobnych znacznie zmniejszyła się nieufność

gastroenterologów wobec takiego leczenia. W roku 2013 tylko 5 proc. ankietowanych było przekonanych, że leki biopodobne są bezpieczne, po dwóch latach już prawie 30 proc.

Kolejnym ważnym problemem, który przewijał się w dyskusjach gastroenterologów, była automatyczna zamiana leku referencyjnego na biopodobny (z czasem być może także odwrotnie), uzasadniona jedynie procedurami zakupowymi, dokonywana bez wiedzy i zgody pacjenta, a także lekarza. Takiej zamiany nie rekomendowała nawet Europejska Agencja Leków (EMA), pozostawiając decyzję lekarzom prowadzącym. Szczególnie mało uzasadniona nie tylko medycznie, ale także ekonomicznie jest zamiana w trakcie terapii, którą w warunkach polskich prowadzi się krótko – maksymalnie rok w przypadku WZJG i dwa lata w chL-C. W dodatku ceny inflixymabu referencyjnego i preparatów biopodobnych są obecnie zbliżone. Wprawdzie norweskie badania (NorSwitch Study), wymuszone również regulacjami na etapie płatnika, wykazały bezpieczeństwo wspomnianej procedury, jednak była to zamiana jednorazowa. Nadal nie wiemy, czy stosowanie wielu leków biopodobnych, w najgorszym wypadku zmieniających u tego samego chorego co kilka czy kilkanaście miesięcy, zależnie jedynie od procedury zakupu, nie miewa negatywnego wpływu na immunogenność w dalszej perspektywie. Zatem mimo udokumentowanego bezpieczeństwa zamiany leków referencyjnych i biopodobnych, biorąc pod uwagę rejestrowane kolejne nowe leki, a także potrzebę ścisłego monitorowania bezpieczeństwa leczenia biologicznego, nadal wydaje się bardziej uzasadniona kontynuacja leczenia (szczególnie rozpatrywanego w terminie miesięcy, a nie lat) tym samym preparatem.

Czas płynnie, mamy coraz bogatsze doświadczenie i niewątpliwie większość praktyków zdaje sobie sprawę, że wprowadzenie biopodobnych przeciwciał monoklonalnych antyTNF α jest nadzieją na zwiększenie dostępności leczenia biologicznego, co może zmienić krajobraz terapii zarówno WZJG, jak i chL-C. Wiemy również, że około 30 proc. pacjentów nie odpowiada na leczenie antyTNF α już po roku terapii. Zmniejszenie kosztów leczenia to także nadzieja dla pacjentów na dostępność zarejestrowanych nowych cząsteczek, takich jak wspomniane już wedolizumab i ustekinumab. ■



Grażyna Rydzewska

Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, CSK MSWiA, Warszawa
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, UJK, Kielce

ANKIETA BADANIA PREFERENCJI I POTRZEB SZKOLENIOWYCH

CENTRUM KARIERY

Centrum Kariery sprawdza się w roli sprawnego organizatora konferencji i szkoleń dla lekarzy. Szczególną wagę przykładamy do szkoleń funkcjonalnych i psychospołecznych, których zadaniem jest dostarczanie praktycznej wiedzy i umiejętności do wykorzystania w codziennej pracy z pacjentami oraz współpracownikami.

Zachęcamy do wypełnienia krótkiej ankiety, której wyniki pozwolą nam dostosować zakres szkoleń i metody nauki do Państwa potrzeb i preferencji.

Uzyskane informacje będą dla nas również cenną wskazówką w przygotowywaniu nowych tematów szkoleń oraz nowatorskich projektów w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim.

Prosimy o wpisanie X przy wybranej odpowiedzi.

1. Które z proponowanych szkoleń wzbudziły Pani/Pana szczególne zainteresowanie?

- zarządzanie czasem
- cyberochrona danych osobowych w kontekście RODO
- media społecznościowe i profesjonalne w służbie ochrony zdrowia
- autoprezentacja i wystąpienia publiczne
- specjalistyczne kursy językowe, np. język migowy

2. Jaka forma prowadzenia szkoleń najbardziej by Pani/Panu odpowiadała?

- tradycyjna (wykłady i warsztaty)
- nowoczesna (dostęp do platformy e-learningowej w dowolnym czasie i miejscu)

3. Jakie terminy szkoleń prowadzonych w tradycyjny sposób byłyby dla Pani/Pana najbardziej dogodny?

- w dni powszednie, godziny przedpołudniowe
- w dni powszednie, godziny popołudniowe/wieczorne
- w weekendy

4. Które z wymienionych form wspomagania nauki są Pani/Pana zdaniem najbardziej przydatne w prowadzeniu nowoczesnych szkoleń?

- wideokonferencje/webinaria
- webcasty do pobrania
- dostęp do biblioteki mediów, np. przez aplikację mobilną
- wirtualna rzeczywistość
- e-learning

5. Czy w najbliższym czasie planuje Pani/Pan wziąć udział w proponowanych szkoleniach i rozwijać swoje kompetencje?

- tak, zdecydowanie widzę taką potrzebę
- tak, pod warunkiem, że będą bezpłatne/dofinansowane
- nie widzę takiej potrzeby/nie mam czasu

6. Jakie inne tematy szkoleń byłyby w Pani/Pana ocenie przydatne w pracy zawodowej?

.....
.....

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety. Państwa opinia jest dla nas ważna.

Wypełnioną ankietę można zostawić w recepcji lub Biurze Obsługi Lekarza OIL, po zeskanowaniu przesłać drogą elektroniczną: jacek.kopacz@oilwaw.org.pl lub wysłać pocztą na adres: CERMED Centrum Rozwoju Medycyny Sp. z o.o., 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, lok. 111.

Znajdź nas na  www.centrumkariery.org.pl

C E R
M E D

CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

Ranking 100 najlepszych naukowców WUM

Warszawski Uniwersytet Medyczny ogłosił ranking 100 naukowców WUM z największym dorobkiem publikacyjnym w latach 2015–2017. Pierwsze miejsce zajął dr hab. n. med. Łukasz Szarpak z Zakładu Medycyny Ratunkowej I Wydziału Lekarskiego. Na drugiej pozycji uplasowała się prof. Hanna Szajewska – kierownik II Kliniki Pediatrii I Wydziału Lekarskiego. Trzecie miejsce zajął prof. Rafał Płoski – kierownik Zakładu Genetyki Medycznej I Wydziału Lekarskiego. Na kolejnych miejscach znaleźli się: prof. Grzegorz Opolski – kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii I Wydziału Lekarskiego, prof. Krzysztof J. Filipiak – I Katedra i Klinika Kardiologii I Wydziału Lekarskiego, prof. Urszula Demkow – kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego I Wydziału Lekarskiego, prof. Mirosław Wielgoś – kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii I Wydziału Lekarskiego, prof. Wiesław Jędrzejczak – kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych I Wydziału Lekarskiego, dr hab. Łukasz Czyżewski z Zakładu Pielęgniarstwa Nefrologicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu oraz prof. Piotr Pruszczyk – kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej Wydziału Lekarsko-Dentystycznego.

Listę opracowała Biblioteka Główna WUM na podstawie analizy dorobku poszczególnych naukowców z lat 2015–2017. Ranking objął osoby zatrudnione na uniwersytecie w kwietniu 2018 r., współautorów wszystkich opublikowanych artykułów (prace oryginalne, kazuistyczne, pogładowe i inne posiadające punktację Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego).

Pełen ranking 100 naukowców WUM z największym dorobkiem publikacyjnym w latach 2015–2017 zamieszczono na stronie: <http://bp.wum.edu.pl/>. ■

Źródło: „Termedia”

Granty naukowe Polpharmy

Poraz szesnasty zostały przyznane granty Naukowej Fundacji Polpharmy na prowadzenie badań w dziedzinie medycyny. Tym razem rada pod przewodnictwem prof. Kazimierza Roszkowskiego-Śliża przyznała dwa granty. Oba w uznaniu dla poszukiwani skutecznych środków walki z nowotworami. Dr n. biol. Agnieszka Graczyk-Jarzynka z WUM otrzymała fundusze na rozwinięcie projektu „Opracowanie platformy chimericznych receptorów antygenowych pod kontrolą indukowanych systemów ekspresyjnych aktywowanych w środowisku nowotworów”. Dr hab. Aleksander Czogalla z Uniwersytetu Wrocławskiego dzięki grantowi będzie kontynuował badania „Zaprojektowanie, wytworzenie oraz sprawdzenie skuteczności nowych nośników genu TP53 do zastosowania w terapiach przeciwnowotworowych”.

Fot. archiwum Polpharmy



Laureaci konkursu fundacji na finansowanie badań naukowych. W imieniu nieobecnego dr. A. Czogalla statuetkę odebrał dr Jerzy Gubernator



Laureaci ogólnopolskiego konkursu na najlepszą pracę magisterską wydziałów farmaceutycznych uczelni medycznych

Granty oraz nagrody za najlepsze tegoroczne prace magisterskie z dziedziny farmacji zostały wręczone na uroczystym spotkaniu w warszawskich Łazienkach. Zgromadzeni wysłuchali też wykładu dr Aleksandry Przeglalińskiej z Akademii Leona Koźmińskiego oraz MIT w Bostonie na temat możliwości zastosowania sztucznej inteligencji w różnych dziedzinach życia, w tym w służbie pacjentowi. ■

mkr

Mazowsze dotuje

Radni wojewódzcy przyznali ponad 16,7 mln zł na zakup sprzętu i remonty w mazowieckich szpitalach.

Środki, które udało się wygospodarować dzięki oszczędnościom, trafią do 12 placówek z terenu Mazowsza. Największym beneficjentem będzie Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, który otrzyma w 2018 r. dodatkowo ponad 4 mln zł na zakup sprzętu medycznego do Oddziału Okulistycznego, przystosowanie Oddziału Dermatologii Dziecięcej na potrzeby okulistyki oraz modernizację, a także wyposażenie Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Neonatologicznego. Szpital Bródnowski otrzyma ponad 1,4 mln zł na przebudowę obiektu przy ul. Poznańskiej 22 w Warszawie, zakup wyposażenia i urządzeń do pracowni hemodynamiki i elektrofizjologii, a także przychodni specjalistycznej Śródmiejskiego Centrum Specjalistycznego oraz izby przyjęć szpitala.

Prawie 1,6 mln zł dostanie Szpital Dziecięcy im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie, m.in. na opracowanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej adaptacji pomieszczeń na aptekę szpitalną, modernizację pomieszczeń Oddziału Okulistyki oraz Oddziału Dermatologii, nabycie stacji uzdatniania wody i pomp próżniowych, wyposażenie do Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej oraz do Oddziału Dermatologicznego.

323,5 tys. zł trafi do Szpitala Psychiatrycznego przy ul. Nowowiejskiej w Warszawie na zakup i montaż pieca c.o. oraz modernizację głównych rozdzielni elektrycznych prądu w budynku głównym szpitala oraz w budynku przy ul. Dolnej 42.

Prawie 3 mln zł otrzyma Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu na utworzenie pracowni leku cytotoksycznego i zakup angiografu fluoresceinowego do Poradni Okulistycznej. Mazowieckiemu Szpitalowi im. dr. Teodora Dunina w Rudce Sp. z o.o. przyznano ponad 504 tys. zł na zakup sprzętu i aparatury medycznej do rehabilitacji.

Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o. otrzyma 2,4 mln zł na 32-rzędowy tomograf komputerowy X oraz adaptację i modernizację pomieszczeń na potrzeby pracowni tomografii komputerowej w Szpitalu Kolejowym w Pruszkowie (który jest częścią spółki).

Wsparcie trafi także do Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, które dostanie ponad 164 tys. zł na przygotowanie dokumentacji niezbędnej do utworzenia centrum zdrowia psychicznego oraz modernizację sieci energetycznej.

Mazowieckiemu Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku przyznano dodatkowe wsparcie w wysokości około 990 tys. zł na przebudowę i modernizację bloku operacyjnego. WSZPZOZ im. E. Wilczkowskiego w Gostyninie otrzyma ponad 211 tys. zł na przygotowanie dokumentacji pod budowę nowej instalacji wodociągowej, przebudowę warsztatów i garaży. Do Oddziału Urologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku trafi ponad 576 tys. zł na zakup aparatury medycznej. Wsparcie uzyska też szpital w Ostrołęce – ponad 2 mln zł na zakup sprzętu medycznego dla SOR i Oddziału Dziecięcego.

Patron Szpitala w Siedlcach

18 maja 2018 r., w 98. rocznicę urodzin papieża Polaka, siedleckiemu Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu nadano imię świętego Jana Pawła II.

Decyzję w tej sprawie podjęło Nadzwyczajne Zgromadzenie Wspólników spółki na wniosek Zarządu Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach Sp. z o.o. W ramach uroczystości nadania imienia odbyła się msza święta w nowej kaplicy szpitalnej, co było okazją do jej poświęcenia. Odsłonięto też i poświęcono pamiątkową tablicę z brązu z wizerunkiem Ojca Świętego, która jest umieszczona na ścianie holu głównego.

Polak prezydentem ESBS

Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii WUM, został powołany na prezydenta Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Podstawy Czaszki (ESBS).

Przekazanie kierowania ESBS prof. Niemczykowi odbyło się podczas 13. Europejskiego Kongresu Chirurgii Podstawy Czaszki, który odbył się 19–21 kwietnia w Warszawie. ESBS jest organizacją zrzeszającą neurochirurgów, otorynolaryngologów, chirurgów szczękowo-twarzowych, radioterapeutów, onkologów, chirurgów rekonstrukcyjnych, neurofizjologów i innych specjalistów związanych z tą dziedziną, powstało w 1993 r. we Włoszech. W 1995 r. założono Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki, które dołączyło do struktur europejskich. Prof. Kazimierz Niemczyk jest członkiem Komitetu Wykonawczego od 2007 r. Kongres Chirurgii Podstawy Czaszki to najważniejsze europejskie spotkanie specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem patologii obejmujących podstawę czaszki. Program naukowy 13. Kongresu obejmował kilkadziesiąt sesji okrągłego stołu, specjalne wykłady oraz sesje krajowych towarzystw, m.in. niemieckiego, angielskiego i polskiego. Wybór prof. Nowaczyka jest wyrazem uznania dla jego dorobku, a także wysokiego zaangażowania i umiejętności polskich specjalistów zrzeszonych w PTChPCz.

Szpital Zakaźny odznaczony

22 maja Sejmik Województwa Mazowieckiego podjął uchwałę o przyznaniu Odznaki Honorowej „Zasłużony dla Mazowsza” Wojewódzkiemu Szpitalowi Zakaźnemu w Warszawie.

Szpital ten, najstarsza placówka medyczna o profilu zakaźnym, jest przodującym ośrodkiem opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych zarówno w Polsce, jak i w Europie Środkowej i Wschodniej. Odznaka Honorowa „Zasłużony dla Mazowsza” to zaszczytne wyróżnienie za szczególne zasługi dla regionu. Przyznaje się ją osobom i instytucjom, które w istotny sposób przyczyniły się do rozwoju województwa mazowieckiego, powiatu, gminy lub miejscowości, w której działają.

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.

Wynajmę lub sprzedam gabinet stomatologiczny w Żąbkach. Tel.: 22-781-52-19.

Liderzy Ochrony Zdrowia

24 kwietnia, podczas uroczystości w siedzibie Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia w Katowicach, wręczono statuetki złotych, srebrnych i brązowych Liderów Ochrony Zdrowia.

Z terenu Mazowsza wyróżnienia otrzymali: Brązowego Lidera w kategorii „Promocja zdrowia i profilaktyka” – prof. dr hab. n. med. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; Srebrnego Lidera w kategorii „Działalność na rzecz pacjenta” – prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, przewodnicząca Zespołu Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, profesor Narodowego Instytutu Leków; Srebrnego Lidera w kategorii „Innowacyjne pomysły w ochronie zdrowia” – Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Oddział Badań Wczesnych Faz; Złotego Lidera w kategorii „Skuteczne zarządzanie” – Maria Kurcz, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie.

Organizatorem i mecenasem konkursu jest czasopismo „OSOZ Polska”, a laureatów w czterech kategoriach wybiera niezależna kapituła złożona z 25 osobistości rynku zdrowia. Co roku nagradzane są najciekawsze inicjatywy i osobowości, które stanowią wzór do naśladowania. ■ **pk**

Światowy Dzień Głosu

Z okazji Światowego Dnia Głosu, który przypada 16 kwietnia, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu włączył się aktywnie w akcję informacyjną, której celem jest zwrócenie uwagi na rolę głosu w życiu człowieka.

Wydobywanie głosu zgodne z prawami fizjologii oraz wymogami estetycznymi i intelektualnymi to sztuka niełatwa.

Czynnikami, które mogą powodować zaburzenia w emisji głosu i zmieniać jego brzmienie, są m.in. stres, siedzący tryb życia, przekrzykiwanie nieustannego hałasu. Wiele osób, w szczególności profesjonalistów, dla których głos jest narzędziem pracy, często wymaga terapii.

– Obecnie mamy dostęp do wielu terapii, które przywracają właściwe napięcie w obrębie traktu głosowego. O wynikach terapii decyduje jeszcze jeden ważny element – kontrola słuchu – wyjaśnia prof. Henryk Skarżyński, dyrektor IFiPS.

– Istnieje także wiele możliwości operacyjnego leczenia zaburzeń głosu. W przypadku zmian na łańdżach głosowych, których nie można wyleczyć farmakologicznie, wykonuje się zabiegi fonochirurgiczne – mówi prof. nadzw. dr hab. n. med. Agata Szkiełkowska, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii IFiPS. – Wykorzystujemy laser, który nie zaburza czynności wibracyjnej łańdżów głosowych. Coraz częściej stosowaną metodą jest także laryngoplastyka.

Bez opłat

Szpital Specjalistyczny im. św. Rodziny (szpitalmadalinskiego.pl) znosi opłaty za pobyt rodziców i opiekunów przy hospitalizowanych dzieciach na Oddziale Pediatrii oraz Pododdziale Patologii Noworodka.

