

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

# puls

październik 2018

**Słuchać  
ze zrozumieniem**

[str. 12]

**Rozmowa  
z Jarosławem  
Bilińskim,  
wiceprezesem  
ORL w Warszawie**

[str. 4]

**Rodzinny piknik  
zaufania**

[str. 1]

**Nowa ustawa.  
Pytania  
OIL w Warszawie  
i odpowiedzi MZ**

[str. 30]



# Rodzinny piknik zaufania

Fot. K. Bartyzel



Fot. K. Bartyzel

Fotografie z pikniku (za wyjątkiem oznaczonych inaczej): P. Bieżański

**W ramach akcji i pod hasłem „#Zaufani od 100 lat” odbył się IX Rodzinny Piknik Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Jego przesłaniem było zwrócenie uwagi na rolę tych zawodów w życiu publicznym i ich znaczenie dla społeczeństwa.**

**D**ziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie adw. Mikołaj Pietrzak, gospodarz pikniku, przypomniał, że do grona uprawiających zawód zaufania publicznego należą: lekarze, pielęgniarki i położne, aptekarze, diagnosty laboratoryjni, weterynarze, psycholodzy, architekci, inżynierowie budownictwa, biegli rewidenci, doradcy podatkowi, adwokaci, kuratorzy sądowi, radcy prawni, notariusze, komornicy, rzecznicy patentowi, a także urbaniści. – *Liczymy na państwa zaufanie –* zwrócił się do zgromadzonych na pikniku gości. – *Na to zaufanie pracujemy każdego dnia.* Przedstawiciel Izby Adwokackiej w Warszawie uroczystie przekazał przewodnictwo Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego reprezentantce Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu Małgorzacie Sokulskiej.

Na pikniku obecni byli prezes ORL w Warszawie Łukasz Janowski i wiceprezesi: Jarosław Biliński, Krzysztof Madej, Dariusz Paluszek.

OIL w Warszawie aktywnie włączyła się w organizację pikniku, przygotowując atrakcje związane z promocją zdrowia.

W programie spotkań z uczestnikami uwzględniono m.in. zagadnienia związane ze zdrowym żywieniem. Przygotowano także plansze edukacyjne na temat zasad bezpiecznego korzystania z usług medycznych. Dorośli mogli porozmawiać o problemach stomatologicznych z członkami Komisji ds. Lekarzy Dentystów: Justyną Herman, Bożeną Hoffman, Piotrem Kuchtą, Grzegorzem Kwitkiewiczem i Dariuszem Paluszkiem.

Ulubieńcem dzieci stał się groźny tyranozaur, a jego otwarta paszcza – znakomitym poligonem ćwiczenia szczotkowania zębów. Dzieci mogły narysować swojego dentystę, wziąć udział w grach planszowych. Cieszyły ich rozdawane balony i spotkania z Wróżką Zębuszką.

Na liczne pytania dotyczące szczepień ochronnych niestrudzenie odpowiadali lekarze z Zespołu ds. Szczepień: Łukasz Durajski, Michał Gontkiewicz i Anna Rahnama. Temat znaczenia szczepień dla zdrowia społeczeństwa był silnie zaakcentowany w ramach izbowej akcji „Kocham, więc szczepię”. Dzieci i ich opiekunowie otrzymywali serduszka z hasłem „Kochane zaszczepione”. Mocno zabrzmiał z estrady głos Krzysztofa Madeje, który podkreślił, że szczepienia są dobromem cywilizacyjnym. – *Apeluję do przedstawicieli innych zawodów zaufania publicznego, aby swoją światłą radą dołączyli do tej akcji.*

Dla maluszków i karmiących matek został przygotowany oddzielny kącik. Działał punkt doradztwa laktacyjnego. Na miejscu dyżurowała Dorota Bębenek z Zespołu ds. Matek Lekarek.

Dzięki ogromnemu zaangażowaniu dyrektor Biura OIL w Warszawie Anny Ścibisz w przygotowanie stoiska izby, wyróżniało się ono zarówno wizualnie, jak i merytorycznie.

Reprezentanci Fundacji OIL w Warszawie „Pro Seniore” informowali o swej organizacji i formach pomocy osobom starszym.

Ciekawe propozycje przygotowały dla uczestników również samorządy innych zawodów zaufania publicznego. W bogatym programie każdy mógł znaleźć coś dla siebie.

Z wieczornym koncertem pieśni patriotycznych wystąpił chór OIL w Warszawie „Medicantus”. ■ **ach**



Fot. A. Chęcińska





**Nr 10/2018 (281),  
październik 2018**

Na okładce:  
ilustracja autorstwa Daniela Garcii

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Rodzinny piknik zaufania	1
▶ trzy pytania do...	4
▶ Protest rezydentów 2017 I minął rok...	6
▶ Nowa kadencja Komisji ds. Lekarzy Dentystów	9
▶ EDM coraz bliżej	10
▶ Słuchać ze zrozumieniem	12
▶ Gonic Medyczny	13, 50, 54
▶ Bądźmy przykładem	14
▶ Sepsa groźna dla dzieci	16
▶ Z grypą można wygrać	17
▶ Medycyna szkolna	18
▶ Profilaktyka wad zgryzu	20
▶ Nie taki dentobus straszny...	22
▶ leczmy ból	24
▶ Prawne aspekty zabiegów...	26
▶ Doniesienia naukowe	27
▶ Podwyżka dla specjalistów...	28
▶ Zestawienie pytań OIL w Warszawie i nadesłanych z MZ odpowiedzi	30
▶ z Mazowsza	38
▶ z Delegatury Radomskiej	39
▶ Zawód zaufania	40
▶ Znachorzy i uzdrowiciele	44
▶ lektury	47
▶ Posłuchać, zobaczyć...	48
▶ dla smakoszy	50
▶ sport	51
▶ literatura i życie	52
▶ ciekawe miejsca	53
▶ wspomnienia	54
▶ nowe przepisy prawne	56
▶ felietony:	
▶ Balicki	8
▶ Walewski	8
▶ Ciepły	46
▶ Müldner-Nieckowski	46
▶ Kowal	48
▶ Jankowska	49



# Jesienne refleksje

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**  
redaktor naczelna

W październikowym „Pulsie” powracamy do wydarzeń sprzed roku, które relacjonowaliśmy na naszych łamach. W piętnastym dniu protestu rezydentów Łukasz Jankowski, wówczas wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, udzielił wywiadu („Puls” 11/2017), w którym powiedział m.in.: „*Nasz protest przybrał formę manifestu ideowego. Zarzucano nam, że głodówką powinno się walczyć o ideały, ale przecież walczyliśmy o ideały. Po kilku dniach protestu uwierzyliśmy, że potrafimy wywalczyć już nie tylko podniesienie wynagrodzeń, ale wprowadzenie całej idei zmian w ochronie zdrowia. (...) Nas spaja idea*”.

Jakie efekty przyniosły protesty rezydentów, czy mogą oni mieć dziś satysfakcję z podjętych wtedy trudnych działań? Przeczytamy o tym w niezwykle szczerzej rozmowie z wiceprezesem ORL Jarosławem Bilińskim, w felietonie prezesa, a także w tekście Małgorzaty Soleckiej.

Nasza izba aktywnie uczestniczy w ważnych przedsięwzięciach środowiska lekarskiego, m.in. zainicjowała akcję promowania szczepień ochronnych. O akcji „Kocham, więc szczepię” i o swoim w nią zaangażowaniu z pasją opowiada przewodniczący Zespołu ds. Szczepień OIL w Warszawie Łukasz Durajski. Okazją do przypomnienia, jak ważne są szczepienia, był IX Rodzinny Piknik Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Relację z tej imprezy zilustrowaną fotografiami czytelnicy znajdą w tym numerze. Z pewnością zachęci ona wielu do przybycia na przyszłoroczny piknik. Warto!

Ustawa „6 proc.” wywołuje nadal wiele wątpliwości. Do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lekarze nadesłali liczne pytania. Zostały zebrane i przesłane do Ministerstwa Zdrowia. Z odpowiedziami na nie warto się zapoznać. Unaoczniają bowiem stopień skomplikowania materii i przybliżają sposób postrzegania jej przez urzędników kreujących rzeczywistość ochrony zdrowia.

Przygotowaliśmy także materiały interesujące szczególnie dla lekarzy dentystów, piszemy bowiem o profilaktyce wad zgryzu, jak sprawdzają się w boju dentobusy, przekazujemy informacje od izbowej Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

Polecamy również tekst, do którego nawiązuje ilustracja z okładki – „Słuchać ze zrozumieniem” – o często trudnych relacjach pacjenta z lekarzem. Dialog w gabinecie potrafi przybierać dziwne formy, winą za brak porozumienia, który niekiedy ma dramatyczne konsekwencje, nigdy nie można obarczyć tylko jednej strony. Każdy dorosły pacjent powinien zdawać sobie sprawę, że nieprzebrnięcie zaleceń lekarskich mu zaszkodzi. Z kolei lekarz do swych licznych obowiązków powinien dorzucić jeszcze działania „dyplomatyczne”, jeśli chce, by kuracja była skuteczna. Musi nauczyć się sztuki perswazji, a także zaakceptować fakt, że do gabinetu przychodzić będą pacjenci oporni i ekscentryczni. Empatia jest mu niezbędną. Bez niej, wskutek podstępnej działalności czasu, po latach zacznie jego pracy dominować zgubna rutyna. Negatywne skutki takiego stanu rzeczy dotkną przecież także lekarza. Najlepsze rezultaty daje mariaż zapału młodości z doświadczeniem. To truizm, ale warto przy tym pamiętać, że każdy z nas będzie kiedyś pacjentem.

Życzymy miłej lektury, bowiem każdy lekarz powinien nie tylko mieć szeroką wiedzę w swojej dziedzinie, lecz również być zorientowany w problemach środowiska, znać inne punkty widzenia wielu spraw dotyczących ochrony zdrowia, choćby się z nimi nie zgadzał. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl



Fot. M. Beczek

**Łukasz Jankowski**  
prezes ORL w Warszawie

## Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

mija rok od protestu głodowego. Protestu, którego głównym postulatem był wzrost nakładów na ochronę zdrowia, a także poprawa warunków pracy i płacy pracowników medycznych.

Z tamtych dni pozostało mi w pamięci niespotykane zjednoczenie środowiska lekarskiego. Pomimo istniejących w naszym środowisku podziałów, w październiku zeszłego roku mówiliśmy wszyscy jednym głosem. Postawiliśmy trafną diagnozę bóleczek systemu, udało nam się także przekonać społeczeństwo, że ochrona zdrowia powinna być priorytetem. Profesorowie, specjaliści, rezydenci, stażyści, studenci – dla nas wszystkich to były przełomowe dni.

Dla mnie to były także – co oczywiste – dni ogromnego stresu, presji, nadziei mieszącej się ze zrezygnowaniem, działania mimo niepewności, a czasem zwykłego ludzkiego strachu. Pamiętam codzienne odprawy „u głodujących”. Pamiętam, jak obserwowałem kolegów, których stan z upływem czasu pogarszał się. Pamiętam każdą rozmowę z nimi. Mówiliśmy sobie wtedy, że jeszcze jedno spotkanie, jedna tura negocjacji i można będzie kończyć protest. A protest trwał. Trwał miesiąc, przez który swoim zdrowiem w imię idei ryzykowało prawie 200 osób z całej Polski.

Chciałbym z tego miejsca Wam wszystkim – Koleżanki i Koledzy – podziękować za całe poświęcenie. Za bohaterstwo.

Co uzyskaliśmy? Na pewno udało się wpłynąć na społeczeństwo, ale prawdziwym sukcesem jest zmiana mentalności naszego środowiska. My, lekarze, poczuliśmy swoją wartość, wiele osób mówi wprost: odzyskaliśmy poczucie lekarskiej godności. Czy wygraliśmy? Czy mogliśmy wygrać? Czy mogliśmy osiągnąć więcej? Ile osób, tyle odpowiedzi. Mam przekonanie, że daliśmy z siebie wszystko. My w tamtym czasie nie potrafiliśmy wywalczyć więcej.

Oczekiwania, potrzeby były i są ogromne, a wynegocjowany wzrost nakładów wciąż niewystarczający w stosunku do nich. Co będzie dalej? Wiem, że jako środowisko po głodówce poczuliśmy, że możemy zmieniać rzeczywistość. Mocno wierzę, że był to dopiero pierwszy krok na drodze do normalności w ochronie zdrowia.

###

W izbie praca wrę. Pilnujemy realizacji porozumienia (temu służył m.in. wysłany do ministra zdrowia list w sprawie wątpliwości związanych z porozumieniem, który – wraz z odpowiedzią MZ – jest zamieszczony na izbowej stronie internetowej), bierzemy udział w inicjatywach Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego (nasze stoisko na wrześniowym pikniku cieszyło się ogromną popularnością), wprowadzamy również niezbędne zmiany w strukturze administracyjnej izby. Przed nami jeszcze wiele wyzwań, ale cel jest jasny: w centrum działań izby lekarskiej mają być lekarze – członkowie naszej izby. Mam nadzieję, że uda nam się ten cel zrealizować. ■



**Protest rezydentów 2017.**  
I minął rok...  
str. 6



**EDM coraz bliżej**  
str. 10



**Medycyna szkolna**  
str. 18

# Jak godzę te role? Jestem zdetermin

**Panie doktorze jest pan twarzą zeszłorocznego, niezwykle drastycznego protestu głodowego lekarzy rezydentów. Jak po roku ocenia pan efekty takiej determinacji lekarzy?**

Ambiwalentnie. Z jednej bowiem strony protest ma to do siebie, że jest formą nacisku, a zawsze lepiej było by się dogadać. Wydawało się, że inteligentni ludzie, a tacy byli niewątpliwie i po stronie rządu, i po stronie rezydentów, po przedstawieniu sobie faktów podejmą racjonalne decyzje. My, rezydenci, postawiliśmy sobie cele osiągalne, niezbędne do uznania, że ochrona zdrowia jest priorytetem rządu i jej prawdziwa reforma ruszy z kopyta. Pierwszy, najważniejszy cel krótkoterminowy – 6,8 proc. PKB na ochronę zdrowia w trzy lata. Nie już, nie średnią europejską *per capita*, bo nas na nią nie stać, tylko 6,8 proc. PKB w trzy lata. Drugi, długofalowy, również ważny cel – 9 proc. PKB w dekadę. Bo rozwój trzeba planować, musi mieć swoje continuum, pacjent musi go dostrzec, a dobrze uporządkowana reformą ochrona zdrowia będzie jednym z motorów gospodarki, tak jak w krajach Zachodu. Cel trzeci – zahamować kryzys kadrowy w ochronie zdrowia. Coś, co dopiero wybuchnie, choć już teraz jest fatalnie. Nic nie wpływa tak pozytywnie na politykę kadrową jak poprawa warunków płacy ora odpowiednie warunki pracy umożliwiające pełne wykorzystanie kompetencji zawodowych. Rząd przez długie miesiące proponował... zakończenie protestu w zamian za nic. Dlatego wielu naszych kolegów poświęciło zdrowie, podejmowało heroiczne decyzje. A my, „liderzy” protestu, wypruwaliśmy sobie żyły, aby dobrze prowadzić kampanię społeczną i politykę medialną, trafić argumentami do polityków. Po długich bataliach się udało. Wypracowaliśmy trudny, o wiele trudniejszy dla naszego środowiska niż dla rządu, kompromis. Trudny, bo poszliśmy na duże ustępstwa. Ale – jak w każdym przedsięwzięciu – na początku trzeba ustalić się zasady gry, określić ostatni „pokojuowy” sygnał ostrzegawczy, ale również brać pod uwagę dobro pacjenta. Musieliśmy zakończyć protest po osiągnięciu tego, co zapisano w porozumieniu z lutego, bo każdy kolejny dzień mógł przynieść katastrofę, tragedię. Ktoś w tym sporze musiał postąpić odpowiedzialnie.

Ambiwalencja ma też jaśniejsze strony. Wspominając protest i całą trzyletnią batalię zwieńczoną porozumieniem, uśmiecham się, gdy pomyślę, ile odkryliśmy talentów, jak zbudowaliśmy struktury, zjednoczyliśmy środowisko. Jak udało się utrzymywać przez miesiąc (!) codzienne zainteresowanie mediów wyceniane na miliony złotych, wpłynąć na sondaże. No i przekonaaliśmy sceptyków, że można. Bo kto na początku wierzył, że cokolwiek uda się wywalczyć? A ja powtarzam nadal – to dopiero początek! Tego poten-

cjału nie pozwolimy zmarnować. Musimy sami zadbać o przyszłość. Podjęliśmy decyzję o wejściu do samorządu lekarskiego, by kontynuować pracę merytoryczną i przedstawić efekty w postaci gotowych rozwiązań.

**Jest pan również przewodniczącym zespołu pracującego od kilku miesięcy w Ministerstwie Zdrowia nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. To także dopełnienie zobowiązań resortu sprzed roku. Na jakim etapie są prace i czego dotyczą?**

Spotkania i debaty w zespole dotyczą bardzo szeroko prowadzonych prac nad propozycjami nowelizacji tej ustawy oraz innych, m.in. ustawy o działalności leczniczej. Rozbijamy wszystkie kwestie związane z kształceniem podyplomowym, ustawicznym, egzaminami lekarskimi, prawem pracy i wieloma innymi na czynniki pierwsze, a potem budujemy model kształcenia oraz pracy lekarzy w Polsce, który odpowiadałby wymogom nowoczesnej medycyny. Dotychczas odbyliśmy spotkania, w czasie których stawialiśmy diagnozy, dotyczące zakresu koniecznych zmian. Przeprowadziliśmy konsultacje wewnętrzne w zespole na temat szkolenia podyplomowego w krajach zachodnich, odbyliśmy telekonferencję z ekspertem z USA, pracujemy nad dużymi grupami zgadnień: I – staż, LEK/LDEK, nabór na specjalizacje, II – ścieżka kariery zawodowej lekarza, schemat i przebieg szkolenia specjalizacyjnego, III – prawo pracy, dyżury medyczne, egzaminy lekarskie, IV – akredytacje do szkolenia, nadzór nad kształceniem i szkoleniem, doskonalenie zawodowe, katalog specjalizacji i umiejętności lekarskich oraz kwestie poboczne.

W związku z bardzo dużym zagmatwaniem prawa pracy, rozproszeniem i nieuporządkowaniem jego przepisów, a także formą restrykcyjną wobec lekarzy ta część zajęła bardzo dużo czasu. Pan minister wyraził zgodę na przedłużenie prac zespołu do 16 listopada, gdyż nie jesteśmy w stanie wszystkiego przygotować wcześniej.

Mogę powiedzieć, że już widać bardzo fajne efekty – jasną i przyjazną ścieżkę zawodową kariery lekarza, nowy schemat naboru na specjalizacje i ich przebieg, wiele ułatwień. Jest jednak kilka zmian wiele wymagających od lekarzy, ale gwarantujących jakość wykonywanej pracy. Prawo pracy może wreszcie stać się przyjazne dla lekarza, a nie być wręcz kajdanami, karą za ogrom wykonywanej pracy. Mam nadzieję, że uda się to wszystko doszlifować i po zakończeniu prac przedstawię gotowy projekt zmian, które – mam jeszcze większą nadzieję – pan minister wprowadzi w życie, bo przekona swoich kolegów z rządu i parlamentu do ich uchwalenia.

# owany!

Trzy pytania do  
**dr. n. med. Jarosława Bilińskiego,**  
wiceprezesa ORL w Warszawie



Fot. kb

**Jest pan także wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, czynnym działaczem Porozumienia Rezydentów OZZL, członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, lekarzem pracującym w Klinice Hematologii WUM i nowo upieczonym tatą małej Heli. Jak godzi pan te role? Jak w naszej rzeczywistości radzą sobie młodzi, ambitni lekarze?**

Często słyszę to pytanie i nadal nie umiem na nie odpowiedzieć (uśmiech). Chyba to jest kwestia osobowości. Jestem nauczony pracy kompleksowej, pełnej, spójnej. Dopiero te wszystkie funkcje społeczne pozwalają mi na takie pełne działanie, bo każda daje inne narzędzie. Jestem przede wszystkim lekarzem i aspiruję do bycia naukowcem – to mnie najbardziej cieszy w życiu zawodowym i z tego zrezygnować nie chcę. Poświęcam się pracy, pacjentom, nauce z przyjemnością. I pewnie na tym bym poprzestał, gdyby nie fatalne warunki pracy, szkolenia w Polsce i te wynagrodzenia... To pchnęło mnie do działania społecznego. Po prostu nie mogłem dłużej godzić się z bylejąkością, niedocenieniem

płacowym. Z czegoś trzeba żyć, więc z powodu niskich pensji musimy dorabiać. Konieczność dorabiania zabierała mi czas, który mógłbym przeznaczyć na badania naukowe. Do tego ogrom zadań, jakie lekarz ma na swoich barkach, powodujący, że pracujemy więcej niż 8 godzin dziennie, nawet jeśli mamy jeden etat. Wszystkie problemy zabieramy do domu, stąd frustracja i wypalenie zawodowe. Musiałem zatem „coś” z tym zrobić. I tak wyszło, że teraz pełnię te wszystkie funkcje i mam nadzieję, że to „coś” już udało się wywalczyć, a teraz walczymy o większe „coś” – postęp.

Tata Heli to zadanie najważniejsze w życiu. Jestem tak zakochany w córce, że mimo zmęczenia dodaje mi to skrzydeł.

A jak młodzi, ambitni lekarze radzą sobie dziś w życiu? Są zdeterminowani i nie uznają starego polskiego frazesu, że się nie da! I powtarzają w kółko – jakość życia! Walczymy o jakość naszego życia! ■

Pytała  
**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk**



Fot. archiwum

# Protest rezydentów 2017. I minął rok...

Małgorzata Solecka

**Realne, choć dalekie od postulowanych podwyżki płac. To po pierwsze. Po drugie, znacznie większa (i rosnąca) rola w strukturach lekarskiego samorządu, w związku zawodowym lekarzy. Głos rezydentów rok temu stał się słyszalny i taki pozostał. To niewątpliwie sukcesy protestu, który jesienią 2017 r. zdominował debatę o kształcie polskiego systemu ochrony zdrowia. A co z resztą postulatów?**

Po stronie „ma” na koncie Porozumienia Rezydentów niewątpliwie są podwyżki płac, jakie łąda moment (czyli może za miesiąc, może za dwa) odczuje, w mniejszym lub większym stopniu, część lekarzy. Rezydenci wywalczyli dla siebie wyższe pensje zasadnicze, dodatki lojalnościowe za zobowiązanie do okresowej pracy w Polsce po zakończeniu specjalizacji i nieznaczną poprawę zasad dyżurowania (za dyżury wynikające z programu płaci resort zdrowia, szpital nie będzie też zabierać lekarzom za tzw. zejścia po tych dyżurach). Protest, w którym rezydenci przywoływali odwieczny postulat środowiska lekarskiego: średnia krajowa dla stażysty, dwie dla lekarza bez specjalizacji, dwie i pół dla lekarza z „jedyneką”, trzy dla specjalisty, zaowocował też propozycją ministra zdrowia dla części specjalistów. Ci, którzy pracują w szpitalu na etacie i zobowiążą się do niepodejmowania tożsamej pracy u innych świadczeniodawców, mogą otrzymać pensję zasadniczą w wysokości 6750 zł brutto. OZZL szybko obliczył, że taka płaca ze wszystkimi dodatkami i wynagrodzeniem za trzy, cztery dyżury we własnym szpitalu daje lekarzowi około 10 tys. zł. Jeśli do tego dodać pracę „na lekko” (kilka godzin dwa, trzy razy w tygodniu) w opiece ambulatoryjnej lub prywatnej praktyce, wynagrodzenie wydaje się bardzo godziwe przy znacznie mniejszym nakładzie sił i czasu niż w tej chwili.

Reszta postulatów rezydentów, jak to mówią nauczyciele matematyki, pozostaje na razie „w pamięci”. Konkretnie – w pamięci członków zespołu pracującego nad nową ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry. A najważniejszy – dotyczący tempa wzrostu nakładów na ochronę zdrowia – wręcz poza pamięcią.

Ocena skutków protestu, tych bezpośrednich i dalekosiejących, nie jest jednoznaczna. Bezdyskusyjnym sukcesem rezydentów, którego zapomnieć nie sposób, była dymisja Konstantego Radziwiłła. Ministra, który przyniósł ze sobą nadzieję, a odszedł w atmosferze kompletnego rozczarowania. Którego zdążył popaść w konflikt chyba ze wszystkimi środowiskami, i którego ideologiczne zacierzowanie, w kwestiach związanych z organizacją i finansowaniem systemu ochrony zdrowia, groziło zawaleniem się i tak chwiejnej kon-

strukcji. Następcą, cokolwiek by deklarował, musi te najbardziej absurdalne pomysły swojego poprzednika (np. dotyczące sieci szpitali) szybko korygować.

Trudno przecenić przejęcie inicjatywy przez młodych lekarzy w strukturach samorządu lekarskiego. Za wcześniej mówić o przejęciu władzy i chyba nie do końca o to chodzi, ale trzeba mówić o mocnym wejściu w struktury. To musi wpłynąć i na bieżące działanie izb lekarskich, które bez wątpienia dążą do tego, by być bliżej swoich członków i bardziej dla swoich członków, i na relacje między samorządem a instytucjami kreującymi politykę zdrowotną.

Udało się wywalczyć postępowanie w sprawie płac. Lecz i tu nie ma pełnego sukcesu. Odłogiem leży problem wynagrodzenia lekarzy, którzy specjalizują się poza rezydenturą. Gdyby – w jakiejś innej, lepszej rzeczywistości – zrealizowany został postulat samorządu lekarskiego dotyczący płac, zarabialiby dwie średnie krajowe. W tej chwili ich płace reguluje ustawa o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne. Mają wskaźnik 1,05, co oznacza, że za kilka lat (już w 2021 r., zapewnia resort zdrowia) będą zarabiać nieco więcej niż średnia krajowa (w tej chwili około 4,8 tys. zł brutto). Teraz wskaźnik 1,05 odnosi się do kwoty bazowej 3,9 tys. zł... Ustawa milczy o lekarzach specjalistach zatrudnionych poza szpitalami i tych, którzy pracują na kontraktach. Część z tych ostatnich, dokonawszy odpowiednich kalkulacji, już zgłasza się do szefów szpitali i deklaruje chęć powrotu do pracy etatowej.

W dodatku sukces, jakim jest zwiększenie płac lekarskich, osiągnięty został w naprawdę kiepskim stylu. Niewielka w tym wina samych rezydentów, którzy podpisali porozumienie z ministrem pełni wiary w dobre intencje, a może po prostu zmęczeni kilkumiesięcznym protestem i przeciągającymi się negocjacjami. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, która weszła w życie w sierpniu (zamiast przed 1 lipca), napisana tak niechlujnie, że wymaga szybkiej nowelizacji, bo interpretacje ministra zdrowia mogą się nie obronić w postępowaniach administracyjnych, jest pełna przykrych niespodzianek. Takich, jaka spotkała rezydentów specjalizacji stomatologicznych, którym Ministerstwo Zdrowia uniemożliwiło powiększenie wynagrodzenia o tzw. bon patriotyczny. Na marginesie: gdy posłowie na posiedzeniu Komisji Zdrowia przepytali przedstawicieli resortu zdrowia i NFZ o projekt dentobusów, usłyszeli od wiceministra Macieja Miłkowskiego, że dentobusy to generalnie sukces, choć są i problemy. Jednym z nich jest brak chętnych do pracy stomatologów, bo nie jest to tak opłacalny biznes jak stomatologia prywatna. Czy nie byłoby w interesie publicznym (zwłaszcza że resort zdrowia zapowiada poprawianie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą) posiadanie zasobu kadrowego, który za kilka lat miałby obowiązek pracować w sektorze publicznym? Choćby nawet przez dwa lata? Samorząd lekarski zdecydowanie oprotestował decyzję Ministerstwa Zdrowia, ale prawda jest taka, że uchwalono fatalną ustawę, do której



środowisko lekarskie od początku miało stosunek ambiwalentny. Z jednej strony poddawało krytyce liczne zapisy, z drugiej – wyczekiwało jej uchwalenia (podwyżki!). Trudno uciec od myśli, że jeszcze raz potwierdziła się obiegowa prawda: niezwykle trudno zjeść ciastko i mieć ciastko. Lub też, bardziej dosadnie: trudno siedzieć jedną d... na dwóch weselach.