Od 1 czerwca, symbolicznie w Dniu Dziecka, dotychczasowe opłaty przestają obowiązywać.

Wmurowanie aktu erekcyjnego

Uniwersyteckie Centrum Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego powstaje na terenie kampusu Banacha.

– Studenci i pracownicy Wydziału Lekarsko-Dentystycznego rozpoczną rok akademicki 2019/2020 w nowym, wspaniałym gmachu – powiedział prof. Mirosław Wielgoś, rektor WUM, podczas uroczystości wmurowania aktu erekcyjnego. – Centrum będzie służyło kształceniu kadr medycznych, rozwijaniu badań naukowych oraz leczeniu chorych.

– Po wielu latach działania w bardzo trudnych warunkach w budynkach przy ul. Miodowej i Nowogrodzkiej za niewiele ponad rok wprowadzimy się tutaj, do siedziby przy ul. Żwirki i Wigury 81 – powiedziała prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego WUM. – Naszemu wydziałowi zostaną zapewnione warunki funkcjonowania, na jakie czekał od dziesięcioleci.



Fot. archiwum WUM

W centrum będą działały zakłady: Stomatologii Zintegrowanej, Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej, Stomatologii Dziecięcej, Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia oraz Ortodoncji i nowo tworzony Zakład Higieny Stomatologicznej. Znajdą się w nim również Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Katedra Protetyki Stomatologicznej oraz Laboratorium Protetyki i poradnia stomatologiczna. W budynku zaprojektowano aulę wykładową na 110 miejsc, sale dydaktyczne, a także podziemne garaże. ■ **ach**

Rodzice na oddziałach pediatrycznych



Fot. licencja Artmedia Partners

Opieka rodziców, obecność osób bliskich przy szpitalnym łóżku dziecka przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa małego pacjenta. Prawda, którą wszyscy znają, choć zdarza się, że niektórzy jeszcze ją negują. Zgodnie z obowiązującą ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, menedżerowie placówek mogą pobierać opłaty za pobyt rodzica. W kraju różnie jest ta możliwość realizowana. Różnice dotyczą zakresu pobierania bądź niepobierania opłat, ich wysokości i sposobu naliczania. Ustawa mówi, że kierownik szpitala może odstąpić od pobierania opłat. Rodzi to nieporozumienia i wątpliwości rodziców.

– Dodatkowa opieka pielęgnacyjna jest szczególnie ważna, gdy pacjentem jest dziecko – mówi minister Łukasz Szumowski. – Ma ono prawo do tego, aby w szpitalu cały czas byli przy nim rodzice lub opiekunowie. W związku z tym należy stwarzać rodzicom możliwie dogodne warunki i zachęcać ich do pobytu przy dziecku.

Minister powiedział, że w resorcie podjęto już prace nad projektem zmiany ustawy, w celu sprecyzowania kwestii finansowych: szpital nie będzie pobierał opłat z tytułu pobytu rodzica przy dziecku, z wyjątkiem opłaty rekompensującej koszt korzystania ze szpitalnego łóżka albo wyżywienia. ■

mkr

Przyspieszenie

Liczba pacjentów chorujących na szpiczaka plazmocytoowego stale rośnie. Szybki postęp medycyny pozwala mieć nadzieję, że wkrótce dla wielu pacjentów stanie się on chorobą wprawdzie nieuleczalną, ale przewlekłą – mówi prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli. – Per astra ad myeloma multiplex, czyli przez gwiazdy do szpiczaka plazmocytoowego – to sformułowanie doskonale oddaje przełomowe znaczenie, jakie dla leczenia tej choroby ma terapia przeciwciałem monoklonalnym anti-CD38, podobnie jak odkrycie nowej konstelacji oznacza postęp w poznawaniu kosmosu.

Eksperti w dziedzinie hematologii twierdzą, że przeciwciałem monoklonalnym anti-CD38 (daratumumab) pozwoli osiągnąć „reset”

(unieważnienie) pamięci opornego na leczenie szpiczaka, a tym samym przywrócić wrażliwość na stosowane wcześniej leki. Ponadto preparat wspomaga układ odpornościowy, wpływa na strukturę kości i hamuje proces ich niszczenia. To są optymistyczne perspektywy dla pacjentów.

Jednak nadal ogromnym problemem jest wczesna diagnostyka, bo tylko szybkie wykrycie, jeszcze w okresie bezobjawowym, daje szansę na skuteczne leczenie. Zbyt późno postawiona diagnoza w przypadku postaci zaawansowanej powoduje wyższą śmiertelność, zaledwie 50 proc. chorych ma pozytywne rokowania. Drogim problemem jest dostęp do nowoczesnego leczenia.

Z trudnościami w zakresie wczesnego rozpoznania zmagają się lekarze na całym świecie. Z brytyjskich badań wynika, że 37 proc. pacjentów ze szpiczakiem postawiono diagnozę znacznie później niż chorym na inne nowotwory. Dane statystyczne mówią, że wykrycie guza nowotworowego lub podejrzenie innego raka następuje u zdecydowanej większości chorych średnio po trzech wizytach u lekarza. Natomiast szpiczak plazmocytoowy jest wykrywany na tym etapie zaledwie u co trzeciego pacjenta.

Przyczynę stanowi długi czas bezobjawowego rozwoju choroby, następnie objawy nieswoiste, często powodujące mylenie szpiczaka z innymi schorzeniami. Podejrzenia powinny budzić: bóle kości, zmiany osteolityczne, osłabienie, białkomocz, złamania i złamania patologiczne. Wskazaniem do badań w kierunku szpiczaka jest też wystąpienie nowotworu u krewnych.

Chorobę można wykryć dzięki regularnie wykonywanej morfologii krwi oraz badaniu OB. Każde zwiększone OB, nie tylko trzycyfrowe, jest podstawą do dalszych

badan w tym kierunku. Zdaniem onkologów w Polsce te badania są zbyt rzadko zlecane przez lekarzy rodzinnych.

Polska Grupa Szpiczakowa oraz Polskie Konsorcjum Szpiczakowe rozpoczęły w 2017 r. pilotażowy program dotyczący wczesnego wykrywania szpiczaka plazmocytozy. W jego ramach analizowany jest stan pacjentów z diagnozą szpiczaka, ich parametry kliniczne, biochemiczne i morfologiczne. Wnioski ułatwią lekarzom rodzinnym stawianie wcześniejszej diagnozy.

Do niedawna standardem postępowania w terapii była klasyczna chemioterapia, która obecnie jest coraz częściej zastępowana przez terapie lekami immunoklonalnymi oraz lekami z grupy inhibitorów proteasomów. Nowe cząsteczki stosowane w terapiach kombinowanych, w tym wspomniany daratumumab, znacznie wydłużają czas remisji choroby oraz poprawiają jakość życia dzięki swej niskiej toksyczności. Dostęp do nowych leków jest problemem przede wszystkim w Polsce.

– *Od kilkunastu miesięcy powtarzamy, że konieczne należy wprowadzić nowe leki. Są w Polsce rejestrowane, ale nie widać decyzji o refundacji* – podkreśla prof. Giannopoulos. – *Jeśli chodzi o leczenie nawrotów, jesteśmy w ognie Europy, nie nadążamy za międzynarodowymi standardami.*

Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, twierdzi: – *Szansa na dłuższe i lepszej jakości życie stała się w ostatnich latach udziałem chorych z diagnozą raka jajnika, trzustki, nerki, płuc, a także części chorych hematologicznych, dzięki trafnym decyzjom Ministerstwa Zdrowia dotyczącym refundacji wielu nowych leków. Na swoją szansę i dobre decyzje systemowe czekają pacjenci z oporną na leczenie postacią szpiczaka mnogiego i z najtrudniej poddającymi się leczeniu typami białaczek.*

Polska Grupa Szpiczakowa, wzorując się na Nordyckiej Grupie Szpiczakowej, postuluje stworzenie rejestru szpiczakowego. – *W Danii w 2011 r. śmiertelność z powodu szpiczaka wynosiła 29 proc. w pierwszym roku po diagnozie. Obecnie, dzięki analizie rejestru i korzystaniu z wyciągniętych z niej wniosków, zmniejszono śmiertelność do 6 proc.* – mówi prof. Torben Plesner, hematolog z Vejle Hospital w Kopenhadze, który był gościem III Międzynarodowej Konferencji Hematoonkologów w Kazimierzu nad Wisłą. ■

mkr



Goniec Medyczny

Brak opieki po zawale

Tylko co czwarty szpital wdrożył Kompleksową Opiekę Pozawałową, chociaż program działa już ponad pół roku. Szacuje się, że skorzystało z niego jedynie 8 tys. chorych, mimo że zawał serca przechodzi rocznie aż 130 tys. Polaków.

Wojsko poszukuje lekarzy

Wojsko Polskie potrzebuje blisko 500 lekarzy, którzy zatroszczą się o zdrowie żołnierzy. Z danych MON wynika, że z 1228 etatów dla lekarzy wojskowych obecnie obsadzonych jest jedynie 735.

Gwałtowny wzrost zachorowań na odrę na Słowacji

Służby sanitarno-epidemiologiczne na Słowacji alarmują, że w kraju doszło do największego od 1998 r. wzrostu zachorowań na odrę.

W Portugalii nie ma zgody na eutanazję

Zgromadzenie Republiki, czyli parlament Portugalii, podczas głosowania nie zgodził się na depenalizację tzw. śmierci wspomaganą. Decyzja większości deputowanych oznacza w praktyce brak zgody na legalizację eutanazji.

Nadzieje śmiertelnie chorych w USA

Prezydent USA Donald Trump podpisał ustawę o tzw. prawie próby (ang. *Right to Try*), która pozwoli śmiertelnie chorym pacjentom na eksperymentalne leczenie jeszcze przed zakończeniem wymaganych badań klinicznych.

Placebo zamiast tabletek antykoncepcyjnych

Firma Allergan zdecydowała się na wycofanie w USA partii 170 tys. opakowań doustnych tabletek antykoncepcyjnych Taytulla. Powodem były „zabłąkane” w nich pigułki zawierające placebo.

Zbyt dużo leków trafia do oceanów

Jeśli tendencja się utrzyma, ilość substancji farmaceutycznych przedostających się do sieci wodociągowej może wzrosnąć o dwie trzecie przed 2050 r. – takie słowa padły podczas trwającej w Wiedniu konferencji European Geosciences Union.

7 godzin snu jest najlepsze dla serca

Wstępne wyniki nowego badania przeprowadzonego na Emory University w Atlancie (USA) wskazują, że najkorzystniejszy wskaźnik tzw. wieku serca w stosunku do wieku metrykalnego mają dorośli, którzy przesypiają 7 godzin w ciągu doby.

Fast foody mogą zmniejszać płodność kobiet

Kobiety, które zbyt częste spożywają fast foody i unikają warzyw, mogą mieć większe kłopoty z zajściem w ciążę – sugerują międzynarodowe badania opublikowane przez „Human Reproduction”.

Triklosan podejrzany

Badania wykazały, że triklosan – powszechnie stosowany środek antybakteryjny – ma związek z zapaleniem jelita grubego i rozwojem nowotworów jelita – informuje czasopismo „Science Translational Medicine”.

Przenieść wspomnienie

Czy jeden ślimak może pamiętać i reagować na to, co przydarzyło się drugiemu? Naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (USA) zdołali przenieść wspomnienie. Wykorzystali do tego kwas rybonukleinowy.

Skutki zanieczyszczenia powietrza

U dzieci i młodych ludzi żyjących w dużych zanieczyszczonych metropoliach wcześniej pojawiają się zmiany typowe dla chorych na alzheimera – wynika z badania, które publikuje czasopismo „Environmental Research”.

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

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



Fot. archiwum

Nasi mistrzowie w anegdocie

Jarosław Kosiaty

Czy pamiętacie ze studiów lekcje łaciny?

Czy znajomość tego języka nadal jest przydatna w medycynie?

W czasach starożytnego Rzymu łacina jednoczyła nasz kontynent. Wywarła istotny wpływ na języki ojczyste wielu krajów w zakresie prawa, kultury, sztuki, medycyny, dyplomacji i religii. Po upadku cesarstwa przestała być stosowana w mowie codziennej, ale w większości krajów europejskich nadal była używana jako język urzędowy, literacki i liturgiczny. W naszym kraju pozostała oficjalnym językiem urzędowym aż do czasów rozbiorów (ciekawostka: w Watykanie jest nim do dzisiaj). Po łacinie swoje dzieła pisali: Cyceeron, Tacyt, św. Hieronim, św. Augustyn, Einhard, Tomasz z Akwinu, Dante, Petrarca, Erazm z Rotterdamu, Luter, Kopernik, Kepler oraz Newton.

A jak jest obecnie? Łacińskie rozpoznania ułatwiają konsultowanie przypadków pacjentów przez lekarzy z różnych krajów. Wiele terminów medycznych w języku angielskim zostało zapożyczonych z łaciny, a znajomość choć podstaw tego języka znacznie ułatwia tłumaczenie tekstów medycznych z francuskiego, hiszpańskiego czy włoskiego. Atutem jest też możliwość odczytywania starych inskrypcji na cmentarzach i w kościołach rozsianych po całym naszym kontynencie, od Półwyspu Iberyjskiego aż po kraje Bliskiego Wschodu.

Dlatego niniejszy artykuł pragnę zdedykować mojemu nauczycielowi łaciny ze Studium Języków Obcych Akademii Medycznej w Warszawie przy ul. Żłotej 7. Niestety, upływ czasu zatarł już w mojej pamięci jego imię i nazwisko, ale pozostawił obraz niezwykle mądrego starszego człowieka, który z pasją i zaangażowaniem dzielił się z nami swoją rozległą wiedzą.

Nawet nauka anatomii na pierwszym roku studiów w języku ojczystym starożytnych Rzymian nie była taka straszna. Łacińska nazwa niewielkiej kreski na kości piętowej: *Sulcus tendinis musculi flexoris hallucis longi* (bruzda ścięgna mięśnia zginacza palucha długiego) do dzisiaj służy mi jako magiczne zaklęcie ukazujące ogrom wiedzy medycznej, niezbędnej w tym czasie do zaliczenia pierwszego ważnego egzaminu.

Jeden z nauczycieli łaciny pocieszał w czasie zajęć swoich studentów:

– *Stoma oznacza to samo, co cavum oris (jama ustna), ale nie martwcie się, ci ze stomatologii też tego nie wiedzą.*

Inna lektorka swoje wykłady ubarwiała cytatami z polskiej literatury:

– *Gdy was słucham, przypomina mi się dwuwiersz naszej noblistki: „Nie męcz aptek i lekarza, sam znajdź drogę do cmentarza”.*

Poniżej przykłady śmiesznych tłumaczeń z języka łacińskiego:

- * *bibo, bibere* – ucztować, bawić się
- * *cena* – kolacja
- * *cepa* – cebula
- * *clava curva in spelunca* – krzywa maczuga w jaskini
- * *clava curva pie vinco* – zakrzywioną maczugą pobożnie zwyciężam
- * *cupa* (wym. kupa) – beczka
- * *cur vaco huic* – dlaczego się tym zajmuję!
- * *dic* (wym. dik) – mów
- * *dic pauca* – mów mało
- * *disco* – uczyć się
- * *dura lex* – twarde prawo
- * *fac id!* – zrób to!
- * *huius* – ten, ta, to (dopełniacz liczby pojedynczej)
- * *latex* – ciecz
- * *pedalia* – skarpetki
- * *rana* – żaba
- * *sedes* – siedziba
- * *sex* – sześć
- * *spiritus* – duch (mianownik liczby pojedynczej)

Podczas nauki języków obcych często dochodzi do wesołych pomyłek. Na pierwszych zajęciach z języka hiszpańskiego wszyscy uczestnicy krótko się przedstawiali. Jeden ze studentów powiedział:

– *Yo tengo 19 anos.*

Lektorka dostała ataku śmiechu, a wtedy wszyscy zaczęli pytać:

– *Co on powiedział? Co on powiedział?*

– *Że ma 19 odbyć (hiszp. anos – odbyć, año – rok).*

Kiedy już jako lekarze opisujemy historie chorób pacjentów, również zdarzają się nam wpadki językowe. Dr Andrzej Dobosiewicz, polski chirurg z St. Catharines w Ontario (Kanada), przysłał mi przykłady pomyłek popełnionych przez tamtejszych lekarzy w dokumentacji prowadzonej po angielsku:

* *Patient has chest pain if she lies on her left side for over a year.*

Pacjentka odczuwa ból w klatce piersiowej, jeśli leży na lewym boku przez ponad rok.

* *She has no rigors or shaking chills, but her husband states she was very hot in bed last night.*

Nie ma żadnych dreszczy ani drzeń, ale jej mąż twierdzi, że wczoraj wieczorem była bardzo gorąca w łóżku.

* *The patient has been depressed ever since she began seeing me in 2008.*

Pacjentka cierpi na depresję odkąd zaczęła się ze mną spotykać w 2008 r.



- ✦ *Status: Alive, but without permission.*
Status: żywy, ale bez pozwolenia.
- ✦ *Healthy appearing decrepit, 69-year-old male, mentally alert but forgetful.*
Zdrowo wyglądający, zgrzybiały, 69-letni mężczyzna, psychicznie czujny, ale zapominalski.
- ✦ *The patient refused an autopsy.*
Pacjent odmówił przeprowadzenia autopsji.
- ✦ *Patient had waffles for breakfast and anorexia for lunch.*
Pacjent zjadł na śniadanie gofry i anoreksję na lunch.
- ✦ *Since she cannot get pregnant with her husband, I thought you might like to work her up.*
Ponieważ nie może zająć w ciąży z mężem, myślałem, że możesz jej pomóc.
- ✦ *She is numb from her toes down.*
Jest odrętwiała od stóp w dół.
- ✦ *Rectal exam revealed a normal sized thyroid.*
Badanie *per rectum* ujawniło tarczycę o normalnej wielkości.
- ✦ *She stated that she had been constipated for most of her life, until she got a divorce.*
Stwierdziła, że cierpiała na zaparcia przez większość swojego życia, dopóki nie dostała rozwodu.