To wszystko są jednak didaskalia wobec głównego problemu, przed którym stanie już wkrótce system ochrony zdrowia, a który będzie pokłosiem i protestu rezydentów, i zawartego z ministrem porozumienia. Nie udało się bowiem

zaś do czynienia z sytuacją, w której skokowo wzrosną koszty systemu (płace lekarzy, pielęgniarek, częściowo również innych, gorzej uposażonych grup zawodowych), a poziom finansowania pozostanie praktycznie bez zmian. Przy ogólnie wyższych kosztach systemu (inflacja medyczna, demografia) zapisy porozumienia i uchwalona ustawa raczej przybliżą polską ochronę zdrowia do katastrofy, niż ją przed nią chroni.

Pytanie, czy jeśli nadejdzie krytyczny moment, środowisko lekarskie będzie chciało i potrafiło się zmobilizować, by jeszcze raz zawalczyć o normalność systemu ochrony zdrowia.



wywalczyć realizacji podstawowego postulatu – 6,8 proc. PKB na zdrowie w ciągu trzech lat. Rezydenci dali się przekonać, że niemal taki sam wzrost (do 6 proc. PKB) rozłożony do 2024 r. to i tak sukces, bo wzrost będzie bezprecedensowy. Kluczowe słowo – będzie. Gdyby (w innej, lepszej rzeczywistości) wywalczono 6,8 proc. PKB w ciągu trzech lat, nakłady musiałyby wzrosnąć skokowo (kolejne słowo klucz) już w tym roku, najpóźniej w przyszłym. To zaś oznaczałoby, że politycy nie mogą odkładać decyzji o wskazaniu źródeł sfinansowania tak dużego wzrostu. W tej chwili mamy

I czy doświadczenie protestu AD 2017 oraz porozumienia z lutego 2018 sprawi, że inne środowiska zawodowe (a także, choćby w pewnym stopniu, pacjenci) będą uważać lekarzy za swoich sojuszników, czy za tych, którzy w najtrudniejszym momencie walczą przede wszystkim o swoje. To pytanie otwarte, na które w tej chwili niełatwo znaleźć odpowiedź. Być może przyniosą ją kolejne tygodnie i miesiące, w których poznamy owoce (rzeczywiste koszty i skutki) porozumienia zawartego w lutym 2018 r. ■



Marek Balicki

W sprawie wynagrodzeń pracowników medycznych potrzebne są rozwiązania systemowe – powiedział ostatnio prezes NFZ Andrzej Jacyna podczas obrad Sejmowej Komisji Zdrowia. I trudno się z nim nie zgodzić.

Dobłą ilustracją tej opinii są problemy wynikające z działań dotyczących poszczególnych grup zawodowych, które podejmowano zazwyczaj w celu doraźnego rozwiązania konfliktu płacowego. Tak było z pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, a teraz jest z lekarzami.

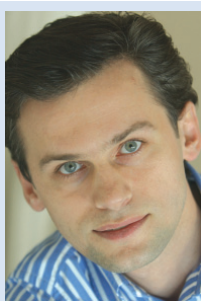
Nie znamy jeszcze ostatecznych skutków finansowych zmian wynagrodzeń specjalistów. Na razie wiemy, że lojalcki, czyli zobowiązania do niewykonywania świadczeń w innych szpitalach, podpisało znacznie więcej lekarzy niż początkowo zakładano. I ministerstwo będzie sobie musiało z tym poradzić. To jednak tylko część problemów. Podwyżki wynagrodzenia zasadniczego specjalistów obciążą również finanse szpitali. Będą to nie tylko tzw. pochodne, ale przede wszystkim koszty dyżurów. One znacznie wzrosną. Dochodzą do tego skutki włączenia „zembalówki” do wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek oraz objęcia ustawą o najniższych wynagrodzeniach nowej grupy pracowników. Czy szpitalne budżety to wszystko udźwigną? Niedługo się przekonamy. Wielu dyrektorów już dzisiaj sygnalizuje, że nie ma dodatkowych setek tysięcy, a często nawet milionów złotych na sfinansowanie realizacji ostatnich regulacji.

Dochodzą do tego inne kwestie. Szpitale otrzymają środki jedynie dla lekarzy, którzy podpiszą lojalckę. A co z tymi, którzy nie podpiszą? Czy można sobie wyobrazić, że dwóch specjalistów o takich samych kwalifikacjach, stażu pracy i obowiązkach będzie miało różne wynagrodzenia zasadnicze? Co z kodeksową zasadą, że pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości? Tylko czekać, aż pierwsze pozwy wpłyną do sądów pracy, jeśli dyrektorzy nie będą tej zasady stosować. Przecież niesprawiedliwe dysproporcje w płacach już dziś budzą narastający sprzeciw.

Problemem są też błędy legislacyjne. Ustawodawca nie wziął np. pod uwagę faktu, że w zakresie opieki psychiatrycznej określonym w koszyku mieści się zarówno opieka szpitalna, jak i ambulatoryjna. Groziło to uniemożliwieniem podpisania lojalcki lekarzowi, który pracuje dodatkowo w poradni zdrowia psychicznego należącej do innej placówki. Na szczęście po interwencji konsultanta krajowego zostało to „naprawione” odpowiednią interpretacją Ministerstwa Zdrowia.

Kolejna sprawa to perturbacje w obsadzie dyżurowej związane z lojalckami lekarzy, którzy nie będą już mogli dyżurować w innym miejscu. Odpowiedzią jest, skądinąd rozsądny, pomysł powrotu do ostrych i „tępych” dyżurów w szpitalach. Pozwoli to na ograniczenie kosztów i częściową likwidację braków kadrowych.

Widać więc wyraźnie, że do kwestii kadr medycznych i wynagrodzeń potrzebne jest systemowe podejście. Bez tego doraźne działania będą rozwiązywać pewne problemy, ale również rodzić nowe. ■



## Aronia niezgody

Paweł Walewski

Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ostro zareagował na medialne doniesienia o planowanym udziale emerytowanej wykładowczyni tej uczelni w kolejnym zlocie znachorów u boku Jerzego Zięby. Zobowiązał dziekana Wydziału Farmaceutycznego i obecnego kierownika zakładu, któremu wcześniej szefowała profesor sposobiąca się do konferencji, aby podjęli kroki mające na celu zapobieżenie kolejnym tego typu przypadkom. Wydał oświadczenie, w którym można przeczytać, że „WUM szkoli profesjonalistów w zawodach medycznych, którzy posługują się Evidence Based Medicine. Jednocześnie uczelnia zawsze przeciwstawia się wszelkim działaniom o charakterze niebezpiecznym dla zdrowia i życia ludzi, opartym na niesprawdzonych naukowo metodach”.

Tak jednoznacznej postawy próżno szukać w wielu innych szkołach wyższych, których pracownicy nie dość, że wspierają podobne spotkania, to jeszcze wynajmują ich organizatorom sale i nie widzą w tym żadnej niestosowności. Wezwana na dywanik uczona, której zawsze bliżej było do suplementów diety, również broni się, że jej udział w konferencji (pod znamienym tytułem: „Czego Ci lekarz nie powie”) to szansa na krzewienie właściwych postaw prozdrowotnych (jej wykład miał dotyczyć zalet aronii). Chodziło jej bowiem głównie o to, aby słuchaczom powiedzieć trochę prawdy, w kontrze do prezentowanych przez innych bzdur. Ostatecznie pani profesor zrezygnowała z udziału (posunięcie rektora okazało się skuteczne, bravo!) i oświadczyła, że nie jest zwolenniczką pana Zięby, choć żałuje, iż odebrano jej szansę zmierzenia się z jego teoriami.

Nie podzielam jej opinii. Każdy udział naukowca czy lekarza w spotkaniu z pacjentami, którzy przychodzą na wykłady szarlatana, służy jedynie legitymizowaniu jego szkodliwej działalności. Można naiwnie wierzyć, że referat oparty na faktach naukowych – nawet dotyczących aronii – będzie przez obecnych oceniony wyżej niż to, co powie im np. na temat leczenia raka witaminą C główny bohater zgromadzenia. Ale z góry wiadomo, że tak się nie stanie. Raczej większość pomyśli: Zięba musi mieć rację, jeśli wokół siebie ma lekarzy i profesorów.

Wielu pacjentów wychodzi z założenia, że skoro istnieje medycyna konwencjonalna (zwana oficjalną) oraz medycyna alternatywna (potocznie: naturalna), prawda o ich skuteczności leży gdzieś pośrodku. Relatywizowanie takiego poglądu przez środowiska naukowe przyczynia się do wzrostu popularności pseudoekspertów, którzy robią niezły interes, wmawiając ludziom irracjonalne brednie. Niestety, argumentacja naukowa jest zawiła i nudna, prawda cudotwórców może zaś być bardzo błyskotliwa. Niedawno dostałem pogróżki od pewnego znachora z tytułem lekarza, który przyjmuje pacjentów nieopodal siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Najwcześniej zapisać się można na kurację chińskimi ziołami i hipertermią na grudzień. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

# Nowa kadencja Komisji ds. Lekarzy Dentystów

**K**omisja ds. Lekarzy Dentystów rozpoczęła prace. W pierwszym posiedzeniu, 12 września 2018 r., wzięli udział lekarze dentyści, delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie VIII kadencji. Obecni na zebraniu stanowili kworum, co pozwoliło przeprowadzić wybory przewodniczącego komisji. Na tę funkcję delegaci wybrali **Dariusza Paluszka**, wiceprezesa ORL w Warszawie.

Nowy przewodniczący przedstawił koncepcję pracy komisji, a także odniósł się do istotnych zagadnień i bieżących problemów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dentystry.

– *Chciałbym zorganizować grupę prezydialną, która będzie spotykała się co dwa, trzy tygodnie, między posiedzeniami komisji. Zależy mi, aby osoby deklarujące chęć współpracy zaangażowały się w działania i określiły, kiedy i w jakim wymiarze czasu mogą uczestniczyć w naszych pracach* – mówił Dariusz Paluszek. Podkreślił, że lekarze dentyści mają swoją mocną reprezentację w izbie, pełnią funkcję rzecznika praw lekarza, mediatora, działają w komisjach OIL w Warszawie, a także są członkami NRL i jej prezydium. – *Musimy być rozpoznawalni w środowisku, w naszych rejonach wyborczych,*

*aby koleżanki i koledzy wiedzieli, do kogo mogą się zwracać z problemami dotyczącymi lekarzy dentyistów – powiedział przewodniczący.*

Jednym z tematów posiedzenia była również kwestia dotycząca przygotowań do V Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, które odbędą się w czerwcu 2019 r. Uczestnicy zgłosili kandydatów do Komitetu Organizacyjnego V MSS. W jego skład weszli: **Marcin Aluchna, Justyna Herman, Marta Klimkowska-Misiak, Piotr Kuchta, Grzegorz Kwitkiewicz, Roman Olszewski, Wojciech Popowski.**

Zebrani rozmawiali ponadto o potrzebie organizacji szkoleń dla lekarzy dentyistów, nie tylko medycznych, ale również ułatwiających prowadzenie działalności gospodarczej, m.in. na temat RODO, dokumentacji elektronicznej, wymogów sanitarnych, przepisów przeciwpożarowych itp.

Najbliższe posiedzenia Komisji ds. Lekarzy Dentystów odbędą się w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, **17 października i 12 grudnia o godz. 10.00.**

Na spotkania serdecznie zapraszamy wszystkich lekarzy dentyistów, członków OIL w Warszawie. ■ **ach**



Fot. ach



# EDM coraz bliżej

**Dariusz Paluszek**

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) ma wejść w życie 1 stycznia 2019 r. Będzie dotyczył wszystkich świadczeniodawców, zarówno działających w sektorze publicznym w ramach kontraktu z NFZ, jak i prywatnie. To zrozumiałe, gdyż system musi być kompletny. Poza przygotowaniem placówek medycznych i gabinetów do prowadzenia EDM (kupieniem i zainstalowaniem programów), a są z tym problemy, pozostaje jeszcze kwestia dostępu pacjenta do dokumentacji. Musi mieć możliwość wglądu w dokumentację i upoważnienia do tego lekarza. Dopóki władze publiczne nie wyposażą pacjentów w narzędzie autoryzacji oświadczeń, którego będą mogli użyć w placówce medycznej, dopóty „dobrodziejstwa” konstruowanego systemu będą istotnie wirtualne.

Ponieważ 1 stycznia zbliża się wielkimi krokami, a termin wprowadzenia obowiązku stosowania EDM będzie zachowany, przedstawiciele Komisji Stomatologicznej NRL (w tym piszący te słowa) przygotowali materiał ułatwiający zapoznanie się z wymogami EDM (link dalej). Wyjaśniamy, **czym jest elektroniczna dokumentacja medyczna, w przeciwieństwie do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej**, którą od dawna wykorzystujemy w naszych gabinetach. Oba rodzaje dokumentacji zdefiniowane są w różnych przepisach wydanych na podstawie dwóch różnych ustaw. EDM będą dokumenty zaliczone do tej kategorii rozporządzeniem ministra zdrowia z 8 maja 2018 r. wydanym na podstawie art. 13a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Są to:

- 1) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przy czym odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala,

- 2) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub na leczenie szpitalne o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych,

- 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

Ważne, że wraz z zaliczeniem jakiegoś rodzaju dokumentu (takiego jak karta szpitalna, skierowanie, historia choroby z poradni ambulatoryjnej) do EDM zostaje określony jego elektroniczny format (np. kolejność danych, układ dokumentu itd.). Bez tego doprecyzowania firmy informatyczne, tworzące programy do obsługi gabinetów, nie mogą umieścić w swych aplikacjach modułu do obsługi tego dokumentu, bo nie znają jego układu, zakresu i kolejności danych. W tej chwili chyba właśnie brak określonych formatów uniemożliwia wdrożenie EDM.

Samorząd lekarski sprzeciwia się wprowadzeniu elektronicznej dokumentacji medycznej od 1 stycznia 2019 r. 29 czerwca 2018 swoje stanowisko przedstawiło Prezydium NRL, zwracając m.in. uwagę, że „jednym z wymogów programu EDM będzie nie tylko generowanie dokumentów o ściśle określonym formacie, lecz również bezawaryjna wymiana komunikatów z serwerami Systemu Informacji Medycznej. Do dziś brak systemu certyfikacji aplikacji komercyjnych, co oznacza, że prowadzący dokumentację medyczną nie mają żadnej wiedzy, które z aplikacji dostępnych dziś na rynku przeszły i z jakim skutkiem organizowane przez CIOS środowiska testowe”.

Przy okazji warto przypomnieć, że wspomniany art. 13a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia mówi: „minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej,

Prezentujemy sylwetki członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów. W tym numerze „Pulsu”:

**Monika Potocka**, lekarz dentysta

Z samorządem lekarskim związana od 2013 r. Pełniła funkcje: sędziego Okręgowego Sądu Lekarskiego, zastępcy rzecznika praw lekarza i wiceprzewodniczącej Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów. W VIII kadencji jest rzecznikiem praw lekarza, członkiem Rady Funduszu Samopomocy i OSŁ oraz koordynatorem Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego.

*W obecnej kadencji przypadł mi w udziale zaszczyt obrony interesów i dobrego imienia członków naszej izby. Okręgowa Rada Lekarska powierzyła mi funkcję rzecznika praw lekarza. Ja, moi zastępcy i pracownicy biura prawnego pełnimy dyżury w izbie, jesteśmy też stale do dyspozycji pod telefonem i e-mailem. Zrobimy, co w naszej mocy, żeby pomóc w każdej sprawie zawodowej, z jaką się do nas zwróćcie. Chcę, żeby każdy lekarz i lekarz dentysta poczuł, że okręgowa izba to miejsce, w którym znajdzie wsparcie i ochronę.*





Fot. licencja Artmedia Partners

mając na uwadze konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”. I właśnie ów „**stopień przygotowania usługodawców**” to sformułowanie kluczowe dla interesu publicznego i jakże ważne dla bezpiecznego i prawidłowego wdrożenia reformy.

Materiał informacyjny umożliwia zapoznanie się z niezbędnymi elementami dokumentacji medycznej, które przyszłe programy będą musiały przechowywać. W tabelach zostały ujęte funkcje programów wymagane i pożądane. Wiedza

o tym, jakie cechy powinien mieć program obsługujący EDM, to podstawa.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej do naszych gabinetów jest nieuchronne i musimy być do niego przygotowani.

Materiały informacyjne znajdują się na stronie NIL, w zakładce *Komisja stomatologiczna/Moja praktyka*, i będą na bieżąco uzupełniane. Prosimy o zainteresowanie się tematem.

<https://www.nil.org.pl/struktura-nil/komisje-naczelnej-rady-lekarskiej/komisja-stomatologiczna/moja-praktyka> ■



Fot. P. Bieźziński

#### **Piotr Kuchta**, lekarz dentysta

Od kilku kadencji związany z samorządem lekarskim. Był sekretarzem Okręgowej Komisji Wyborczej i członkiem Komisji ds. Stażu Podyplomowego. W VIII kadencji jest członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej, Komisji Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu oraz Komisji Stażu Podyplomowego, pełni funkcję sekretarza Okręgowej Komisji Wyborczej, a także został wybrany delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

*Widzę potrzebę bardziej intensywnego współdziałania naszego środowiska. W VIII kadencji będę działał na rzecz zacieśnienia współpracy komisji stomatologicznych okręgowych izb lekarskich. Wiele problemów dotyczących lekarzy dentystów wymaga ponadregionalnych uzgodnień i mówienia jednym głosem. Gdy wspólnie będziemy wypracowywać stanowiska i opinie, łatwiej nam będzie przedstawiać nasze sprawy i wypowiadać się w kwestiach dotyczących stomatologów na forum okręgowych rad lekarskich i w Naczelnej Izbie Lekarskiej.*



Fot. archiwum

# Słuchać ze zrozumieniem

Hanna Odziemska

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

**Zaburzenia komunikacji interpersonalnej w relacji lekarz – pacjent nie są wymysłem XXI w. Kwestia nomenklatury: „trudny pacjent”, „roszczeniowy pacjent”, „niewspółpracujący pacjent”. Skutek ten sam: trudno się dogadać. Ostatnich kilka lat przyniosło wciąż mnożące się szkolenia i warsztaty z komunikacji z pacjentem dla pracowników ochrony zdrowia, coraz częściej porusza się ten temat na konferencjach i w literaturze medycznej.**

**P**ani Elżbieta, zadbana i energiczna sześćdziesięciolatka, BMI 38, glikemia przygodna 230 mg/dl. Poprzednie badania sprzed pięciu lat, prawidłowe.

– *Wygląda na to, że ma pani cukrzycę* – mówię. – *Oczywiście, zrobimy jeszcze diagnostykę.*

– *Co pani doktor mówi!* – oburza się pani Ela. – *Ja nie mam żadnej cukrzycy, nigdy nie miałam.*

Będzie ciężko. Ale od czego praktyka i profesjonalizm, spinam się, *poker face*, edukacja, recepta, skierowania, zalecenia.

– *Wie pani, jak mi pani komplikuje życie?* – nie odpuszcza pacjentka. – *Ja mam pracę naukową, kilka książek do napisania, wyjazdy na sympozja.*

*Strassen diagnose*: brak akceptacji własnej choroby, psychologiczny mechanizm wyparcia.

Z ciężkim sercem poruszam delikatny temat redukcji masy ciała pani Eli.

– *Ależ ja nie jestem za gruba* – protestuje. – *Po prostu mam taką budowę! Nawet ostatnio schudłam dwa kilo, o proszę, już mi talię widać!* – pacjentka wstaje i gwałtownie obciąża ubranie na swoich okrągłościach.

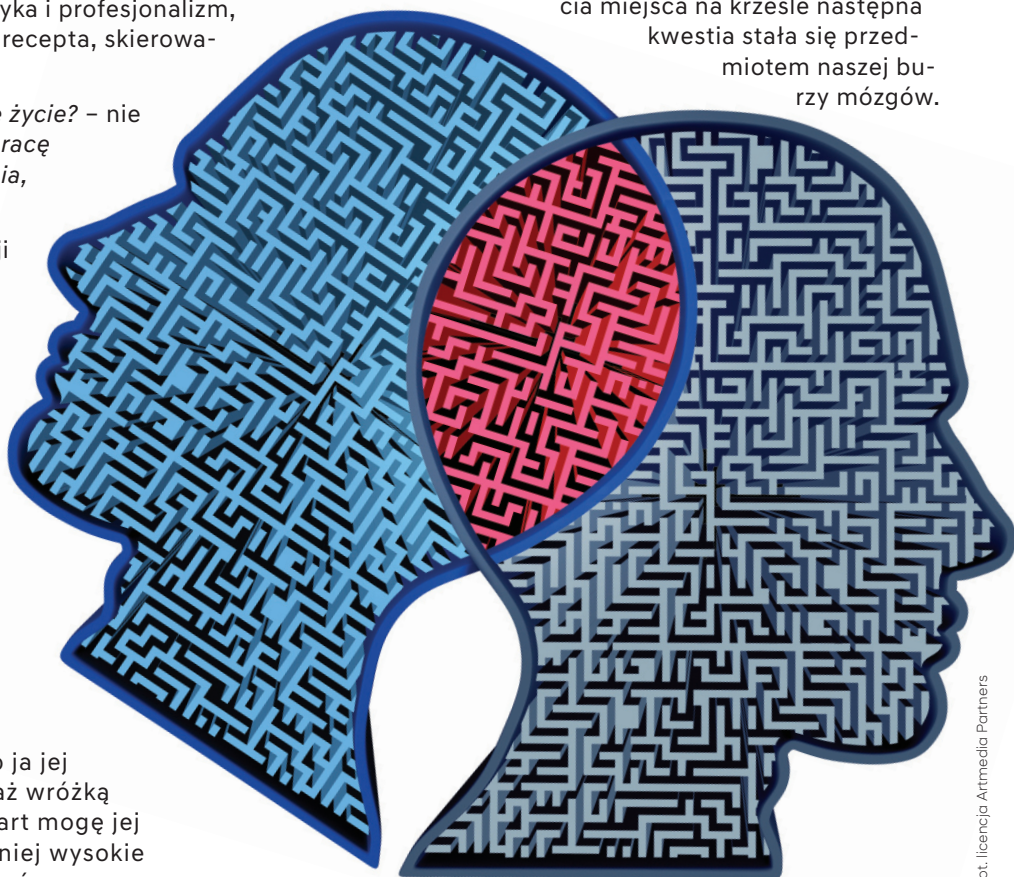
*Strassen diagnose numer dwa*: fałszywy obraz własnego ciała.

Będzie naprawdę ciężko. Talię to ja jej mogę pokazać, ale kart. Ponieważ wróżką nie jestem, to i bez wróżenia z kart mogę jej przepowiedzieć przyszłość, a w niej wysokie ryzyko incydentów sercowych i mózgowo-naczy-

niowych. Przy tym wersja nagłego zgonu jest wersją optymistyczną i mniej prawdopodobną niż wersja leżenia w łóżku do końca życia w pampersie. Mówię jeszcze o konieczności zrobienia USG jamy brzusznej, żeby wykluczyć nowotwór.

– *Niech mnie pani nie straszy* – słyszę i przez pewien czas do spółki z kolegą diabetologiem zmagamy się z negatywizmem pani Elżbiety. Praca u podstaw, przetrwanie tony węgla. Kanał komunikacyjny pani Eli otworzy się dopiero za dwa lata, kiedy przypadkiem potknie się na schodach własnego domu i trafi do szpitala, skąd wyjdzie z rozpoznaniem guza mózgu. Wtedy komunikacja i *compliance* osiągną maksimum, tyle że niewiele to już zmieni.

Na trzecim roku studiów, podczas pierwszych zajęć klinicznych z interny, dano mi przedsmak tematu komunikacji lekarz – pacjent. Prowadzący zajęcia pan profesor zapytał nas, studentów z zerowym doświadczeniem klinicznym, jak powinno wyglądać pierwsze pół minuty naszego kontaktu z pacjentem, który wszedł właśnie do gabinetu. Po przywitaniu i zachęceniu pacjenta do zajęcia miejsca na krześle następną kwestia stała się przedmiotem naszej burzy mózgów.



Fot. licencja Artmedia Partners

Pomysły były różne, najczęściej o treści: „Co panu/pani dolega?”.

– *A pacjent na to – uśmiechnął się profesor – „chciałbym prosić pana doktora o zaświadczenie do pracy, że mam choroby przewlekłe, to mi dofinansują leki”.* Najbardziej adekwatną, zdaniem profesora, formą miało być: „Czym mogę służyć?”, bo to daje pacjentowi przestrzeń do swobodnego wypowiedzenia się w każdej sprawie, z którą się zgłasza.

To zapewne stara szkoła. Znam też inną „starą szkołę”. Starsza koleżanka w jednej z przychodni, w których pracowałam, dawała mi instrukcje „cioci Dobra Rada”: żeby nie było dymu ze strony trudnego pacjenta, należy „*pisać niewyraźnie, mówić cicho i niezrozumiale*”. Była to oczywiście zamierzczła epoka wyłącznie papierowej dokumentacji. I zapewne skuteczny generator zaburzeń komunikacji lekarza z pacjentem.

Nie skorzystałam z propozycji żadnej z tych szkół. Skorzystałam natomiast z kilku szkoleń i warsztatów z komunikacji, na które nałożyło się moje wieloletnie doświadczenie. Zazwyczaj jakoś sobie z pacjentem radzimy. Czasem bywa ciężko, tak jak w przypadku pani Elżbiety, ale zasadą jest nigdy nie odpuszczać i szukać odpowiedniego kanału. Nie jest to proste w warunkach przychodni z przepętnionym grafikiem i szumem dobiegającym przez drzwi z korytarza oraz z wiecznie zawieszającym się programem komputerowym. A w tak zwanym międzyczasie odbieranie telefonów i interwencja w nagłych przypadkach w gabinecie zabiegowym. Ciekawe, czy fizyka kwantowa odkryje kiedyś i opisz ten „międzyczas”, w którym lekarz nieustannie uzupełnia braki organizacyjne systemu opieki zdrowotnej.

Zaburzona komunikacja z pacjentem wynika także z chaosu informacyjnego. Pacjent, który wchodzi do gabinetu (założmy, że nawet umiejętnie naprowadzany pytaniami przez przeszkolonego komunikacyjnie lekarza), zwykle nie potrafi sam oddzielić swoich problemów zdrowotnych ważnych od mniej ważnych. Może jakimś pomysłem na poprawę tej sytuacji byłoby zainstalowanie w przychodniach swego rodzaju sita służącego takiej selekcji. Dla wynalazcy sita wysoka nagroda, a tymczasem przedstawię prosty sposób, podpatrzony przeze mnie na pewnym cyklicznym festiwalu rockowym, na który wybrałam się z nastoletnią córką i jej znajomymi trochę z ciekawości, a trochę w ramach akcji „Wiem, jak się bawi moje dziecko, czyli kochajmy nasze złudzenia”.

Podczas koncertów był oczywiście zapewniony przez organizatorów nadzór medyczny, który symbolizował obrazek liska przychodzącego z bolącą nóżką i odchodzącego z ulgą. W zorganizowanym przez patrol punkcie samoobsługowym lisek miał możliwość poużalać się nad swoją bolącą nóżką, wydając Nielimitowane jęki: „ojoj”. Slogan reklamowy samoobsługowego punktu medycznego głosił: „*Ojojane miejsca bolą mniej*”. Gdyby zainstalować taki punkt obok rejestracji w przychodni i zatrudnić do jego obsługi miłych, empatycznych asystentów, być może skróciłyby się kolejki, bo część pacjentów wyzdrowiałaby po „ojojaniu”. A komu „ojojanie” nie pomogło, szedłby dalej – do lekarza. Asystent/asystentka w punkcie samoobsługi medycznej to moim zdaniem niezbędną innowacją pomysłu z tego festiwalu. Przecież ktoś musi słuchać żalącego się pacjenta. Słuchać ze zrozumieniem. ■



## Goniec Medyczny

### Jednoczesna transplantacja

W sierpniu operację przeszczepu jednocześnie serca i wątroby przeprowadziły dwa ściśle współpracujące ze sobą zespoły chirurgów: z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby WUM (SPCSK przy ul. Banacha 1a) pod przewodnictwem prof. Krzysztofa Zieniewicza oraz z Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii w Aninie pod przewodnictwem prof. Mariusza Kuśmierczyka.

### Miejsca rezydenckie

Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że na najbliższe jesienne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie zostało przyznanych 4105 rezydentur. Najwięcej miejsc przypadło: internie – 542, pediatrii – 268 i medycynie rodzinnej – 241. Anestezjologia i intensywne terapię otrzymały 195 miejsc, psychiatria – 176, kardiologia – 162, chirurgia ogólna – 157, ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 149, a położnictwo i ginekologia – 146.

### Wzrost zachorowań na odrę

Komisja Europejska wyraziła zaniepokojenie gwałtownym wzrostem liczby zachorowań na odrę w Europie. Według najnowszych danych WHO tylko w pierwszym półroczu na Starym Kontynencie wykryto 41 tys. przypadków! Przodują Francja, Grecja i Włochy, gdzie zanotowano odpowiednio 2740, 3193 oraz 3341 nowych zachorowań. Dla porównania w Polsce było ich 100, a w Danii zaledwie 6. Działania ruchów antyszczepionkowych przynoszą śmiertelne żniwo (zmarło już 37 osób)!