- ✦ *Exam of genitalia reveals that he is circus-sized.*
Badanie narządów płciowych ujawniło, że jest on wielkości cyrkowej.
- ✦ *Skin: pale but present.*
Skóra: blada, ale obecna.
- ✦ *Patient was seen in a consultation by Dr Blank, who felt we should sit on the abdomen.*
Pacjent był widziany podczas konsultacji przez dr. Blanka, który odczuł, że powinniśmy usiąść na brzuchu.

O bogactwie naszego ojczystego języka świadczą następujące zabawy słowne:

- człowiek bez mebli – *persona non grata*
- człowiek z niedopałkiem – mapet
- dawne zwyczaje – ekstradycja
- nowe pieniądze – casanova
- obuwie Haliny – halibuty
- oszczędzanie po staropolsku – domieszka
- placz we dwoje – parlament
- pojemnik ze zjawami – koszmar
- posiada kość – magnat
- pożegnanie Piotra po francusku – papier

- pożegnanie z chińskim specjałem – paryż
- prośba o jałmużnę – panda
- przystań pieniędzy – portmonetka
- roztańczony dezodorant – fabryka
- skrzyżowanie kota z papugą – kotara
- sznurek pochodzenia zwierzęcego – kotlina
- tajemnica Arkadiusza – sekretarka
- zaproszenie do spania – honolulu

Na koniec wróćmy do łaciny. Wikipedia informuje: „*łacina żyje we współczesnych językach, a jej uchwytny rdzeń tkwi nie tylko w starych, powszechnie znanych wyrazach typu »matura« (od maturare – dorastać) i »uniwersytet« (od universitas – powszechność, uniwersalność), ale również w neologizmach, jak choćby »digitalny« (od digitus – palec), »dyskurs« (od discursus – bieganina) czy »globalizacja« (od globus – kula). Kryje się też często w z pozoru rdzennie polskich wyrazach, takich jak »cmentarz« (od coemeterium – miejsce spoczynku) czy »kościół« (od castellum – twierdza)».*

Zatem powiedzmy głośno: – *Non scholae sed vitae discimus!* (Nie uczymy się dla szkoły, lecz dla życia, tj. dla siebie) oraz krzyknijmy za Horacym: – *Carpe diem!* (Chwytaj dzień!).

A dla miłośników języka ojczystego dwie rymowanki cytowanej wcześniej na lekcjach łaciny Wisławy Szymborskiej: „*Przedłuż szczerom żywot krótki, powyjadaj z kątów trutki*”. „*Miał okradać krowę z mleka, dój bliskiego ci człowieka*”. ■



Fot. archiwum

Zwolnij swojego szefa

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

Istnieje teoria: „szef ma zawsze rację; jeśli szef nie ma racji, patrz punkt pierwszy”. Szefowie, jak powszechnie wiadomo, bywają dobrzy i źli, co w dużej mierze zależy od proporcji między wymaganiami a płacnościami. Z zasady szef ma zmienne wartościowanie: na początku może wydawać się ideałem, w miarę upływu czasu jego wspaniałość konsekwentnie dąży do zera, po przekroczeniu punktu krytycznego zaczyna się samo zło.

Wyobraź sobie Czytelniku taką sytuację. Jesteś znanym lekarzem, masz już pewną praktykę i pewną liczbę fanatycznie oddanych pacjentów. Pewnego dnia dzwoni albo zgłasza się do Ciebie jakiś samozwańczy headhunter z atrakcyjną propozycją nowej pracy. Dajesz się namówić na spotkanie, podpisujesz umowę i już za chwilę jesteś w nowym miejscu. A potem zwykle powtarza się schemat. Na początku nowy szef Cię uwielbia, intronizuje w nowym gabinecie jak świeżo koronowanego króla, jego zachowanie jest po prostu formą curlingu, przy czym Ty jesteś kamieniem, przed którym on nerwowymi ruchami zamiata pyłki z podłogi, niczym taflę lodowiska.

Pan doktor chce szafkę? Kupimy. Nowe biurko? Nie ma sprawy – czujesz się niemal jak kapryśna wybranka, której każde życzenie spełni bez zastrzeżeń księżę z bajki.

Idylla nie trwa jednak długo. Zgodnie ze znaną praktyką marketingu, nowo pozyskany pracownik to trofeum, podczas gdy Ty niepostrzeżenie przechodzisz do ekspozycji stałej. Szafka jakoś nie dojechała, a biurko pan Marian z działu technicznego podparł kawałkiem tektury, żeby się nie chwiało, i jakoś leci. To znaczy: przyjmujesz tłumy pacjentów, a szef się niecierpliwi, że mało. Jak roszczeniowy pacjent się awanturuje, masz go przyjąć. Nieważne, czy masz jeszcze siły i jak bardzo Ci to zaburza pracę. Jak jest skarga, stajesz do raportu i piszesz wyjaśnienie. Nieważne, czy zawiniłeś. Jak chcesz urlop szkoleniowy, musisz przebić się przez mur oporu i napisać kwieciste uzasadnienie. Twoim prawem jest praca ponad siły, także w niepłatnych nadgodzinach, i wynagrodzenie na koncie nie zawsze terminowo.

Masz dość. Kolejny headhunter zjawia się na czas, jak jutrzienka na horyzoncie Twojej frustracji. Składasz wypowiedzenie. I tu niespodzianka – z całą brutalnością objawia Ci się, że nie jesteś jednak kapryśną księżniczką, której rzuca się świat pod nogi. Jesteś niewdzięcznikiem, który pogardził „wspaniałą” pracą. Zaczynają się działania quasi-mobbingowe.

– *Gdzie pan doktor ma wypis ze szpitala pana X? Gdzie pan to schował? Ma pan to natychmiast oddać!* – szef z obłądem w oczach szuka karty wypisowej pacjenta, którą kilka minut wcześniej kazałeś zeskanować rejestratorce i dołączyć do dokumentacji chorego. Zastanawiasz się chwilę, czy mówić mu, że bałagan w rejestracji to jego problem, czy tylko zasygnalizować, że właśnie dokonał pomówienia i zamierzasz go pozwać. W końcu zbywasz go obojętnym: – *Proszę pytać panią rejestratorkę.*

Robisz swoje aż do ostatniego dnia wypowiedzenia i z ulgą opuszczasz ten padół łez, rozpaczy i utraconych nadziei, a tymczasem masz już nowego mistrza curlingu.

– *Wiemy, jak pana doktora potraktowali w firmie X – słyszysz. – Myślę, że możemy panu zapewnić znacznie lepsze warunki.*

Znasz już tę śpiewkę. Nowe biurko i tektura. Jak zwykle na początku robisz za frontmana i dumę firmy, ale wkrótce zostaniesz stałą ekspozycją. Niemniej jednak najgorzej Ci tu nie będzie, przynajmniej do momentu, kiedy poruszysz temat podwyżki. To jest zawsze moment, w którym niekomfortowo weryfikuje się Twoje gwiazdorstwo. Szef kocha Cię tylko do pewnego pułapu wynagrodzenia, potem Twoje kompetencje zamieniają się miejscami na podium z Twoimi wadami, w każdym razie w jego percepcji. Znowu dajesz się złowić na lep headhuntera.

Nowa praca. Ten sam schemat, intronizacja i curling. W końcu jesteś gwiazdą, za którą do nowej placówki płyną tłumy fanów, czyli pacjentów. Czyli pieniądze dla nowego pracodawcy.

– *To mój najlepszy lekarz, długo się staraliśmy, żeby go pozyskać, nie było łatwo* – chwali się Tobą nowy szef swoim partnerom biznesowym.

Nabierasz wiatru w żagle, masz nowe pomysły na usprawnienie pracy w placówce. Szybko okazuje się, że Twoje najlepsze pomysły są do bani, a szefa pomysły do bani są najlepsze. I zwijasz podcięte skrzydła. Wkrótce też okaże się, że nowy szef przerósł poprzedniego w gwałceniu wszelkich zasad. Zrozumiesz, dlaczego inni pracownicy przychodni nazywają go „Smok”.

– *Proszę nie wchodzić do mojego gabinetu podczas wizyt pacjentów!* – mówisz oburzony w reakcji na kolejne wtargnięcie szefa w czasie badania.

– *To moja przychodnia i mogę w niej robić, co chcę!* – słyszysz i to oświadczenie przekracza wszelkie znane Ci standardy. Szef pompuje swoje mikroskopijne ego. Czujesz, że nie powinienes w ten proces ingerować – *primum non nocere*. Słyszysz jeszcze, jakim ciężarem dla przychodni jest Twoje wynagrodzenie, przeżuwasz z niesmakiem nie-

KRÓTKA ROZPRAWA MIĘDZY LEKARZEM, DYREKTOREM I HEADHUNTEREM



udolne próby „Smoka”, żeby wzbudzić w Tobie poczucie winy z powodu, że nie pracujesz dla niego za darmo.

Oczywiście, nowy headhunter zjawia się we właściwym momencie. Składasz wypowiedzenie.

Słyszysz od „Smoka”, że przez cały czas swojej pracy u niego nic nie robiłeś. Ty wiesz to, co jest w terminarzu – że przyjmowałeś po kilkudziesięciu pacjentów dziennie bez przerw śniadaniowych i nie wzięłeś zwolnienia nawet wtedy, kiedy miałeś złamaną nogę. Ale to wszystko i tak jest niczym w porównaniu z zarzutem, że nie współpracowałeś, bo nie przychodziłeś do szefa na kawę. Czyli nie donosiłeś. O, przepraszam, nie zaspokoileś oczekiwań protokołu *secret service*. Tyle że ten rodzaj *secret service* jest *passé*, bo *modern secret service* nie używa już do pozyskiwania informacji tak prymitywnych metod. Zaczynasz poważnie zastanawiać się nad dalszym ciągiem swojej drogi zawodowej.

Od pewnego czasu w Internecie robi karierę nośne hasło: „Zwolnij swojego szefa”. Pomysł jest kuszący, zamiast wypowiedzenia rzucić szefowi: – *You are fired!* Można to zrobić na różne sposoby, także w zawodzie lekarza. Najprościej przez porzucenie etatyzmu i założenie indywidualnej

praktyki, z kalkulacją wszelkich zalet i pułapek tej decyzji. Oczywiście, trzeba mieć świadomość, jak istotnie zmienia to sytuację. Szef nie jest już Twoim szefem, tylko kontrahentem, któremu wystawiasz rachunek za świadczone usługi medyczne, a jego rolą pozostaje zaopatrzenie Twojego miejsca pracy m.in. w płyn do dezynfekcji rąk i papierowe ręczniki. Trzeba tylko uważnie czytać umowę przed podpisaniem, bo (prze)biegli w swej sztuce prawnicy zakładów opieki zdrowotnej potrafią ją tak skonstruować, żeby w razie problemów wszyscy mogli zrobić krok w tył, a na placu boju pozostał osamotniony w swej odpowiedzialności lekarz. Za to nie musisz tolerować żadnych tekturek pod biurkiem, a curling nie jest już Twoją ulubioną dyscypliną olimpijską.

Składając hołd pamięci wszystkich zwolnionych szefów, przywołam na koniec oświadczenie, które lubią umieszczać w swoich dziełach twórcy filmowi. Oczywiście ci twórcy, którzy nie użyli oświadczenia o treści: „Film oparty jest na autentycznych zdarzeniach”. Oświadczenie, które pragnę przywołać, brzmi: „Wszelkie podobieństwo do prawdziwych osób i zdarzeń jest przypadkowe i niezamierzone”. *Quod erat demonstrandum.* ■



Koniec Zachodu

Paweł Kowal

Mówiliśmy przez dziesięciolecia „Zachód” i wiedzieliśmy, co się za tym pojęciem kryło. Początkowo lepszy świat. Paweł Pawlikowski w swym najnowszym filmie „Zimna wojna” w artystyczny sposób pokazał, gdzie był przez dekady Zachód, a gdzie my. Potem, po 1989 r., ów Zachód w coraz większym stopniu stanowiliśmy również my. Razem ze Stanami Zjednoczonymi, Wielką Brytanią, Francją, Portugalią i innymi krajami. Uważaliśmy, że mamy z Zachodem wiele wspólnego: kulturę, sposób ubierania się, jedzenia i wspólną obronę przed przeciwnikami wolności. Jego istotą w sensie politycznym było jedno: więź państw Europy Zachodniej z USA, jaka wytworzyła się po II wojnie światowej, również łączność z Kanadą, Australią i Japonią, które też chciały znaleźć się na kulturowym Zachodzie.

Nawet nie jesteśmy sobie w stanie wyobrazić, że pojęcia „Zachód” nie ma, czyli zachód jest tylko kierunkiem geograficznym, a przecież najczęściej tak było w historii. Polityka prezydenta USA Donalda Trumpa może doprowadzić do utraty wspomnianych więzi. Preferencje

dla gospodarki amerykańskiej kosztem europejskiej, stałe polityczne okazywanie braku solidarności – jak chociażby po ostatnim spotkaniu G-7, czyli najbogatszych państw na świecie, powodują, że kres pojęcia „Zachód” jest coraz bliższy.

W historii znacznie mniej jest ważnych dat niż procesów. Historycy wyznaczą w razie potrzeby datę końca Zachodu, ale wiemy, że będzie to umowne i już po fakcie. Świat zachodni i my żyjemy w okresie przejściowym. W latach 1918–1922 kształtował się ład po I wojnie światowej. Weźmy przykład Polski: dopiero w 1921 r. utwierdzono granicę państwa, uchwalono konstytucję, a w 1922 przeprowadzono na terytorium całego kraju normalne wybory. Podobnie w latach 1989–1991 nic nie stało się od razu. Dopiero w 1991 r. miały miejsce w pełni wolne wybory. W obu przypadkach wydarzenia w Polsce nie następowały same z siebie. Były częścią procesów globalnych – jakiegoś przyspieszenia politycznych obrotów. Tak jak data odzyskania przez nas niepodległości z 1918 r. jest umowna, tak i data drugiego jej odzyskania – 1989 r. (zresztą toczą się o nią spory do dzisiaj). Daty końca Zachodu i III Rzeczypospolitej nie są jeszcze ustalone. Czy będzie to data brexitu? Wyboru Donalda Trumpa? Może jakaś inna? Zostawiamy to historykom. Nam pozostaje tylko zaduma nad tymi procesami i stwierdzenie, że prawie na pewno żyjemy w okresie przejściowym i świat, który przyjdzie, będzie inny, podobnie jak Polska nie będzie już III Rzeczpospolitą. ■



Portrety Japonek

Wystawa „Onna. Piękno, siła, ekstaza” obejmuje blisko sto drzeworytów z epoki Edo (1603–1868). Ich główną bohaterką jest kobieta (jap. *onna*). Prace japońskich artystów, takich jak Suzuki Harunobu i Kitagawa Utamaro, układają się w opowieść o kobiecym wdzięku, emocjach i uniesieniach, a także zmieniających się na przestrzeni XVII–XIX w. ideałach urody. Dzieła prezentowane w Podchorążówce w Łazienkach Królewskich pochodzą ze zbiorów Muzeum Narodowego w Krakowie. Wystawa czynna do 15 sierpnia.

www.lazienki-krolewskie.pl

Potańcówki i nie tylko

Sinfonia Varsovia organizuje latem „Potańcówki z muzyką na żywo”. W tym roku w programie tanecznych spotkań znajdzie się: muzyka bałkańska, ojczysta ludowa, warszawska, klezmerska oraz tango, charleston, salsa i swing. Zabawę poprowadzą warsztaty. Potańcówki będą organizowane

w piątki od 6 lipca do 24 sierpnia. Orkiestra zaprasza również na ósmy sezon popołudniowych „Letnich koncertów na Grochowskiej”, w soboty i niedziele – do 26 sierpnia.

www.sinfoniavarsovia.org

90. urodziny ZOO

Z okazji 90-lecia warszawskiego ZOO, popularnego i chętnie odwiedzanego miejsca w prawobrzeżnej części miasta, Muzeum Warszawskiej Pragi oddało głos zwierzętom. To one są przewodnikami po wystawie przedstawiającej dzieje ogrodu zoologicznego oraz ciekawe historie jego mieszkańców, a także ich opiekunów. Wystawa czynna do 16 września.

www.muzeumpragi.pl

Wokół Chopina

Międzynarodowy Festiwal Muzyczny „Chopin i jego Europa” odbędzie się po raz czternasty, w tym roku pod tytułem „Od Chopina do Paderewskiego”. Koncerty festiwalowe zaplanowano w Teatrze Wielkim – Operze Narodowej, Studiu Koncertowym PR i Zamku Królewskim w Warszawie, od 9 do 31 sierpnia. W sezonie letnim muzyka Chopina rozbrzmiewa również w domu urodzin kompozytora w Żelazowej Woli. Recitale polskich i zagranicznych pianistów odbędą się w soboty i niedziele do końca września.

www.chopin.nifc.pl

ach



Gdy każda chwila jest dla nich

Janina Jankowska

Na konkurs zgłoszono ponad 300 prac. Wśród nich film dokumentalny Moniki Meleń z krakowskiego oddziału TVP „Każda chwila jest dla Ciebie”.

Temat społecznie ważny. Jako juror rekomendowałam tę pracę do nagrody. Rodziny z dziećmi głęboko upośledzonymi. Prosty, beznamiętny sposób przedstawienia problemu. Autorka skupia się przede wszystkim na uczuciach bohaterek. Nie ma tu odrobiny publicystyki, która by biła na alarm, chciała naświetlać problem od tej czy innej strony, przywoływałaby dane itp. Są tylko kobiety i ich dzieci. Codzienne życie. Od rana do wieczora. Wszystko dzieje się między dzieckiem i matką, w obrazie. Słowa, które padają, są bardzo osobiste, kameralne jak myśli.

Film jest wstrząsający, bo pokazuje życie heroiczne, o którym my, nieznający tak doświadczonych przez los rodzin, pojęcia nie mamy. Kobiety nie narzekają, niczego nie domagają się, o ich przeżyciach mówią twarzą. To film o wielkiej bezwarunkowej miłości, która towarzyszy wielkiemu nieszczęściu. Każdy po jego obejrzeniu zadaje sobie pytanie: czy mnie byłoby na takie poświęcenie stać? Byłam tym filmem poruszona. Pozostali jurorzy – nie.

Jakiś czas po obejrzeniu filmu zobaczyłam w rzeczywistości inne kobiety, z dłuższym doświadczeniem trudnego macierzyństwa, gdy wyszły z domów po raz drugi, po czterech latach, już z dorosłymi dziećmi, by w korytarzach Sejmu przypomnieć rządzącym, stanowiącym prawo i nam wszystkim, że niepełnosprawne dzieci istnieją. Są częścią naszej narodowej wspólnoty, o której tak często mówi władza. Jednak każda władza, nawet w wolnej, demokratycznej Polsce, bez takich akcji o nich zapomina. Postulaty protestujących dotyczą pieniędzy. I słusznie, bo koszt życia i rehabilitacji, mimo częściowych podwyżek świadczeń, jest niewspółmierny do potrzeb. Rząd wypełnił pierwszy postulat i podwyższył renty do poziomu najniższej pensji krajowej. Pat nastąpił z powodu drugiego postulatu: żądania wypłacania w gotówce 500 zł miesięcznie. Strona rządowa zaproponowała dodatek w tej wysokości w formie bezpłatnej rehabilitacji lub potrzebnego sprzętu. I tu obie strony się zacięły. Wtedy wkroczyła polityka i media. Strajkujący otrzymali ogromne wsparcie społeczne, ale wobec medialnego nagłośnienia rządzący odebrali je jako działania inspirowane przez „totalną opozycję”.

Jak sądzę, także obawiali się, że przyznanie ekstrazasiłku 280 tys. rodzin z dorosłymi niepełnosprawnymi skłoniłoby inne grupy ludzi z podobnymi problemami do analogicznych żądań. A osób takich jest blisko 5 mln.

Już nikt popierający postulaty niepełnosprawnych, nawet dziennikarze, nie zajmował się kwestią, co mogłoby w praktyce poprawić los tych ludzi. Uznano, że tylko 500 zł w gotówce może uczynić ich życie godnym. Solidaryzujące się z niepełno-

sprawnymi organizacje pozarządowe nie próbowały w ciągu 40 dni protestu ani wyłonić ekspertów, którzy opracowałyby warunki, na jakich bunt mógłby zostać zakończony, ani przygotować projektu ustawy kompleksowo rozwiązującej problemy niepełnosprawnych, od praw opiekunów po system umożliwiający wykonywanie pracy. Tylko wejście ludzi dotkniętych kalectwem w tkankę społeczną buduje godne życie. Potrzebne jest upowszechnienie instytucji asystenta osoby niepełnosprawnej i zaplanowanie na to pieniędzy.

Nikt nie interesował się propozycjami rządu, które zresztą dość nieudolnie były przekazywane. Nuda, więc dziennikarze pierwsi uciekli od tematu. Łatwiej pokazać zachowanie straży sejmowej w czasie próby wywieszenia banera niż analizować teksty. Może projekt rządowy ma sens? Nie wiem, bo przekaz był szczątkowy, a przez sam fakt, że powstał w sytuacji krytycznej, nie budzi zaufania. W naszym życiu publicznym nikt nie ma czasu ani ochoty, by myśleć o meritum danej sprawy. ■

CZY POTRZEBUJESZ POMOCY?



ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO

może dotyczyć również Ciebie.

Jest szczególnie destrukcyjny dla lekarzy, dotyka również pacjentów.

Jeśli czujesz, że ten problem dotyczy Ciebie...

MOŻEMY CI POMÓC

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

ZADZWOŃ:

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

wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl



Fot. licencja Artmedia Partners

STO LAT WARSZAWSKIEJ FARMAKOLOGII

W grudniu 1917 r. na Wydziale Lekarskim odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego powołano Zakład Farmakologii Eksperymentalnej, który pracę rozpoczął w styczniu 1918. Zakład znalazł siedzibę w gmachu przy Krakowskim Przedmieściu 26/28. Budynek nie był w dobrym stanie, ale remont przeprowadzono dopiero dziesięć lat później, wtedy zwiększyła się liczba pomieszczeń. Znajdowały się tam: biblioteka, 16 pracowni, żabiarnia, cztery ciemnie i trzy pokoje prywatne pracowników. Nadal brakowało pomieszczenia dla zwierząt, sali wykładowej i urządzeń higienicznych dla studentów.

Mimo to badania naukowe obejmowały szerokie spektrum tematów, m.in. farmakologię i fizjologię wydzielania moczu, patogenezę moczówki prostej, fizjologię i farmakologię trawienia, obrzęku płuc, wstrząsu anafilaktycznego. Zajmowano się też standaryzacją biologiczną leków roślinnych. W okresie międzywojennym opracowano kilka podręczników, np.: „Toksykologia” (1925), „Farmakologia z toksykologią, recepturą i farmakognozą” (1926), „Podręcznik farmakologii dla lekarzy i studentów” (1935).

Kierownikiem placówki był prof. Jerzy Modrakowski, a pracowało w niej dziesięć osób. Wśród nich wybitni uczeni, którzy po II wojnie światowej organizowali życie naukowe, m.in. organizator i dyrektor PZH Maksym Nikonorow, kierownik

(od 1953 r.) Zakładu Chemii Toksykologicznej i Jądrowej AM Władysław Rusiecki, kierownik Pracowni Standaryzacji Leków, załączka Instytutu Leków, Stanisław Kroszczyński.

Prof. Modrakowski zajmował się chorobami przewodu pokarmowego, znany był jako znakomity pedagog i wykładowca, który potrafił trudne zagadnienia farmakologii przedstawić w prosty, a nawet zabawny sposób. Został ponad 100 publikacji. Był ekspertem Międzynarodowej Komisji ds. Narkotyków przy Lidze Narodów. W czasie okupacji prowadził wykłady dla studentów tajnego Wydziału Lekarskiego. Dzięki jego staraniom w 1940 r. wydano 549 dyplomów studentom tego wydziału.

W czasie okupacji zakład został zamknięty przez Niemców, ale na jego terenie produkowano witaminizowaną odżywkę dla mieszkańców stolicy. Po wojnie (w połowie 1946 r.) w częściowo uszkodzonym gmachu rozpoczęto działalność dydaktyczną. Kierownikiem Zakładu Farmakologii został prof. Piotr Kubikowski. W pierwszych latach badania kon-

centrowały się na ocenie leków przeciw nadciśnieniu. Do 1974 r. przygotowano 12 przewodów habilitacyjnych i 26 doktorskich. Wydawano kolejne podręczniki farmakologii.

W następnych latach kierownikami byli znakomici naukowcy: prof. Zbigniew Szreniawski, prof. Andrzej Członkowski, a obecnie, od 2013 r., funkcję tę pełni prof. Dagmara Mirowska-Guzel. Placówka przekształciła się w Katedrę i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej w 1994, w tym samym roku powołano przy niej Regionalny Ośrodek Monitorowania Niepożądanych Działań Leków.

Początkowo głównym kierunkiem badań była neurofarmakologia. Stopniowo placówka wzbogacała się o nowe pracownie i aparaturę, m.in. pracownię izotopową, chromatograficzną, dziś jest ich osiem. Poszerzał się zakres badań, obecnie jest tak szeroki, że trudno wymienić wszystkie kierunki. W większości dotyczą problemów związanych z neurologią. Badania przedkliniczne to m.in. takie, które dotyczą mechanizmów odpowiedzialnych za procesy poznawcze, ocena wpływu produktów pochodzenia naturalnego oraz syntetycznego na te procesy, wykorzystania nowych substancji w terapii uzależnień, poszukiwania nowych leków w terapii bólu neuropatycznego. Prowadzone są również badania kliniczne.

Stałym elementem pracy Zakładu Farmakologii są zajęcia dydaktyczne dla studentów wszystkich wydziałów WUM oraz lekarzy specjalizujących się, opracowywanie publikacji naukowych i podręczników, współpraca z wieloma ośrodkami naukowymi w kraju (np. od 1974 r. z Instytutem Psychiatrii i Neurologii) i zagranicznymi, m.in. amerykańskimi.

1 kwietnia 2014 r. placówka zmieniła lokalizację. Z zabytkowego budynku zakładów teoretycznych przy Krakowskim Przedmieściu przeniosła się do nowych (i nowoczesnych) pomieszczeń Centrum Badań Przedklinicznych w kampusie przy ul. Banacha. ■

Małgorzata Skarbek

Prawda w oczy kole



Rezydenci nie mają czasu na pisanie książek. Są obciążeni pracą nie tylko w Polsce, ale również w krajach, które gwarantują lekarzom dużo lepsze warunki zatrudnienia i kształcenia. Chyba że rezydent, po studiach, stażu i kolejnych sześciu latach w roli taniej siły roboczej, uzna, że czas odwieść stetoskop na kołek i zająć się czymś dużo mniej obciążającym psychicznie. Na przykład właśnie pisarstwem.

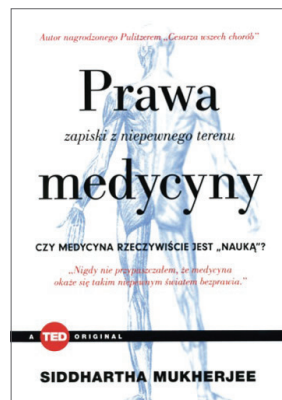
Do takiego wniosku doszedł Adam Kay, młody lekarz z Wielkiej Brytanii. Wykończony pracą i poczuciem odpowiedzialności odszedł od medycyny, by zacząć pisać scenariusze seriali komediowych. Ale przy okazji napisał świetną książkę – pamiętnik ze swoich kilku lat spędzonych w angielskim szpitalu, która w tłumaczeniu Katarzyny Dudzik trafiła tego lata na polski rynek.

Fakt, że napisał ją brytyjski rezydent, nie ma właściwie żadnego znaczenia, ponieważ tamtejsza służba zdrowia paradoksalnie niewiele różni się od naszej. Doświadczenia dr. Adama Kaya mogłyby więc być doświadczeniami jego polskich kolegów. To właściwie książka dla nich, mogą porównać swoją pracę z ugiem, na który rzucani są absolwenci w Wielkiej Brytanii, poznać angielskich pacjentów, którzy rozrabiają na izbach przyjęć, usłyszeć, jak rząd Jej Królewskiej Mości odmówuje publicznej służbę zdrowia i źle traktuje personel medyczny, skłócając go ze sobą. Brzmi znajomo? No właśnie!

„Będzie bolało” – tytuł zaskakująco odstrasający – jest dziennikiem obejmującym kilka lat pracy autora na SOR i na oddziale położniczym. Zamierzał bowiem zostać ginekologiem. Jednak nie udźwignął odpowiedzialności, jaka się z tym wiąże. Przeżył załamanie psychiczne po dyżurze, na których akcja porodowa u jednej z młodych pacjentek wymknęła się spod kontroli i trzeba było zakończyć ją wycięgnięciem z macicy martwego dziecka oraz histerektomią. „Wszyscy w szpitalu byli dla mnie mili i powiedzieli mi to, co należało: że to nie moja wina; że nie popełniłem żadnego błędu” – wspomina. Jednocześnie nie mógł pogodzić się z tym, że oczekiwano od niego zwykłego wzruszenia ramionami. Od tej pory nie potrafił zaakceptować najmniejszego ryzyka. Chciał wziąć urlop zdrowotny – nie przyznano mu go, ubiegał się o konsultację u psychologa – daremnie, kiedy poprosił dyrekcję o przejście na niepełny etat, usłyszał: „Tylko gdyby zaszedł pan w ciążę”. Mógł zacząć nową specjalizację – z interny, oznaczałoby to jednak degradację do stopnia starszego stażysty („Nie chciałem cofać się tak daleko tylko po to, żeby zrobić krok do przodu”). Ostatecznie odszedł z zawodu. Potem rozpoczęły się w Wielkiej Brytanii strajki rezydentów. Z perspektywy minionego czasu Kay już nie żałuje swojej decyzji, choć jak pisze: „Nadal odczuwam bardzo silną więź z profesją lekarską, bowiem nigdy nie przestaje się być lekarzem, w każdym razie nie do końca”.

Polscy rezydenci powinni czuć się książką angielskiego kolegi usatysfakcjonowani. Mimo dość przykłej pointy, wiele fragmentów jego dziennika jest humorystycznych, ponieważ dr Kay ma niewątpliwy talent pisarski. Czy jego świadectwo pracy – młodego lekarza na wysuniętym posterunku – przyniesie jednak całemu środowisku jakąś korzyść? Jeśli po książkę sięgną nie tylko medycy, znający swój zawód od podszewki, ale też pacjenci, którzy do niedawna nie wiedzieli nawet, kim są rezydenci i jakie mają uprawnienia, będzie to największa jej wartość edukacyjna, która może zapoczątkować w przyszłości.

Szósty zmysł



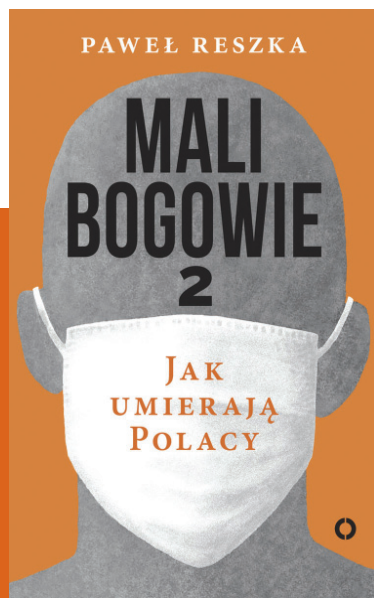
Czy medycyna rzeczywiście jest nauką? Takie pytanie stawia na samym początku swojej rozprawki Siddhartha Mukherjee, znany autor książki nagrodzonej w 2011 r. Pulitzera „Cesarz wszech chorób. Biografia raka”.

To amerykański profesor neurologii z Nowego Jorku, który tym razem wprowadza czytelnika w świat badań naukowych, gdzie każdemu eksperymentowi medycy-

mu towarzyszy ludzka stronniczość, a silna intuicja znaczy więcej niż słaby wynik badania. „Opisywane przeze mnie prawa medycyny to tak naprawdę prawa niepewności, braku precyzji i fragmentaryczności” – wyznaje Mukherjee. Czy rzeczywiście na tak kruchych fundamentach oparta jest cała sztuka leczenia i dochodzenie do prawdy w badaniach naukowych? Ktoś, kto czytał opastego, liczącego 600 stron „Cesarza wszech chorób”, będzie zdumiony, jak lapidarny i precyzyjny może być ten sam autor w książce liczącej niecałe 100 stron i to kieszonkowego formatu. Ale taki był zamysł serii TED – małych książek o wielkich ideach (od architektury do świata biznesu, a w tym przypadku mamy doskonały wykład z zakresu medycyny). Każdej pozycji wydanej w tej serii towarzyszy prelekcja autora, którą można obejrzeć na stronie www.ted.com z polskimi napisami.

Mukherjee przedstawia najciekawsze przypadki ze swojej kariery, począwszy od własnej, niełatwej rezydentury, zastanawiając się nad trzema kluczowymi regułami rządzącymi medycyną. Ile w niej intuicji, opartej jedynie na doświadczeniu lekarza, a ile faktów wynikających z pogłębionych prac badawczych? Oto próbka jego refleksji: „Romantyczna wizja medycyny, popularna zwłaszcza w XIX w., przedstawia lekarza jako łowcę chorób. Ale większość lekarzy wcale nie poluje dziś na choroby. Najlepsi znani mi lekarze to tacy, którzy zdają się posiadać szósty zmysł, jeśli chodzi o wykrywanie stronniczości. Instynktownie rozumieją, kiedy do ich pacjentów można odnieść zgromadzone wcześniej skrawki wiedzy medycznej, ale – co ważniejsze – widzą też, kiedy ta wiedza się do nich nie odnosi. Rozumieją, jak ważne są dane, próby i badania randomizowane, lecz są na tyle mądrzy, że potrafią się oprzeć ich uwodzicielskiej sile. Lekarze są w rzeczywistości łowcami stronniczości”. Prawda, że sporo w tym racji? ■

Paweł Walewski



System z perspektywy praktyków

Paweł Reszka, autor książki „Mali bogowie. O znieczulicy polskich lekarzy” (Wydawnictwo Czerwone i Czarne), powraca do tematów związanych z ochroną zdrowia. Książka „Mali bogowie 2. Jak umierają Polacy” jest jednak czymś więcej niż kolejna pozycja dokumentująca nie najlepszy stan systemu. Autorowi udało się zajrzeć nie tylko do karetek pogotowia, dyspozytorni, szpitalnych oddziałów ratunkowych. Razem z ekipami ratowników trafił na ulice i do domów – tam, gdzie dzieją się rzeczy, o których wolimy nie myśleć i nie mówić. To książka częściowo o słabościach i wadach systemu, częściowo – a może przede wszystkim – o nie najpiękniejszej stronie społeczeństwa. – *To książka o nas. O Polsce widzianej przez okno ambulansu* – mówi mi Reszka, gdy pytam, oczywiście prowokacyjnie, o czym właściwie chciał napisać.

Autor, pisząc pierwszą książkę, miał bardzo ograniczone możliwości zebrania potrzebnej ilości materiału. Podjął pracę w szpitalu jako sanitariusz, lecz dość szybko został „zdekonspirowany”. Książkę poświęconą lekarzom oparł więc przede wszystkim na rozmowach. Pracując nad „Małymi bogami 2”, miał możliwość nie tylko obserwowania pracy zespołów ratownictwa, ale – do pewnego stopnia – uczestniczenia w niej. Obserwacja uczestnicząca, pogłębiona rozmowami ze wszystkimi „aktorami” systemu – czy może być lepszy przepis na książkowy hit?