### O szczepieniach

– *Prawne konsekwencje powinny dotyczyć aktywistów, którzy upowszechniają nieprawdziwe informacje dotyczące szczepień, a nie rodziców, którzy nie szczepią dzieci* – przekazuje dr Paweł Grzesiowski, prezes zarządu Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń.

### Nowy lek na gruźlicę

Na łamach „Journal of Medicinal Chemistry” czytamy, że naukowcy z University of Manchester opracowali nowy lek na gruźlicę. Nie jest antybiotykiem, osłabia bakterie, wystawiając je na działanie układu odpornościowego.

### Farmaceutyczne odpady

Nawet połowę leków sprzedawanych w krajach rozwijających się stanowią produkty niepełnowartościowe i sfałszowane – informuje czasopismo „JAMA Network Open”.

### Będzie nas mniej

W ciągu 25 lat liczba ludności naszego kraju zmniejszy się o blisko 2,8 mln osób. Polska wkroczyła w fazę kryzysu demograficznego – podał GUS w analizie sytuacji demograficznej.

### Gdzie najszybciej zrobić badanie

NFZ uruchamia informator o terminach leczenia, wyszukiwarkę sprawdzającą, gdzie najszybciej można uzyskać pomoc specjalisty. Baza adresów i telefonów zawiera prawie 14 tys. placówek medycznych świadczących usługi w ramach umowy z NFZ. Adres strony: [terminyleczenia.nfz.gov.pl](http://terminyleczenia.nfz.gov.pl).

Z Łukaszem Durajskim, przewodniczącym Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.



OKRĘGOWA  
IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza



# Bądźmy przykładem

**Rozmawia pan z rodzicami małych pacjentów na temat szczepień ochronnych. Co dla nich jest najistotniejsze? Czego oczekują od lekarza?**

Jestem młodym lekarzem, ale już na podstawie dotychczasowych doświadczeń wiem, że rozmowa z pacjentem, w przypadku dziecka – z rodzicem, oraz wyjaśnienie zgłaszanych wątpliwości są bardzo ważne. Rodziców niechętnych szczepieniom nie nazywam antyszczepionkowcami, to rodzice wątpiący i trzeba im poświęcić znacznie więcej uwagi niż innym, odpowiedzieć na pytania. 15 minut wi-

zyty to zdecydowanie za mało, dlatego musimy skupiać się na tym, co najważniejsze. Staram się dozować informacje. Gdy rodzic powołuje się na mit na temat szczepienia, nie przytaczam zbyt wielu argumentów, najwyżej dwa, trzy. Rozmówca i tak nie zapamięta wszystkiego. Podczas pierwszej wizyty przedstawiam rodzicom kalendarz szczepień na pierwsze miesiące. Zapoznaję ich z terminami. Na obrazkowym schemacie zamiast igiełek czy strzykawek stawiam kolorowe kropki, które symbolizują szczepienia. To aspekt psychologiczny. Natomiast jeżeli i ja czegoś nie wiem, mam



wątpliwość, to sprawdzam, sięgam do źródeł, powołuję się na zalecenia instytucji naukowych, autorytetów. Pacjenci to doceniają, widzą, że lekarz interesuje się problemem, interesuje się ich sprawą.

### **Ilu spotyka pan rodziców wątpiących w zasadność szczepienia?**

Pytania zadaje każdy rodzic, ale wątpliwości z rodzaju antyszczepionkowych ma kilku na tydzień. W mojej praktyce była może jedna mama, która opuściła gabinet, kategorycznie odmawiając zaszczepienia dziecka. Wątpiący, po uzyskaniu informacji i wyjaśnieniach, mimo wcześniejszych obaw, szczepią dzieci. Pacjent uznaje lekarza za autorytet. Błędem naszego środowiska jest to, że nie zabieramy w tej sprawie głosu publicznie lub zabieramy go zbyt rzadko. Brakuje mi stanowiska lekarzy w mediach społecznościowych, choć kolegów udzielających się na forach internetowych przybywa. Są też lekarze, którzy wypowiadają się w Internecie, ale głosu na temat szczepień nie zabierają, gdyż nie chcą narażać się na hejt.

### **A pan jak sobie radzi z tym zjawiskiem?**

Hejt w Internecie dotyczy każdej dziedziny. Także nas, lekarzy. Prowadzę blog już czwarty rok i nauczyłem się sobie z tym radzić. Na szczęście zmieniło się prawo. Hejter nie jest anonimowy i bezkarny. Osobom mówiącym nieprawdę na mój temat, obrażającym mnie, odpisuję mniej więcej tak: „*jeżeli pan/pani uważa, że są podstawy do oskarżenia, proszę zgłosić mnie do prokuratury*”. To działa, hejter milknie. Jestem obecny w mediach społecznościowych, staram się dzielić wiedzą, bo wiem, że jest to rodzicom moich pacjentów potrzebne. Oni korzystają z tych porad, informacje uzyskane od lekarza przekazują dalej. Powinniśmy, jako środowisko, mówić jednym głosem. Jeżeli przychodzi do mnie rodzic, który wcześniej był z dzieckiem w instytucji i usłyszał od specjalisty: „*szczepienie przeciwko pneumokokom powoduje alergię, proszę nie szczepić*”, mam problem, gdyż autorytet działa. Mogę wówczas jedynie wydrukować konkretne zalecenia Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego czy z Medycyny Praktycznej i wręczyć do przeczytania. Wyznaczam kolejną wizytę i... pacjenci wracają. Głos środowiska lekarskiego musi być spójny.

### **Inicjatywę na rzecz szczepień podjęła Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.**

Cieszy mnie, że izba, która ma siłę dużej organizacji, przy wsparciu wielu instytucji i osób, m.in. głównego inspektora sanitarnego, rzecznika praw obywatelskich, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny, autorytetów medycznych oraz organizacji pacjentów, podjęła ten temat i wychodzi z inicjatywą. Ważne, aby o szczepieniach rozmawiać nie tylko z pacjentami, ale aby rozmawiali o nich ze sobą lekarze różnych specjalności. Mamy hasło „Kocham, więc szczepię”. Nawiązujemy do emocji, gdyż faktami i statystykami nie uda się nam ściągnąć uwagi. To pierwszy krok.

### **Jakie są cele i zadania Zespołu ds. Szczepień, którego jest pan przewodniczącym?**

Nasz zespół jest młody wiekiem, chętny do działania. Pomysł jego powołania zrodził się z poczucia braku, o czym już wspominałem, spójnej postawy środowiska wobec

szczepień. Oczywiście, że pediatrzy znają się na szczepieniach, ale chcemy ułatwić uzyskiwanie informacji lekarzom innych specjalności. Wiem, że np. ginekolodzy miewają kłopoty z przekonaniem ciężarnych kobiet do szczepienia przeciwko krztuścowi. Zalecenia dotyczące szczepień są, ale musimy sprawić, aby łatwo docierały do lekarzy. Mamy wsparcie dr. n. med. Ernesta Kuchara. Będziemy się starali, aby w naszych mediach: w „Pulsie”, na stronie internetowej izby, pojawiały się materiały dotyczące szczepień.

### **Adresatem działań zespołu jest zatem środowisko lekarskie?**

Tak, chcemy się skupić na naszym środowisku, ponieważ pacjenci ufają lekarzom. Jeżeli lekarz będzie miał pełną informację na temat szczepień, podczas rozmowy z pacjentem sięgnie do odpowiednich materiałów, zaleceń, co ułatwi mu pracę. Ale też wychodzimy z naszą akcją do społeczeństwa. Przygotowujemy spot z hasłem kampanii „Kocham, więc szczepię” i będziemy pokazywali, że lekarze również się szczepią. W statystykach najlepiej wypadają pediatrzy. 50–60 proc. szczepi się przeciwko grypie, lekarzy innych specjalności – około 15 proc. Zatem musimy zadbać, aby być przykładem dla pacjentów.



Fot. K. Bortyzel

### **Piknik Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, w którym izba aktywnie uczestniczyła, był okazją do promowania wiedzy na temat szczepień. Jak pan ocenia takie formy docierania z informacją do społeczeństwa?**

Kiedy otrzymałem propozycję przewodzenia Zespołowi ds. Szczepień, moim założeniem było, że to my musimy wyjść do pacjentów, inicjować spotkania, rozmawiać. Naszą postawą będziemy pracowali na zaufanie społeczeństwa. Cieszę się i doceniam, że w izbie jest grupa ludzi (nie mówię tylko o naszym zespole, ale o całej ekipie, o prezesie i wiceprezesach, członkach rady), którzy mają chęci i siłę do działania, podejmują wyzwania. Jako młody lekarz oczekiwałem takiego zaangażowania od samorządu. Wychodzimy z naszą akcją do pacjentów i pokazujemy nasze stanowisko: my, lekarze, szczepimy się i szczepimy nasze rodziny, zachęcamy do szczepienia pacjentów, rozmawiamy na ten temat, przekonujemy wątpiących. Piknik był do tego znakomitą okazją. Działamy dalej. Będziemy przykładem. ■

# Sepsa groźna dla dzieci

**W Światowym Dniu Sepsy w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie odbyła się konferencja, podczas której eksperci podkreślali, że sepsa u dzieci występuje z podobną częstością co u dorosłych, powoduje też podobną śmiertelność.**

Zobliczeń Światowego Sojuszu do Walki z Sepsą (Global Sepsis Alliance) wynika, że co roku na świecie rozwija się ona u 30 mln ludzi, z czego 6–8 mln umiera. Polska nie prowadzi rejestru przypadków sepsy, ale specjaliści szacują, że jest ich w naszym kraju co najmniej 50 tys. rocznie. Wskazują też na znacznie wyższy niż w bogatych krajach Zachodu współczynnik zgonów z powodu sepsy.



Fotografie: archiwum

– W Polsce na oddziałach intensywnej terapii umiera 40–50 proc. pacjentów z sepsą, ponieważ mamy dużo mniej stanowisk intensywnej terapii. Często, zanim chory dotrze na OIT, ma już wstrząs septyczny – wyjaśnia **prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler** z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, prezes Stowarzyszenia na rzecz Badania i Leczenia Sepsy „Pokońc sepsę”.

Statystyczne dane dowodzą, że w Polsce współczynnik śmiertelności z powodu sepsy wynosi 65/100 tys. mieszkańców i jest wyższy niż w przypadku nowotworów tchawicy, oskrzeli i płuc (59/100 tys.) oraz zawału serca (49/100 tys.).

## To nie osobna choroba

Sepsa oznacza wystąpienie zespołu objawów zagrażających życiu, powstałych w przebiegu zakażenia. Nie jest to osobna choroba, ale stan, który może się pojawić m.in. podczas grypy, zapalenia płuc, zapalenia dróg moczowych, zapalenia opon mózgowych. Sepsa jest niezwykle groźnym zakażeniem ogólnym, dochodzi bowiem do niewydolności wielu ważnych dla życia narządów. Niekiedy sepsa rozwija się bardzo gwałtownie i może doprowadzić do zgonu w ciągu kilku godzin.

Prof. Kübler przypomniał, że sepsę może wywołać każdy drobnoustroj, który wtargnie do organizmu, również wirusy i grzyby. Dodał, że wbrew powszechnej opinii 80 proc. przypadków tych zakażeń występuje w warunkach pozaszpitalnych.



**Dr n. med. Alicja Karney**, kierownik Oddziału Hospitalizacji Jednego Dnia w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, wyjaśniła, że sepsa w warunkach pozaszpitalnych przede wszystkim jest spowodowana przez bakterie. Najczęściej są to zakażenia pałeczką hemofilną typu B (*Haemophilus influenzae* typu B), pneumokokami oraz meningokokami.

## Najgroźniejsze są meningokoki

– Do najbardziej niebezpiecznych należą zakażenia wywołane przez *Neisseria meningitidis*, czyli dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, obecną na błonie śluzowej gardła i nosa. Przebiegają jako zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsa albo łącznie. Najgroźniejszą postacią zakażenia tymi bakteriami jest inwazyjna choroba meningokokowa, która może wystąpić u każdego. Najbardziej niebezpieczna jest dla niemowląt, często atakuje też dzieci przed ukończeniem 5 lat oraz osoby starsze, po 65. roku życia. Jej przebieg może w ciągu doby doprowadzić do głuchoty, martwicy tkanek palców, kończyn lub zgonu pacjenta. Dlatego tak ważny jest czas reakcji – podkreślała dr Karney.

Prof. Kübler przyznał, że wczesne zdiagnozowanie sepsy jest trudne, bo nie ma dotąd metod jej rozpoznania, jakimi np. w zawałe są zapis EKG i poziom stężenia enzymów. – Dlatego rozpoznanie opiera się głównie na obserwacji klinicznej i ocenie zmian czynności organizmu w przebiegu zakażenia. Istnieją jednak objawy alarmowe, tzw. flag red, które wymagają natychmiastowej reakcji. Należą do nich dreszcze, gorączka lub poczucie zimna, szybki oddech i bicie serca, ból i złe samopoczucie, spocona skóra, wysypka, która nie znika po ucisku, nagłe zmiany zachowania, pogorszenie kontaktu z otoczeniem, dezorientacja. Są to objawy niespecyficzne i dlatego tak mądra jest matka, która niepokoi się, że dziecko zachowuje się inaczej – twierdził doświadczony anestezjolog i intensywiści.

Sepsa, podobnie jak zawał serca czy udar mózgu, ma swoją „złotą godzinę”. Im wcześniej zostanie rozpoznana, tym większe są szanse na skuteczne leczenie. **Septyczna szóstka** (Sepsis Six) to schemat postępowania, który powinien być zrealizowany w pierwszej godzinie po rozpoznaniu sepsy: podanie tlenu, pobranie krwi na badanie mikrobiologiczne, podanie dożylnych antybiotyków, podanie dożylnych płynów elektrolitowych, pomiar stężenia mleczanów w surowicy krwi, pomiar ilości oddawanego moczu (diurezy). Szczególnie ważne jest podanie antybiotyku w pierwszej godzinie po rozpoznaniu sepsy.

– Przyjmuje się, że każde opóźnienie w podaniu antybiotyku zwiększa śmiertelność w sepsie o 8 proc. Ale współczesna medycyna wie, jak zapobiegać i leczyć zakażenie wywołane przez meningokoki. Należy tylko na czas podjąć działania profilaktyczne i lecznicze – podsumował prof. Kübler.

Obecnie przeciw najważniejszym bakteriom wywołującym sepsę można się chronić za pomocą szczepień. W polskim kalendarzu szczepień obowiązkowych znajdują się szczepienia przeciwko *Haemophilus influenzae* typu B i przeciwko pneumokokom. Szczepienia przeciwko meningokokom także są zalecane, ale rodzice muszą finansować je sami. ■

**Ewa Szarkowska**

# Z grypą można wygrać



Fot. archiwum

**Szczepienia są najskuteczniejszą ochroną przeciw grypie oraz zapobiegają jej niebezpiecznym powikłaniom – podkreślali eksperci Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy w czasie debaty Flu Forum, zorganizowanej 12 września we współpracy z Parlamentarnym Zespołem ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki.**

**W** Polsce od wielu lat odnotowywana jest niska wyszczepialność – 3,7 proc. w całej populacji i 11,4 proc. w grupie osób 65+.

– Zwiększenie wyszczepialności wśród Polaków jest dla nas priorytetem. Zależy nam na systematycznym informowaniu pacjentów i podkreślaniu, jak ważne są zaplanowane coroczne szczepienia, które podnoszą poziom odporności organizmu i zabezpieczają przed zachorowaniem w kolejnym sezonie grypowym – mówi **prof. dr hab. med. Adam Antczak**, przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

Ekspertci OPZG uważają, że znaczące podniesienie poziomu wyszczepialności będzie możliwe m.in. dzięki wsparciu finansowemu ze strony państwa dla szczepień w grupach ryzyka, jakimi są dzieci, kobiety w ciąży i przewlekle chorzy. Pierwszym dobrym krokiem w tym kierunku jest – zdaniem specjalistów – decyzja Ministerstwa Zdrowia o zamieszczeniu na aktualnie obowiązujących listach refundacyjnych szczepionek przeciwko grypie dla osób powyżej 65. roku życia. Dzięki temu seniorzy zapłacą za szczepionkę 50 proc. ceny. Obecny na Flu Forum wiceminister zdrowia Marcin Czech poinformował, że w resorcie trwają prace nad rozszerzeniem tego programu, aby w przyszłym roku seniorzy mieli szczepionki przeciw grypie za darmo, w ramach Listy Leków 75+.

## Aktualne rekomendacje

W Polsce szczepienia przeciw grypie zalecane są ze wskazań klinicznych i indywidualnych osobom po transplantacji narządów, przewlekle chorym dzieciom (od ukończenia 6. miesiąca życia) i dorosłym, osobom w stanach obniżonej odporności i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego, dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6. miesiąca do 18. roku, dzieciom z wadami serca, zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, nadciśnieniem płucnym, kobietom w ciąży lub planującym ciążę.

Ze względów epidemiologicznych szczepienie przeciw grypie zaleca się także zdrowym dzieciom od ukończenia 6. miesiąca oraz osobom dorosłym, szczególnie powyżej 55 lat. Z takiej formy ochrony powinny korzystać zwłaszcza osoby mające bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi do 6. miesiąca oraz ludźmi w wieku podeszłym albo z przewlekłe chorymi, pensjonariuszami DPS, ZOL i domów spokojnej starości, pracownicy oświaty, handlu, transportu, funkcjonariusze publiczni, w szczególności policjanci, wojska, straży granicznej i pożarnej. Szczepić się przeciwko grypie powinni również pracownicy ochrony zdrowia, zarówno personel medyczny, jak i administracyjny.

– Z badań, które prowadzimy, jednoznacznie wynika, że personel medyczny oczekuje bezpłatnego szczepienia przeciwko grypie. Konieczność płacenia za szczepionkę i utrudniony dostęp do szczepienia skutecznie nas demotywują – podkreśla **dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch**, kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ekspert Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

Aktualnie zaledwie 6,4 proc. pracowników systemu ochrony zdrowia szczepi się przeciwko grypie.

## Szczepionka czterowalentna

Zgodnie z rekomendacjami WHO ze względu na szerszy zakres ochrony zdrowia przed wirusem grypy typu B minister zdrowia i główny inspektor sanitarny zalecają zastępowanie szczepionek trójwalentnych czterowalentnymi, zawierającymi dwa szczepy wirusa grypy typu A i dwie linie wirusa grypy typu B.

– Stosowanie szczepionek czterowalentnych jest bardzo ważne w profilaktyce grypy i jej powikłań. Wykorzystanie tego rozwiązania zapewni szerszą ochronę, a bezpieczeństwo będzie zachowane na poziomie porównywalnym z zapewnianym przez szczepionkę trójwalentną – komentuje dr Aneta Nitsch-Osuch.

Według ekspertów najlepszym okresem na zaszczepienie się przeciw grypie jest bez wątpienia czas od września do grudnia. Chodzi o to, by zdążyć przed szczytem zachorowań, który w Polsce przypada na okres od stycznia do końca marca. Prof. Lidia Brydak, kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego-Państwowym Zakładzie Higieny, podkreśla, że szczepić się warto nawet wtedy, kiedy wirus grypy już krąży w populacji, ponieważ przeciwciała ochronne po szczepieniu przeciwko grypie są wytwarzane w organizmie ludzkim już 7. dnia od szczepienia. ■ **es**

# Medycyna szkolna

Małgorzata Skarbek

Od 1999 r., w którym wprowadzono reformę ochrony zdrowia, system medycyny szkolnej w praktyce nie istnieje. Opieka zdrowotna nad młodzieżą szkolną zależy od troski rodziców, dobrej woli nauczycieli i lekarzy pierwszego kontaktu, w nielicznych przypadkach od zainteresowania i wysiłku menedżerów poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej.

Od dłuższego czasu uwagę na ten problem zwraca rzecznik praw dziecka. Jego wnioski są zbieżne z wynikami przeprowadzonej przez NIK kontroli tej dziedziny życia.

Z większości szkół zniknęły gabinety lekarskie i stomatologiczne. Opieka nad uczniami jest rozproszona, szczepienia ochronne, badania bilansowe oraz testy przesiewowe nie zawsze wykonywane są w szkołach, często w przychodniach (dawniej tylko w szkołach) i wówczas ich przeprowadzenie zależy od zainteresowania rodziców stanem zdrowia dziecka. Jeśli przyprowadzą dziecko do przychodni, wspomniane czynności zostaną wykonane. Jednak nie wszyscy rodzice to robią. Efektem jest obniżająca się liczba szczepień: w 2017 r. od tego obowiązku uchyliło się 30 tys. rodzin, o 30 proc. więcej niż w 2016.

Zauważalnie zwiększa się liczba dzieci i młodzieży z kłopotami zdrowotnymi – wadami postawy, wzroku, słuchu, nadwagą, problemami psychicznymi. Najgorzej jest ze stanem jamy ustnej, bo ponad połowa dzieci ma zęby zaatakowane próchnicą. Stomatolodzy mówią o tym od wielu lat.

Osobny problem stanowią braki kadrowe. Za mało jest pielęgniarek, za mało lekarzy nie tylko bezpośrednio opiekujących się młodzieżą, ale również specjalistów, zwłaszcza chirurgów dziecięcych, neurologów i otolaryngologów.

W czerwcu Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat o przygotowywaniu ustawy dotyczącej zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Plan przewiduje utworzenie w szkołach gabinetów zdrowotnych, gabinetów dentystycznych oraz zorganizowanie pomocy dentobusów dla szkół w małych miejscowościach. Ustawa ma także określić system koordynacji opieki nad dzieckiem w szkole i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

**W**edług zasad medycyny szkolnej sprzed reformy działa Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga Północ. Pewnie dzięki temu szczepienia ochronne młodzieży szkolnej zrealizowano w 98 proc., czyli wykonano ich najwięcej w stolicy (na brakujące 2 proc. składają się przypadki przeciwwskazań albo niezgody rodziców). Sanepid uważa, że opieka nad uczniami jest tu wzorcowa.

*– Nigdy nie zrezygnowaliśmy z gabinetów lekarskich w szkołach. Za zgodą NFZ stworzyliśmy własny system opieki – mówi Alina Chrabot-Sura, dyrektor ZOZ. – W placówkach oświatowych pozostały pielęgniarki ze specjalizacją z medycyny szkolnej, szczepienia, badania przesiewowe i bilanse odbywają się w szkołach. Martwi mnie tylko fakt, że średnia wieku moich pracowników wynosi około 60 lat, a młode niechętnie podejmują pracę z uczniami. Na zabiegi, np. szczepienia, lekarz dochodzi z najbliższej poradni. Moja długa praktyka i znajomość struktury społecznej naszej dzielnicy podpowiedziały mi, że rodzice nie będą zgłaszać się do poradni i szczepienia będą zaniedbywane.*

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta dziecko może być badane i leczone tylko w obecności rodzica lub za jego pisemną zgodą.

*– Dlatego na pierwszym zebraniu z rodzicami, szczególnie w klasach początkowych, we wszystkich szkołach są obecne nasze pielęgniarki, informują o swoich zadaniach i zbierają pisemne zgody na opiekę lekarską nad dziećmi – mówi Marzenna Romańska, zastępca dyrektora ZOZ. – Mamy też stały kontakt z dyrektorami szkół.*

Lekarze w praskich szkołach kwalifikują do szczepień i badań bilansowych dzieci, które są objęte opieką medyczną w rejonie ZOZ. Natomiast badania przesiewowe wykonują u wszystkich uczniów. Kwalifikację do szczepień poprzedza obszerny wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę. Jego wynik przekazywany jest rodzicom, którzy powinni po raz drugi wyrazić zgodę na szczepienie. W ciągu 24 godzin od uzyskania zgody wykonuje się szczepienie.

*– Nasze pielęgniarki medycyny szkolnej realizują wiele zadań w zakresie profilaktyki (wykrywanie wad postawy, wzroku, sprawdzanie stanu jamy ustnej) według programu „Zdrowy uczeń”, na które otrzymujemy dodatkowe pieniądze z Urzędu Miasta – dodaje Barbara Szewczyk, koordynator ds. medycyny szkolnej ZOZ. – Rola pielęgniarek szkolnych polega przede wszystkim na edukacji. Często prowadzą pogadanki na tematy, które ich zdaniem koniecznie trzeba poruszyć. Niektóre zagadnienia, np. rak piersi lub jądra,*

*na życzenie ucznia omawiają indywidualnie. Pomoc merytoryczną otrzymują od nas.*

Zdaniem moich rozmówców, a także wielu innych osób zajmujących się medycyną szkolną, gabinety lekarskie są w szkole potrzebne, natomiast lekarz nie jest niezbędny codziennie. To samo dotyczy stomatologa. Powrót dentystów do szkół na stałe jest nierealny. Dawniej w każdej placówce był gabinet stomatologiczny, dzieci były wywoływane z lekcji i leczone. Dziś to niemożliwe, choćby dlatego, że przy każdym zabiegu powinien być rodzic, a ilu rodziców może w godzinach lekcji przybyć do szkoły? Lekarze godzą się na wykonywanie przeglądów i lakowania (po uzyskaniu pi-

Nowy projekt ustawy o medycynie szkolnej przewiduje zmniejszenie liczby dzieci przypadających na jedną pielęgniarkę. Zdaniem pielęgniarek to dobre rozwiązanie, zwłaszcza dla tych, które obsługują małe szkoły, gdzie uczy się mniej niż tysiąc uczniów. W tych przypadkach pielęgniarkom przydziela się kilka placówek, a dojazdy są bardzo kłopotliwe. Natomiast sformułowanie, że pielęgniarka ma otrzymać więcej uprawnień do dyscyplinowania rodziców, zainteresowane uważają co najmniej za niezręczność. Pytają, dlaczego mają „robić za straszaka”.

Wokół projektu ustawy zapadła cisza. Ministerstwo na pytania odpowiada: „Projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad



Fot. licencja Artmedia Partners

semnej zgody rodzica), ale na bardziej skomplikowane zabiegi – zdecydowanie nie. Konsultanci stomatologii dziecięcej są tego samego zdania. Zatem tworzenie i wyposażanie gabinetów stomatologicznych to zbędne wydawanie pieniędzy.

Trudno będzie znaleźć kadry medyczne do pracy w szkołach. Lekarze, podobnie jak pielęgniarki, niechętnie podejmują tę pracę. Specjalizacja z medycyny szkolnej nie istnieje. ZOZ Praga Południe zatrudnia ostatnią lekarzkę z tą specjalizacją, ale jest już w wieku emerytalnym. Pracuje wyłącznie z zamiłowania.

*uczniemi (nr UD349 w wykazie prac Rady Ministrów) jest po uzgodnieniach i konsultacjach publicznych. Ze względu na dużą liczbę zgłoszonych uwag oraz ich znaczenie, jak również rozbieżność opinii poszczególnych podmiotów w odniesieniu do tych samych przepisów, niezbędna jest dogłębna analiza wpływu proponowanych zmian na inne akty prawne oraz na finanse publiczne. Projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniemi w najbliższym czasie zostanie przedłożony pod obrady Komitetu Stałego Rady Ministrów”.*

Brak informacji, czy zapowiadany termin – 2019 r. – zostanie dotrzymany. ■

# Profilaktyka wad zgryzu

Z dr n. med. Małgorzatą Kuc-Michalską,  
specjalistą ortodontą,  
rozmawia Małgorzata Skarbek.



Fot. Jeremi Astaszow

## Kiedy dziecko powinno trafić do ortodonty?

Jestem zdecydowaną zwolenniczką leczenia wad zgryzu już w okresie uzębienia mlecznego. Każda profilaktyka daje lepsze rezultaty niż leczenie chorób, również w przypadku wad zgryzu. Stopień nasilenia wad u bardzo młodych pacjentów jest znacznie mniejszy niż w późniejszym wieku. Dlatego leczenie wad szkieletowych u dziecka 7–8-letniego przynosi lepsze efekty, wymaga krótszego i mniej kosztownego leczenia niż u pacjentów 12-letnich, nie mówiąc o tych, którzy docierają do ortodonty w wieku 18–20 lat. Uważam, że każde dziecko powinno być pierwszy raz u dentysty, gdy ma 5 lat. Jeśli ani rodziców, ani stomatologa nic wcześniej nie niepokoi, w wieku 7 lat powinno mieć wykonane zdjęcie panoramiczne uzębienia i być zbadane przez

ortodontę. A jeżeli coś wzbudza ich wątpliwości, w każdym momencie życia trzeba się zgłosić do ortodonty.