Co mogą z lektury wynieść czytelnicy niezwiązani zawodowo z ochroną zdrowia? Paweł Reszka podsuwa im lustro, w którym mogą się przejrzeć i ocenić. Przepytał samych siebie. Czy zdarzyło im się przeklinać w poczekalni szpitalnego oddziału ratunkowego, gdy oznaczeni na „zielono” godzinami czekali na lekarską poradę w sprawie – na przykład – przeterminowanego bólu pleców? Czy nie wzywali pogotowia ratunkowego nadaremno (jeden ze znajomych księży, posługujący w szpitalu, twierdzi, że katolicy powinni się z tego spowiadać jak z grzechu przeciw piątemu przykazaniu, bo karetka wezwana do głupstwa może nie zdążyć uratować ofiary wypadku lub chorego z udarem)? Świadomość społeczna w tej ostatniej kwestii jest bliska zeru, a karetki pogotowia nadal – co potwierdził jakiś czas temu raport NIK – wyjeżdżają do niepotrzebnych wezwań.

Jeden z rozmówców Pawła Reszki twierdzi, że stworzono sporo instrumentów, które mogłyby zapobiec wzywaniu karetek z błahych przyczyn, ale niestety nie przynoszą efektu. „*Jest polecenie, że karetka, jak już przyjedzie do pacjenta, to ma zabrać go do szpitala. Ratownicy mogą go zostawić w domu, pod warunkiem, że podpisze, że się nie zgadza na odwiezienie do szpitala. Oczywiście ja wiem, że można tak poprowadzić rozmowę, że on »się nie zgodzi«. Ale jak chce do szpitala, to trzeba go zawieźć*” – utrzymuje. Tacy pacjenci wjeżdżają na SOR poza kolejką oczekujących, którzy na oddział stawili się o własnych siłach.

Reszka wylicza „urobek” karetki tylko z jednej doby. Ale być może, gdy ratownicy są wezwani do krwawienia z nosa, ktoś umiera na zawał.

Ktoś mówi: „*Dyspozytor jest najślabszym ogniwnem w systemie. Bo przecież powinien przeprowadzić wywiad, zdecydować (!) czy wysłać karetkę, czy nie*”. Ale Paweł Reszka nie ma wątpliwości: – *Słabo wynagradzani, przepracowani. W imię*

czego mają nadstawiać głowy? Pilnować systemu, by – gdy okaże się, że jednak interwencja pogotowia była niezbędna – na nich spadła odpowiedzialność?

Kolejne słabe ogniwo systemu to oddziały ratunkowe. Gdy Reszka towarzyszy na dyżurze ordynatorowi dużego SOR, niejeden znający realia czytelnik popłacze się ze śmiechu. Takiego, jaki ogarnia człowieka, gdy już wie, że nie ma nic do stracenia. Albo gdy widzi, że inni mają tak samo jak on. Beznadziejnie.

A jeśli jesteśmy na SOR, czas na kolejne słabe (niektórzy powiedzą, że najślabsze) ogniwo systemu, czyli pacjentów. Jeden z lekarzy występujących w książce z bolesną precyzją tłumaczy, dlaczego zgłaszający się z błahymi problemami pacjenci muszą przez wiele godzin czekać na swoją kolejkę, nawet wtedy, gdy teoretycznie mogliby zostać przyjęci. Albo wręcz są odsyłani z problemem – na przykład koniecznością założenia cewnika – tam, gdzie powinni się udać po pomoc, czyli do swojego lekarza POZ. „*Jeśli dostaliby się do lekarza od razu albo jeśli raz założylibyśmy ten cewnik, wracaliby za każdym razem*” – mówi otwarcie. Zatlócone SOR to plaga nie tylko polskiego systemu ochrony zdrowia. Z podobnym borykają się choćby Brytyjczycy. Można powiedzieć, że wszędzie tam, gdzie dostęp do lekarzy i badań jest limitowany, pacjenci chorują na „SOR-ozę”.

Czytając „Małych bogów 2”, nie sposób uniknąć wrażenia, że „najślabsze ogniwo” systemu to jednak decydenci. Ci, którzy skupiają się na przykład na uzdrawianiu systemu ratownictwa przez jego upaństwowienie, gdy tymczasem forma własności jest problemem absolutnie wtórnym. Choćby wobec tego, że politycy od początku podważali zasady (które nota bene wcześniej sami podczas uchwalania pierwszej ustawy o państwowym ratownictwie medycznym wypracowali), na jakich opiera się system PRM. Choćby tę, że pogotowie nie jest ani przychodnią na kółkach, ani interwencją kryzysową, opieką nad niewydolnymi rodzinami, ani pomocą społeczną.

Zespoły ratownictwa są tym wszystkim po trosze, starając się nie zaniedbywać swojej podstawowej misji, jaką jest ratowanie zdrowia i życia. Może właśnie dlatego „Małych bogów 2” czyta się jednym tchem. I nawet tych, którym wydaje się, że o systemie wiedzą wszystko, lektura nieraz zaskoczy. ■

Małgorzata Solecka



Fot. kb

Przychodzisz jak noc majowa...

Niewątpliwie życie samorządowe ostatnich tygodni zdominowały wybory. Niemniej jednak, mimo upływu czasu, warto poświęcić nieco uwagi uroczystości z okazji ogłoszenia werdyktu jury VII Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.

Oprawa imprezy była szczególna – scena jednego z najpiękniejszych polskich teatrów, czyli Teatru im. J. Słowackiego w Krakowie, z odsłoniętą kurtyną Siemiradzkiego. Prowadzenie gali przez Annę Dymną (w imieniu Fundacji „Mimo Wszystko”) i Piotra Gajewskiego (z „Medycyny Praktycznej”) – perfekcyjne. Klimat poetyckiej uczt stworzony za sprawą czytających nagrodzone wiersze artystów polskiej sceny, m.in. Jerzego Treli, Anny Polony, Ewy Kaim, Radosława Krzyżowskiego, w uzupełnieniu koncert Orkiestry Kameralnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, występującej na estradach całej Polski, oraz finałowy recital piosenkarski Andrzeja Sikorowskiego – wszystko to uczyniło z uroczystości prawdziwe wydarzenie artystyczne.

Jury tegorocznej „Weny” w składzie: Maria Szczeklika, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Anna Dymna i Waldemar Hładki (prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy), nagrodziło laureatów w trzech kategoriach:

- **prozy** – tu I miejsce przypadło Małgorzacie Nowaczyk, profesor pediatrii i medycyny molekularnej z Kanady,
- **poezji** – zwyciężył Bogdan Stangrodzki, psychiatra ze Stalowej Woli,
- **felietonu** (nowej kategorii konkursowej, wprowadzonej z inicjatywy Jarosława Waneckiego, który też część gali poprowadził oraz w imieniu Komisji Kultury NRL sponzorował) – tu pierwsze miejsce zdobyła Joanna Sokółowska z Płocka.

Czy ten akurat gatunek dziennikarstwa uprawiany przez środowisko lekarskie, a nie np. esej, wywiad czy reportaż, się ostatecznie – zdecydują organizatorzy VIII „Weny”. W czasopiśmiennictwie lekarskim dominuje komentarz publicystyczny.

Gośćmi tegorocznej „Weny” byli m.in.: Romuald Krajewski, Jacek Kozakiewicz, Ryszard Golański oraz liczni przedstawiciele krakowskiej profesury. Natomiast gospodarze, w osobach prof. Andrzeja Matyi (jeszcze jako kandydata na stanowisko prezesa NRL) i Roberta Stępnia (prezesa ORL), wyróżnili honorowymi odznaczeniami krakowskiej izby „Nobilis et laudabilis” („Szlachetny i godny pochwały”) Marka Jodłowskiego i Leszka Dudzińskiego.

Szczególne słowa uznania trzeba skierować pod adresem wydawców okolicznościowego tomiku, w którym pomieszczono dorobek poetycki konkursu.

Niniejszy SMS odbiega od normatywnego kształtu, ale z poezją nie sposób konkurować. Natomiast odpowiedź na pytanie, czyjego autorstwa jest wiersz wykorzystany w tytule, pozostawiam Czytelnikom. ■

Stefan Ciepły



Fot. archiwum

Zapowiedź cyklu porad

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Znalezienie dobrej maszynistki, która przepisze tekst pracy naukowej do komputera, to obecnie marzenie ściętej głowy. Jeszcze pięć lat temu były takie osoby, sprawa się jednak skomplikowała, bo panie te przestały się ogłaszać. Nie ma też maszyn do pisania. Pisanie odręczne też nie wchodzi w rachubę, albowiem lekarze posługują się piśmem klinowym i mało kto potrafi ich czytać. W niektórych wypadkach (mam nadzieję, że pojedynczych), sądząc ze sposobu pisania i nieczytelności zapisów, mamy nawet do czynienia bardziej z wtórnym analfabetyzmem niż umiejętnością komunikowania się na piśmie.

To chyba *signum temporis*, bo jak wieść europejska niesie są na naszym kontynencie kraje takie jak Finlandia, w których zrezygnowano z uczenia dzieci sztuki ręcznego kreślenia liter. Mają pisać w telefonach, na tabletach i klawiaturach komputerowych. Pamiętam czasy, kiedy mnie i moim kolegom zabrano możliwość pisania stalówką, z dziur w łąkach szkolnych wyjęto szklane kałamarze i kazano przynosić do szkoły długopisy. Mówiono wtedy dowcipnie a po cichu, że władza robi to specjalnie, aby obywatel PRL nie był w stanie pisać skarg. Ale pisanie donosów, jak wiemy, wcale to nie utrudniało.

Maszynę do pisania miało wtedy w Polsce niewielu, ponieważ w sklepach urzędów tych nie było. Chyba że ktoś odziedziczył zabytek z XIX w. albo nabył w Peweksie za bony dolarowe. Mój ojciec zdobył gdzieś pięknego amerykańskiego remingtona z lat 30., z dorobionymi polskimi czcionkami i nawiasami okrągłymi – lewym i prawym. W niektórych organizacjach zawodowych można było się o maszynę wystarać, ale na przykład w Związku Literatów Polskich po złożeniu podania czekało się średnio siedem lat, dłużej niż na założenie telefonu. Po zdobyciu przydziału za ciężkie pieniądze uzyskiwało się siemiężny egzemplarz firmy Łucznicz z Radomia. Szło się do wyznaczonego sklepu (w Warszawie był taki niedaleko pl. Dzierżyńskiego, dziś Bankowego), a następnie w ciągu siedmiu dni należało do najbliższej komendy Milicji Obywatelskiej dostarczyć tekst napisany na tej nowej maszynie wraz z danymi osobistymi, tak aby władza mogła sobie identyfikować, kto i co pisze dla niej groźnego.

Po epoce przedwojennego rysika, następnie stalówki maczanej w atramencie, pióra wiecznego, zdobyczej maszyny do pisania nastąpiła więc teraz era nowa – tabletowo-komputerowa. Nie jest to informacja odkrywczą, ale uświadamia niejednemu amatorowi pisania tekstów dłuższych niż notka w historii choroby, że z urzędów tych trzeba umieć korzystać. Z tym jest bowiem kłopot, gdyż mało kto to potrafi w stopniu wystarczającym. Teksty otrzymywane przez redakcje, wydawnictwa, biura grantów, instytucje eksperckie, sądy itp. są najczęściej tak złej jakości, że konieczne jest szkolenie. Wobec tego w niniejszej rubryce pojawi się krótki cykl porad „Jak pisać na komputerze, żeby wychodzić na swoje”. ■

Pasjonaci w Druskiennikach



Fot. kss

Niech żałują ci, którzy z jakichś powodów musieli zrezygnować z przyjazdu do Druskiennik na konferencję „Lekarz i jego hobby”. Piszę to bez wahania, bo wszystko w tych pięknych dniach wiosny się udało: słoneczna pogoda podczas spacerów po mieście i podczas wyprawy Niemnem, wieczory z mieniącą się kolorami, grającą fontanną, ale przede wszystkim udało się to, co najważniejsze – konferencja! Świetnie zorganizowane dwudniowe spotkanie z zaskakująco ciekawymi wystąpieniami.

W paru przypadkach słowo „hobby” nie oddawało w pełni charakteru działalności artystycznej prelegentów, nie tylko profesjonalnej, ale wręcz wybitnej. Myślę tu o koleżance dentystce z Włoch (Aśce Mendys-Tatti), rozchwytywanej przez wystawców, której obrazy są prawie na całym świecie, albo o „malarzu rektorów”, zdobywającym jednakowoż nagrody za znakomite portrety dziecięce, Mieczysławie Chruścielu ze Szczecina. Do tej kategorii artystów należy, jak sądzę, świetny pejzażysta Włodzimierz Cerański. Fotografii kwiatów, łąków tulipanów w Holandii, pokazanych przez prezesa Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych Janusza Kasinę, nie powstydziliby się żaden renomowany artysta. W kilku przypadkach osiągnięcia fotograficzne łączyły się ze świetnymi reportażami z podróży, na przykład do Buthanu, biednego kraju szczęśliwych ludzi (Daniel Lipski z Litwy), do „innych” Chin (Danuta i Dominika Wasilewskie z Litwy), a prezes Polskiego Towarzystwa Medycznego na Litwie Dariusz Żybert przeszedł miejsca, w których i w czasach młodości, i w wieku dojrzałym przebywał Józef Piłsudski.

Uwagę widzów w równym stopniu przyciągał wysoki kunszt artystyczny i osobowość pasjonatów, potrafiących zainte-

resować gości opowieściami o hodowaniu drzew z nasion (Regina Wiercińska z Litwy), o wypalaniu ozdobnych naczyń z gliny (Łucja Szymanowska z Litwy), o zaletach życia na motorze (Leonid Syczewski z Białorusi), o pracy w drewnie (Kazimierz Jodkowski z Białorusi), o pszczelarstwie (Bronisława Siwicka z Litwy). Koleżanka z Białorusi (Anna Kamińska) wzruszyła zebranych swymi słowno-muzycznymi kompozycjami na gitarę. Niżej podpisany, podobnie jak rok temu, starał się nie zanudzić słuchaczy nowymi wierszami.

Pomysłodawczynią teraz już cyklicznej konferencji na temat hobby lekarzy jest Barbara Komarowska, która otrzymuje wsparcie Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie. W organizację imprezy zaangażowali się również młodzi lekarze i studenci. Niemała w tym zasługa prezesa towarzystwa, młodzieńczego Dariusza Żyberta, imponującego twórczym zapałem i jednocześnie umiejętnością współpracy ze starszymi działaczami, szczególnie z zastępową, wieloletnią liderką organizacji Bronisławą Siwicką. Atmosferę wzajemnego szacunku i przyjaznej współpracy wyczuwało się na każdym kroku. Pod tym względem Polonia medyczna na Litwie wyróżnia się korzystnie na tle wielu innych organizacji polonijnych, w których narasta problem kontynuacji działalności oraz naboru nowych członków.

„Litwinom” życzymy stałego postępu w działaniach i... do zobaczenia w przyszłym roku!

Warto wspomnieć, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała transport, pozostałe koszty w całości pokrywali uczestnicy spotkania. ■

Krzysztof Saturnin Schreyer

Z życia Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów

W maju 2018 r. niedużą grupą odbyliśmy wycieczkę do Łowicza. Z przewodniczką zwiedziliśmy muzeum regionalne, skansen oraz bazylikę, perłę baroku, z historią mało znaną. Wszystko w obrębie rynku z ciekawą zabudową.

Muzeum zachwycające zbiorami kultury łowickiej z różnych okresów. Wyjątkowe zbiory. W miniskansenie ciekawa architektura i wnętrza chałup. W ogrodzie niezwykła kolekcja uli portretowych – niebywała ciekawostka. ■

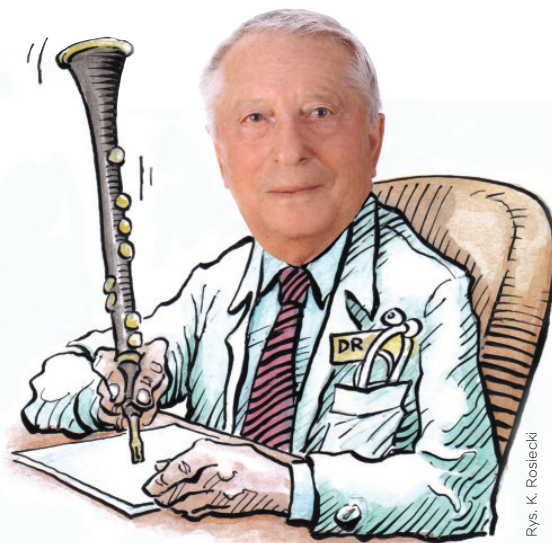
Włodzimierz Cerański

„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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

Zupa na gwoździu

Artur Dziak



Jak mawiał niezapomniany mistrz Jerzy Zaruba, znakomity karykaturzysta, malarz i scenograf, jego kolega po fachu Feliks Jabłczyński był wielkim oryginałem, co się uzewnętrzniało m.in. w sposobie przygotowywania sobie „obiadków”. Rzecz w tym, że owe sławetne obiady,

które warzył w dużych saganach, to były wielosmakowe zupy. Kiedy pytano go, dlaczego tak czyni, przecież nie gotuje dla dziesięciu osób, odpowiadał, że chodzi o to, by obiadek mógł wystarczyć na okres około tygodnia.

Na słynne zupki składało się najprzeróżniejsze zielsko, określane dumnym mianem włoszczyzny, makarony, kasze, kartofle oraz kawałki różnych mięs, a nawet ryby. Pytany, czy przez cały tydzień da się spożywać ciągle tę samą potrawę, zwykł odpowiadać:

– *Ależ skąd? Jednego dnia poszperam chochlą w garze i mam kawałek kury, innego dnia odnajduję cielęcinę, jeszcze innego zaś wyławiam kawałek smakowitej ryby!*

– *I to można jeść?* – pytano.