## Dlaczego tak wcześnie?

Aby przeciwdziałać niekontrolowanemu rozwojowi **wad szkieletowych**. Trudno leczyć 3–4-latkę, ale właśnie w tym wieku pojawiają się często zaburzenia podstawowych funkcji: oddychania, połykania, mowy i postawy, które znacząco wpływają na rozwój twarzoczaszki dziecka. Jeśli w tym wieku ortodonta skieruje do specjalistów: laryngologa, logopedy lub ortopedy, istnieje szansa ograniczenia rozwijających się zaburzeń szkieletu kostnego, a nawet samoistnej korekty. Dla przykładu, pacjent 7-letni ma zazwyczaj niewielki przodozgrzyz, w wieku 12 lat dysproporcja będzie dużo większa, u 19-latka może przekroczyć 7 mm, a wtedy bardzo trudno wyleczyć ją nieoperacyjnie. Niestety, przy różnicy długości między szczęką górną a dolną powyżej 7 mm wynik operacji chirurgicznej bywa – jak podaje literatura – niestabilny. Dlatego musimy leczyć pacjentów, gdy różnica jest nieznaczna, i nie dopuszczać do rozwoju dysproporcji powyżej 7 mm.

**Zaburzenia zębowe**, które można wykryć na zdjęciu ortopantomograficznym we wczesnym okresie, po 7. roku życia, są drugą grupą wad zgryzu wymagającą wczesnej diagnostyki, głównie radiologicznej. Powszechnie przeważa pogląd, że to stomatolog powinien zrobić zdjęcie ortopantomograficzne i dopiero po stwierdzeniu nieprawidłowości dotyczących zawiązków zębów stałych (położenia, liczby lub kształtu) skierować dziecko do ortodonty. Ja uważam, że każdy 7-latek powinien być zbadany przez ortodontę. Przeciętny stomatolog rzadko potrafi bardzo precyzyjnie odczytać zdjęcie ortopantomograficzne. Może nie zauważyć pewnych zmian, które dla ortodonty są oczywiste.

## Dlaczego konieczne są wizyty u laryngologa i logopedy?

Uważa się, że myślenie o dysfunkcjach i parafunkcjach jest przestarzałe, z lat 60.–70. To nieprawda. Im dłużej leczę pacjentów mających ciężkie zaburzenia szkieletowe, tym bardziej się przekonuję, że sama terapia ortodontyczna lub ortopedyczno-ortodontyczna, bez zwracania uwagi na przyczyny ogólnoustrojowe, jest o wiele mniej skuteczna. Trwa dłużej i efekty są niestabilne. Podobnie jak w całej medycynie – leczenie przyczyny to całkowite wyleczenie pacjenta.

Przy wadach szkieletowych potrzebna jest kontrola postawy, budowy układu oddechowego oraz aparatu mowy. Obecnie logopedzi, gdy wykryją zaburzenia rozwoju motorycznego dziecka, podejmują działania nawet u kilkumiesięcznych pacjentów. Wtedy należy uczyć prawidłowego karmienia łyżeczką, aby rozwój funkcji języka był prawidłowy. W wieku 3–4 lat może dojść do samoregulacji zgryzu, jeśli wykluczmy czynniki go deformujące. Dlatego zwrócenie uwagi na dysfunkcje i parafunkcje jest najlepszą profilaktyką rozwoju ciężkich wad szkieletowych.

## Czy aparaty ortodontyczne nie wystarczą do naprawienia wad zgryzu?

Leczenie skutku, czyli wady zgryzu, przynosi rezultaty w czasie, gdy dana osoba nosi aparat. Gdy skończymy terapię, po 2–3 latach wada nierzadko nawraca. Leczenie wad zgryzu nie wystarcza.

Niektórzy pacjenci twierdzą, że stomatolog sugerował podjęcie leczenia ortodontycznego dopiero po 12. roku życia. To błąd. Tendencja do rozpoczęcia leczenia ortodontycznego dopiero w wieku umożliwiającym zakładanie aparatów stałych powoduje dużo złego. Jeżeli np. pacjent z nawykiem nagryzania wargi trafi do nas w wieku 7 lat, będzie miał tyłozgryz, ale o małym nasileniu. Gdy z tym samym nawykiem przyjdzie do ortodonty jako 12-latek, rozpoznamy nie tyłozgryz, ale tyłozuchwie.

## Jak często występują ciężkie zaburzenia zgryzu?

Pracuję w NZOZ Poradni Ortodontyczno-Stomatologicznej Ortomikar w Zabrze, która dla wielu lekarzy ortodontów stała się placówką referencyjną leczenia wad szkieletowych. Odsetek pacjentów z wadami szkieletowymi w naszej placówce wynosi około 30 proc. Natomiast nie podejmuję się oszacowania częstości występowania wad szkieletowych w populacji polskiej. Ponieważ pracuję jako ortodont od 25 lat, trafiają do mnie przede wszystkim bardzo ciężkie przypadki ze Śląska i okolic. Część dentyków wychodzi bowiem z założenia, że wady szkieletowe w postaci zgryzu otwartego, trzeciej klasy szkieletowej (czyli przodozgryzu) czy asymetrii wymagają interwencji bardzo doświadczonego ortodonty.

## Jakich rad udzieliłaby pani stomatologom?

Takich, jakie dawano mi na studiach w Śląskiej Akademii Medycznej, do jakich sama się stosuję i jakie daję zarówno stomatologom, jak i ortodontom na kursach w ramach kształcenia ustawicznego. **Od momentu wejścia do gabinetu podczas pierwszej wizyty należy obserwować małego pacjenta.** Obserwować, jak się porusza i siedzi (kontrola postawy), czy ma otwartą, czy zamkniętą buzię (kontrola oddychania), sprawdzać prawidłową wymowę, prosząc pacjenta o policzenie do dziesięciu. Poszukujemy w ten sposób ewentualnych przyczyn zaburzeń szkieletowych. Badanie logopedyczne i rozmowa daje zestresowanemu początkowo pacjentowi sygnał, że nie jest u „normalnego” stomatologa. Dzięki temu znika stres związany z pierwszą wizytą u ortodonty, podczas której nie wiadomo, co się będzie działo. Później należy dokonać oceny rysów twarzy. To badanie daje nam wstępną odpowiedź, czy mamy do czynienia z zaburzeniami szkieletowymi, ponieważ uwidoczniają się w rysach twarzy. Oglądanie twarzy pacjenta jest dla niego kolejnym sygnałem, że nie jest w zwykłym gabinecie stomatologicznym, kojarzącym się często z bólem. Dopiero później następuje badanie wewnątrzustne. Dzięki temu mamy o wiele mniej problemów z porozumieniem się z dzieckiem i przeprowadzeniem dokładnego badania wewnątrzustnego oraz z jego dalszym leczeniem ortodontycznym, które zawsze wymaga dobrej współpracy pacjenta. Bez takiej współpracy najlepszy specjalista nie osiągnie całkowitego sukcesu, nawet za pomocą aparatu stałego. ■



REKLAMA

## W ZASIĘGU...



od 1993

**ECHOSON**

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

👉 www.echoson.pl

# Nie taki dentobus straszny...

**Od początku roku dużo pisze się i mówi o dentobusach. Jedni chwalą pomysł, nawet są dumni, że powstał program walki z próchnicą u dzieci. Drudzy krytykują dentobusy za wszystko, a najbardziej za to, że są. Od maja w NFZ odbywają się konkursy na świadczenia medyczne wykonywane w dentobusach. Łatwo nie jest, wciąż w kilku województwach nie ma stomatologów chętnych do leczenia w takich warunkach. Mazowiecki gabinet stomatologiczny na kołach rozpoczął pracę w czerwcu.**

**P**ostanowiłam przekonać się na własne oczy, jak pracuje się w dentobusie. Bez trudu wyszukałam jego miejsce postoju. Na stronie Mazowieckiego Oddziału NFZ umieszczony jest dokładny, miesięczny harmonogram pracy dentobusu. Wybrałam piątek 7 września w Zakroczymiu, piękny słoneczny dzień. Odszukałam szkołę. Na terenie przyległym do szkolnego boiska stał nasz bohater – śliczny biały mercedes sprinter, oklejony zdjęciami uśmiechniętych twarzy dzieci. Na ławeczce czekali w kolejce uczniowie (niektórzy z rodzicami), a nad całością czuwała wychowawczyni. Lekarka i asystentka zajęte były badaniami, więc o opinię poprosiłam najpierw rodziców. Co myślą o takiej formie opieki stomatologicznej? Według pani Katarzyny, mamy 10-latkę: – *To dobry pomysł, na rozpoczęciu roku dyrektorka poinformowała, że będzie do nas przyjeżdżał dentobus. W porozumieniu z wychowawcami wytypowano klasy, potem zebrano oświadczenia i dzisiaj dzieci mogą zostać przebadane. Na początek i to dobre, w szkole niestety nie ma dentysty.*



Fotografie: Corten Medic

Nauczycielka też nie miała zastrzeżeń, chociaż nie wszystkie dzieci grzecznie siedziały na ławeczce. Zastrzegła, że następnym razem będzie je przyprawdzać w mniejszych grupach. Lekarka wciąż była zajęta pracą, więc zapytałam kierownicę dentobusu, jak on ocenia swoją nową pracę. Pan Kamil nie miał żadnych zastrzeżeń, uśmiechnięty, zadowolony. Do jego obowiązków należy, oprócz rutynowego dbania o samochód, podłączenie dentobusu do prądu i wody oraz zbieranie nieczystości. Nie musi mieć pieniędzy na benzynę, gdyż firma koordynująca przedsięwzięcie ma podpisaną umowę z Orlenem na bezgotówkowe tankowanie. Jest przeszkolony w działaniu unitu, jak trzeba spełni rolę mechanika, ale sprzęt jest nowy, działa bez usterek.

W końcu przerwa i mogę porozmawiać z dr Beatą Moritz. Co sądzi o pracy w dentobusie? I ona nie ma zastrzeżeń! – *Trochę ciasno, ale można się przyzwyczać, sprzęt nowy, organizacyjnie wszystko dopięte. Byliśmy w takich wioskach, gdzie dzieci pierwszy raz były badane przez lekarza dentystę. Aż trudno uwierzyć. Szkoda, że w szkołach nie ma gabinetów stomatologicznych, to by bardzo ułatwiło dbanie o zdrowe zęby naszych pociech. W dentobusie wykonuje się wszystkie zabiegi objęte kontraktem z NFZ na leczenie dzieci. Podczas pierwszej wizyty przeprowadza się badanie kontrolne oraz zabiegi z zakresu profilaktyki. Rodzice dostają szczegółową ocenę stanu zębów dzieci z dalszymi zaleceniami. Sami doprowadzają dziecko do wyznaczonego gabinetu lub czekają na następną wizytę w dentobusie. A dzieci? Uśmiechnięte, radosne, zachęcają się nawzajem do leczenia i dbania o zęby!*

Zatem to, co przez wielu jest krytykowane, na Mazowszu się udało. Z dentobusu wszyscy są zadowoleni. Paweł Korneta, koordynuje program dentobusu z ramienia firmy, która podpisała umowę z NFZ. Mówi: – *W realizację przedsięwzięcia zaangażowanych jest wiele osób i każda ma co robić. Ktoś musi kontaktować się ze szkołami i ustalać harmonogram przyjazdów. Dwóch kierowców jedzie dwoma samochodami, jeden prowadzi dentobus, drugi wiezie personel i dodatkowy sprzęt. Najwięcej kłopotów mamy teraz z dokumentacją medyczną, gdyż laptop w dentobusie umieszczony jest niefortunnie i nie można bezpośrednio korzystać z HIS. Asystentka po powrocie do przychodni przepisuje informacje z karty papierowej do systemu rozliczania z NFZ. Nie dziwię się, że fundusz nie może pozyskać chętnych na kontrakt z dentobusem, bo to wyzwanie dla jednego lekarza. To musi być większa jednostka, żeby udźwignąć ogrom różnych prac. Nie wiemy jeszcze, jak dentobus będzie się sprawdzał w deszczowe lub mroźne dni. Mamy już pewne przemyślenia i pomysły, będziemy o tym rozmawiać z wojewodą mazowieckim.*

A jednak nie taki dentobus straszny, jak go malują. ■

**Bożena Hoffman**





# Leczenie lekami biologicznymi – analiza regulacji prawnych Unii Europejskiej

**R**egulacje prawne dotyczące leków biologicznych, obowiązujące na poziomie wspólnotowym (zasady i tryb rejestracji), określa dyrektywa 2001/83, a zasady zamiennictwa leków i refundacji leżą w gestii państw członkowskich. Z uwagi na rosnącą podaż tych leków i pojawianie się licznych leków biopodobnych, wobec konieczności uporządkowania zasad ich stosowania wiele państw zdecydowało o opracowaniu wytycznych, których rolą jest przybliżenie zainteresowanym tematyki leków biopodobnych.

Unijny dokument „Biosimilars in the EU. Information guide for healthcare professionals” (EMA i Komisji Europejskiej) zawiera wyjaśnienie, co to jest lek biopodobny, czym różni się od leku generycznego, opis trybu rejestracji, przedstawienie wybranych kwestii związanych z bezpieczeństwem przyjmowania leków biopodobnych i ich zamiennictwem. Wy tłumaczono w nim, że ocena leku biopodobnego, dokonywana w celu jego rejestracji, nie obejmuje rekomendacji w zakresie wymiennego stosowania z lekiem referencyjnym oraz że lekarze przepisujący konkretny lek powinni dokonywać odpowiedzialnych wyborów, mając na uwadze historię medyczną pacjenta oraz krajowe regulacje i praktyki dotyczące zamiennictwa. Informator dla pacjentów: „What I need to know about the biosimilar medicines. Information for patients”, także zawiera wiele cennych informacji o lekach biologicznych, w tym biopodobnych. Z dokumentu dowiemy się m.in., że zmiana leku biologicznego jest dopuszczalna i w państwach członkowskich zdarza się coraz częściej, a decyzja w tej sprawie należy do lekarza działającego w porozumieniu z pacjentem i powinna być podejmowana zgodnie z polityką danego kraju dotyczącą zasad stosowania leków biologicznych.

Podczas gdy w przypadku zdecydowanej większości wytycznych lokalnych państwa Unii starają się rozwiewać obawy o bezpieczeństwo przyjmowania leków biopodobnych i wręcz do niego zachęcają, zwłaszcza w momencie rozpoczynania terapii (m.in. Wielka Brytania, Francja, Belgia, Finlandia, Słowenia, Chorwacja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Szwecja, Hiszpania i Holandia) zaleca, aby decyzję o zmianie leku podejmował lekarz prowadzący w porozumieniu z pacjentem. Jaka jest przyczyna takiego właśnie podejścia? Najczęściej pada argument, że leki biologiczne o tej samej nazwie międzynarodowej nie są identyczne, a konsekwencje dokonywania niekontrolowanych zamian nie są w pełni przewidywalne. Leki biopodobne to nie generyki i dlatego uzasadnione jest tu odmienne podejście, w którym kluczową rolę odgrywa lekarz.

Brytyjski National Health Service informuje, że zmiana leku biologicznego jest w Wielkiej Brytanii możliwa wyłącznie na podstawie decyzji lekarza z udziałem pacjenta. Lekarz ma prawo zmienić pacjentowi lek, pod warunkiem że taka zmiana jest bezpieczna i zostanie wdrożone stosowne monitorowanie. Zaleca się podawanie nazwy handlowej leku biologicznego na receptce (podobne są wymagania w belgijskiej służbie zdrowia).

Zdaniem irlandzkiej agencji The Health Products Regulatory Authority leków biopodobnych i generycznych nie należy traktować tak samo, recepta na lek biologiczny powinna zawierać jego nazwę handlową. Nie zaleca się dokonywania zmian wielokrotnych, gdyż brak dostatecznych danych dotyczących ich wpływu na proces terapeutyczny. W warunkach szpitalnych to lekarz, działający w porozumieniu z farmaceutą szpitalnym i działem zamówień, powinien podejmować decyzję o ewentualnej zmianie leku.

Automatyczna substytucja leków biologicznych jest zakazana w Belgii, Szwecji i Włoszech. Zdaniem włoskiej Agenzia italiana del farmaco leki biologiczne referencyjne i biopodobne nie mogą być uznane za całkowicie ekwiwalentne, dlatego decyzja o zmianie leku należy do lekarza. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podaje, że w Hiszpanii, z uwagi na potrzebę ochrony zdrowia pacjenta, obowiązuje zakaz substytucji leków biologicznych przez farmaceutę, zmiana leku wymaga zgody lekarza.

Zdaniem agencji norweskiej (która, obok duńskiej, najbardziej sprzyja koncepcji szerokiego zamiennictwa) zamiana leków biologicznych, m.in. jednych biopodobnych na inne, jest bezpieczna. Obecnie w Norwegii obowiązuje zakaz automatycznej substytucji leków biologicznych, ale jest propozycja jego uchylenia. Dość obszerne regulacje prawne wprowadziła niedawno Francja (Kodeks zdrowia publicznego). Zgodnie z nimi farmaceuta w aptece może wydać pacjentowi zamiennik leku biologicznego, o ile spełnione są określone warunki (przede wszystkim lek musi należeć do tej samej utworzonej odgórnie grupy leków biologicznych), substytucja ma miejsce w momencie rozpoczynania terapii lekiem biologicznym lub ma zagwarantować kontynuację terapii tym samym lekiem oraz o ile lekarz nie wykluczył zamiany leku.

Zdecydowaną większość wymienionych agencji łączy z jednej strony otwartość na leki biopodobne, a z drugiej ostrożność w podejściu do zmiany leku w trakcie leczenia, w trosce o bezpieczeństwo i skuteczność terapii, oraz przekonanie, że **lekarz jest**

**najważniejszą osobą do podejmowania decyzji w sprawie wyboru leku dla pacjenta, bez względu na to, czy chodzi o lek apteczny, czy szpitalny.** W Polsce brak regulacji prawnych i oficjalnych wytycznych w tym zakresie. Leki biologiczne są w praktyce traktowane jak leki generyczne, co wyraźnie odbiega od stanowiska prezentowanego przez państwa Unii i samą Unię.

Adw. **Monika Duszyńska**,  
kancelaria Law for Lifesciences



*Materiał edukacyjny sponsorowany przez Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska”:  
Leki biologiczne i biopodobne*



Fot. archiwum

# Leczenie bólu w przebiegu neuralgii i neuropatii trójdzielnej

Dr hab. n. med. **Małgorzata Malec-Milewska**  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

**Bóle twarzy ze względu na różnorodny patomechanizm i przyczyny stanowią trudny problem diagnostyczny i leczniczy. Rzadkie występowanie, brak obiektywnych testów diagnostycznych, szeroki zakres przyczyn i objawów sprawiają, że postawienie właściwego rozpoznania i włączenie skutecznego leczenia bywa trudne.**

**B**adania epidemiologiczne wskazują, że jedną z częstszych przyczyn jednostronnego bólu twarzy zlokalizowanego w zakresie unerwienia nerwu V jest neuralgia trójdzielna (NT). W pewnym procencie przypadków (brak badań epidemiologicznych) jej obraz kliniczny ulega zmianie i pojawia się neuropatia trójdzielna. Wtedy obok typowych napadów bólu neuralgicznego występuje ból stały, o charakterze neuropatycznym, z zaburzeniami czucia. Przyczyną neuropatii może być bardzo długi czas trwania choroby, zabiegi destrukcyjne wykonywane w zakresie obwodowych gałęzi nerwu trójdzielnego lub urazy obwodowych gałęzi nerwu V.

W wielu przypadkach wybór konkretnej metody postępowania w leczeniu neuralgii/neuropatii trójdzielnej podyktowany jest wiekiem i stanem ogólnym pacjenta. Niestety, nawet najbardziej radykalne inwazyjne metody leczenia

obarczone są pewnym ryzykiem niepowodzenia. W związku z tym zaleca się dobieranie metod terapii o stopniowo zwiększającej się inwazyjności. Zwykle rozpoczyna się od leczenia farmakologicznego, które przynosi efekt u 80 proc. pacjentów. W przypadku neuralgii trójdzielnej są to leki przeciwdrgawkowe, zwłaszcza karbamazepina, natomiast w przypadku neuropatii – leki przeciwdepresyjne, przede wszystkim amitryptylina. Do inwazyjnych metod leczenia sięgamy, gdy nie ma pozytywnych efektów farmakoterapii (brak skuteczności lub brak tolerancji skutecznych dawek leków). W neuralgii/neuropatii trójdzielnej zaliczamy do nich metody chirurgiczne, wśród których wyróżniamy zabiegi niszczące i odbarczające (mikronaczyniowa dekompresja) oraz techniki neurodestrukcyjne, z których w przypadku klasycznej neuralgii zabiegiem najczęściej wykonywanym jest uszkodzenie nerwu za pomocą Gamma-Knife i termolezja zwoju Gassera, w przypadku neuropatii zaś – neuroлиза zwoju skrzydłowo-podniebiennego ZSP.

Historia blokad zwoju skrzydłowo-podniebiennego sięga 1908 r. Na przestrzeni lat opisano wiele jej technik. W technice neurolyzy ZSP (wykonywana jest w naszym ośrodku) po wypłukaniu jamy ustnej wodnym roztworem nadmanganianu potasu (igła może przechodzić przez górny ząb jamy ustnej), umyciu i znieczuleniu miejscowym skóry igłą 25G wprowadzamy pod łukiem jarzmowym, ku przodowi od wyrostka dziobiastego/kruczego zuchwy, kierując ją do dołu

OGŁOSZENIE

## STUDIA PODYPLOMOWE

Dziedkanat  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Budynek Rektoratu pok. 509  
ul. Żwirki i Wigury 61  
02-091 Warszawa

- DIETETYKA W CHOROBYCH WEWNĘTRZNYCH I METABOLICZNYCH
- METODOLOGIA BADAŃ KLINICZNYCH
- MEDYCINA ESTETYCZNA
- MEDYCINA UBEZPIECZENIOWA I ORZECZNICTWO
- PRAWO MEDYCZNE W OCHRONIE ZDROWIA
- SEKSUOLOGIA KLINICZNA
- ŻYWIENIE KLINICZNE
- SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia

### STUDIUM Z NAMI!

tel: 22 57 20 519, 22 57 20 510  
tel./fax: 22 57 20 511  
szczegółowe informacje dostępne są na stronie:  
<http://ckp.wum.edu.pl/>

<https://pl-pl.facebook.com/centrum.kształcenia.podyplomowego.wum/>

skrzydłowo-podniebiennego. Prawidłowe położenie igły weryfikujemy pod torem wizyjnym ramienia C oraz podaniem kontrastu, który w projekcji przednio-tylnej AP punktowo powinien układać się na tle zatoki szczękowej. Neuroлиза ZSP jest szczególnie skuteczna u chorych z neuropatią trójdzielną. Wynika to z faktu, że ból neuropatyczny jest bólem zależnym od układu współczulnego, a w dole skrzydłowo-podniebiennym położony jest zwój współczulny. Anatomia dołu skrzydłowo-podniebiennego, który zawiera również zwój przywspółczulny, sprawia, że zabieg bywa skuteczny również u chorych z migreną Hortona niepoddającą się leczeniu farmakologicznemu. Migrena Hortona należy do grupy trójdzielno-autonomicznych bólów głowy zależnych od układu współczulnego.

W okresie 25 lat w naszym ośrodku zabieg neurolyzy ZSP wykonaliśmy u ponad 100 osób. Byli to głównie chorzy z neuropatią trójdzielną, migreną Hortona, atypowym bólem twarzy, guzami twarzoczaszki oraz chorzy z klasyczną neuralgią trójdzielną. Od około dziesięciu lat ośrodek nasz dysponuje aparatem do termolezji, dlatego u pacjentów z klasyczną neuralgią od tego czasu wykonujemy termolezję zwoju Gassera (bardzo skuteczną w tej chorobie). Do wykonania zabiegu używamy aparatu Neuro Therm RDG R/JK2C i 10-centymetrowej elektrody z 5-milimetrowym niezainizolowanym końcem. Pacjenta układamy w pozycji na wznak, z głową lekko odchyloną ku tyłowi. W takim ułożeniu i właściwym ustawieniu ramienia C (pochylenie na klatkę piersiową pacjenta) obrazuje się położenie otworu owalnego, przez który wprowadza się elektrodę czynną w okolice zwoju Gassera. Elektrodę zerową umieszcza się na brzuchu lub udzie pacjenta. Po umyciu i znieczuleniu skóry elektrodę wprowadza się w odległości 2–3 cm bocznie w linii łączącej kącik ust i wyrostek sutkowaty. Prawidłowe umieszczenie końcówki elektrody aktywnej weryfikuje się za pomocą toru wizyjnego z ramieniem C oraz stymulacji ruchowej o niskiej częstotliwości i czuciowej o wysokiej częstotliwości. Czas trwania lezji wynosi 60 s, napięcie 21 mA, natężenie 50 mA. Prąd o wymienionych parametrach generuje w tkankach temperaturę około 65 stopni C. Po zakończeniu zabiegu podajemy zawsze 10 mg pentoksyfiliny. Skuteczność zabiegu jest wysoka, a w naszym materiale u żadnego pacjenta nie miała poważnych działań niepożądanych. Wśród powikłań odnotowano: przemijające obrzmienie i zasinienie policzka, przemijające zaburzenia czucia i przemijające opadanie powieki.

Podsumowanie wyników leczenia NT za pomocą termolezji zwoju Gassera:

1. U chorych z NT oporną na farmakoterapię termolezja zwoju Gassera jest zabiegiem o wysokim stopniu skuteczności.
2. Czas trwania ulgi w dolegliwościach bólowych po termolezji zwoju Gassera jest stosunkowo długi, wynosi średnio od 7 do 24 miesięcy.
3. Termolezja zwoju Gassera wykonana prawidłowo technicznie, z właściwym monitorowaniem położenia elektrody aktywnej i monitorowaniem pacjenta, jest zabiegiem o małym ryzyku powikłań.
4. Czas trwania choroby nie miał istotnego wpływu na wynik leczenia metodą termolezji zwoju Gassera. ■

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

## Pierwszy telefitting między Afryką i Europą

**System telefittingu to unikalne w skali światowej rozwiązanie zdalnego dopasowania implantów ślimakowych. Zapewnia pacjentom z wadami słuchu większą dostępność leczenia oraz skuteczniejszą rehabilitację. Polska jest na tym polu liderem.**

26 sierpnia w Dakarze odbył się pierwszy telefitting między Afryką i Europą. Specjaliści z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy „Medincus” w Kajetanach zdalnie dopasowali procesor mowy 7-letniemu pacjentowi z wrodzonym niedosłuchem. Chłopiec z Sengalu był operowany w klinice w Kajetanach w 2016 r. W telefittingu uczestniczył interdyscyplinarny zespół lekarzy i inżynierów. W Dakarze konsultację prowadził audiolog Aissa Diaga Ngom pod opieką obecnych na miejscu prof. nadzw. dr. hab. n. med. Piotra H. Skarżyńskiego oraz dr. n. med. Łukasza Bruskiego. W Polsce sesję nadzorowali specjaliści z Kajetan.

Podczas wizyty polskich lekarzy w Senegalii odbyły się też spotkania ze specjalistami mające na celu włączenie ośrodka w Dakarze do pierwszej na świecie sieci teleaudiologii. Krajowa Sieć Teleaudiologii to system, który powstał w 2009 r. w IFPS. Obejmuje m.in. telerehabilitację, telefitting, teleedukację, badania przesiewowe, telediagnostykę w Europie, Azji i Afryce. Obecnie ma 24 stowiska telemedyczne.

– *Staramy się upowszechnić na rynkach afrykańskich system telekonsultacji, który już uruchomiliśmy wspólnie z Ukrainą i Kirgistanem. Umożliwia on wykonywanie określonych czynności medycznych, sprawdzenie sprzętu i prowadzenie rehabilitacji za pośrednictwem łączy internetowych, czyli zdalnie. Staramy się również utworzyć jednostki patronackie i filialne zatrudniające miejscowych specjalistów, którzy będą się z nami łączyć za pośrednictwem telemedycznych sesji w celu przeprowadzania diagnostyki pacjentów* – powiedział Piotr H. Skarżyński.

Polscy otolaryngolodzy, przez wiele lat współpracujący ze specjalistami z krajów afrykańskich, otrzymali propozycje przeprowadzenia wspólnych prac naukowo-badawczych. Na początku udało się zorganizować badania przesiewowe słuchu w Ghanie, Kamerunie, Maroku, Algierii, Wybrzeżu Kości Słoniowej, Kongu, Tanzanii, Senegalii i Rwandzie. Afrykańscy specjaliści przyjeżdżają do naszego kraju zdobywać wiedzę, jaką oferuje polska szkoła otolaryngologii w zakresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji słuchu. Są zainteresowani praktykami klinicznymi, chcą wykorzystywać nasze doświadczenia. ■

ach



# Prawne aspekty zabiegów chirurgii estetycznej

Filip Niemczyk, adwokat

**Chirurgia estetyczna oraz niektóre zabiegi stomatologiczno-protetyczne tym różnią się od typowych świadczeń medycznych, że nie mają celu leczniczego, lecz wykonywane są dla poprawy wyglądu, często rozumianego w kategoriach wyłącznie subiektywnych. Typowe zabiegi chirurgii estetycznej należy zatem odróżnić od zabiegów udzielanych pacjentom po wypadkach lub zmierzających do poprawienia rażących anomalii fizycznych, które wiążą się z dolegliwościami psychicznymi pacjenta.**

Z prawnego punktu widzenia najważniejsze jest, że pozbawiony znaczenia terapeutycznego zabieg chirurgii estetycznej niesie ze sobą poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta. W orzecznictwie sądów przyjęto się w związku z tym, że zakres informacji o możliwych konsekwencjach zabiegu, których lekarz ma obowiązek udzielić, jest dużo szerszy aniżeli w przypadku postępowania leczniczego. Przyjmuje się nawet, że pacjent poddający się zabiegowi z zakresu chirurgii estetycznej musi dokładnie znać ryzyko, nawet przypadków rzadkich i mało prawdopodobnych. Natomiast w sytuacji, gdy ryzyko jest ponadprzeciętnie wysokie, lekarz ma obowiązek nie tylko poinformować o tym pacjenta, ale wręcz odmówić wykonania zabiegu, chociażby uzyskał nań zgodę. Wykonany w takich warunkach zabieg stanowiłby błąd w sztuce i mógłby skutkować odpowiedzialnością karną i cywilną.

W bogatym orzecznictwie sądów francuskich<sup>1</sup> przyjęto następujące warunki dopuszczalności zabiegów chirurgii estetycznej: świadoma zgoda pacjenta, który musi wiedzieć o całkowitym ryzyku, wszelkich możliwych komplikacjach i powikłaniach; przeciętne ryzyko zabiegu, tzn. takie, które nie grozi pacjentowi utratą życia lub ciężkimi następstwami dla jego zdrowia; specjalne kwalifikacje lekarza, rozumiane nie tylko jako formalne posiadanie określonej specjalizacji, ale przede wszystkim odpowiednia wiedza, doświadczenie oraz możliwość zapewnienia wszelkich niezbędnych badań pomocniczych oraz opieki pooperacyjnej.

Sprawy dotyczące zabiegów chirurgii estetycznej trafiają również do polskich sądów. Warto zwrócić uwagę na kilka. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29 września 2005 r., I ACa 236/05, w odniesieniu do zakresu informacji udzielanych pacjentowi proponowano regułę, że pacjent musi znać przedmiot zgody, proponowaną metodę leczenia, ryzyko zabiegu i jego następstwa, a zakres informacji nie zależy od opinii lekarza o tym, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta musi usłyszeć od lekarza, aby podjąć odpowiedzialną i inteligentną decyzję dotyczącą zabiegu. Ponieważ w tej sprawie zabieg miał charakter wyłącznie estetyczny, spełnienie obo-

wiązku udzielenia informacji ciężącego na lekarzu było szczególnie ważne. W wyroku Sądu Najwyższego z 20 maja 2016 r., II C SK 517/15, zajęto się sprawą pacjentki, która poddała się zabiegowi powiększenia piersi. Podczas znieczulania, po zainstalowaniu pokrzywdzonej powodującym przedostawanie się powietrza pod powłoki skórne zamiast do układu oddechowego, doszło do powstania odmy opłucnowej i rozedmy podskórnej. Skutkiem tego u pacjentki, mimo przeprowadzenia akcji reanimacyjnej, doszło do niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego i trwałego uszkodzenia tego układu. Sąd ustalił 100-proc. szkodę na zdrowiu pacjentki, wskazując m.in., że jej życie wskutek zachowania lekarza nigdy nie wróci do stanu, który można by kwalifikować jako normalny. Pacjentka nie ma szans na logiczny kontakt z otoczeniem i odwrotnie. Na tej podstawie sąd zasądził bardzo wysokie odszkodowanie, zadośćuczynienie oraz rentę na rzecz pacjentki. Co istotne dla praktyki, Sąd Najwyższy przyjął, że solidarną odpowiedzialność cywilną w tym przypadku ponoszą lekarz, który dopuścił się błędu, jak też NZOZ, z którym lekarz ów miał kontrakt. Sąd wskazał, że jakkolwiek anestezjolog każdorazowo decydował, czy w danym przypadku będzie świadczył usługi anestezyjologiczne (nie była to bowiem umowa o pracę, lecz ustna umowa-zlecenie), o miejscu i czasie, a także o zakresie świadczenia usług decydowała kadra zarządzająca NZOZ. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 2 października 2014 r., I ACa 625/14, czytamy natomiast, że w przypadku operacji powiększenia piersi implantami silikonowymi powikłania mogą dotyczyć samego zabiegu chirurgicznego, implantu oraz procesu jego biologicznej integracji z otaczającymi tkankami. W omawianej sprawie stwierdzono, że zabieg u powódki został przeprowadzony prawidłowo, a pacjentka została prawidłowo poinformowana o ryzyku i możliwych konsekwencjach, nadto, że nie ma możliwości odrzucenia przez ciało pacjentki anatomicznego implantu piersiowego. Sąd wskazał, że chociaż nie kwestionuje negatywnych przeżyć powódki w związku z przebiegiem operacji, a także jej zastrzeżeń odnośnie do efektu estetycznego zabiegu, jednak na stronie powodowej spoczywa ciężar udowodnienia w sposób pewny, niebudzący wątpliwości i wyłączający wszelkie inne wersje, że zawinione zachowanie lekarza pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem powikłań. W tej sprawie strona powodowa obowiązku temu nie sprostała.

Podsumowując, zabiegi z zakresu chirurgii estetycznej wiążą się ze szczególnymi obostrzeniami prawnymi, przede wszystkim w zakresie obowiązku udzielania pełnej informacji pacjentowi. Wymagają odpowiednich kwalifikacji, a także wyważenia ryzyka. W pozostałym zakresie podlegają ogólnym regułom odpowiedzialności cywilnej, którą może ponieść zarówno lekarz, jak i placówka medyczna lub towarzystwo ubezpieczeń. ■

<sup>1</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa, 2017 r., s. 472 i nast.

# doniesienia naukowe



## Depresja matki

Niekorzystne zmiany w mózgu dziecka mogą nastąpić pod wpływem depresji i zaburzeń lękowych matki w okresie ciąży. Wskazują na to badania 101 kobiet cierpiących na łagodną, umiarkowaną lub ciężką depresję.

Pod koniec pierwszego miesiąca życia dzieci tych kobiet zbadano rezonansem magnetycznym. Zmiany w istocie białej maluchów wykryto wtedy, gdy matki miały w okresie ciąży co najmniej depresję umiarkowaną.

Główny autor badania, Douglas Dean III z University of Wisconsin-Madison, twierdzi, że co piąta kobieta w ciąży wykazuje objawy depresji lub zaburzeń lękowych. Wiele z nich było w dzieciństwie zaniedbanych emocjonalnie. Dzieci tych matek częściej rodzą się z niską masą urodzeniową i wymagają intensywnej terapii.

Nie ma pewności, czy zaobserwowane w mózgu noworodków zmiany są trwałe i czy leczenie matek w ciąży z depresją może im zapobiec. Erika Forbes z University of Pittsburgh uważa, że depresja matek nie zawsze skutkuje zaburzeniami w myśleniu, zachowaniu i emocjach dzieci, ponieważ zależy to od wielu czynników. Może jednak sprawić, że dziecko bardziej będzie na nie podatne.

Zdaniem Davida Bridgetta, psychologa z Northern Illinois University w DeKalb, stosowanie antydepresantów jest względnie bezpieczne dla kobiety w ciąży, jednak niektóre badania sugerują, że mogą wpływać na rozwój dziecka. Specjalista dodaje, że psychoterapia może okazać się równie skuteczna jak leki, natomiast antydepresanty lekarz może zalecić jedynie kobietom w ciąży z ciężką depresją.

(bit.ly/2PboV1x, „JAMA Pediatrics”, sierpień 2018)

## Lepsze serce to lepszy mózg

To, co dobre dla serca, jest również dobre dla mózgu. Przekonują o tym badania francuskich naukowców, którzy wykazali, że styl życia chroniący przez chorobami sercowo-naczyniowymi u seniorów może również zmniejszyć ryzyko demencji.

Analizowano siedem zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA), czyli: zaprzestanie palenia, regularne ćwiczenia, spożywanie ryb, warzyw i owoców oraz likwidacja nadwagi. Przez 8 i pół roku obserwowano ponad 6,6 tys. Francuzów bez objawów demencji w wieku co najmniej 65 lat. W tym okresie u 745 badanych, czyli 11 proc., rozwinęła się demencja.

Główna autorka badań, Cecilia Samieri z Uniwersytetu w Bordeaux, twierdzi, że wystarczyło, by uczestniczące w badaniu osoby zrobiły cokolwiek, przestrzegając choćby jednej rekomendacji, a ryzyko demencji się zmniejszyło: z każdym zrealizowanym zaleceniem o 10 proc.

Wniosek, że zawsze warto się starać. W przypadku seniorów, którzy przestrzegali więcej prozdrowotnych wskazań, nie tylko wspomnianych siedmiu, ryzyko demencji było jeszcze mniejsze. Samieri uważa, że zalecenia kardiologiczne sprzyjają lepszemu ukrwieniu serca i mózgu.

(bit.ly/2MrWRdh, bit.ly/2vZcsH6 i bit.ly/2LfkBke, „JAMA”, sierpień 2018)

## Niealkoholowe stłuszczenie wątroby grozi rakiem

Na ogół nie jest groźne. W amerykańskich badaniach ujawniono osoby, które wykazują już zaawansowane stłuszczenie i na dodatek doszło u nich do rozwoju marskości wątroby. Takich pacjentów należy monitorować, ponieważ ryzyko raka wątrobowokomórkowego (*hepatocellular carcinoma*) jest u nich znacznie wyższe niż przeciętnie.

Wskazują na to obserwacje prawie 300 tys. amerykańskich żołnierzy ze stłuszczeniem wątroby, zgromadzone w ramach Veterans Health Administration, których porównywano z osobami bez objawów tego schorzenia. Badania trwały 11 lat.

Z wcześniejszych obserwacji wynikało, że stłuszczenie wątroby na ogół nie doprowadza do marskości wątroby. Zdarza się jedynie u 5 proc. osób z tą dolegliwością. Potwierdziły to nowe badania: w ciągu roku raka wątroby wykrywano u zaledwie jednej osoby na 50 tys. W przypadku cierpiących na stłuszczenie wątroby nowotwór ten zdarzał się już częściej, bo u jednego pacjenta na 5 tys. Natomiast wśród chorych z marskością wątroby zarejestrowano znacznie więcej przypadków *hepatocellular carcinoma* – ponad 50 zachorowań na 5 tys. pacjentów. Stwierdzono również, że rak wątroby częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet, głównie u osób po 45. roku życia.

(bit.ly/2LR3hgR, „Gastroenterology”, sierpień 2018)

## Dieta bogata w witaminy wzmacnia seniorów

Seniorzy powinni spożywać jak najwięcej produktów bogatych w witaminy, ponieważ są wtedy mniej narażeni na tzw. słabowitość (*frailty*). Ci, którzy jedzą zbyt mało warzyw i owoców, są w gorszym stanie fizycznym.

Bardzo ważne są witaminy B6, E i C. Z badań przeprowadzonych wśród 1643 osób w wieku co najmniej 65 lat wynika, że niedobór witaminy B6 w diecie prawie trzykrotnie zwiększa ryzyko słabowitości. Podobnie jest w przypadku witaminy E – gdy organizm otrzymuje jej zbyt mało, ryzyko jest ponaddwukrotnie większe.

Główna autorka badania, Teresa Balboa-Castillo z Universidad de La Frontera w Temuco w Chile, przekonuje, że seniorzy powinni dbać o dobre zbilansowanie diety, bo od tego w znacznym stopniu zależy ich zdrowie i sprawność fizyczna.

Specjalistka podkreśla jednak, że chodzi o zapewnienie właściwego odżywiania, a nie witaminową suplementację. – Nie ma dowodów, że u seniorów słabowitości zapobiega zażywanie witamin w tabletkach – wyjaśnia.

Osoby starsze, w gorszym stanie fizycznym, są zwykle mniej samodzielne i bardziej narażone na wypadki i urazy, częściej również chorują. Z badań wynika, że takie osoby nie tylko gorzej się odżywiają, ale mniej się ruszają, za to częściej siedzą jedynie przed telewizorem.

Roger Fielding z Tufts University w Bostonie, który nie uczestniczył w badaniach, uważa, że regularny wysiłek fizyczny zawsze może zmniejszyć słabowitość seniora i poprawić jego sprawność.

(bit.ly/2Nafizv, „Age & Ageing”, lipiec 2018) ■

Zbigniew Wojtasiński

# Podwyżka dla specjalistów, czyli kto, gdzie, kiedy i o co może się ubiegać

**24 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.<sup>1</sup>**

Akt normatywny był przede wszystkim pokłosiem starań środowiska lekarskiego, które od dłuższego czasu (zresztą bardzo słusznie) domagało się podniesienia wynagrodzenia za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę obietnice różnych rządów w zakresie podnoszenia wynagrodzeń w służbie zdrowia, można było się spodziewać, że tym razem będzie inaczej, że tym razem medycy otrzymają w końcu wyczekiwane podwyżki, a nowa ustawa będzie zapowiedzią „dobrej zmiany” w służbie zdrowia. Niestety, tak się nie stało! Przede wszystkim dobrodziejstwo ustawy nie objęło wszystkich lekarzy, a ponadto pojawiło się wiele wątpliwości dotyczących kwestii kto, gdzie, kiedy i o co może się ubiegać. Niniejszy artykuł ma na celu rozwianie podstawowych niejasności i odpowiedź na pytanie, kiedy specjalista może ubiegać się o podniesienie wynagrodzenia zasadniczego do 6750 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat, oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat.

Po pierwsze, lekarz specjalista musi być zatrudniony na podstawie umowy o pracę. *A contrario*, nie może być to żaden inny stosunek cywilnoprawny, taki jak kontrakt czy zlecenie, albowiem wyłączają one możliwość otrzymania podwyżki świadczenia.

Po drugie, pracodawca, u którego jesteście zatrudnieni i od którego domagamy się podniesienia kwoty świadczenia, musi mieć podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Warunkiem *sine qua non* jest jednoczesne uczestnictwo lekarza specjalisty w udzielaniu tych świadczeń. Innymi słowy, jeżeli pracodawca nie ma umowy z NFZ, jeżeli udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej nie jest w warunkach całodobowych lub całodziennych, specjalista nie będzie przysługiwało podniesienie wynagrodzenia u tego pracodawcy.

Po trzecie, lekarz, który chce otrzymać podwyższone wynagrodzenie, musi złożyć stosowne zobowiązanie, przy czym do tego momentu wszystkie opisane wcześniej warunki muszą być spełnione. Bez zaistnienia któregoś z wymienionych elementów medyk nie może domagać się podniesienia wynagrodzenia zasadniczego.

Zakres zobowiązania, o którym mowa, stanowi największe wyzwanie interpretacyjne, co być może zostanie jeszcze poruszone w innym artykule. Natomiast według wykładni literalnej omawianego przepisu zobowiązanie dotyczyć musi następującej kwestii: lekarz jest zobowiązany oświadczyć swemu pracodawcy, że nie będzie udzielał odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy (innego pracodawcy), który realizuje umowę z NFZ z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt. 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zanim przejdziemy do zakresów opisanych w art. 15, podkreślenia wymaga, że jeżeli inny świadczeniodawca (inny pracodawca) nie ma umowy z NFZ, a do tego nie świadczy opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, medyk bez większego zastanowienia może składać zobowiązanie uprawniające do podniesienia wynagrodzenia. Jeżeli natomiast drugi świadczeniodawca ma umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, lekarz, który chce otrzymać wyższe wynagrodzenie, nie może – zgodnie z zobowiązaniem – wykonywać u niego świadczeń z zakresu: leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów lekowych oraz stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji. Wykonywanie odpłatnie świadczeń z jednego z wymienionych zakresów w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy, który realizuje kontrakt z NFZ, wyklucza lekarza z kręgu specjalistów uprawnionych do podwyższonego wynagrodzenia.

Warunki, jakie ustawodawca postawił specjalistom, niestety eliminują dużą grupę lekarzy, a co najgorsze eliminują specjalistów najbardziej przedsiębiorczych, którzy swoją pracą nieustannie fatają braki personelu w służbie zdrowia. ■

**Przemysław Rawa-Klocek, adwokat**



<sup>1</sup> Niniejszą ustawą zmieniono: ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

## Zobowiązanie lekarza/lekarza dentysty posiadającego specjalizację do nieudzielania świadczeń u innego świadczeniodawcy

Zgodnie z art. 4 ust. 3 pkt. 1 i 2 ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

[Wzór formularza]

.....  
Imię (imiona) i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

.....  
Nazwisko rodowe

.....  
Numer PESEL \*\*

.....  
Nazwa specjalizacji

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Jednostka organizacyjna  
zatrudniająca lekarza/lekarza dentystę\*\*\*

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym, na podstawie art. 4 ust. 3 pkt. 1 i 2 ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU poz. 1532), ja, niżej podpisany, zobowiązuję się do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy\*\*\*\*, ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia niniejszego oświadczenia.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis

### Objaśnienia

UWAGA: W przypadku niewywiązania się z zobowiązania lekarz jest obowiązany do zapłaty kary określonej zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU poz. 1532).

\* Dotyczy lekarzy/lekarzy dentystów specjalistów (posiadających specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty), którzy są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń.

\*\* W przypadku braku numeru PESEL wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania.

\*\*\* Wpisać nazwę świadczeniodawcy, u którego lekarz/lekarz dentysta jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy.

\*\*\*\* Zobowiązanie z art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z 5 lipca 2018 r. dotyczy nieudzielania u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.



## Deklaracja lekarza rezydenta dotycząca pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego na podstawie art. 16j ust. 2b ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

.....  
Imię (imiona) i nazwisko lekarza

.....  
Nazwisko rodowe

.....  
Numer PESEL \*

.....  
Nazwa specjalizacji

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne  
zatrudniający lekarza\*\*

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym, na podstawie art. 16j ust. 2b ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.), ja, niżej podpisany, zobowiązuję się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu (w przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego dwuletni okres wykonywania zawodu ulega proporcjonalnemu skróceniu).

Jednocześnie, w przypadku niewywiązania się z powyższego zobowiązania lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, zobowiązuję się do zapłaty kary określonej zgodnie z art. 16j ust. 2l ww. ustawy.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis

\* W przypadku braku numeru PESEL wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania.

\*\* Wpisać nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza.

[Wzór formularza]

# Zestawienie pytań OIL w Warszawie i nadesłanych z Ministerstwa Zdrowia odpowiedzi

Tekst przytaczamy w pisowni oryginalnej.

W odpowiedzi na pismo z dnia 3 września 2018 r., znak: OKW-5741/2018, dotyczące ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532) uprzejmie przekazujemy następujące informacje.

**1.** Czy lekarz/lekarz dentyista posiadający specjalizację, spełniający warunki otrzymania zwiększonego do 6750 zł miesięcznie wynagrodzenia zasadniczego, który w lipcu i sierpniu 2018 roku brał udział w wykonywaniu świadczeń całodobowych lub całodziennych (*lub innych wykluczonych w ustawie*) w innym niż podstawowe miejscu pracy, po złożeniu oświadczenia o nieudzielaniu świadczeń tożsamyh w zakresie wykluczonym w ustawie do dnia 7 września 2018 roku otrzyma wyrównanie z tytułu zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2018 roku? Czy złożenie zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy zmieniającej wywołuje skutki *ex tunc* w zakresie możliwości wyrównania wynagrodzenia, pomimo wykonywania przez lekarza świadczenia tożsamego w tym czasie?

Wg. naszej interpretacji przepisów prawa Ustawa precyzuje, iż lekarz/lekarz dentyista zobowiązuje się do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy, ze skutkiem **od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia niniejszego oświadczenia**. Wobec powyższego, lekarz, jeśli spełnia warunki otrzymania zwiększonego wynagrodzenia może złożyć oświadczenie do 7 września 2018 roku i otrzymać wyrównanie pensji od dnia 1 lipca. Czy Minister Zdrowia podziela tę interpretację?

**MZ:** Przedstawiona interpretacja jest prawidłowa. Zasady składania po raz pierwszy przez lekarzy specjalistów zobowiązań, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy określa art. 9 ust. 1 ustawy. Zgodnie z tym przepisem pracodawca będzie zobowiązany do podwyższenia wynagrodzenia tych spośród lekarzy specjalistów którzy spełnią warunki określone w art. 4 ust. 3 od dnia 1 lipca 2018 r., którzy złożą mu zobowiązanie w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy (tj. do 7 września 2018 r.), a zobowiązanie to będzie skuteczne od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia zobowiązania (jeżeli lekarz złoży zobowiązanie w miesiącu sierpniu – zobowiązanie powinno być skuteczne od 1 września 2018 r.; jeżeli lekarz złoży zobowiązanie w miesiącu wrześniu – zobowiązanie powinno być skuteczne od 1 października 2018 r.).

**2.** Czy, zgodnie z interpretacją Ministra Zdrowia opublikowaną na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, pod adresem <https://www.gov.pl/zdrowie/komunikat-ws-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych-oraz-niektorych-innych-ustaw> niewykonywanie tożsamyh świadczeń przez lekarzy/lekarzy dentyistów specjalistów, w zakresie objętym zakazem oznacza **niebranie czynnego udziału w wykonywaniu świadczeń całodobowych lub całodziennych (*lub innych objętych wykluczeniem*)** nawet jeżeli placówka, w której dany lekarz wykonuje inne, niż objęte zakazem świadczenia, posiada kontrakt na któryś zakres objęty wykluczeniem (*np. kontrakt na świadczenia całodobowe lub całodziennie*)?

Przykład: lekarz może otrzymywać zwiększone wynagrodzenie do 6750 zł na podstawie zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt. 2 ustawy zmieniającej pracując w placówce **posiadającej kontrakt na usługi całodobowe lub całodziennie, ale wykonując świadczenia z zakresu AOS (*np. lekarz specjalista endokrynologii otrzymujący zwiększone wynagrodzenie przyjmuje pacjentów w ramach poradni AOS w placówce mającej kontrakt na świadczenia całodobowe i całodziennie*)**. Wg. wymienionej wyżej interpretacji Ministra Zdrowia i **w duchu porozumienia z 8 lutego 2018 roku** lekarz ten może otrzymywać zwiększone wynagrodzenie, gdyż **nie bierze udziału** w wykonywaniu świadczeń objętych zakazem. Czy Minister Zdrowia podziela tę interpretację?

Udzielanie w warunkach ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi niedotrzymania zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt. 2 ww. ustawy. W przypadku, gdy lekarz w podmiocie dodatkowym udziela odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w ramach AOS u świadczeniodawcy, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie w warunkach całodziennych lub całodobowych świadczeń z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), to nie łamie zakazu, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy.

**3.** Jak należy rozumieć zapis ustawy zmieniającej ujęty w art. 4 ust. 3 pkt. 2 w zakresie złożonego oświadczenia o nieudzielaniu odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art 15 ust. 2 pkt 11 usoz tj. opieki paliatywnej i hospicyjnej w świetle wyłączenia przewidzianego w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy zmieniającej, a dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach? Czy udzielanie świadczeń opieki paliatywnej oraz hospicyjnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest w pełni możliwe, ograniczone w określonym zakresie, a jeżeli ograniczone, to w jakim zakresie?

Wyłączenia, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy, tj. sformułowanie „z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej” dotyczy charakteru podmiotów leczniczych, w których lekarz może udzielać świadczeń bez naruszenia zobowiązania, o którym mowa w tym przepisie, i obejmuje wszystkie wymienione rodzaje placówek bez względu na rodzaj kontraktu z NFZ, jaki wykonują. Zatem, jeżeli lekarz posiadający specjalizację, który złożył zobowiązanie, o którym mowa w art. 4 ustawy zatrudni się dodatkowo w hospicjum stacjonarnym (podmiot ten powinien być zareje-



strowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod kodem 2184 – Hospicjum stacjonarne), które ma zawarty z NFZ kontrakt z zakresu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i udziela świadczeń pacjentom wymagającym opieki całodobowej lub całonocowej – to nie łamie tego zobowiązania.

Natomiast naruszy to zobowiązanie lekarz, który zatrudni się dodatkowo w podmiocie leczniczym innego rodzaju niż wymienione powyżej, który to podmiot realizuje umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zatem również świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej) i udziela świadczeń pacjentom wymagającym opieki całodobowej lub całonocowej.

**4.** Czy za świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy zmieniającej, może być również uznana spółka, która nie ma podpisanego kontraktu z NFZ, ale jest podmiotem współpracującym ze świadczeniodawcą, który zawarł z NFZ umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całonocowych jak i całodziennych? Np. czy pełnienie dyżurów medycznych poprzez prywatną spółkę lub prywatny podmiot w szpitalu posiadającym kontrakt z NFZ jest wykluczone zapisami ustawy zmieniającej?

Zobowiązanie określone w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy obejmuje zakaz udzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całonocowych lub całodziennych. Uprawnionym jest więc stwierdzenie, że opisana w pytaniu 4 sytuacja mieści się w normie wynikającej z tego przepisu, tj. stanowi odpłatne udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach całonocowych lub całodziennych (tj. wobec pacjentów, którym udzielane są świadczenia w takich warunkach), u świadczeniodawcy innego, niż ten u którego lekarz złożył zobowiązanie, realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie należy wskazać, że ustawa nie określa, że lekarz musi łączyć bezpośrednią więź prawną z tym świadczeniodawcą.

Dodatkowo powyższe znajduje potwierdzenie w faktie, że lekarz taki jest prawdopodobnie wykazany w harmonogramie – zasoby świadczeniodawcy, u którego udziela świadczeń.

**5.** Czy w przypadku zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, bez zdania państwowego egzaminu specjalizacyjnego (PES) „dodatek patriotyczny” podlega zwrotowi? Ponadto, co w przypadku, gdy lekarz po zakończeniu rezydentury nie będzie mógł „odpracować” dodatku z powodu np. przejścia na urlop macierzyński lub choroby? Czy świadczenia zdrowotne, społeczne wypłacane przez ZUS wydłużają okres spłacania dodatku?

1) Zgodnie z art. 16j ust. 2b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodach”, zobowiązanie, które składa lekarz rezydent celem uzyskania wyższego wynagrodzenia obejmuje wykonywanie zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równownikowi jednego etatu. Przepisy wprowadzone ustawą nie odwołują się w tym zakresie do tego czy lekarz złożył egzamin specjalizacyjny (kwestie te również w ustawie o zawodach traktowane są rozłącznie, tj. egzamin nie jest częścią szkolenia specjalizacyjnego). Zatem w przypadku, gdy lekarz, który złożył ww. zobowiązanie uzyska potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy o zawodach, a nie złożył egzaminu specjalizacyjnego zobowiązany jest do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ww. zakresie i terminie. W przypadku niewywiązania się z tego zobowiązania, będzie musiał zapłacić karę, o której mowa w art. 16j ust. 2l ustawy o zawodach.

2) Nie ma podstaw prawnych do wydłużenia pięcioletniego okresu, w którym lekarz ma zrealizować zobowiązanie (np. w przypadku urlopu macierzyńskiego i wychowawczego w tym okresie). Należy mieć na uwadze, że w takich sytuacjach wojewoda jako organ właściwy w zakresie nakładania kary, o której mowa w art. 16j ust. 2l ustawy o zawodach może skorzystać z uprawnienia wynikającego z art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych i udzielić ulgi w spłacie kary (np. umorzyć w całości lub części, rozłożyć karę na raty).

3) Na potrzeby obliczania okresu „odpracowywania” nie bierze się pod uwagę nieobecności wynikających z ZLA, urlopu macierzyńskiego, urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego.

**6.** Czy podpisanie oświadczenia, o którym mowa w dodanym art. 2b do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2018 poz. 617,650, 697,1515) na podstawie ustawy zmieniającej wpływa na możliwość otrzymania przez lekarza rezydenta podwyżki podstawowego wynagrodzenia w okresie późniejszym?

Jeżeli lekarz rezydent złożył zobowiązanie na podstawie art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach i następnie wypełnia je po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego już jako lekarz specjalista, to nie ma przeszkód prawnych, aby złożył u swojego pracodawcy zobowiązanie zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy i otrzymał podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego do kwoty 6750 zł – zakładając, że w pytaniu chodzi o podwyżkę z art. 4 ustawy.