– *Naturalnie, wszystko zależy od dodatkowego posypania solą i pieprzem lub dodania potrzebnych korzeni!*

Kiedy po kolejnym opuszczeniu przez nas domu ojciec pozostał sam, zaczął dziwaczczyć, co naturalnie było także pochodną starzenia się i kurczącego się życia towarzyskiego oraz po jakimś czasie – prawdziwej niechęci do życia. Wielokrotnie próbowaliśmy zainteresować go jakimiś sprawami, nakłanialiśmy do częstych kontaktów z nami i znajomymi. Na nic to się zdało i kiedy pytałem, dlaczego nie kupi sobie nowego, lepszego telewizora lub co jakiś czas nie pójdzie do kina lub na jakiś koncert, jedyną odpowiedzią ojca było: – *Już to wszystko widziałem.*

Z czasem, mimo wielkiej porcji wolnego czasu, bo obowiązki w ogrodzie były znikome, ojciec przestał chodzić na obiady do przyfabrycznej stołówki i do restauracji pani Pyrzyńskiej. Zaczął sam gotować. Ponieważ, jak prawie wszystko wówczas, śmiertelnie go to już nudziło, by „skrócić męki”, jak to określał, ograniczył się do zupy, która recepturowo była zbliżona do słynnych zup Jabłczyńskich. Wielki gar warczał na blasze kuchni tylko raz, niekiedy, ale rzadko, dwa razy w tygodniu, po czym zawartość zjadana była przez kilka kolejnych dni. Do zupy trafiało wszystko, co aktualnie ojciec znalazł w ogrodzie i w pobliskim sklepie. Była to, jak mówił, prawdziwa, anegdotyczna zupa na gwoździu. Pewnego razu, gdy odwiedziłem ojca, przypadkowo trafiłem na zmienną porę obiadu i zostałem nakłoniony do skosztowania domowego specjału. Wykręcałem się, jak mogłem, ale nie chcąc sprawić ojcu przykrości, zupy skosztowałem.

Była zupełnie do zjedzenia! ■





Jadowite Wzgórze

Jacek Walczak

W dzień Bożego Narodzenia 1978 r. zaczęła się w Kambodży zakrojona na ogromną skalę interwencja wojsk wietnamskich. Świetna onegdaj stolica Khmerów Phnom Penh legła w gruzach. Opuszczona przez mieszkańców, nieprzypadkowo została nazwana przez Wietnamczyków „Miastem Duchów”. Jednym z pierwszych opanowanych miejsc była szkoła przekształcona w 1975 r. rozkazem Pol Pota w więzienie S-21. W ciągu trzech lat zgładzono tam co najmniej 17 tys. ludzi. Skończyli w masowych grobach na Polach Śmierci, dawnym cmentarzu chińskim Choeung Ek. Podobnych miejsc w całej Kambodży podczas rządów Czerwonych Khmerów było znacznie więcej, ale S-21 miało specjalne znaczenie, bowiem stało się miejscem zagłady kambodżańskich elit intelektualnych.



Kambodża, dawna kolonia francuska, stała się niepodległym państwem w 1953 r. Wcześniej, w końcu 1952 r., król Sihanouk rozwiązał parlament i abdykował na rzecz swojego ojca, a sam stał się „zwykłym” obywatelem. Jego ludowo-socjalistyczna partia dominowała w życiu politycznym Kambodży przez kolejnych 15 lat.

Norodom Sihanouk pod pozorem neutralności próbował utrzymywać dobre stosunki zarówno z władzami Wietnamu Północnego (będącego pod wpływem komunistycznych Chin), jak i Wietnamu Południowego oraz Tajlandii (pozostających w bliskich relacjach z USA). Podczas jego podróży do Francji w 1970 r. generał Lon Nol i książę Sisowath dokonali zamachu stanu. Rozpoczął się bliski sojusz ze Stanami Zjednoczonymi. Wojna wietnamska osiągnęła apogeum. Sihanouk nie wrócił do kraju. Osiadł w Pekinie, znajdując protekcję Mao Zedonga.

Wtedy ożywił się ruch Czerwonych Khmerów, który był już znany z bardziej odległej historii Kambodży. Niespodziewanie ogromne rzesze młodych ludzi przystąpiły do ruchu, ale zdecydowana większość z nich nie miała żadnej wiedzy o komunistycznej ideologii. Przywódcą został Pol Pot, który uciekł z Kambodży jeszcze w latach 70., wykształcony na uczelniach w Paryżu. Dwa tygodnie przed opuszczeniem Sajgonu przez wojska amerykańskie (17.04.1975 r.) Phnom Penh było już otoczone przez Czerwonych Khmerów. Pol Pot okazał się najbardziej krwawym satrapą XX w. Pomysły nowego władcy zaskoczyły nawet jego mocodawców w Pekinie i Hanoi.

Wprowadzony tzw. rok zero był początkiem niesłychanego terroru. Ludność miast zmuszono do życia na wsi, a sposoby gospodarowania cofnięto o kilka wieków. Szczególnym



celem była inteligencja z Phnom Penh. Noszenie okularów było wystarczającym powodem, by trafić do więzienia S-21. Wymordowano niemal wszystkich profesorów, nauczycieli, lekarzy, inżynierów. Tych, którzy mogli przeszkodzić wprowadzaniu nowej ideologii.

Władcy Kampuczy stosowali metody znęcania się nad uwięzionymi przekraczające wyobraźnię normalnego człowieka. Zgładzono również około 2 tys. dzieci! Bezpośrednimi oprawcami byli młodzi ludzie, w wieku 13–16 lat. Całkowicie zdegenerowani, dzielili zwykle los swoich ofiar.

Na teren więzienia jako pierwsi weszli 7 stycznia 1979 r. kambodżańscy żołnierze United Front for the National Salvation of Kampuchea. Znaleźli niezidentyfikowane zwłoki ostatnich torturowanych więźniów oraz szczegółowe archiwum i narzędzia tortur, których oprawcy nie zdążyli zabrać. Powstało muzeum Toul Sleng (Jadowite Wzgórze). Rozpoczęto dochodzenie w sprawie zbrodni dokonanych przez Czerwonych Khmerów. Niewielu dosięgła sprawiedliwość. Sam Pol Pot pozostawał w areszcie domowym, strzeżony przez oddział armii tajlandzkiej. Zmarł dopiero w roku 1997, oficjalnie śmiercią naturalną. ■



Zawody w Dębicy

Od 25 do 28 kwietnia w Dębicy trwały XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Z naszej izby startowało pięcioro zawodników: Teresa Zasacka, Jerzy Leszczyński, Adam Ostrzycki, Paweł Symonowicz i Wojciech Zasacki. Dzięki temu, że zdobywaliśmy medale indywidualne, nasza skromna ekipa zajęła szóste miejsce wśród 24 reprezentacji izb lekarskich, w których łącznie wystąpiło ponad 100 osób. Jak zwykle zawody były perfekcyjnie zorganizowane, a ponadto zadbano o liczne atrakcje, m.in. spotkanie z Otylią Jędrzejczak, która podzieliła się z nami swoimi doświadczeniami i odpowiadała na licznie stawiane pytania. Serdecznie zapraszamy „ukrywających się” pływających lekarzy z naszej izby na Igrzyska Lekarskie we wrześniu w Zakopanem. ■

Teresa Zasacka

Leczo z cukinii

Wreszcie lato puka do naszych drzwi, obfitość warzyw wprost rozpieszcza. Dlatego dzisiaj proponuję danie z cukinii. Jej właściwości i wartości odżywcze jako pierwsi docenili mieszkańcy Ameryki Południowej, skąd pochodzi, szczególnie Meksyku. Do Polski cukinia przywędrowała z Włoch, stąd jej nazwa. Należy do warzyw dyniowatych i po włosku *zucchini* to po prostu mała dynia. W zależności od odmiany jest ciemnozielona, żółta lub pasiasta. Dorasta do 40 cm długości, ale kiedy ma 20–30 cm jest najdelikatniejsza. I taka, mniej więcej 30-centymetrowa, będzie nam potrzebna.

Jest ceniona za wysoką wartość dietetyczną. Zawiera potas, żelazo i magnez oraz witaminy C, K, PP, B1 i beta karoten. Zaletą cukinii jest to, że nie odkładają się w niej metale ciężkie. Ponadto odkwasza organizm i pozytywnie wpływa na proces trawienia, dlatego polecana jest przy problemach z nadkwaśnością.

Składniki: ◆ 30-centymetrowa cukinia ◆ podwójna pierś kurczaka ◆ 2–3 ząbki czosnku ◆ średniej wielkości cebula ◆ tuba pasty z papryki (oryginalna węgierska bywa już w naszych sklepach) ◆ 2–3 łyżki oleju słonecznikowego

◆ 2–3 łyżki przecieru pomidorowego ◆ pół łyżeczki czarnego tłuczonego pieprzu ◆ od pół do całej łyżeczki soli ◆ pół łyżeczki ostrej mielonej papryki (najlepiej wędzonej węgierskiej) ◆ łyżeczka słodkiej mielonej papryki (najlepiej wędzonej węgierskiej) ◆ łyżka sosu sojowego jasnego

Wykonanie: filet drobiowy pokroić w dużą kostkę (około 2 cm), oprószyć solą i wyłożyć na patelnię. Dodać 2–3 ząbki posiekanego dość drobno czosnku, cebulę też pokrojoną w grubą kostkę oraz słodką paprykę w proszku i usmażyć na oleju na jasnozłoty kolor. Cukinię obrać, wydrążyć, miąższ pokroić w kostkę (około 3 cm), dodać do pozostałych składników i całość smażyć na wolnym ogniu. Doprawić do smaku papryką w proszku, solą, pieprzem. Na końcu dodać przecier pomidorowy, pastę paprykową i sos sojowy. Smażenie trzeba zakończyć, gdy cukinia będzie jeszcze ciut twarda. Radzę podawać ze świeżym chlebem. ■

Dariusz Hankiewicz

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





12 stycznia 2018 r.
zmarł

śp.
Andrzej Piróg

lekarz neurolog

Życzliwych Jego pamięci
prosi o wspomnienie
żona.



*Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze,
zawsze będą z nami.*

Wyrazy głębokiego współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy
dla
dr. Jerzego Brzozowskiego
z powodu śmierci

Mamy

składają
pracownicy Centrum Operacji Zaćmy
w Warszawie



*Ci, których kochamy, nie umierają nigdy, bo
miłość to nieśmiertelność.*

Wyrazy szczerego współczucia
i głębokiego żalu
naszemu Koledze
dr. Jerzemu Brzozowskiemu
z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy
z Ursynowskiego Centrum Zabiegowego
w Warszawie.



Dr Hannie Wieczorek-Remisiewicz
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
Basia, Bożenka i Krzysia



Naszej Koleżance
redaktor Anecie Chęcińskiej
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składa
redakcja „Pulsu”



Jerzy Szczerbań
(1930–2018)

„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięć się im płaci”
Wisława Szymborska

Pana Profesora poznaliśmy osobiście jeszcze w czasie studiów, pod koniec lat 70., na zajęciach koła chirurgicznego przy I Klinice Chirurgii prowadzonej przez prof. Jana Nielubowicza. Ja słyszałem opowiadania o zagranicznych stypendiach Profesora wiele lat wcześniej od Jego syna Andrzeja, z którym chodziliśmy do równoległych klas liceum na Saskiej Kępie. Były to jednak raczej relacje interesujące młodzież, związane z motoryzacją i zakupami dżinsów dla synów Profesora, niż sprawozdania zawodowo-naukowe.

Rozpoczęliśmy pracę w klinice tuż po studiach, w roku 1979. W tym czasie, jeszcze jako docent, Jerzy Szczerbań kierował jednym z oddziałów kliniki zajmującej dwa piętra gmachu przy ul. Banacha. Jego zainteresowania naukowe i zawodowe już wówczas koncentrowały się wokół chirurgii wątroby i problemów nadciśnienia wrotnego, a zrodziły się podczas stypendialnego pobytu w Stanach Zjednoczonych, w słynnym bostońskim Massachusetts General Hospital Uniwersytetu Harvarda. Profesor powołał w klinice tzw. *liver group*, nieformalny zespół złożony z asystentów, którego celem były badania i wdrażanie nowoczesnych metod leczenia chorych z marskością wątroby. W tym gronie, do którego z dumą i nadzieją przystąpiliśmy (obok Bogdana Michałowicza, Jacka Rózgi, Marka Stobnickiego, Rafała Paluszkiewicza, Jacka Pawlaka, Henryka Baraniewskiego), zaczęła kiełkować, zrealizowana 14 lat później, idea transplantacji wątroby. W 1980 r., po licznych zmianach administracyjnych w ówczesnym Instytucie Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie, Jerzy Szczerbań powołał do życia Klinikę Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby, zlokalizowaną w budynku B Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha 1 A.

Krzysztof został etatowym pracownikiem kliniki, ja początkowo pracowałem jako wolontariusz, zatrudniony w Zakła-

dzie Anatomii Akademii Medycznej. Od razu wiedzieliśmy, że to jest właściwe miejsce, jak mawiał Profesor: „*klinika z ambicjami europejskimi*”. Byliśmy wdrażani do pracy naukowej i dzięki decyzjom Szefa mieliśmy możliwość pełnego rozwoju zawodowego, oczywiście pod czujnym okiem starszych kolegów. Profesor motywował nas, młodych, do rozwoju naukowego i zawodowego, poszerzając naszą samodzielność, zmuszając do czytania aktualnego piśmiennictwa i umożliwiając prezentację dokonań kliniki podczas zjazdów chirurgicznych, m.in. w Amsterdamie, Kopenhadze, Berlinie Zachodnim. W tamtych czasach wyjazd na kongres zagraniczny był wielkim wydarzeniem i przedsięwzięciem logistycznym. Przykładowo paszport służbowy należało odebrać w specjalnej komórce Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej i natychmiast po powrocie zwrócić. O problemach wynikających z siły nabywczej młodego doktora z PRL za żelazną kurtyną nawet nie wspomnę.

Prof. Szczerbań bardzo aktywnie pomagał nam w pokonaniu tych przeszkód, zachęcał do wyjazdów na stypendia zagraniczne młodych asystentów. Część z nich do kraju nie wracała, a czasy nie były łatwe...

Profesor uczył nas szacunku do chorych, twierdził, że tylko zdobywając kompetencje zawodowe, możemy stać się dobrymi lekarzami. Był dobrym, sprawiedliwym i wymagającym szefem. Zwykł mawiać, że do asystowania Mu przy stole operacyjnym potrzebuje takich, którzy mają troje rąk, bo takich z dwiema ma nadmiar. Sam był wybornym, sprawnym operatorem, nawiasem mówiąc leworęcznym, w związku z tym asystowanie Mu wymagało specjalnej koncentracji. Gdy nie zawsze terminowo wywiązywaliśmy się z naukowych zobowiązań, żartobliwie groził wystąpieniem na stanowiska ordynatorskie „do Radzimina”, bo tam rzemiosło chirurgiczne było w cenie, a prac naukowych nie trzeba było pisać.

W skład zespołu kliniki kierowanej przez Profesora wchodziła asystenci z kliniki prof. J. Nielubowicza i kliniki prof. Z. Łapińskiego. Prof. Szczerbań potrafił pogodzić odmienne temperamenty oraz nieco różniące się dwie szkoły chirurgiczne. Podczas „kominków” radiologicznych i cyklicznych zebrań naukowych często dochodziło do burzliwych dyskusji, ale zawsze wygrywały argumenty, a nie tylko racja kierownika. Co roku organizowaliśmy dla całego zespołu spotkania kliniczne, których pierwsza część była poświęcona problemom naukowym, druga zaś miała zdecydowanie towarzyski charakter. Profesor, dusza towarzystwa, obdarzo-

ny był talentami muzycznymi, pięknie śpiewał, tańczył, a żartami i anegdotami syptał jak z rękawa. To integrowało zespół. W klinice czuliśmy się jak w rodzinie.

Nie zaniedbywaliśmy obowiązków naukowych i rozwoju zawodowego. W tym czasie powstała pierwsza polska monografia „Nadciśnienie wrotne”, pionierskie prace dotyczące patofizjologii nadciśnienia wrotnego, chirurgii dróg żółciowych, leczenia żylaków przełyku, zespołów wrotno-systemowych, leczenia krwawień do przewodu pokarmowego, encefalopatii wątrobowej oraz chirurgii onkologicznej przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego. Klinika stała się zdecydowanie rozpoznawalna w Polsce, nawiązywaliśmy i rozszerzaliśmy kontakty zagraniczne.

Pan Profesor wyjechał do Genewy, do WHO, w roku 1989, ale przez cały czas utrzymywał kontakt z pracownikami kliniki, interesował się ich rozwojem, ułatwiał kontakty z zagranicznymi ośrodkami. Cieszył się z osiągnięć i sukcesów kliniki. Kibicował pracom naukowym przygotowującym zespół do przeszczepienia wątroby.

Po powrocie do kraju w roku 2001 został kierownikiem Zakładu Zdrowia Publicznego nowo powołanego Wydziału Nauki o Zdrowiu. Dzięki ogromnemu doświadczeniu, zdobytemu na stanowisku dyrektora Biura Rozwoju i Promocji Badań Naukowych w WHO w Genewie oraz kierownika projektu WHO ds. Centrum Zdrowia Publicznego w Kobe, zainicjował powstanie na naszej uczelni nowego kierunku studiów – zdrowie publiczne. Współtworzył i prowadził szkolenia podyplomowe w tym zakresie dla kadr menedżerskich służby zdrowia i ówczesnych kas chorych.

Prof. Jerzy Szczerbań był osobowością absolutnie wyjątkową. Osiągnął, dzięki swoim wybitnym zdolnościom, konsekwencji i ciężkiej pracy, w życiu zawodowym niemal wszystko: prestiż zawodowy, głęboki szacunek kolegów i współpracowników i, co najważniejsze – pacjentów. Im z wielkim poświęceniem ratował zdrowie i życie. I to najbardziej będzie się liczyć tam, gdzie jest teraz.

Żegnamy naszego Drogiego Szefa. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci. Nie zapomnimy wielkiej życzliwości, przyjaźni, troski o nasz rozwój nie tylko zawodowy, naukowy, ale i intelektualny. Nie zapomnimy wybitnej erudycji, talentów artystycznych, celnych point i bon motów, wyjątkowego poczucia humoru...