Przepisy art. 16j ustawy o zawodach oraz art. 4 ustawy nie oddziałują na siebie. Lekarz rezydent w trakcie trwania rezydentury nie może ubiegać się o podwyżkę, o której mowa w art. 4 ustawy, ponieważ mogą ją otrzymać wyłącznie lekarze, lekarze dentyści posiadający specjalizację. Jednocześnie zgodnie z art. 16 ea ust. 1 ustawy o zawodach rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Nie ma również przeszkód by lekarz rezydent po utrzymaniu dodatku 700 zł/600zł otrzymał następnie zwiększone wynagrodzenie w ramach rezydentury na podstawie odpowiedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia.

**7.** Jak wygląda waloryzacja składek ZUS w świetle zmian wprowadzonych ustawą zmieniającą?

Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw nie reguluje kwestii waloryzacji składek ZUS. Waloryzacja taka uregulowana jest w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Jeżeli chodzi o to, kto ponosi konsekwencje wzrostu składek ZUS, który nastąpi w związku ze wzrostem wynagrodzeń rezydentów, o którym mowa w art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach, to zgodnie z ust. 1 tego artykułu środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury zapewni minister właściwy do spraw zdrowia (przekazuje je na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym lekarzy rezydentów). Natomiast wszelkie dokumenty i środki finansowe na składki na ubezpieczenie społeczne przekazywane do ZUS związane ze zmianą wynagrodzenia składa i opłaca płatnik składek tj. pracodawca.

**8.** Czy istnieje możliwość „odpracowania” świadczenia określonego w art. 2b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (*Dz.u. 2018 poz. 617,650, 697,1515*), poprzez świadczenie przez lekarza usług w stacji krwiodawstwa?

Zgodnie z art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach zobowiązanie, które składa lekarz rezydent celem uzyskania wyższego wynagrodzenia obejmuje wykonywanie zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

Zgodnie natomiast z art. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (*Dz. U. z 2017 r. poz. 1371, z późn. zm.*) zadania w zakresie pobierania krwi i jej składników, preparatyki oraz zaopatrzenia w krew lub jej składniki do celów określonych w ustawie realizują jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, takimi jednostkami (zgodnie z art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r.) są regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Natomiast zgodnie z art. 23 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. regionalne centra, dalej RCKiK, są:

- 1) spółkami kapitałowymi, o których mowa w przepisach o działalności leczniczej,
- 2) samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej – tworzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, i są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie zadań określonych w art. 27 ust. 1 pkt 1, 3-5, 7, 8 i 11-13 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.*) podmiotami leczniczymi są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Natomiast zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej Skarb Państwa reprezentowany przez ministra (...) może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Definicję świadczeń opieki zdrowotnej zawiera art. 5 pkt. 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.*), zgodnie z którym pojęcie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące.

W związku z powyższym nie ma wątpliwości, że RCKiK są podmiotami wykonującym działalność leczniczą, udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Okoliczność tę potwierdza fakt, iż RCKiK wpisane są do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Odnosząc się do kwestii finansowania działalności RCKiK, podkreślić należy, iż poza dotacją ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w pozostałym zakresie jednostki te uzyskują środki finansowe w wyniku prowadzenia działalności statutowej polegającej na wydawaniu krwi i jej składników do podmiotów leczniczych (szpitali). Wysokość opłaty za krew i jej składniki przekazane do podmiotów leczniczych określana jest corocznie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, natomiast środki finansowe dla centrów z tego tytułu są środkami publicznymi pozostającymi w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Podmioty lecznicze w tym systemie jedynie przekazują RCKiK (w zamian za otrzymaną krew i jej składniki) środki finansowe otrzymane z NFZ. Wobec powyższego stanowisko, iż RCKiK są finansowane ze środków publicznych, uznać należy za zasadne.

Ponadto zauważyć należy, iż określając podmioty realizujące zadania wskazane w ustawie, używa określenia „jednostki publicznej służby krwi”, do której zalicza m.in. RCKiK. Podkreśla to rangę oraz miejsce w systemie opieki zdrowotnej tych jednostek.

Z uwagi na powyższe RCKiK należy uznać za podmiot wykonujący działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**9.** Czy przy składaniu wniosku, o którym mowa w art. 2b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (*Dz.u. 2018 poz. 617,650, 697,1515*), można wskazać dowolny termin, od którego lekarz chciałby pobierać świadczenie?

Lekarz nie może wskazać w deklaracji, w której składa zobowiązanie, o którym mowa w art., 16j ust. 2b ustawy o zawodach, terminu od którego chce pobierać zwiększone wynagrodzenie. Zgodnie z ust. 2e tego artykułu zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację, o której mowa w ust. 2c.

Lekarz ma zatem możliwość wpływu na termin wypłaty zwiększonego wynagrodzenia jedynie przez wybór dnia złożenia zobowiązania (deklaracji).

**10.** Czy praca w systemie teleradiologii (*praca w domu*) może być uznana za świadczenie tożsame, objęte wykluczeniem do pobierania przez lekarza specjalistę zwiększonego do 6750 zł wynagrodzenia, jeżeli lekarz wykonuje tę pracę dla ośrodka mającego kontrakt na usługi całodobowe i całodzienne? W jakich przypadkach usługi z zakresu teleradiologii są zabronione i czy istnieją wyłączenia?

Ustawa nie różnicuje sytuacji prawnej lekarza w zależności od formy organizacji pracy / udzielania świadczeń u danego świadczeniodawcy. Zatem praca w systemie te-

leradiologii podlega takim samym regułom jak inne świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarzy, którzy podpisali zobowiązanie.

Zakaz udzielania świadczeń, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy, z zastrzeżeniem włączeń tam zawartych, dotyczy:

- 1) udzielania świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych – przez co należy rozumieć świadczenia udzielane na rzecz pacjentów, którym udzielane są świadczenia w trybie całodobowym lub całodziennym,
- 2) u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach.

Jeżeli lekarz zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych, wykonuje np. opisy TK czy MRI w warunkach AOS (tj. na rzecz pacjentów przyjętych w trybie ambulatoryjnym/rozliczanych w ramach umowy na AOS) albo u świadczeniodawcy udzielającego tych świadczeń komercyjnie to zakazu nie łamie. Lekarz specjalista, który złoży zobowiązanie z art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy nie może natomiast udzielać u innego świadczeniodawcy świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych (tj. na rzecz pacjentów przyjętych w trybie całodobowym lub całodziennym / rozliczanych w ramach np. umowy na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego).

**11.** Czy w okresie przebywania na urlopie wychowawczym (*macierzyńskim*) w okresie wejścia w życie ustawy i po nim, przysługuje wyrównanie, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej, czy świadczenie to przysługuje dopiero po powrocie z urlopu wychowawczego (*macierzyńskiego*)? Czy przebywanie na urlopie wychowawczym (*macierzyńskim*) ogranicza możliwości złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej? Czy w przypadku lekarki, która złoży oświadczenie do dnia 7 września, należne jest wyrównanie świadczenia od 1 lipca, pomimo przebywania na urlopie macierzyńskim (*wychowawczym*) i co za tym idzie rewaloryzacji świadczenia pieniężnego wypłacanego w ramach urlopu macierzyńskiego (*wychowawczego*)? Wg. naszej interpretacji prawnej przebywanie na ww. urlopie nie ogranicza możliwości złożenia oświadczenia, a zwiększone na jego podstawie wynagrodzenie zasadnicze powinno być przyczynkiem do rewaloryzacji i powtórnego przeliczenia świadczenia. Czy Minister Zdrowia podziela tę interpretację?

Przebywanie przez lekarza specjalistę na urlopie wychowawczym lub na urlopie macierzyńskim nie uniemożliwia złożenia zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ustawy. Jednocześnie fakt podwyższenia wynagrodzenia nie wpływa na zasady wypłacania i sposób obliczania wysokości świadczeń związanych z korzystaniem z urlopu wychowawczego lub macierzyńskiego, które są ustalone w przepisach odrębnych. Należy mieć również na względzie, że w trakcie tych urlopów nie jest wypłacane wynagrodzenie, lecz określone w przepisach odrębnych świadczenia. Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia i przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ZUS pracownika na urlopie macierzyńskim / wychowawczym bierze się pod uwagę wysokość wynagrodzenia pracownika, jakie uzyskiwał on przed rozpoczęciem urlopu macierzyńskiego / wychowawczego. Jeżeli podwyższenie wynagrodzenia, o którym mowa w art. 4 i 9 ustawy, nastąpiło okresie brany pod uwagę przy obliczaniu wy-

sokości świadczenia lub składek na ZUS, to przy ich obliczeniu powinno się uwzględniać wynagrodzenie w nowej wysokości.

**12.** Czy o zwiększone wynagrodzenie zasadnicze może ubiegać się lekarz specjalista pracujący w przyszpitalnej poradni AOS? Wg. interpretacji Ministra Zdrowia lekarz ten może otrzymywać zwiększone do 6750 zł wynagrodzenie. Czy jest to wykładnia prawa?

Warunkiem koniecznym dla skutecznego złożenia przez lekarza specjalistę zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 jest zatrudnienie na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy, który zawarł z NFZ umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestnictwo w udzielaniu tych świadczeń. Zgodnie z art. 4 ust. 3 pkt 1 ustawy dla skuteczności zobowiązania niewystarczające jest więc tylko zatrudnienie na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy, który zawarł z NFZ umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Lekarz specjalista u świadczeniodawcy, któremu składa zobowiązanie musi jednocześnie uczestniczyć w udzielaniu świadczeń wykonywanych w warunkach całodobowych lub całodziennych (tj. udziela ich pacjentom leczonym w tych warunkach).

**13.** Co oznacza sformułowanie w interpretacji Ministra Zdrowia, iż „*konsultacje w innym podmiocie są traktowane jak AOS (aczkolwiek będą ściśle kontrolowane)*”? Czy istnieją przypadki, w których konsultacje świadczone w innym podmiocie objętym wykluczeniem, traktowane podobnie jak AOS będą wyłączane? Jeżeli tak, to jakie są to przypadki? Który punkt ustawy o tym mówi? Jakie warunki musi spełnić konsultowanie pacjentów w innym szpitalu, aby uznane było jako świadczenie AOS, a jakie okoliczności przesądzą, iż nie będzie tak traktowane?

Zakaz konkurencji nie dotyczy sytuacji, gdy lekarz udzielający konsultacji na rzecz danego świadczeniodawcy nie jest wykazany w harmonogramie – zasoby, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę na zakres świadczeń, w ramach którego odbywa się taka konsultacja.

**14.** Czy lekarz pobierający wyższe wynagrodzenie na podstawie ww. ustawy zmieniającej może pracować w AOS innego szpitala wykonując te same usługi? Jeżeli nie, to czy może pracować w AOS innego szpitala wykonując inne usługi? Np. lekarz ginekolog otrzymujący zwiększone do 6750 zł wynagrodzenie chciałby podjąć pracę w poradni przyszpitalnej szpitala zakaźnego. Czy sytuacja taka jest objęta zakazem konkurencji?

Zakaz udzielania świadczeń, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy, z zastrzeżeniem wyłączeń tam zawartych, dotyczy:

- 1) udzielania świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych – przez co należy rozumieć świadczenia udzielane na rzecz pacjentów, którym udzielane są świadczenia w trybie całodobowym lub całodziennym
- 2) u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jeżeli lekarz udziela u świadczeniodawcy innego niż ten, u którego złożył zobowiązanie, wyłącznie świadczeń wobec pacjentów leczonych ambulatoryjnie, to nie łamie tego zobowiązania, nawet jeśli podmiot ten ma umowę z NFZ w zakresach wymienionych w art. 4 ust. 3 pkt 2.

**15.** Czy lekarz rezydent zmieniający od września miejsce pracy powinien złożyć oświadczenie do poprzedniego pracodawcy (*lipiec i sierpień*) czy do nowego, lub do obu? Który pracodawca wypłaci zaległe świadczenia z wyrównaniem od lipca 2018 roku?

W sytuacji, gdy lekarz od 1 września 2018 r. zmienia miejsce odbywania specjalizacji i w poprzedniej jednostce nie złożył jeszcze deklaracji, o której mowa w art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach, to aby uzyskać wyrównanie podwyżki od 1 lipca 2018 r., dokument ten powinien złożyć zarówno w nowym jak i starym miejscu zatrudnienia (może być kopia). Każdy pracodawca wypłaca podwyższone wynagrodzenie odpowiednio do okresu zatrudnienia lekarza.

**16.** Czy lekarz specjalista psychiatrii pracujący na podstawie stosunku pracy w szpitalu nie może pracować w Poradni Zdrowia Psychicznego (*u innego świadczeniodawcy*)? Jeżeli tak, czy nie jest to dyskryminacja tej grupy lekarzy specjalistów, w stosunku do lekarzy innych specjalności łączących pracę w szpitalu i AOS?

Lekarz specjalista pracujący na podstawie stosunku pracy w szpitalu może dodatkowo pracować w Poradni Zdrowia Psychicznego, ponieważ jest to praca wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, a zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ambulatoryjna opieka zdrowotna – to udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Powyższa sytuacja nie łamie zakazu, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy.

**17.** Czy lekarz rezydent chorób wewnętrznych, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w momencie, w którym ww. specjalizacja nie należała do priorytetowych dziedzin medycyny, a obecnie jest do nich zaliczana otrzyma „*dodatek patriotyczny*” jak dla specjalizacji priorytetowej? Czy na wysokość dodatku patriotycznego ma znaczenie, kiedy dana specjalizacja stała się priorytetową dziedziną medycyny?

Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r., poz. 1532) lekarzowi, który złożył zobowiązanie w terminie 14 dni od wejścia w życie ww. ustawy, zwiększone wynagrodzenie zasadnicze wypłaca się od 1 lipca 2018 r. Jeżeli w dniu 1 lipca 2018 r. lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej to zgodnie z ww. ustawą wynagrodzenie zasadnicze wzrasta o 700 zł miesięcznie.

Minister Zdrowia w dniu 6 września 2018 r. podpisał rozporządzenie w sprawie nowych dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe, które wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 1 lipca 2018 r. Choroby wewnętrzne są jedną z dziedzin, które staną się prio-

rytetowe na podstawie ww. rozporządzenia co oznacza, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie, po złożeniu w odpowiednim terminie zobowiązania, otrzyma podwyższone wynagrodzenie zasadnicze w wysokości 700 zł miesięcznie od 1 lipca 2018 r.

**18.** Czy figurowanie na liście współpracowników innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ przy jednoczesnym nieudzielaniu przez lekarza odpłatnie świadczeń zdrowotnych u tego świadczeniodawcy umożliwia złożenie oświadczenia uprawniającego do wynagrodzenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej?

Zobowiązanie określone w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy obejmuje zakaz udzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Uprawnionym jest więc stwierdzenie, że opisana sytuacja mieści się w normie wynikającej z przepisu art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy, tj. stanowi odpłatne udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach całodobowych lub całodziennych (tj. wobec pacjentów, którym udzielane są świadczenia w takich warunkach), u świadczeniodawcy innego, niż ten u którego lekarz złożył zobowiązanie, realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa nie wskazuje, że lekarza musi łączyć bezpośrednio więź prawna z tym świadczeniodawcą. Dodatkowo znajduje to potwierdzenie w fakcie, że lekarz taki jest prawdopodobnie wykazany w harmonogramie – zasoby, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ świadczeniodawcy, u którego udziela świadczeń.

**19.** Czy pracodawca ma możliwość ograniczenia w całości lub części uprawnienia do wynagrodzenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej, jedynie wobec lekarzy dyżurujących?

Warunki, których spełnianie uprawnia lekarza specjalistę do otrzymania wzrostu wynagrodzenia zasadniczego do wysokości 6750 zł określone są w art. 4 ust. 3 ustawy. Ustawodawca nie przewidział możliwości wprowadzania przez świadczeniodawców kolejnych – niewskazanych w ustawie warunków, które ograniczałyby krąg lekarzy specjalistów mogących skorzystać ze wzrostu wynagrodzenia.

**20.** Czy dyżury świadczone w formie niestacjonarnej rozumiane są jako świadczenia tożsame, wyłączające możliwość uzyskania wynagrodzenia określonego w art. 4 ust. 2 ustawy zmieniającej?

Zobowiązanie o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 obejmuje zakaz udzielania przez lekarza odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca w art. 4 ust. 3 pkt 2 nie przewidział wyjątków od tej zasady. Każde odpłatne udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy niezależnie od tego, w jakiej odbywa się formie organizacji pracy (dyżur, podstawowy

czas pracy, praca w ramach umowy cywilnoprawnej) stanowiłoby naruszenie zobowiązania, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy.

**21.** Czy zmiana odbywania specjalizacji z trybu rezydentury na tryb pozarezydencki powoduje zwrot świadczenia, o którym mowa w art. 2b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czy tryb pozarezydencki wlicza się już do odpracowywania świadczenia?

Zmiana trybu odbywania specjalizacji ma znaczenie, ponieważ lekarz przestaje pobierać wynagrodzenie z tytułu rezydentury, więc również w tej zwiększonej części. Nie jest tutaj spełniona przesłanka zaprzestania realizacji programu specjalizacji (oczywiście o ile lekarz ją kontynuuje), więc lekarz nie jest zobowiązany do zapłaty kary jedynie z tego

kluczeniem do otrzymywania zwiększonego wynagrodzenia, w przypadku, gdy praca w centrum krwiodawstwa jest pracą dodatkową, czy też nie?

Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa nie podpisują umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, dlatego też art. 4 ustawy, ich nie dotyczy.

**23.** Poniżej zgrupowano najczęściej pojawiające się „przypadki” wątpliwości interpretacyjnych podawanych przez lekarzy i lekarzy dentystów, członków naszej Izby i przedstawiono je w formie tabeli. Dla niepowielania tożsamy pytań uprzejmie prosimy poprzez wypełnienie rubryki na końcu tabeli o określenie stanu faktycznego po wejściu w życie omawianej ustawy zmieniającej i przedstawieniu interpretacji Ministra Zdrowia.

L.p.	Lekarz uczestniczy w udzielaniu świadczeń w warunkach całodobowych/ całodziennych w podmiocie macierzystym	Podmiot dodatkowy, w którym zatrudniony jest lekarz, posiada umowę z NFZ w jednym z zakresów o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-12, 15 i 16 usoz	Lekarz w Podmiocie dodatkowym udziela świadczeń komercyjnie lub w ramach kontraktu z NFZ	Lekarz bierze udział w wykonywaniu świadczeń z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-12, 15 i 16 usoz	Przykład wykonywanej pracy w Podmiocie dodatkowym	<u>Czy opisany przypadek stanowi naruszenie zakazu konkurencji?</u>
	TAK	NIE	Komercyjne	-	Prywatny gabinet bez kontraktu z NFZ	
	TAK	NIE	NFZ	-	Wykonywanie kontraktu POZ/AOS	
	TAK	NIE	Komercyjne	-	Odpłatne konsultacje pacjentów hospitalizowanych w ramach świadczeń całodobowych lub całodziennych	
	TAK	TAK	Komercyjne	TAK	Odpłatne konsultacje pacjentów hospitalizowanych w ramach świadczeń całodobowych lub całodziennych	
	TAK	TAK	NFZ	NIE	Wykonywanie kontraktu POZ/AOS	
	TAK	TAK	NFZ	TAK	Wykonywanie kontraktu POZ/AOS	
	TAK	NIE	Komercyjne	-	Komercyjne leczenie w szpitalu bez kontraktu z NFZ	
	TAK	TAK	Komercyjne	TAK	Komercyjne leczenie w szpitalu z kontraktem z NFZ	

tytułu. Lekarz ten jest natomiast zobowiązany do odpracowania, zgodnie z treścią zobowiązania, po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego, przy czym zastosowanie będzie miał tutaj przepis art. 16j ust 2g ustawy o zawodach, zgodnie z którym w przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2b, ulega proporcjonalnemu skróceniu.

W odniesieniu do drugiej części pytania, zgodnie z art.16j ust. 2b ww. ustawy o zawodach lekarz zobowiązuje się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Oznacza to, że odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim nie może wliczać się w okres odpracowywania zobowiązania.

**22.** Czy świadczenie usług w centrum krwiodawstwa należy rozumieć *sensu largo* jako świadczenia tożsame, objęte wy-

Odniesienie do przypadków opisanych w tabeli:

- 1) nie stanowi;
- 2) nie stanowi;
- 3) nie stanowi;
- 4) stanowi;
- 5) nie stanowi;
- 6) stanowi jeżeli udziela świadczeń pacjentom leczonym w trybie całodziennym lub całodobowym. Jeśli udziela świadczeń tylko w trybie ambulatoryjnym to nie stanowi
- 7) nie stanowi;
- 8) pytanie zawiera wewnętrzną sprzeczność, która uniemożliwia udzielenie odpowiedzi. W kolumnie „lekarz w podmiocie dodatkowym udziela świadczeń komercyjnie lub w ramach kontraktu z NFZ” wskazano, że lekarz udziela w podmiocie dodatkowym świadczeń komercyjnie, jednocześnie wskazując w kolumnie „lekarz bierze udział w wykonywaniu świadczeń z zakresów o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-12, 15 i 16 usoz”, że lekarz uczestniczy w udzielaniu świadczeń z tych zakresów.

oprac. OIL w Warszawie

# UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

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

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

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



**60 zł**  
**10 zł**

## WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ OD 1 STYCZNIA 2015 R.

→ podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyków

→ 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

Prosimy o dokonywanie opłat składek na indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: [www.izba-lekarska.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/](http://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).



# CENTRUM KARIERY LEKARZA

PRZYJDŹ DO BIURA OBSŁUGI LEKARZA  
– NAPIJ SIĘ KAWY  
I ZAPOZNAJ SIĘ Z OFERTAMI PRACY:

[www.izba-lekarska.pl/oferty-pracy](http://www.izba-lekarska.pl/oferty-pracy)  
[www.facebook.com/centrumkarierylekarza/](https://www.facebook.com/centrumkarierylekarza/)

CENTRUM KARIERY LEKARZA ZAPRASZA

## Godziny pracy OIL w Warszawie

### Biuro OIL

poniedziałek – piątek: od 8.00 do 16.00

### Kasa

poniedziałek, wtorek: od 9.00 do 15.30,

środa: od 9.00 do 17.00,

czwartek, piątek: od 9.00 do 15.30

(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.

---

**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](mailto:p.rejestracja@oilwaw.org.pl) lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

## Fundusze na sprzęt

**Samorząd Województwa Mazowieckiego przeznaczył 9,5 mln zł dla szpitala w Makowie Mazowieckim oraz 4 mln zł dla szpitala w Węgrowie.**

Środki pochodzą z Regionalnego Programu Województwa Mazowieckiego 2014–2020. Makowski szpital przeznaczył pozyskane fundusze na modernizację infrastruktury i wyposażenia medycznego oddziałów kardiologii i onkologii.

Ze szpitalem w Węgrowie podpisano umowę o dofinansowanie projektu „Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgrowie poprzez doposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny”. W ramach projektu zostanie kupione wyposażenie medyczne do Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, m.in. sprzęt do pracowni endoskopii i do pracowni tomografii komputerowej: 64-rzędowy tomograf komputerowy z konsolą lekarską i automatycznym wstrzykiwaczem środka cieniującego. Poza tym placówka nabędzie aparat USG i przeprowadzi ucyfrowienie aktualnie użytkowanych urządzeń służących do przeprowadzania badań RTG i mammografii.

## Nowa aparatura „Na Wrzesinie”

**Pruszkowski Szpital Powiatowy otrzyma sprzęt i aparaturę medyczną wartą ponad 2 mln zł.**

Z dotacji powiatu pruszkowskiego i środków własnych szpitala „Na Wrzesinie” kupiono m.in.: najnowocześniejsze urządzenia do USG, stół operacyjny, kolumnę laparoskopową, narzędzia chirurgiczne, aparat do znieczuleń, respirator, kardiomonitor, aparaty Holtera, spirometr, gastroskopy, łóżka porodowe, aparaty KTG do monitorowania tętna płodu, lampy do fototerapii oraz stanowisko do resuscytacji noworodka.

## Młody naukowiec wyróżniony

**Dr n. med. Paweł Balsam z I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM został wybrany na przewodniczącego Komisji Młodych Elektrofizjologów w European Heart Rhythm Association.**

Wybory władz na kadencję 2018–2020 odbyły się w sierpniu podczas kongresu European Society of Cardiology w Monachium. EHRA, będąca częścią Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, to największa europejska organizacja zajmująca się zaburzeniami rytmu serca.

## Nagrodzone w Japonii

**Stymulator polimodalnej percepcji sensorycznej – Skarżyńskiego oraz kapsuła badań zmysłów zostały nagrodzone w ramach trzecich targów Japan Design, Idea & Invention Expo-2018.**

Stymulator polimodalnej Percepcji Sensorycznej – Skarżyńskiego został opracowany, a następnie wdrożony jako innowacyjne urządzenie oraz program do diagnostyki i terapii centralnych zaburzeń słuchu wspólnie z Instytutem Narządów Zmysłów oraz Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy „Medincus”. Liderem projektu dofinansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach przedsięwzięcia Strategmed jest Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z zespołami Politechniki Warszawskiej, WUM, Collegium Medicum w Bydgoszczy, INZ, MCSiM „Medincus” oraz „Greenfusion”. Uroczyste ogłoszenie wyników i wręczenie medali odbyło się 5 sierpnia. Symulator oraz kapsuła badań zmysłów, pierwsze zintegrowane urządzenie do badania wielu zmysłów człowieka, nagrodzone zostały złotymi medalami w kategorii wynalazków. Poza tym twórcom kapsuły przyznano specjalną nagrodę: Best International Design Award. Głównym celem targów była wymiana pomysłów naukowców, pracowników uniwersytetów i innych ośrodków naukowych oraz firm promujących innowacyjność w skali światowej.

## Nagrody Rady Ministrów

**W tym roku prezes Rady Ministrów przyznał 44 wyróżnienia za wybitną działalność naukową i artystyczną oraz rozprawy doktorskie i habilitacyjne.**

Wśród laureatów znaleźli się: Małgorzata Bobrowicz z Zakładu Immunologii WUM za pracę doktorską „Wpływ inhibitorów deacetylaz histonów na regulację cząsteczek CD20 w komórkach nowotworowych” oraz Joanna Agata Motyl z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN za pracę doktorską „Znaczenie kinazy sfingozyny-1 oraz sfingozyno-1-fosforanu w doświadczalnym modelu choroby Parkinsona oraz w farmakologicznej cytoprotekcji”. Ponadto zespołowi naukowców, w skład którego wchodził dr hab. Łukasz Szarpak z Zakładu Medycyny Ratunkowej WUM, przyznano III nagrodę w kategorii „Osiągnięcie naukowo-techniczne” za „Program ECMO dla Wielkopolski” (ECMO, czyli techniki mechanicznego wspomaganie krążenia, pozwalające na czasowe zastąpienie funkcji układu oddechowego lub krążenia i oddechowego pacjentów w stanach krytycznych). ■ **pk**



**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**



# RCO w ofensywie

Fotografie: archiwum szpitala



**R**adomskie Centrum Onkologii od 1 lipca przeprowadza specjalistyczne operacje z zakresu chirurgii onkologicznej. Starania o podpisanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia trwały od czasu otwarcia placówki w czerwcu 2016 r. Apelowali o to radomscy radni, przedstawiciele Stowarzyszenia „Amazonki-Dana” oraz sami pacjenci. Choć RCO dysponowało 20-łóżkowym oddziałem chirurgicznym, salami operacyjnymi, w których można było wykonywać zaawansowane zabiegi laparoskopowe i endoskopowe, Oddziałem Intensywnej Opieki Medycznej, a także zespołem doświadczonych lekarzy i wykwalifikowanego personelu pomocniczego, NFZ regularnie odmawiał finansowania świadczeń. – *Cieszymy się, że fundusz wysłuchał wreszcie głosu chorych, bo oni są tu najważniejsi. Dzięki tej decyzji pacjenci z Radomia mają na miejscu kompleksowy szpital onkologiczny* – komentowała Dorota Ząbek, dyrektor placówki.

## Przywrócić radość życia

Już kilka dni później zespół chirurgów pod kierunkiem ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej dr. hab. n. med. Zorana Stojceva z sukcesem zoperował kobietę cierpiącą na raka piersi oraz chorą z nowotworem żołądka. – *Pacjentki czują się dobrze, w obu przypadkach nowotwory zostały usunięte.*

Pod koniec sierpnia Zoran Stojcev przeprowadził pierwsze w Radomiu zabiegi rekonstrukcji piersi u kobiet poddanych wcześniej mastektomii z powodu nowotworu. U jednej z nich podczas jednego zabiegu wykonano tzw. podskórną mastektomię z jednoczesną rekonstrukcją.