Piotr Małkowski, Krzysztof Zieniewicz

Maestro – prof. Jerzy Szczerbań

Rektor prof. Wielgoś z całym Senatem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w nekrologu poświęconym prof. Szczerbaniowi napisał m.in.: „*Będzie nam brakowało rad i opowieści Pana Rektora, Jego niezwykłego poczucia humoru i wielkiej dobroci (...)*”.

Działalność naukowa Profesora jest powszechnie znana. Bliscy i przyjaciele pamiętają zaś Jego ogromne poczucie humoru. Opowiadał dowcipy, których znał setki, w sposób wyrefinowany i kulturalny, starając się nikogo nie urazić, a słuchacz związał się po prostu ze śmiechu. Żałuję tylko, że wielu z nich nie zapamiętałem.

Nigdy nie zapomnę za to zdarzenia, które miało miejsce na moim weselu. W pewnym momencie ustał gwar gości i z sąsiedniego pokoju dała się słyszeć melodia z musicalu

„Skrzypek na dachu”. Ktoś cudownie intonował i wykonał arie Tewego Mleczarza. Tym kimś był Jerzy. Innym razem na prozowanej kolacji z redaktorem „Polityki” Stanisławem Podemskim licytowali się, który ma lepszego parkinsona. Wygrał Stanisław Podemski, który nie mógł nalać wódki do kieliszka.

Przebywanie z Jerzym, a szczególnie przyjaźń z Jego strony, to był wyraz zaszczytu. Ja uważałem się za obdarowanego tą przyjaźnią i gdy po raz pierwszy, dawno temu, Jerzy odezwał się do mnie „na ty”, zaczęła rozpierać mnie wielka duma. W chwilach zawodowych zwątpień zawsze mogłem liczyć na Jego pomoc.

Żegnaj Jurku, nigdy nie będziesz wymazany z mojej pamięci.

Jerzy Borowicz



Łukasz Kulczycki (1911–2018)

Urodził się 19 sierpnia 1911 r. w Borszczowie na Podolu. Szkołę średnią rozpoczął w Krakowie, a ukończył w Czortkowie. Studiował we Lwowie – w Akademii Medycyny Weterynaryjnej (1928–1936) i prawo na Uniwersytecie

Jana Kazimierza. W 1939 r. został zmobilizowany do Szkoły Sanitarnej w Warszawie, w grudniu przez Węgry dotarł do Francji, by służyć w armii gen. Sikorskiego. Po upadku Francji z portu Le Verdon został ewakuowany do Liverpoolu i przewieziony do obozu wojskowego w Szkocji. W lutym 1941 przyjęto Go na Polski Wydział Lekarski na Uniwersytecie w Edynburgu, po ukończeniu którego pracował jako lekarz w polskich obozach wojskowych.

Po demobilizacji w 1947 r. studiował na Uniwersytecie Londyńskim zdrowie publiczne i pediatrię. Obie specjalizacje uzyskał w 1950 r. Następnie przez dwa lata pracował w Kanadzie i w USA (w Bostonie), gdzie wspólnie z prof. Harrym Schwachmanem rozpoczął prace nad mukowiscydozą. Miały one ogromne znaczenie dla diagnostyki i leczenia poznawanej dopiero choroby. Dorobek prof. Kulczyckiego zaowocował powierzeniem Mu w 1962 r. stanowiska profesora nadzwyczajnego w Georgetown University w Waszyngtonie oraz dyrektora ośrodka mukowiscydozy. Łukasz Kulczycki nie ustawał w wysiłkach w celu integracji polonijnego środowiska medycznego w Ameryce z ojczyzną. Jak nikt inny pełen wrażliwości i wyrozumiałości, pomagał i służył radą w każdej sytuacji. Potrafił dzielić się swoją wiedzą.

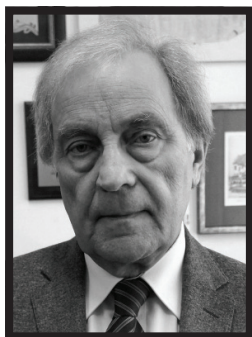
Należy podkreślić wkład prof. Kulczyckiego w rozwój polskiej pediatrii. Od 1959 r. wielokrotnie przyjeżdżał z wykładami do Krakowa, Warszawy, Poznania, Lublina, Białegostoku, a w roku 1973 na zjeździe w Gdańsku został honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Uczestniczył w tworzeniu Szpitala Pediatrycznego w Krakowie i jego rozbudowie, jako członek Polish American Congress, oraz w otwarciu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Doświadczenia z działalności studenckiej w Akademickim Kole Towarzystwa Szkoły Ludowej wykorzystał w Edynburgu (w Szkocji) dla integracji wychowanków elitarniej Polish Medical School oraz w Londynie, w latach 1946–1950, w pracy członka zarządu Polskiego Towarzystwa Medycznego.

Prof. Kulczycki od 1952 r. współpracował ze Związkiem Lekarzy Polskich w Chicago (w 1996 na uroczystości 50-lecia ZPL został odznaczony Medalem Gloria Medicinae PTL). W Nowym Jorku aktywnie uczestniczył w działalności sekcji medycznej Polish Institute of Arts and Science, która była kontynuatorką Polskiej Akademii Umiejętności w Ameryce, a w 1990 r. założył Polish American Health Association. Od początku uczestniczył w planowaniu kongresów Polonii medycznej i był ich aktywnym uczestnikiem, a w roku 2000 na IV KPM został odznaczony przez NRL Medalem Hipokratesa. W 2000 r. przewodniczył sekcji medycznej na 58. Zjeździe PIASA, który po raz pierwszy odbył się w Polsce (w Krakowie). Szczególnie ważny był udział prof. Kulczyckiego w V Zjeździe Nauki Polskiej w Wilnie oraz w jubileuszu X-lecia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

Prof. Łukasz Kulczycki odszedł na wieczny lekarski dyżur 3 maja 2018 r. Za kilka miesięcy ukończyłby 107 lat. Odszedł wspaniały lekarz, naukowiec i dydaktyk, żołnierz, patriota, Wielki Polak. Dla tych, którzy mieli szczęście Go poznać, niezawodny Przyjaciel. Miałem zaszczyt być jednym z nich, korzystać z Jego pomocy, autorytetu, ciepła i niezwyklej pracowitości. Nasze spotkania w Waszyngtonie, Chicago, na zjazdach PIASA (w Nowym Jorku i Krakowie), kongresach Polonii medycznej w Częstochowie, Krakowie, Katowicach i Warszawie, na zjeździe wychowanków PMS z Edynburga, na inauguracji roku akademickiego w Poznaniu i polonijnych zjazdach we Lwowie oraz Wilnie pozostaną na zawsze w mej pamięci. Będzie brakowało Jego listów podsumowujących każdy rok, budujących rozmów telefonicznych. Żegnaj Łukaszu! Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.

Krzysztof Makuch



Witold Bartnik (1944–2018)

Ze smutkiem dowiedzieliśmy się o śmierci naszego Kolegi, wybitnego lekarza gastroenterologa, profesora, członka Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,

który 16 kwietnia 2018 r. pożegnał nas, odchodząc na wieczny dyżur. Nie mogąc uczestniczyć w uroczystościach pogrzebowych, pragniemy w tym wspomnieniu wyrazić żal i współczucie Rodzinie Zmarłego i licznym Jego przyjaciółom i współpracownikom. Przez wiele lat pracowaliśmy razem w Klinice Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez

prof. Edwarda Rużyłłę, i później, na tej samej uczelni, w której otrzymywał kolejne awanse naukowe.

Był uznanym autorytetem w Polsce i zagranicą w zakresie gastroenterologii, pionierem badań kolonoskopowych, autorem wielu znaczących publikacji naukowych, także dociekliwym i sumiennym lekarzem praktykiem. Oszczędny w słowach i gestach, w kontaktach z otoczeniem zachowywał rezerwę, która chroniła Go przed światem odległym od Jego zainteresowań naukowych i intelektualnych.

Żegnaj Witku, pozostaniesz we wdzięcznej pamięci licznych pacjentów, których uzdrowiłeś albo którym pomogłeś w uciążliwej, przewlekłej chorobie, lekarzy gastroenterologów, których wykształciłeś na specjalistów w tej rzadkiej wówczas specjalności, oraz współpracowników i przyjaciół, którzy doceniali Twoją wiedzę i zaangażowanie w rozwój medycyny.

Hanna i Janusz Wasylukowie



Olgierd Jerzy Chmielewski (1928–2017)

Urodził się 7 kwietnia 1928 r. w Warszawie, w rodzinie inteligentnej. Naukę rozpoczął w Szkole Powszechnej im. Zamoyskiego. W czasie wojny kontynuował edukację na tajnych kompletach, ukończył Liceum

im. płk Leopolda Lisa-Kuli. Od maja 1943 r. był żołnierzem zgrupowania Praga 6-26 obwodu AK. W 1946 r. rozpoczął studia w stołecznej AM, w 1952 uzyskał dyplom i otrzymał nakaz pracy w jednostkach ZSW. Jako lekarz pułku specjalizował się w Cywilnej Służbie Zdrowia, w dziedzinie chirurgii i ginekologii. Po 1956 r. został przydzielony do pracy w Centralnym Szpitalu MON. Na własną prośbę przeszedł do rezerwy w stopniu podpułkownika. Od 1958 r. nieprzerwanie do emerytury pracował w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Warszawie przy ul. Inflanckiej. W 1972 r. został ordynatorem i naczelnym lekarzem, a placówka pod Jego kierownictwem zyskała miano jednej z najlepiej funkcjonujących w Warszawie. Na emeryturę przeszedł w 1996, ale pracował jeszcze na pół etatu do 2001 r.

Czasy się zmieniały, a On był niezależny, nieuwikłany w politykę i robił to, co kochał – leczył. Medycyna była Jego pasją, pacjentki leczył z oddaniem i zaangażowaniem. Był świet-

nym chirurgiem i diagnostą, lekarzem szanowanym nie tylko za duże umiejętności, ale za skromność, wspaniały stosunek do pacjentek, rzetelność i kulturę. Szpital pro-

wadził wzorowo, był wymagający w stosunku do pracowników, ale przede wszystkim wobec siebie. Nie znosił bylejałości, głupoty i bierności. Miał duże poczucie humoru i dystans do siebie. Oprócz medycyny Jego pasją były historia, muzyka i sport.

Wykształcił ponad 100 lekarzy. Współpracował z Akademią Medyczną w Warszawie. Był wspaniałym nauczycielem i mistrzem dla uczących się zawodu lekarzy. Pomagał potrzebującym – taktownie i bez rozgłosu. My, byli asystenci, kochaliśmy Go za cierpliwość, kulturę, takt, za to, że mogliśmy na Niego liczyć w każdej sytuacji, za to, że szpital, w którym pracowaliśmy, mogliśmy traktować jak drugi dom. Do wszystkiego doszedł sam, ciężką pracą, kompetencjami.

Za tę wspaniałą pracę został odznaczony: Warszawskim Krzyżem Powstańcym, Krzyżem Armii Krajowej, Krzyżem Walecznych, Medalem za Warszawę, Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Polonia Restituta, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Medalem KEN, dwukrotnie Złotą Odznaką „Zasłużony dla Warszawy”, Złotym Odznaczeniem PCK.

Odszedł na wieczny dyżur 12 października 2017 r. Będzie nam Go brakowało. Jego uśmiechu, radości życia, rozmów. Ale będziemy też pamiętać Jego rady i wskazówki.

Koledzy lekarze, przyjaciele i znajomi

Fot. archiwum



W kwietniu 2018 r. na Wydziale Teologicznym UKSW w Warszawie odbyła się już siódma ogólnopolska Konferencja Służby Zdrowia „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. Choroby cywilizacyjne”. Celem przedsięwzięcia jest popularyzacja holistycznej koncepcji medycyny, obejmującej pomoc choremu we wszystkich aspektach jego życia. Konferencję otworzyła dziekan powstającego Wydziału Medycznego CM UKSW prof. Grażyna Gromadzka, która zwróciła uwagę na kwestię cierpienia w ujęciu Jana Pawła II. Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski wyraził nadzieję, że po zakończeniu konferencji każdy jej uczestnik będzie lepiej rozumiał cierpiącego człowieka i potrafił profesjonalnie nieść pomoc medyczną i duchową.

Tematyka pierwszej sesji dotyczyła zagadnień stricte medycznych, związanych z cierpieniem spowodowanym przez choroby cywilizacyjne. W drugiej sesji poruszono tematykę bólu w aspekcie dyscyplin humanistycznych. W trzeciej sesji przedstawiono poruszające świadectwa osób, które o bólu mogą powiedzieć wiele, bo sami go doznają.

Konferencję patronatem objął m.in. „Puls”. Organizatorzy, ks. dr hab. Dariusz Pater i dr Mieczysław Szatanek, wyrazili nadzieję, że wszyscy skorzystali na udziale w niej i dzięki wysiłkom wybitnych prelegentów, medyków, teologów uda się uczynić świat, w jakim żyjemy, bardziej przyjaznym dla człowieka chorego i cierpiącego.

Oprac. kb



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

6 kwietnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 9 marca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu, trybu i częstotliwości przeprowadzania okresowych profilaktycznych badań lekarskich oraz okresowej oceny sprawności fizycznej strażaka Państwowej Straży Pożarnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 673.

16 kwietnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 736, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 23 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o instytutach badawczych.

17 kwietnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 742, obwieszczenie ministra zdrowia z 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

20 kwietnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 753, obwieszczenie ministra zdrowia z 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.

26 kwietnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 25 kwietnia 2018 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych funkcjonariuszy Służby Ochrony Państwa, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 774.

26 kwietnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 792, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 23 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo atomowe.

30 kwietnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 647.

30 kwietnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 6 marca 2018 r. o rzeczniku małych i średnich przedsiębiorców, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 648.

10 maja 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 867, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.

10 maja 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 852.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane nie wcześniej niż od 1 lipca 2018 r. oraz nie później niż do 30 czerwca 2021 r.

Pilotażem są objęte świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zawarte w wykazie świadczeń gwarantowanych ze wspomnianego zakresu, z wyłączeniem:

- świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych,
- świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

Świadczeniodawca prowadzący centrum zdrowia psychicznego udziela konsultacji i porad w niezbędnym zakresie świadczeniobiorcom z rozpoznaniem choroby otępiennej.

Świadczeniodawca prowadzący centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach:



**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

- stacjonarnych psychiatrycznych i w miejscu udzielania pomocy doraźnej,
- dziennych psychiatrycznych,
- ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).

Centrum w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza we wszystkie dni tygodnia.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu zobowiązuje się do objęcia opieką populacji osób powyżej 18. roku życia zamieszkałej na obszarach wskazanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

Realizatorami pilotażu są świadczeniodawcy wymienieni w wykazie określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, pod warunkiem zawarcia umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W celu rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w centrum stosuje się:

- ryczałt na populację – w przypadku świadczeń udzielanych w ramach pilotażu świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia zamieszkującym obszar działania centrum,
- cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, osobodnia, zabiegu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie o realizację pilotażu świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę” dla osób zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum.

19 maja 2018 r. został opublikowany w DzU z 2018 r., poz. 949, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16.

Trybunał Konstytucyjny po rozpoznaniu wniosku Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy orzekł, że §13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU poz. 1400), stanowiący, że odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem, jest zgodny z art. 137 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawierającym upoważnienie dla ministra zdrowia do określenia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem interesu świadczeniobiorców oraz konieczności zapewnienia właściwego wykonania umów.

23 maja 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 979, obwieszczenie ministra zdrowia z 25 kwietnia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

24 maja r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 992, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o odpadach.

29 maja 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1030, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

30 maja 2018 r. weszła w życie ustawa z 22 marca 2018 r. o zmianie ustawy – Kodeks wykroczeń, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 911.

Zgodnie z nowelizacją art. 147a §1 kodeksu wykroczeń, **któ wykonuje działalność leczniczą** lub prowadzi zakład leczniczy dla zwierząt **bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji**, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

30 maja 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 25 kwietnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 909.

Rozporządzenie zawiera:

- wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym rodzajem świadczenia zdrowotnego – stanowiący załącznik nr 1,
- wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez lekarza, lekarza dentyzę, felczera lub starszego felczera – stanowiący załącznik nr 2,
- wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną – stanowiący załącznik nr 3.

2 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 941.

Elektroniczną dokumentację medyczną stanowią:

- **informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala**, o której mowa w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- **informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o określe ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych**, o której mowa w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- **karta informacyjna z leczenia szpitalnego**, o której mowa w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5 czerwca 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 maja 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 953. ■

18 kwietnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 697.

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ZUS udostępnia certyfikat, umożliwiający podpisywanie dokumentów elektronicznych z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym, jedynie lekarzom, lekarzom dentystom, felczerom i starszym felczerom, którzy uzyskali od niego upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

ZUS ponosi odpowiedzialność jedynie za wykorzystanie certyfikatów w celu podpisywania zaświadczeń lekarskich wystawianych w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, który udostępnił lekarzom i innym upoważnionym.

Zgodnie z przepisami ustawy – Prawo farmaceutyczne świadczeniodawca jest obowiązany przechowywać druki recept lub unikalne numery identyfikujące receptę, przydzielone przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, w warunkach zapewniających należytą ochronę przed utratą, zniszczeniem, kradzieżą lub dostępem osób nieuprawnionych.

W przypadku zakończenia okresu zatrudnienia albo śmierci osoby uprawnionej do wystawiania recept świadczeniodawca powiadamia niezwłocznie o takim zdarzeniu oraz o niewykorzystanych drukach lub unikalnych numerach identyfikujących receptę, jeżeli ich ustalenie jest możliwe, właściwy oddział wojewódzki NFZ, w którym unikalne numery identyfikujące receptę zostały przydzielone.