Lekarze z RCO podkreślają, że aspekt psychologiczny i samopoczucie kobiet z nowotworem piersi są niezmiernie ważne w leczeniu raka, a utrata piersi stanowi czynnik odbierający często radość życia i motywację do walki z chorobą. Szacuje

się, że spośród 250–300 pacjentek operowanych rocznie w RCO z powodu raka piersi u około 60 będzie można przeprowadzić rekonstrukcję.

## Pierwszy PET w Radomiu

W lipcu placówka uruchomiła także jednodniowy Oddział Gastroenterologii, w którym wykonuje się badania endoskopowe przewodu pokarmowego: gastroscopię i kolonoskopię. Miesiąc później została otwarta Poradnia Nefrologiczna. Świadczenia są finansowane w ramach kontraktu z NFZ.

Od kilku miesięcy w RCO przeprowadza się także badania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) wykorzystywane do wykrycia nawet niewielkich zmian nowotworowych w wczesnej fazie rozwoju oraz monitorowania procesu leczenia. Placówka posiada jeden z najnowocześniejszych tego typu aparatów w Polsce.

RCO nie ma jednak kontraktu z NFZ na to badanie, dlatego za procedurę pobierane są opłaty. – *Liczymy na to, że w przyszłości pozytonowa tomografia emisyjna zostanie zakontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia* – mówi Dorota Ząbek. ■

**Rafał Natorski**





# Zawód zaufania

Przedstawiciele samorządów zawodowych wzięli udział w konferencji „Zawody zaufania publicznego – przeszłość, terażniejszość, przyszłość”. Uczestnicy rozmawiali o problemach, z jakimi mierzą się ich organizacje, i roli zawodów zaufania publicznego w życiu społecznym. W debacie wzięli udział m.in. reprezentanci samorządów lekarzy, adwokatów, architektów, radców prawnych, inżynierów budownictwa, komorników, rzeczników patentowych.

Adam Bodnar, rzecznik praw obywatelskich, przytoczył art. 17, ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawujące pieczęć nad należytych wykonywaniem takich zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Następnie powiedział: – Samorzady nie są tworzone same dla siebie. Ich funkcjonowanie jest gwarancją jakości usług i rzetelnego działania osób do nich należących, zgodnie z wiedzą i w oparciu o postępy nauki.

O kryzysie zaufania do instytucji samorządu zawodowego mówił rzecznik patentowy Bartosz Krakowiak, wiceprzewodniczący Odwoławczego Sądu Dyscyplinarnego Polskiej Izby Rzeczników Patentowych. Jako filary zaufania, na którym powinny opierać się zawody zaufania publicznego, wymienił wiedzę i kompetencje oraz odpowiedzialność wobec społeczeństwa. Zwrócił uwagę na rolę sądów dyscyplinarnych w samorządzie: – Czuwają nad odpowiedzialnością zawodową przedstawicieli samorządu, aby pokazać społeczeństwu, że potrafimy pilnować sami siebie i wysokich standardów. Inaczej inni zrobią to za nas.

Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie, adw. Miłkołaj Pietrzak, podkreślił: – Rolą samorządu zawodowego jest, aby adwokat, architekt, inżynier budownictwa kierowali się zasadami rzemiosła i etyką, a także odpowiadali wobec swojej grupy zawodowej zgodnie z zasadami deontologicznymi.

Wiceprezes ORL w Warszawie Krzysztof Madej stwierdził, że samorzady zawodów zaufania publicznego zrzeszają i reprezentują osoby wykonujące zawody, które wiążą się z dużą suwerennością podejmowanych decyzji, służące ochronie najwyższych wartości ludzkich i obywatelskich: życia, zdrowia, wolności, a ich cechą jest rozstrzygnięcie dylematów moralnych. Przypomniał, że lekarzy obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej. – Ma on długą tradycję, oczywiście jest nowelizowany, ale w podstawie, doktrynie nie zmienia się. Wiceprezes podkreślił, że podstawą relacji między lekarzem a pacjentem i społeczeństwem jest nie tylko dobre rzemiosło. – System ochrony zdrowia ma ogromne znaczenie dla tej relacji – zapewnił. – Lekarze pracują w środowisku, które mimo upływu 30 lat od zmian ustrojowych w Polsce i wprowadzanych reform w ochronie zdrowia wciąż nie ma wypracowanego modelu funkcjonowania. Marzymy, żeby samorząd lekarski brał udział w tworzeniu rozwiązań systemowych, miał wpływ ekspercki na model ochrony zdrowia. Zawód lekarza, jako zawód wolny, nie istnieje ze względu na uwarunkowania. Współczesna medycyna jest działaniem zespołowym.

Konferencja została zorganizowana przez Mazowieckie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego w ramach akcji „#Zaufani do 100 lat” z okazji 100-lecia istnienia niezależnych samorządów zawodowych w Polsce. ■ **ach**



WEJDŹ NA  
PROSENIORE.PL

KONKURS DLA SENIORÓW

# HISTORIA ŻYCIA

WEŹ UDZIAŁ W KONKURSIE

SPONSOR NAGRODY GŁÓWNEJ

  
FUNDACJA  
PRO SENIORE

  
SŁONECZNY  
ZDRÓJ  
★★★★  
HOTEL MEDICAL SPA & WELLNESS

# Razem na rzecz onkologii



**E**pidemia chorób nowotworowych dotyka wszystkie kraje wysoko rozwinięte, powstają kolejne organizacje, które próbują zwracać uwagę opinii publicznej i polityków na konieczność poprawy efektywności i stabilności opieki onkologicznej oraz sytuacji pacjentów. W 2016 r. powstała międzynarodowa organizacja All.Can, która nakreśliła sobie takie właśnie cele.

20 wybitnych specjalistów onkologów, przedstawicieli pacjentów i przemysłu farmaceutycznego weszło w skład polskiej Grupy Sterującej All.Can, która zamierza prowadzić taką samą akcję w naszym kraju.

Pierwszym rezultatem ich pracy jest raport „All.Can: poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski”. Z analizy porównawczej efektów leczenia w różnych krajach Europy wynika, że Polska ma znacznie niższe wskaźniki przeżywalności chorujących na nowotwory od średniej europejskiej. Wydatki na opiekę on-

kologiczną w stosunku do obciążenia chorobą dla czterech głównych typów nowotworów w Polsce także utrzymują się zdecydowanie poniżej średniej europejskiej. Do priorytetowych obszarów, które wymagają najpilniejszej poprawy, zaliczono m.in. efektywniejszą alokację środków na opiekę onkologiczną, zwiększenie roli profilaktyki pierwotnej i badań przesiewowych, szybszy i szerszy dostęp do innowacyjnych technologii medycznych.

– *Należy dążyć do uporządkowania całego systemu walki z rakiem w Polsce we wszystkich jego obszarach: medycznym, społecznym, edukacyjnym i finansowym. W tym celu konieczne jest przyspieszenie pracy nad wdrażaniem „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”, czyli polskiego Cancer Plan, który zawiera te wszystkie elementy* – twierdzi prof. Jacek Jassem, członek Grupy Sterującej All.Can.

Jest już rok 2018, a program nadal nie został wdrożony! ■ **mkr**

## Żywnienie dojelitowe

**D**la niektórych pacjentów ten rodzaj żywienia to jedyny sposób uniknięcia poważnych komplikacji chorobowych, a nawet śmierci głodowej.

– *W Polsce żywnienie dojelitowe jest refundowane przez NFZ i w przypadku dzieci nie ma żadnych ograniczeń finansowych. W Centrum Zdrowia Dziecka tą drogą jest żywionych około 200 pacjentów, a blisko 50 – pozajelitowo* – mówi prof. Janusz Książyk z CZD, prezes Polskiego Towarzystwa Żywnienia Klinicznego Dzieci. – *Nieco gorzej jest z dorosłymi, w niektórych województwach nie wszyscy mogą z żywienia dojelitowego korzystać.*

Problem polega na tym, że NFZ limituje wydatki na żywnienie dojelitowe dorosłych w warunkach domowych, tworzą się kolejki oczekujących. A przecież jest ono o 70–80 proc. tańsze niż utrzymywanie pacjentów w szpitalu. Notuje się, że pacjenci w domu szybciej się regenerują: waga ich ciała szybciej rośnie (u dzieci aż o 40 proc.), podnosi się komfort życia i kondycja, a dzięki temu maleje ryzyko powikłań.

Niedożywienie jest problemem interdyscyplinarnym, może występować w wyniku szerokiego spektrum zaburzeń.

– *Grupą pacjentów szczególnie narażonych na niedożywienie są dzieci, bo zapotrzebowanie ich organizmów na energię i składniki odżywcze jest bardzo wysokie, niedobory mogą zaś przyczynić się do zaburzeń wzrastania* – wyjaśnia prof. Książyk.

Teoretycznie w żywieniu dojelitowym można stosować zwykłe „kuchenkowe” jedzenie, tylko zmiksowane. Bardzo trudno jednak wówczas o właściwe zbilansowanie wartości odżywczych, dlatego lekarze zalecają pokarmy przygotowywane „przemysłowo”, według starannie opracowanej diety.

Ten rodzaj żywienia jest w Polsce refundowany przez NFZ od 2007 r. i dobrze zorganizowany. W przekonaniu decydentów o konieczności jego stosowania wielką zasługę miał nieżyjący już prof. Marian Pertkiewicz.

Żywnienie dojelitowe jest coraz szerzej znane, coraz liczniejsi lekarze rodzinni potrafią zidentyfikować problem i skierować pacjenta do poradni żywieniowej. ■

**mkr**

### POSZUKIWANI LEKARZE SĄDOWI

**Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu, Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Okręgowy Warszawa-Praga, Sąd Okręgowy w Ostrołęce oraz Sąd Okręgowy w Płocku** poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: [sekretarz@oilwaw.org.pl](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl).

### **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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl).



**Zbierz 200 punktów edukacyjnych  
i graj o 3000 zł!**

## **Kształcenie ustawiczne lekarza jest dobrem wspólnym całego społeczeństwa, a szczególnie chorego i dysponenta środków**

**Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,**

kształcenie ustawiczne jest naszym obowiązkiem moralnym, ale i administracyjnym, dlatego nie wystarczy aktualizować wiedzę, trzeba jeszcze dopełnić wymogów formalnych i udokumentować jej systematyczne zdobywanie.

Mimo że stosowne rozporządzenie ministra zdrowia nie penalizuje zaniechania obowiązku kształcenia ustawicznego i dostarczenia do macierzystej izby lekarskiej zaświadczeń o odbytych szkoleniach, życie weryfikuje takie zaniechanie w najmniej oczekiwanym momencie, np. w postępowaniu przed sądem lekarskim, cywilnym lub przed komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a szczególnie przy przyznawaniu różnych bonusów i gratyfikacji.

Wymóg systematycznego aktualizowania wiedzy lekarskiej wprowadzony został w większości krajów zachodnich i w wielu egzekwowany jest konsekwentnie.

W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie wprowadzony został system motywacyjny.

Uchwałą z 21 kwietnia 2017 r. Okręgowa Rada Lekarska ustanowiła nagrody pieniężne w wysokości 3 tys. zł przyznawane w drodze losowania. Biorą w nim udział lekarze, którzy w ostatnim zakończonym okresie rozliczeniowym uzyskali minimum 200 punktów edukacyjnych.

Najbliższe losowanie odbędzie się w I kwartale 2019 r.

Termin składania dokumentacji szkoleniowej w ODZ upływa 31 grudnia 2018 r.

**Życzymy szczęścia w losowaniu.**



Fot. archiwum

# Znachorzy i uzdrowiciele

Jarosław Kosiaty

**D**o mojej skrzynki w poczcie elektronicznej trafił ciekawy list. Imię nadawcy budziło zaufanie i kojarzyło się ze starszymi pacjentkami, czekającymi cierpliwie w kolejce przed gabinetem na swoją wizytę: „Dzień dobry, mam na imię Genowefa i chciałabym przedstawić Panu zalety bioterapii. Bioenergoterapia pomaga m.in. na: schorzenia kręgosłupa, dolegliwości układu krążenia, układ pokarmowy, choroby skóry, migrenę i bóle głowy, nerwicę i stany lękowe”.

Ucieszyłem się, ponieważ wcześniej nie znałem leków ani metod terapeutycznych o tak szerokim zakresie działania. Zamiast przepisywać moim pacjentom po kilkanaście wyrobów pазernego przemysłu farmaceutycznego, oddzielnie na dolegliwości układu krążenia, układu pokarmowego, choroby skóry i stany lękowe, załatwię wszystko za jednym razem. Zagłębiłem się w lekturę szczegółów. „Bioenergoterapia polega na odblokowywaniu u osoby chorej kanałów energetycznych (w medycynie chińskiej owe kanały nazwane są meridianami), co umożliwia organizmowi powrót do homeostazy i samodzielnego zwalczania choroby”.

„Kanały energetyczne” przywołały od razu z mojej pamięci obrazy z ulubionych filmów science fiction. Kto z nas nie chciałby się wcielić w dzielnego Maksa z filmu „Elizjum” (w tej roli świetny Matt Damon)? W nieodległym 2159 r. wyrusza on w niebezpieczną misję, aby zapewnić biednym ludziom, uwięzionym na zniszczonej Ziemi, korzystanie z najnowszych, cudownych osiągnięć medycyny (zarezerwowanych dla bogaczy zamieszkujących pobliską, pilnie strzeżoną stację kosmiczną; skąd my to znamy?).

Dalsza część listu rzeczywiście brzmiała jak scenariusz niezłego thrillera SF: „Istotą bioenergoterapii jest badanie oraz korygowanie zaburzeń energetycznych w polu bioplazmatycznym człowieka, zwanym aurą, za pomocą strumienia energii. Ludzka aura zawiera siedem warstw. Warstwy te są odpowiedzialne za stan zdrowia fizycznego i emocjonalnego, a co za tym idzie psychicznego. Wszelkie choroby somatyczne i psychiczne są odzwierciedlone i widoczne w ludzkiej aurze. Zadaniem bioenergoterapeuty jest zlokalizowanie owych zaburzeń i dokonanie korekty, mające na celu usunięcie blokad energetycznych, co ma być równoznaczne z odzyskaniem przez pacjenta zdrowia”.

Każdy mój pacjent ma zatem siedem warstw (pewnie w ziemie, gdy nadejdą ciężkie mrozy, będzie ich więcej). Wystarczy teraz „zlokalizować zaburzenie” w tych warstwach, „dokonać korekty” i „usunąć blokadę”. Sprawdza się stara maksyma moich profesorów ze studiów, że człowiek, a zwłaszcza lekarz, uczy się przez całe życie.

Jednak owa tajemna wiedza z pogranicza innych światów zarezerwowana jest dla nielicznych i wymaga wytężonej nauki. „Bioenergoterapia jest zawodem, który zdobywa się poprzez zdanie Egzaminu Państwowego w Cechu Rzemiosł

przy Izbie Rzemieślniczej. Egzamin taki można zdawać na dwóch poziomach: czeladniczym i mistrzowskim”.

Ale co tam, po przerażających najodważniejsze studenckie dusze kolokwium z anatomii i farmakologii niestraszne mi kolejne, bezsenne noce spędzone nad stosami grubych książek i atlasów. A może tym razem będzie łatwiej i zamiast długich sześciu lat nauki wystarczy np. dwutygodniowy, przyspieszony kurs w czasie wakacji (w końcu anatomię i fizjologię mam już zaliczoną)? Czy powinienem zaryzykować i porzucić skromną posadę w szpitalu, apodyktycznego szefa i roszczeniowych pacjentów? Usiadłem wygodnie w fotelu i oczami wyobraźni zobaczyłem tłum pacjentów stojących cierpliwie w długiej kolejce pod drzwiami mojego prywatnego gabinetu, na których wisiła tabliczka „Leczenie chorób układu krążenia, przewodu pokarmowego, skóry i nerwic – dyplomowany specjalista bioenergoterapii”.

Ostatnie wątpliwości (część mojego mózgowia, która pamiętała, aby w praktyce lekarskiej opierać się wyłącznie na zasadach EBM, walczyła do końca) rozwiązał wywiad ze specjalistą bioenergoterapii, zamieszczony w jednej z gazet.

„Z bioenergoterapią jest jak z prądem. Nie ma go, a jest. W leczeniu swoich pacjentów stosuję zasadę: małe w dużym, duże z małych, małe o dużym, duże o małych. To bardzo prosta zasada kosmosu. To, co jest na górze, jest i na dole. Mała komórka decyduje o całym organizmie, organizm składa się z małych komórek. Tak w skrócie można to objaśnić”.

Na stronach serwisu [www.poradnikzdrowie.pl](http://www.poradnikzdrowie.pl), w artykule „Bioenergoterapia – uzdrawiająca energia”, przeczytałem dodatkowo, że: „Energia krąży w naszym organizmie. Wchłaniamy ją i wydalamy – układ energetyczny działa mniej więcej tak jak oddechowcy. Jeśli dojdzie do »zatkania« np. czakramu korony (nagromadzi się tam negatywna energia), zaczyna nas boleć głowa lub atakuje migrena”.

Jasno i konkretnie, a nie skomplikowanie, np. „Podłożem migreny może być nieprawidłowe funkcjonowanie receptorów kanałów jonowych kory mózgowej, neuronów regulujących przepływ mózgowy oraz płytek krwi lub makrofagów, które chemicznie stymulują okołonaczyniowe wewnątrzczaszkowe włókna nerwowe” (M. Glaubic-Łątka, D. Łątka, W. Bury, K. Pierzchała, *Współczesne poglądy na patofizjologię migreny*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 2004; 38,4:307-315).

Szukałem dalej w Internecie i... trochę zrzęda mi mina. Mój pomysł na sukces w medycynie został już wielokrotnie skopiowany! „W ciągu pięciu lat podwoiła się liczba osób zajmujących się medycyną niekonwencjonalną. Tak wynika z oficjalnych danych. Szacuje się, że w szarej strefie »leczy« nawet około 100 tys. uzdrowicieli” (K. Nowakowska, *Przychodzi baba do znachora...*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 1.02.2018).

Nic dziwnego – pomyślałem – jeśli na planową wizytę chorzy muszą czekać niekiedy kilkanaście miesięcy. I problem nie leży jedynie w niewystarczającej liczbie nas, lekarzy. W końcu zasuujemy jak małe samochodziki i to w kilku miejscach jednocześnie. Winni są także pacjenci, którzy zapisują się do kolejek w wielu ośrodkach, a następnie nie przychodzą na umówione wizyty. Stacja RMF FM poinformowała niedawno, że np. w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim na wizyty nie zgłasza się co piąty pacjent (*sic!*). Wydłuża to istotnie i tak już gigantyczne kolejki do konsultacji i zabiegów.

Korzystają na tym znachorzy i uzdrowiciele oraz sprzedawcy cudownych „leków”. Buszując dalej po sieci, trafiłem na następujący opis: „Ta kompozycja została stworzona, aby otworzyć (odblokować) podświadomy umysł poprzez stymulowanie szyszynki. Pozwala uwolnić się od głęboko usadowionych w podświadomości bolesnych przeżyć (urazów psychicznych – traumy). Trzech Mędrców przynosi w darze – jak w czasach biblijnych – silne uczucie ugruntowania w »Tu i Teraz«. Kompozycja ta podnosi na duchu poprzez podniesienie duchowej świadomości i uwolnienie od emocjonalnych problemów, które często w ogóle nawet nieuświadomiane przez nas pracują w głębi naszej istoty, tworząc »w Tu i Teraz« negatywne sytuacje zmuszające nas do przemyślenia ich, rozwiązania i uwolnienia się od nich na zawsze. Składniki: Sandalwood (*Santalum album*), Juniper (*Juniperus osteosperma* i *J. Scopulorum*), Frankincense (*Boswellia carteri*), Myrrh (*Commiphora myrrha*), Spruce (*Picea mariana*). Jak stosować? Daj dwie krople na czakrę korony (czubek głowy), za uszami, ponad brwiami, na klatkę piersiową, czakrę serca i na tył szyi (kark)».

To nie jest scena z czarodziejskim eliksirem z filmu o Harrym Potterze, ale opis współczesnego „leku” na depresję, sprzedawanego w Internecie (źródło: „Naturopatia – blog o zdrowiu i urodzie”). Przy okazji cenna wskazówka terapeutyczna dla koleżanek i kolegów psychiatrów, że „stymulowanie szyszynki” ziółkami pozwala „uwolnić się od urazów psychicznych”.

Równie bogata jest oferta specjalistycznego sprzętu do diagnostyki i leczenia powszechnie występujących chorób: „Kwantowy analizator składu organizmu to proste urządzenie działające w oparciu o przepływ energii w organizmie. Urządzenie to odczytuje poziom wszystkich związków odżywczych w organizmie: witamin, minerałów, aminokwasów, koenzymów, hormonów. Metoda ta daje możliwość pozyskiwania informacji o człowieku w bezinwazyjny, bezpieczny sposób, który pozwala holistycznie spojrzeć na temat choroby, jej przyczyn i metod przywracania do zdrowia”.

A ja kierowałem pacjentów na bolesne pobranie krwi (nie wspominając o kosztach badań hormonalnych), bo zlecałem jonogram i enzymy. Zakres „analiz i raportów” opisanego urządzenia wzbudził mój szczerzy podziw:

- poziom mikro- i makroelementów w organizmie
- poziom witamin w organizmie
- poziom aminokwasów
- poziom koenzymów

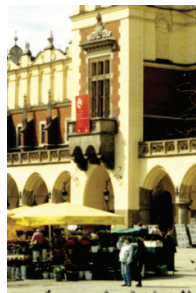
- poziom cukru we krwi
- poziom kolagenu w tkankach
- gospodarka lipidowa
- toksyny w organizmie
- zakwaszenie organizmu
- centralny układ nerwowy
- układ pokarmowy
- układ kostny
- układ hormonalny
- układ odpornościowy
- układ moczowy
- układ płciowy.

Szybko obliczyłem, ile zaoszczędzę, montując takie чудо w swoim gabinecie. Nie tylko będę miał z głowy morfologię i lipidogram, ale także poziom przeciwciał (układ odpornościowy), RTG i densytometrię (układ kostny), urografię (układ moczowy), a nawet kosztowną tomografię i rezonans magnetyczny (centralny układ nerwowy).

Pewien niewielki problem może stanowić przygotowanie pacjenta do badania „kwantowym analizatorem biorezonansowym”. O ile punkt „Nie wolno stosować przed badaniem leczniczych i kosmetycznych kremów i maści” można jakoś zrealizować za pomocą odrobiny mydła i ciepłej wody, o tyle „Abstynencja od napojów alkoholowych 3 dni przed badaniem” dla niektórych moich pacjentów może być już sporym wyzwaniem. Na szczęście nie jest wymagane bycie na czczo („Warto, by w chwili diagnostyki klient nie był głodny. Najlepszym czasem do badania jest 2–3 godziny po posiłku”). Jednak wcześniej pacjent musi pamiętać, że: „Dobę przed badaniem nie wolno spożywać kawy, ostrych, ziołowych potraw, napojów tonizujących lub pobudzających np. Red Bull, Coca-Cola, kawy, herbaty itp. Bezpośrednio przed badaniem nie wolno jeść czekolady, cytrusów i żuć gumy”. Uważam, że przed i w czasie każdego badania oraz podczas całej wizyty u lekarza pacjent nie powinien żuć gumy, ale wynika to z zasad *savoir vivre*’u, a nie interakcji z „kwantowym analizatorem biorezonansowym”. Producenci urządzenia wykazali się jednocześnie miłośnictwem dla palaczy tytoniu: „Nie powinno się palić dobowę przed testem (o ile nie wywoła to stresu u pacjenta)”. Nie mieli jednak litości dla młodzieży i innych osób uzależnionych od komórek: „Proszę wyłączyć na czas badania lub odsunąć na odległość ok. 1,5 m telefony komórkowe”.

Szybko sprawdziłem: firm zarejestrowanych jako prowadzące działalność paramedyczną jest w Polsce 23 601, a „specjalistów” medycyny niekonwencjonalnej pewnie wielokrotnie więcej. Spojrzałem na otwarty zeszyt planowych wizyt w naszej szpitalnej poradni, drobno zapisany aż do połowy przyszłego roku... Może jeszcze mam szansę, może nie jest za późno? Zacznę chyba od zakupu „kwantowego analizatora biorezonansowego” – wyniki kilkunastu badań na jednym wydruku i to już w dniu wizyty (konkurencja może się schować)! Tylko jeszcze ten egzamin państwowy na bioenergoterapeutę w Cechu Rzemiosł przy Izbie Rzemieślniczej. Będę musiał zacząć od stopnia czeladnika, ale może na tytuł mistrza nie będę czekał kolejnych, długich pięciu lat, jak podczas specjalizacji... ■





Fot. kb

## Stulecie

**W** Krakowie wszystko jest starsze. W całym kraju 100-lecie odzyskania niepodległości świętujemy 11 listopada 2018 r., w Krakowie rzecz się właściwie za-

częła 4 lata wcześniej. Bo to z Galicji, w kierunku Królestwa Polskiego (z zamiarem wyzwolenia go), wymaszerowała 6 sierpnia 1914 r. I Kompania Kadrowa (załążek Legionów) Józefa Piłsudskiego, notabene byłego studenta medycyny w Charkowie, wydalonego po I roku studiów za udział w demonstracji antyrządowej.

Lekarzem I Kompanii Kadrowej był Władysław Stryjeński, w randze komendanta patrolu sanitarnego (na 3 miesiące przed obroną dyplomu). Przyszły psychiatra, senator Obozu Zjednoczenia Narodowego w II RP, kreator nowoczesnej wizji Szpitala dla Umysłowo i Nerwowo Chorych w Kobierzynie. Po wybuchu II wojny światowej ewakuowany z rządem do Rumunii, potem osiadł w Szwajcarii, był m.in. wykładowcą uniwersyteckim w Zurychu. W jego biogramie w Wikipedii jest mnóstwo detali, ale brakuje „drobiazgu”. Mianowicie informacji, że w latach 1934–1939 pełnił funkcję prezesa Izby Lekarskiej w Krakowie i wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jego uczniem był nie mniej znany psychiatra, którego 100. rocznica urodzin właśnie mija – Antoni Kępiński. Jego biogram to nieomal scenariusz filmowy. Były więzień faszystowskiego obozu koncentracyjnego w Hiszpanii Miranda de Ebro, zwolniony w 1943 r., dotarł do Anglii, gdzie pod koniec wojny m.in. latał jako pilot RAF.

Alte to tylko wtrącenie, bo nie starczyłoby stron w „Pulsie” na przypomnienie biografii lekarzy zaangażowanych w latach I wojny światowej w działania na rzecz niepodległości. Marian Cieciekiewicz (ojciec Jana), Józef Walczyński, Bolesław Wicherkiewicz, Stefan Schoengut-Strzeziński, Marian Zieliński, Aleksander Ślęczka, Filip Eisenberg – to tylko niektórzy z nich.

Oczywiście, jak to w Krakowie, w 100. rocznicę uzyskania niepodległości wpisują się także powstałe podczas działań wojennych placówki medyczne, które do dzisiaj pełnią swoją misję. W Krakowie we wrześniu, w odstępie tygodnia, uroczystość 100-lecia obchodziły 5. Wojskowy Szpital Kliniczny i równie zasłużony Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Witkowicach (od paru lat w nowej siedzibie, na Wzgórzach Krzesławickich).

Historia materialna Polski cieszy się niestety umiarkowanym zainteresowaniem odkąd zamilkli wybitni autorzy jej obrazu, w rodzaju Melchiora Wańkowicza, Aleksandra Bocheńskiego czy Stefana Bratkowskiego. Szkoda, bo przecież nie tylko zrywy wyzwolenicze kreują rzeczywistość. ■

**Stefan Ciepły**



Fot. archiwum

## Ryciny w tekście

**Prof. Piotr Müldner-Nieckowski**

**P**oradnika „Jak przygotowywać tekst do publikacji” ciąg dalszy. Ryciny.

Są traktowane przez osobę zajmującą się przygotowaniem materiału do druku tak samo jak tekst, ponieważ mają znaczący wpływ na objętość pracy i zwykle wymagają dodatkowej obróbki, dostosowania do celów poligraficznych przed publikacją. Czynności te są dość żmudne i nie zawsze wykonalne, co autorzy powinni brać pod uwagę. Zdarza się, że ryciny w wydawnictwie czy redakcji poprawić się nie da, co dotyczy zwłaszcza fotografii i dokumentów wykonanych, zreprodukowanych lub zapisanych wadliwie. Przyczyn niedrukowalności może być wiele, ale najczęściej jest to niska jakość.