W przypadku zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept posiadających unikalne numery identyfikujące recepty przydzielone przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ lub unikalnych numerów identyfikujących recepty albo podejrzenia ich sfałszowania lub nieuprawnionego pozyskania świadczeniodawca powiadamia o tym niezwłocznie właściwy oddział wojewódzki NFZ, który przydzielił unikalne numery identyfikujące recepty, i przekazuje informacje o okolicznościach zdarzenia i numerach recept, jeżeli ich ustalenie jest możliwe.

Po otrzymaniu wymienionych informacji dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ niezwłocznie blokuje przydzielony unikalny numer identyfikujący receptę i zamieszcza go w prowadzonej przez NFZ ogólnopolskiej bazie numerów recept za blokowanych.

Recepta jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej.

Receptę w postaci papierowej wypisuje się w przypadku:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego,
- do 31 grudnia 2025 r. recepty dla:
 - a) osoby wystawiającej (*pro auctore*),
 - b) małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej (*pro familia*),
- recepty transgranicznej,
- recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości,

- recepty wystawianej przez lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonującego zawód czasowo i okazjonalnie na terytorium RP,
- recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium RP i sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w ustawie.

Recepta w postaci papierowej, na której przepisano wyłącznie produkty lecznicze niepodlegające refundacji, posiadające kategorię dostępności „Rp” lub „Rpz”, nie musi odpowiadać wzorowi recepty określonemu w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept.

Recepta zawiera następujące informacje:

+ dane dotyczące pacjenta:

- a) imię albo imiona i nazwisko, albo oznaczenie „NN”, w przypadku osób o nieustalonej tożsamości,
- b) adres (nazwę miejscowości, ulicę, numer domu, kod pocztowy, numer lokalu, jeżeli nadano):
 - miejsca zamieszkania albo
 - miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo
 - urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej – w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej, albo świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej, albo – „NMZ”, w przypadku osób o nieustalonym miejscu zamieszkania,
- c) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (PESEL),
- d) datę urodzenia pacjenta, w przypadku gdy nie można jej ustalić na podstawie innych danych zamieszczonych na recepcie,
- e) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;

+ dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo *pro familia*:

- a) w przypadku:
 - podmiotu wykonującego działalność leczniczą – nazwę albo firmę, łącznie z nazwą jednostki organizacyjnej, nazwą komórki organizacyjnej, jeżeli dotyczy,
 - osoby wystawiającej receptę *pro auctore* albo *pro familia* – imię i nazwisko,
- b) adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwę miejscowości, kod pocztowy, ulicę, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane), a w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku osoby wystawiającej receptę *pro auctore* albo *pro familia* – adres miejsca zamieszkania (nazwę miejscowości, kod pocztowy, ulicę, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane),
- c) numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia, w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiających receptę *pro auctore* lub *pro familia* – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę,
- d) identyfikator miejsca udzielania świadczeń – w przypadku recept w postaci elektronicznej – identyfikator, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku recept w postaci papierowej – dziewięciocyfrowy numer REGON, jeżeli dotyczy;

+ dane dotyczące osoby wystawiającej receptę:

- a) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
- b) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym tytuł zawodowy,
- c) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę,
- e) w przypadku recepty:

- w postaci elektronicznej – kwalifikowany podpis elektroniczny albo podpis potwierdzony profilem zaufanym e-PUAP lub z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS albo
- w postaci papierowej – podpis własnoręczny;

+ dane dotyczące przepisanoego produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego:

- a) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę handlową produktu leczniczego albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, lub ich nazwę skróconą, która jednoznacznie pozwala określić przepisany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny,
- b) postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
- c) dawkę produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej dawce,
- d) ilość produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku:
 - leku recepturowego – jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej albo
 - leku aptecznego – jego nazwę zgodną z Farmakopeą Europejską lub innymi odpowiednimi farmakopeami uznawanymi w państwach członkowskich Unii Europejskiej,
 - ilość produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego – jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej, leku aptecznego
 - jego nazwę zgodną z Farmakopeą Europejską lub innymi odpowiednimi farmakopeami uznawanymi w państwach członkowskich UE. Ilość produktu leczniczego, leku recepturowego, leku aptecznego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego oraz surowca farmaceutycznego, przeznaczonego do sporządzenia leku recepturowego, określa się cyframi arabskimi lub słownie, a ilość surowca farmaceutycznego przeznaczonego do sporządzenia leku recepturowego będącego środkiem obojętnym, przeznaczonym do nadania odpowiedniej postaci produktu leczniczego, można również określić wyrazami „ilość odpowiednia”, „*quantum satis*” lub „q.s.”,
- e) sposób dawkowania produktu leczniczego albo sposób stosowania w przypadku wyrobów medycznych lub środków spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego;

+ dane dotyczące daty realizacji recepty:

- a) datę wystawienia recepty,
- b) datę realizacji recepty „od dnia”, a jeżeli nie dotyczy – znak „X”;

+ numer identyfikujący receptę nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy lub system, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych), a w przypadku recepty w postaci papierowej na produkt leczniczy o kategorii dostępności „Rpw” – unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ,

7) w przypadku recept *pro auctore* albo *pro familia* – stosowne oznaczenie wskazujące dla kogo jest wystawiana recepta.

Recepta transgraniczna ma zawierać co najmniej następujące dane:

- imię lub imiona i nazwisko pacjenta,
- datę urodzenia pacjenta,
- imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
- kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy),
- dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub faksu z prefiksem międzynarodowym),
- dane dotyczące adresu miejsca udzielenia świadczenia oraz oznaczenie „Polska”,
- nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) w przypadku produktu leczniczego,
- nazwę własną, jeżeli przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych, w takim przypadku na receptce zwięźle podaje powody użycia nazwy własnej,
- postać,
- moc,
- ilość,
- sposób dawkowania,
- datę wystawienia recepty,
- podpis własnoręczny osoby wystawiającej.

Na receptce transgranicznej nie może być przepisany produkt leczniczy o kategorii dostępności „Rpw”.

Na receptce nie mogą być zamieszczane informacje i znaki niezwiązane z jej przeznaczeniem, np. stanowiące reklamę.

Na receptce, poza danymi dotyczącymi przepisanych produktów leczniczych, środków spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, można dodatkowo zamieścić:

- polecenie pilnej realizacji recepty przez zamieszczenie adnotacji „*cito*” lub innej równoważnej,
- zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego przez zamieszczenie adnotacji „nie zamieniać” lub „NZ” przy pozycji produktu leczniczego, środka spożywczoego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, którego zastrzeżenie dotyczy.

W dolnej części recepty w postaci papierowej zamieszcza się, w formie wydruku, nazwę i adres lub numer REGON podmiotu drukującego receptę, a w przypadku gdy wydruku dokonuje osoba wystawiająca receptę – zwrot „wydruk własny”.

Lekarz i lekarz dentysta może przepisać jednemu pacjentowi jednorazowo maksymalnie:

- ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędnej do 360-dniowego okresu stosowania, obliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania, przy czym ilość produktu leczniczego na jednej receptce nie może przekraczać ilości niezbędnej do 120-dniowego stosowania,
- podwójną ilość leku recepturowego, ustaloną zgodnie z przepisami określającymi produkty lecznicze, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane do sporządzania leków recepturowych, z zastrzeżeniem, że w przypadku produktów leczniczych w postaci maści, kremów, żeli, past do stosowania na skórę można przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie tych przepisów, jednorazowo może być wystawionych 16 takich recept niezbędnych pacjentowi na maksymalnie 120-dniowy okres stosowania.

Lekarz i lekarz dentysta może wystawić do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 360 dni. Nie dotyczy to produktu leczniczego sprowadzonego z zagranicy, na który nie trzeba uzyskiwać pozwolenia, niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia.

Recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o refundacji, ma być wydany za odpłatnością, obejmuje:

- + **dane zawarte w receptce, o których mowa na wstępie;**
- + **numer poświadczenia, w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania z tych świadczeń, wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną;**
- + **numer paszportu albo innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – jej numer;**
- + **identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, a w przypadku:**
 - a) braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium RP – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ albo identyfikator miejsca pełnienia służby wojskowej,
 - b) osoby bezdomnej – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania osoby wystawiającej receptę albo siedziby świadczeniodawcy,
 - c) pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej i niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej – symbol „X”;
- + **kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;**
- + **w przypadku osób nieubezpieczonych posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odpowiedni identyfikator:**
 - a) „BW” – dla pacjenta posiadającego uprawnienia określone w art. 2 ust. 1 pkt. 2 i art. 54 ust. 1 ustawy o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które mają obywatelstwo polskie lub uzyskały status uchodźcy w RP, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy, spełniające kryterium dochodowe, zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej, i posiadające decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, potwierdzającą to prawo),

b) „DN” – dla pacjenta posiadającego uprawnienia określone w art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (inne niż wymienione wyżej osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie lub które uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP),

c) „CN” – dla pacjenta posiadającego uprawnienia określone w art. 2 ust. 1 pkt. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (inne niż wymienione wyżej osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadające obywatelstwo polskie lub które uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy),

d) „IN” – dla pacjenta innego niż ubezpieczony, posiadającego uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustaw: o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, o przeciwdziałaniu narkomanii, o ochronie zdrowia psychicznego, o cudzoziemcach, o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o Karcie Polaka, o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium RP, o repatriacji;

+ **symbol państwa** odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

+ **numer identyfikujący receptę nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy lub system, o którym mowa w przepisach ustawy z o systemie informacji w ochronie zdrowia, a w przypadku recepty w postaci papierowej – unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ;**

+ **odpłatność produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określoną w następujący sposób:**

a) jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia w jednej odpłatności, osoba wystawiająca receptę może nie wpisać tej odpłatności,

b) jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w wymienionym wykazie w więcej niż jednej odpłatności, osoba wystawiająca receptę:

– wpisuje symbol „P” w przypadku przepisywania tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu,

– może nie wpisać poziomu odpłatności w przypadku przepisywania tego produktu leczniczego, środka spożywczego spe-

cialnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego za najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu,

– wpisuje odpłatność określoną w wykazie w przypadkach innych niż wskazane wyżej;

+ **jeżeli produkt leczniczy**, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny **jest przepisywany poza zakresem refundacji**, osoba wystawiająca receptę wpisuje symbol „X” albo 100 proc.;

+ **odpłatność może być określona również w następujący sposób:**

a) B lub równoważne – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego bezpłatnie,

b) R lub równoważne – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością ryczałtową,

c) 30 proc. – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 30 proc. limitu finansowania,

d) 50 proc. – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 50 proc. limitu finansowania;

+ **oznaczenia dotyczące odpłatności nie są wymagane** w przypadku recept wystawianych dla pacjentów będących inwalidami wojennymi, osobami represjonowanymi, małżonkami tych osób pozostającymi na ich wyłącznym utrzymaniu, uprawnionymi do renty rodzinnej wdowami albo wdowcami po poległych żołnierzach, zmarłych inwalidach wojennych, osobach represjonowanych, żołnierzami zastępczej służby wojskowej i cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych oraz w przypadku recept na leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjenta, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia, pod warunkiem, że dany środek jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany.

Jeżeli na receptie przepisano wyłącznie produkty lecznicze niepodlegające refundacji, zawierające substancje psychotropowe z grup III-P i IV-P albo produkty lecznicze zawierające środki odurzające z grupy II-N określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, osoba wystawiająca receptę, oprócz danych określonych na wstępie, zamieszcza na receptie identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (PESEL).

Na jednej receptie w postaci papierowej przepisuje się do pięciu produktów leczniczych gotowych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych albo jeden produkt leczniczy recepturowy, a **na receptie wystawionej w postaci elektronicznej – jeden produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny.**

W przypadku wystawienia więcej niż jednej recepty w postaci elektronicznej osoba wystawiająca może, w celu usprawnienia ich realizacji, połączyć te recepty w pakiet.

Receptę wystawioną w postaci elektronicznej zapisuje się w Systemie Informacji Medycznej. Jej treść nie może być zmieniana. Jeśli treść recepty w postaci elektronicznej wymaga zmiany, osoba, która ją wystawiła, musi anulować receptę w SIM i wystawić nową.

Jeżeli recepta w postaci papierowej została wystawiona błędnie, niezgodnie z ustawą bądź jest niekompletna, osoba, która ją wystawiająca, dokonuje poprawek. Każda poprawka wy-

maga dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i odciśnięcia pieczętki albo nadrukowania – przy poprawianej informacji – danych identyfikujących osobę wystawiającą receptę.

W przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej pacjent otrzymuje informację zawierającą następujące dane:

- klucz dostępu do recepty lub pakietu recept,
- kod dostępu,
- identyfikator recepty,
- datę wystawienia recepty,
- datę realizacji „od dnia”, jeżeli dotyczy,
- imię i nazwisko pacjenta,
- imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
- numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę,
- numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę,
- nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę własną produktu leczniczego albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą, lub skład leku recepturowego,
- postać,
- dawkę,
- ilość,
- sposób dawkowania albo stosowania,
- wskazany termin kontroli lekarskiej, jeżeli dotyczy.

Informację tę pacjent otrzymuje:

- **na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy,**
- **na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w formie wiadomości tekstowej zawierającej kod dostępu, oraz informację o wymagalności numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość przy realizacji recepty, jeżeli pacjent podał ten numer.**

Zgodnie z przepisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, **elektroniczna dokumentacja medyczna oznacza dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym e-PUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.**

Recepta jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej.

Do 31 grudnia 2025 r. receptę w postaci papierowej wystawia się w przypadku:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego,
- recepty refundowanej dla wystawiającego – *pro auctore*, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa – *pro familia*.

18 kwietnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 745.

Rozporządzenie określa:

- sposób wystawiania i realizacji recept, w tym zakres danych niezbędnych do ich realizacji i wymagania dotyczące potwierdzania realizacji recept,

- budowę i sposób nadawania unikalnego numeru identyfikującego receptę oraz sposób postępowania po nadaniu tego numeru,
- sposób przechowywania recepty,
- kody uprawnień dodatkowych pacjentów i wykaz dokumentów potwierdzających te uprawnienia,
- identyfikatory oddziałów wojewódzkich NFZ,
- wymiary i wzory recept wystawianych w postaci papierowej.

Dane określone przepisach ustawy – Prawo farmaceutyczne, zamieszczane na receptce wystawianej w postaci papierowej, nanosi się na awersie recepty w sposób czytelny i trwałe, np. za pomocą wydruku, pieczętki lub naklejki, niebudzący zastrzeżeń co do autentyczności recepty.

Dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo *pro familia*, oraz dane dotyczące osoby wystawiającej receptę są nanoszone na receptę w postaci papierowej za pomocą nadruku, pieczętki lub naklejki przymocowanej do recepty w sposób uniemożliwiający jej usunięcie bez uszkodzenia druku.

Kody uprawnień dodatkowych pacjentów określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Identyfikatory oddziałów wojewódzkich NFZ określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

W przypadku recept w postaci papierowej dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nadaje unikalny numer identyfikujący receptę. Budowę tego numeru określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

Po uzyskaniu zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty w postaci papierowej osoby uprawnione albo świadczeniodawcy zaopatrują się w druki recept w postaci papierowej we własnym zakresie. Możliwy jest również wydruk recepty w trakcie jej wystawiania.

Osoba uprawniona albo świadczeniodawca może złożyć do oddziału wojewódzkiego NFZ wniosek za pośrednictwem podmiotu zajmującego się drukiem recept.

Unikalne numery identyfikujące recepty wystawiane w postaci elektronicznej są nadawane tym receptom przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Sposób budowy tego numeru określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

Wymiary recept w postaci papierowej nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości.

Wzór recepty w postaci papierowej określa załącznik nr 6 do rozporządzenia, a wzór recepty w postaci papierowej na produkt leczniczy posiadający kategorię dostępności Rpw określa załącznik nr 7 do rozporządzenia.

Na receptce *pro auctore* osoba ją wystawiająca może nie zamieszczać, w części dotyczącej pacjenta, danych już naniesionych w postaci nadruku, naklejki lub pieczęci w zakresie danych dotyczących osoby wystawiającej receptę.

Recepta transgraniczna, zawierająca dane określone w ustawie – Prawo farmaceutyczne, a także adres udzielenia świadczenia i oznaczenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jest realizowana za pełną odpłatnością.

Dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od tego dnia.



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, Longin Niemczyk, Roman Olszewski,

Rafał Paluszkiewicz, Konstanty Radziwiłł, Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Ciepty, Dariusz Hankiewicz,

Janina Jankowska, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek,

Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski,

Małgorzata Solecka, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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

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

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

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

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

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

Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

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

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków Dariusz Paluszek; tel. 22-542-83-55

Wiceprezesi ORL: Jarosław Biliński, Krzysztof Madej; tel. 22-542-83-40

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej Mieczysław Szatanek; tel. 48-331-36-62

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

Sekretarz ORL Marta Moczyłowska; tel. 22-542-83-31

Zastępca sekretarza ORL Piotr Pawliszak; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczyk; tel. 22-542-83-40

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Ewelina Bobek-Pstrucha
tel. 22-542-83-22; tel. 22-542-83-24; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski: przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, tel. 22-542-83-20, 21

Okręgowa Komisja Rewizyjna: przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, tel. 22-542-83-81

Dyrektor biura Anna Ścibisz; tel. 22-542-83-47

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

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

Kasa: tel. 22-542-83-34

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków

tel. 22-542-83-71; 22-542-83-75; 22-542-83-76; 22-542-83-77; faks 22-542-83-65; e-mail: odz@oilwaw.org.pl

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

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

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

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 16): tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30
pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

Klub Lekarza: tel. 22-542-83-82

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

www.izba-lekarska.pl

OPIEKA PRAWNA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW Z OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE



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 dentystry 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).
- ❖ 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.
- ❖ Sumy gwarancyjne w obu powyższych wariantach są takie same: **75 tys. euro** – jedno zdarzenie, **350 tys. euro** – wszystkie zdarzenia.
- ❖ Miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest **terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.
- ❖ 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).
- ❖ 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