Rycina (ilustracja lub fotografia) powinna mieć rozdzielczość minimum 300 dpi (*dots per inch* – punktów na cal). Ryciny czarno-białe (bez przejść tonalnych) lub te zawierające drobne elementy, które chcemy, by były czytelne, wymagają rozdzielczości co najmniej 600 dpi. Wymiary obrazu powinny odpowiadać szerokości lub wysokości strony danej publikacji (książki, czasopisma) albo być większe, co pozwoli dowolnie zakomponować nawet kadr. Nie mogą być mniejsze, bo powiększone przez pracownika składu w celu umieszczenia na stronie okażą się nieostre. Ryciny można dowolnie zmniejszać, ale nie da się ich zwiększać bez utraty jakości. Niektórym autorom zdarzają się ryciny nawet wielkości znaczka pocztowego, co je dyskwalifikuje.

Do wad rycin należy złe skadrowanie (wadliwe obcięcie) obrazu, obecność zakłóceń (przeważnie wszelkiego rodzaju paprochów), niewłaściwe nasycenie kolorów lub zły kontrast (najczęściej wskutek nieprofesjonalnego „poprawiania” jednym z wielu programów do obróbki cyfrowej).

Rycin nie należy wkomponowywać w tekst pisany. Aby było wiadomo, jak je publikować, trzeba umieścić w odpowiednich miejscach wyraźnie odróżniającą się od tekstu zasadniczego adnotację zawierającą nazwę pliku graficznego do wstawienia i podpis. Zawsze, i to obowiązkowo, pliki z obrazami musimy (osobno) dołączyć do pliku tekstowego. Programy do pisania tekstów obniżają bowiem jakość wkomponowanych rycin! Znam wiele redakcji, które prace z rycinami przysyłanymi jedynie w pliku tekstowym odrzucają bez czytania. Słusznie uważają, że autor postąpił nieetycznie.

Jeśli nie zlecamy grafikowi, zajmującemu się składem publikacji, wykonania ilustracji, fotografii lub skanów, bowiem uważamy, że wykonaliśmy je sami perfekcyjnie, powinniśmy te materiały graficzne dostarczyć w postaci plików komputerowych, takich, jakie otrzymujemy ze skanera lub cyfrowego aparatu fotograficznego. Najczęściej preferowanymi formatami są JPG, TIF lub RAW (w ostatnim przypadku należy się upewnić, czy osoba, do której przesyłamy pliki w tym formacie, ma możliwość odczytania ich i obróbki). Formatów używanych w komputerach jest mnogość, ale nasze obrazki należy przekonwertować do jednego z wyżej wymienionych, a wtedy wydawca nie będzie miał pretensji. Format PDF wymaga skomplikowanych zabiegów przed publikacją, więc grafika w nim zapisana powinna być traktowana jako uzupełnienie.

Za jakość grafiki i kulturę związaną z jej opisem odpowiada przede wszystkim autor, bo jest to część jego dzieła. ■





## Napoleon chirurgii

Nazywano ich rzeźnikami albo rozpruwaczami. W książce „Stulecie chirurgii” Jürgena Thorwalda, na której wychowało się wiele pokoleń lekarzy, takie brutalne określenia padają rzadko, ale ulica zawsze wiedziała swoje. W XIX w. medycyna chciała dokonywać rzeczy niemożliwych, jednak przy niskim poziomie higieny i nieznaności metod znieczulania większość pacjentów kojarzyła szpitale raczej z umieralnikami. Szanse na przeżycie były w nich niewielkie, a opieka lekarska niejednokrotnie częściej szkodziła niż pomagała.

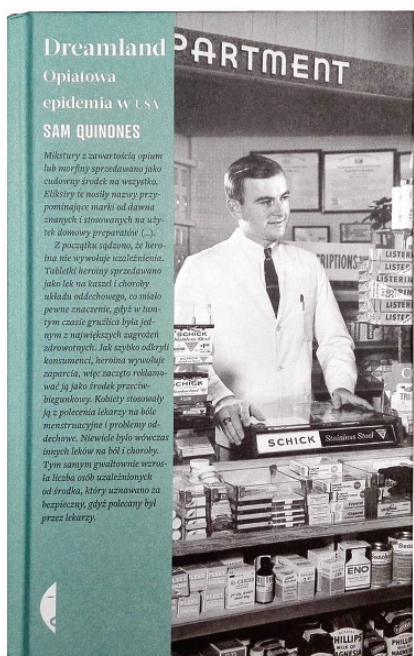
Semmelweis, Pasteur, Koch uczynili wiele dla zmiany tego stanu rzeczy, poszerzając wiedzę zwłaszcza w dziedzinie chorób zakaźnych (w pierwszej połowie XIX w. istota epidemii uchodziła jeszcze za coś tajemniczego!). Ale w chirurgii, czyli specjalności najbardziej praktycznej, autorem największej rewolucji stał się Joseph Lister, który odkrył, że zarazki można pokonać środkami antyseptycznymi i rany nie muszą prowadzić do śmierci.

Kiedy w 1847 r. w salach operacyjnych i pokojach zabiegowych pojawił się eter, chirurdzy mieli zadanie ułatwione, a ich specjalność mogła wreszcie wyzwolić się z piętna sprawczyń okrutnych cierpień pacjentów. Wcześniej inwazyjne zabiegi bez znieczulania były na tyle ryzykowne, że uciekano się do nich w ostateczności. Teraz, kiedy chorych zaczęto usypiać, przed chirurgią otworzyła się wspaniała przyszłość. Pozostał wszak jeden szkopuł: wszechobecny w szpitalach brud. Przedstawia ten stan rzeczy w wartko napisanej książce Lindsey Fitzharris, brytyjski doktor historii i medycyny. Poświęcił ją karierze Listera i jego odkryciu, które przemieniło chirurgów z rzeźników w lekarzy.

Joseph Lister rozpoczął praktykę lekarską wśród obrzydliwej woni moczu, kału, zgorzeli i wymiocin na oddziałach chirurgicznych w Glasgow, Edynburgu i Londynie. To tam wpadł na pomysł, jakie środki obronne zastosować przeciwko drobnoustrojom (jako pierwszy użył karbolu) i jak zacząć wymagać od personelu szpitalnego, by zwracał uwagę na czystość pomieszczeń. Nie było to wcale łatwe! Przeciwnicy Listera, nierzadko uznani chirurdzy, nazywali leczenie antyseptyczne „zabawką medycyny”, gdyż nie zamierzali komplikować sobie życia. Woleli pozostać rzeźnikami z braku zaufania czy też z innych powodów.

Styl książki bardzo przypomina „Stulecie chirurgii” Thorwalda, więc czyta się „Rzeźników i lekarzy” jak powieść kryminalną, pełną zwrotów akcji, ale i mozolnego dochodzenia do prawdy. Lister był za swoje teorie wyśmiewany, lecz ostatecznie to jemu nauka przyznała rację. Ciekawe, że nasz bohater był przykładem naukowca niezwykle spokojnego, który nie przejmował się krytyką, lecz po prostu robił swoje. Pozostawał zawsze gentelmanem w najlepszym tego słowa znaczeniu, co ostatecznie wyszło mu na dobre, gdyż wpisał się do panteonu odkrywców zmieniających oblicze medycyny. Nie okazał się chirurgiem wybitnym, ale swoje umiejętności badawcze, a zwłaszcza zmysł obserwacji, potrafił wykorzystać w inny sposób. Co powinno być zachętą dla współczesnych adeptów medycyny, dopiero szukających miejsca dla siebie. Przeczytajcie historię Listera i uwierzcie w potęgę własnej wyobraźni. ■

Paweł Walewski



## Opiatowa gorączka

W jakim stopniu rozpowszechnione jest nadużywanie leków przeciwbólowych? W Polsce trzeba uważać z takim pytaniem, bo wciąż należymy do krajów, w których warto przypominać pacjentom i lekarzom, że istnieją skuteczne środki uśmierzające ból i nie trzeba się ich obawiać.

Ale amerykański reporter Sam Quinones napisał książkę o swoim kraju, czyli o Stanach Zjednoczonych, gdzie mikstury z zawartością opium i morfiny zaczęto sprzedawać jako panaceum dosłownie na wszystko. Opiatowa epidemia w USA dotyka od pewnego czasu coraz większej liczby Amerykanów i stała się dla autora punktem wyjścia do szerszego przedstawienia problemu uzależnień, w którym – co opiera na licznych, skrupulatnie zebranych dokumentach i dowodach – niepoślednią rolę odgrywają lekarze i firmy farmaceutyczne. Można polemizować z takim przedstawieniem sprawy (że historia walki z bólem doprowadziła do farmaceutycznego kryzysu), ale z punktu widzenia polskiego czytelnika warto poznać amerykańskie kulisy tej przemiany, bo kto wie, czy podobny scenariusz nie powtórzy się w najbliższym czasie i u nas. „Dreamland” to rzetelne dziennikarstwo śledcze, niemal kryminał, który czyta się jednym tchem. I choć przedstawione historie dzieją się z dala od Polski, społeczny, medyczny, prawny, a także ekonomiczny wymiar uzależnień i narkomanii jest przecież uniwersalny. ■

pw



# Unia Hadziacka

Paweł Kowal

**M**ałe miasteczko na środkowej Ukrainie, spokojna, deszczowa niedziela 16 września 2018 r. Z Kijowa, jak się okazuje, można dojechać w trzy godziny. Ilu spośród

24 tys. mieszkańców wie, że 360 lat wcześniej Hadziacz był miejscem wyjątkowo ważnego porozumienia politycznego? Może tylko ci, którzy wybiorą się na popołudniowy festyn, dowiedzą się o rocznicy. Obok trzech dębów, pod którymi stanął Jan Kazimierz, topoczą flagi litewska, polska i ukraińska. Miasto szuka swojej tożsamości, lokalni dziennikarze porównują Unię z Hadziaczem do Unii Europejskiej.

Wtedy, przed wiekami, do Hadziacza przyjechali m.in. król i Iwan Wyhowski. Jan Kazimierz dał się zapamiętać potomnym jako polityk chwiejny, niepewny swego. Był dobrze wykształcony w sztuce wojennej, szkolił się w Hiszpanii i Niderlandach, potem pojechał do Włoch, gdzie nawet otrzymał kapelusz kardynalski. Był synem Zygmunta III Wazy. Po śmierci Władysława IV przyjechał do Polski. 20 listopada 1648 r. został wybrany na króla Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Wstępował na tron podczas powstania Chmielnickiego, które stanowiło zagrożenie dla egzystencji państwa. Tak jak politykiem ponoć był słabym, tak jego silną stroną była wojna. Radził sobie na polu walki, szybko podejmował decyzje, zachowywał zimną krew w obliczu niebezpieczeństwa. Te właśnie cechy przydawały mu się bardzo nie tylko ze względu na konieczność

gaszenia powstania na południowym wschodzie Polski. W 1651 r. odniósł zwycięstwo pod Beresteczkiem nad armią kozacko-tatarską, w latach 1655–1661 musiał bronić Polski przed Szwedami. Na samym początku tej wojny, w 1655 r., złożył w katedrze we Lwowie śluby przed obrazem Najświętszej Marii Panny.

Wracamy do Hadziacza. W 1658 r., we wrześniu, zawarł ugodę z przywódcą Kozaków Iwanem Wyhowskim, której sens polegał na tym, że Rzeczpospolita miała być odtąd Rzeczpospolitą nie obojga, ale już trojga narodów. Formalnie nie była to unia, nie był to traktat, ale zaledwie polityczna umowa. Faktycznie jednak zmieniała ustrój terytorialny państwa. Tkwi w tym pewien paradoks, że po dziesięciu latach na tronie, po latach krwawych wojen, co tu wiele pisać, wojen bratobójczych z Kozakami, Janowi Kazimierzowi udało się coś naprawdę wyjątkowego: z pomocą współpracowników wynegocjował rozwiązanie, które mogło dać Rzeczypospolitej dekady rozwoju i pomysłowości. Ugoda z Hadziacza nie przetrwała jednak. Jeszcze w bitwie pod Konotopem w lipcu 1659 r. wojska polskie wspólnie z kozackimi pokonały armię moskiewską. Ale intrygi i obietnice Moskwy spowodowały, że część Kozaków stanęła po jej stronie. Przegrana Moskwa doprowadziła do kolejnych niepokojów, powstania tzw. czerni, czyli niższych warstw kozackich, rezultatem było usunięcie Wyhowskiego. Uznana przez sejm (w zmienionym kształcie) unia została ratyfikowana przez króla, nie weszła jednak w życie. Pytanie, czy czegoś nas nauczyła? ■



## Anatomia geniuszu

Ignacy Jan Paderewski, pianista, kompozytor, polityk, swoją niezwykłą popularność i kontakty w świecie wykorzystywał do lobbowania na rzecz odbudowy państwa polskiego. Był wirtuozem klawiatury i mównicy. Zawsze dbał o wizerunek. Na wystawie w Galerii „Opera” w Teatrze Wielkim – Operze Narodowej zaprezentowano zdjęcia, czasopisma, karykatury i rzeczy osobiste artysty, które pozwolą prześledzić, jak rodziła się sława wielkiego Polaka. Ekspozycja czynna do 2 grudnia.

[www.teatr Wielki.pl](http://www.teatr Wielki.pl)

## Odzyskana stołeczność

I wojna światowa była dla Warszawy okresem zmian. Na początku wojny była miastem gubernialnym Imperium Rosyjskiego, na końcu – stolicą odrodzonego, niepodległego państwa polskiego. Na wystawie „Odzyskana stołeczność, Warszawa 1915–1918” w Muzeum Warszawy można obejrzeć m.in. fotografie Stanisława Nofok-Sowińskiego i Henryka

Poddębskiego, kolekcje zdjęć autorów niemieckich z Towarzystwa Krajoznawczego, a także plany zmieniającego się miasta. Wystawę oglądać można do 30 grudnia.

[www.muzeumwarszawy.pl](http://www.muzeumwarszawy.pl)

## Ręczna robota

Józef Wilkoń, malarz, rzeźbiarz, scenograf. Zilustrował ponad 200 książek dla dzieci i dorosłych w kraju i zagranicą. Jego styl jest rozpoznawalny dzięki oryginalnym środkom wyrazu i malarskości przedstawień. Stosuje różnorodne techniki: tusz, gwasz, akwarelę, pastel i akryl. Wystawa w Muzeum Karykatury w Warszawie to próba prezentacji wybranych wątków z bogatego dorobku artysty, m.in. rysunków i rzeźb, a także plakatów. Organizatorzy zapraszają do 25 listopada.

[www.muzeumkarykatury.pl](http://www.muzeumkarykatury.pl)

## Ad Libitum

To międzynarodowy festiwal sztuki improwizacji organizowany od 2006 r. Na imprezie prezentowane są różne gatunki muzycznej improwizacji oraz interakcja muzyki ze sztukami wizualnymi i performatywnymi w nowych nurtach artystycznych. Tegoroczny, 13. festiwal zdominują kobiety improwizatorki, m.in. pianistka Irene Schweitzer, skrzypaczka i wokalistka Iva Bittová i Tiger Trio. Festiwal odbędzie się na Zamku Ujazdowskim i potrwa od 25 do 27 października.

[www.ad-libitum.pl](http://www.ad-libitum.pl)

ach



# RODO w szkole i nie tylko

Janina Jankowska

Zadziwia mnie „kompozycja niepowiązań” tkwiąca w tkance naszego społeczeństwa. Z jednej strony jesteśmy mistrzami w omijaniu prawa, z drugiej podchodzimy do niego tak rygorystycznie, że w pewnych wypadkach zakrawa to na paranoję. Oto najnowsze doniesienia o zastosowaniu dyrektywy RODO w szkołach. Wielu dyrektorów nowe reguły przetwarzania danych zinterpretowało w taki sposób, że przy sprawdzaniu listy obecności w klasie dzieci są ponumerowane cyferkami, które nauczyciel wyczytuje. Niektóre szkoły wprowadziły zakaz podpisywania zeszytów imieniem i nazwiskiem. Wiele przedszkoli zrezygnowało z wywieszania rysunków dzieci, bo są podpisywane imieniem i nazwiskiem. Na szafkach dzieci widnieją pseudonimy lub numerki. Najwięksi dydaktyczni nadgorliwcy zakazują uczniom pisanie w wypracowaniach o swojej rodzinie i własnych przeżyciach. Od lipca każda szkoła obowiązana jest do posiadania swojego inspektora danych osobowych. Urzędnicy Ministerstwa Cyfryzacji, do których docierają liczne pytania ze szkół, twierdzą, że zadaniem inspektorów będzie zwalczanie nadgorliwości. Szkoła jest środowiskiem zamkniętym, uczniowie nie mogą być anonimowi. To jest wspólnota.

Powiem szczerze, w jubileuszowym roku 100-lecia odzyskania niepodległości źle się czuję w Polsce. Moja siostra twierdzi, że bóle od kręgosłupa złapały mnie w dniu, gdy uchwalono ustawę o SN, która odsyłała sędziów kończących 65 lat w stan spoczynku, a prezes SN skrócono 6-letnią kadencję zapisaną w konstytucji. Rwa kulszowa męczyła mnie cały lipiec i sierpień. W tym czasie moja niezgoda na to, by najwyższej klasy specjalistom, ludziom z wieloletnim doświadczeniem zamykać możliwość dalszej pracy, wywołała bóle, które utrudniały mi poruszanie się. Tak twierdzi siostra. Gdy prezydent zaakceptował wnioski sędziów o zgodę na dalsze pełnienie przez nich obowiązków, poczułam się lepiej. W każdym razie zaczęłam poruszać się bez problemów. Ciągle towarzyszyła mi nadzieja, że w tej sprawie mój prezydent powie – nie!

Tak się nie stało. Jestem rozczarowana decyzją, zwłaszcza że mam ogromny szacunek dla urzędu Prezydenta RP i wszystkich instytucji państwowych. Czuję się tzw. państwowcem. Dla mnie polskie państwo jest wartością. Rozumiem potrzebę zmian, ale nie wprowadzonych młotkiem i piłą. Konieczna reforma polskiego sądownictwa powinna się odbywać z udziałem tego środowiska. Zostało otwarte niebezpieczne pole konfliktów. Część elit prawniczych bojkotuje „zreformowane” instytucje państwa, takie jak Trybunał Konstytucyjny, KRS, za chwilę dojdzie do tego SN. Do repertuaru zachowań Polaków wobec prawa doszedł bojkot. Elity prawnicze traktują to jako przejaw walki o praworządność. Zatem grozi nam obopólne nierespektowanie

prawa? Chaos? Stanowisko elit: nie brać udziału w zmianach, będzie miało swoje konsekwencje. A co zrobią, gdy w 2019 r. dojdą do władzy?

Za kim ty właściwie jesteś? Takie pytanie często słyszę. Wszyscy są pozycjonowani w stosunku do obozów politycznych. Brakuje nam środowisk, które mówią głosem niezależnym od politycznych frakcji, które dokonują analizy sytuacji. Mądrzy politycy powinni je pielęgnować. Jak ktoś jest sympatykiem danej partii, powinno mu zależeć, by partia się doskonaliła, zauważała błędy, a tego może dokonać dzięki informacji zwrotnej, rzeczowej analizie niezależnych ekspertów. Są takie środowiska, gdzie ludzie potrafią ze sobą rozmawiać o sprawach ważnych, o problemach, o stworzeniu mechanizmów, które dają obywatelom większy wpływ na rządzących. Czy jestem symetrystką? Nazywajcie mnie jak chcecie.

Odmawiam tylko udziału w wojnie polsko-polskiej. ■

## 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:

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

[wypaleniezawodowe@oilwaw.org.pl](mailto:wypaleniezawodowe@oilwaw.org.pl)



## Goniec Medyczny

### Fartuchy za własne pieniądze

Cd. str. 13  
110 byłych i obecnych pracowników szpitala w Białogardzie złożyło pozwy przeciwko pracodawcy. Domagają się wypłaty ekwiwalentów za odzież ochronną. Od czasu wydzierżawienia szpitala fartuchy i obuwie do pracy muszą kupować za własne pieniądze.

### Bony patriotyczne

Bony patriotyczne, czyli podwyżki dla rezydentów w zamian za zobowiązanie do pracy w kraju, dla części lecznic stały się narzędziem zapewnienia sobie kadr na lata. Zdaniem lekarzy – niezgodnie z prawem.

### Już ponad 24 tys. e-recept

W ramach zakończonej pierwszej fazy pilotażu wystawiono ponad 24 tys. elektronicznych recept – poinformował wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Trwają przygotowania do wprowadzenia e-recept w całym kraju.

### Zamiast chemioterapii

Julia ma 16 lat i nowotwór złośliwy. Lekarz zalecił chemioterapię. Matka woli jednak leczyć dziewczynkę naturalnymi metodami, zaproponowanymi przez Jerzego Ziębę. Pani Sylwia zdecydowała się podawać córce dożylnie witaminę C. – *Jeśli ktoś chce popełnić samobójstwo, jest to najlepsza metoda* – mówi oburzony prof. Tadeusz Pieńkowski, onkolog.

### Wielki przekręt z witaminą C

16 niezależnych badań wykazało, że suplementacja witaminy C w najmniejszym nawet stopniu nie zapobiega wystąpieniu przeziębienia ani nie leczy nowotworów. Tak naprawdę niczemu nie zapobiega. Witamina C leczy głównie... niedobór witaminy C. O uznanym naukowcu Linusie Paulingu i ciężkim przypadku „choroby noblowej” możemy przeczytać w artykule „Wielka ściema z witaminą C” na łamach „Gazety Wyborczej”.

### Ginekologia na prowincji

Kobiety mieszkające na wsi mają utrudniony dostęp do ginekologa, niektóre muszą dojeżdżać nawet 50 km, nie wszystkim wykonuje się zalecane badania. Jedna poradnia przypada na 27 tys. kobiet. W co czwartej placówce pacjentkom nie zapewnia się intymności podczas badania – wynika z najnowszego raportu NIK.

### Nowotwór krwi

Co 30 sekund ktoś na świecie dowiaduje się, że ma nowotwór krwi. W Polsce na taki nowotwór choruje ponad 100 tys. osób, a co roku diagnozowanych jest prawie 6 tys. nowych zachorowań – przypomina Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Cd. na str. 54

## Coś po chińsku...

Wakacje i czas urlopowy ma się ku końcowi. Wspomnienia dotyczą miejsc, ale i kulinariów. Dla tych, co podróżowali daleko i bardzo daleko, właśnie jest to coś. To po prostu kurczak.

**Składniki:** ♦ podwójna pierś kurczaka ♦ puszka ananasów w plasterkach ♦ czerwona papryka ♦ żółta papryka ♦ zielona papryka ♦ por ♦ marchewka ♦ 5 dag chińskich grzybów moon suszonych (można je zastąpić „wronimi uszami”, czyli lejkowcem dętym – ja uważam, że jest lepszy! – ale może być i bez grzybów) ♦ 2 łyżki słodkiego sosu chili ♦ 4 ząbki czosnku ♦ łyżeczka mielonego imbiru ♦ 2 łyżeczki przyprawy chińskiej „5 smaków” ♦ 3–4 łyżki mąki ziemniaczanej lub skrobi kukurydzianej ♦ szklanka bulionu ♦ 2 łyżki jasnego sosu sojowego ♦ olej do smażenia, najlepiej z dodatkiem sezamowego (1:1)

**Wykonanie:** kurczaka pokroić w kostkę około 2 cm. Obtoczyć w mące ziemniaczanej lub w skrobi kukurydzianej i odstawić do lodówki. Całego pora pokroić w plasterki i usmażyć na szklisto na oleju. Przełożony do dużego garnka. Na oleju obsmażyć na złoto kurczaka i też przełożyć do garnka. Dolać szklankę bulionu, wsypać imbir, przyprawę „5 smaków” i dodać wcześniej namoczone w bulionie (przez 10 min) grzyby. Dodać pokrojony w plasterki czosnek. Gdyby danie było zbyt gęste, dolać nieco wody. Gotować na małym ogniu około 10 min. W tym czasie obsmażyć na gorącym oleju, przez kilka minut, pokrojonego w kostkę ananasa, w dużą kostkę paprykę (aby była twardawa) i pokrojoną w cieniutkie słupki marchewkę. Każdy składnik obsmażyć oddzielnie (!). Na koniec dodać sos sojowy i słodkie chili. Wszystko wymieszać i gotować jeszcze 5–7 min. Podawać z ryżem ugotowanym oddzielnie. ■

## Szybkie jesienne ciasto z dżemem

No cóż, jesień zagląda coraz odważniej w nasze okna. Chętnie zapraszamy przyjaciół na opowiadanie wakacyjnych wspomnień. Wypadałoby wtedy coś podać do kawy czy herbaty. Proponuję więc coś na szybko i na słodko.

**Składniki:** ♦ 1/2 szklanki cukru ♦ 2 szklanki mąki ♦ jajko ♦ łyżeczka cynamonu ♦ łyżeczka proszku do pieczenia ♦ łyżeczka sody ♦ 4 łyżki oleju ♦ szklanka mleka ♦ 10–15 dag prażonych na suchej patelni ziaren słonecznika ♦ szczypta soli ♦ 4 łyżki gęstego dżemu (według upodobania, ale najlepszy z czarnej porzeczki, brzoskwiniowy lub morelowy)

Porzeczki to bezcenne źródło witaminy C, 100 g czarnych porzeczek pokrywa prawie 260 proc. dziennego zapotrzebowania na nią. Są także źródłem antocyjanów rutyny i kwercetyny. Brzoskwinie i morele również stanowią skarbnicę witaminy C, ale także E, P, B, B1 i PP, a przede wszystkim karotenu, czyli prowitaminy A.

**Wykonanie:** wszystkie składniki dokładnie wymieszać, na końcu dodać dżem. Średnią formę keksówkę wysmarować masłem lub margaryną i wysypać tartą bułką albo wyłożyć papierem do pieczenia. Wlać ciasto. Piec w temperaturze 220 stopni C, w nagrzanym piekarniku około 35 minut. Podawać ciepłe lub zimne.

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

# Rajd 2018 Babia Góra



Teraz już 25 lat integracji środowiska medycznego naszej izby lekarskiej skupionego wokół Lekarskiego Klubu Turystycznego z Kozienic.

2–3 czerwca 2018 odbył się Jubileuszowy 25. Rodzinny Rajd Lekarski. Jak przystało na jubileusz, postanowiliśmy wejść na najwyższy szczyt Beskidów – Babią Górę (1725 m n.p.m.).

Wyruszyliśmy wczesnym rankiem z Przetęczy Krowiarki. Przez Sokolicę, Gówniak dotarliśmy na Diabłak, czyli Babią Górę. Po napawaniu się pięknymi widokami zeszliśmy do leżącego poniżej szczytu schroniska Markowe Szczawiny.

Z okazji 25-lecia w schronisku odbyło się uroczyste wręczenie pucharów okolicznościowych oraz odznak klubowych dla członków Klubu Pro-Mile. Wieczorem w miłej atmosferze zjedliśmy kolację i przy dźwiękach gitary odśpiewaliśmy komplet piosenek turystycznych z naszego śpiewnika.

W drugim dniu, w deszczu i we mgle, przez Suchy Groń ześleliśmy do Zawoi, gdzie zakończyliśmy rajd.

Pocieszające jest to, że wśród nas pojawili się debiutanci, którym taka forma rekreacji przypadła do gustu. Mamy nadzieję spotkać ich na szlaku także w przyszłym roku. ■

Dariusz Bobola

## 17. Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo rozegrano 8 września 2018 r. Sponsorowane były przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, Naczelną Izbę Lekarską oraz Polskie Towarzystwo Ringo.

Zgłoszonych zostało 44 zawodników. Oto wyniki z podziałem na kategorie. **Seniorki**: 1. Martyna Mickiewicz-Makuch, 2. Lidia Kwiecińska-Bożek, 3. Halina Guzowska; **Superseniorki**: 1. Krystyna Anioł-Strzyżewska, 2. Helena Bobryk, 3. Maria Szczypaczewska; **Seniorzy**: 1. Marek Warecki, 2. Janusz Adam Siejko, 3. Krzysztof Makuch; **Superseniorzy**: 1. Andrzej Osak, 2. Władysław Kolanowski, 3. Józef Leszek Krakowiak; **Debel Kobiet**: 1. Krystyna Anioł-Strzyżewska i Halina Guzowska; **Debel Mężczyzn**: 1. Krzysztof Makuch i Andrzej Osak; **Dwójki Mieszane**: 1. Krystyna Anioł-Strzyżewska i Janusz Adam Siejko.

W łącznej punktacji medalowej zwyciężyli reprezentanci OIL z Warszawy (44 pkt.) przed izbami zachodniopomorską i śląską (po 6 pkt.) oraz dolnośląską (4 pkt.). ■

Ze sportowym pozdrowieniem i zachętą do wejścia na boiska

**Krystyna Anioł-Strzyżewska**  
Sekcja Ringo Komisji Kultury, Sportu i Turystyki  
OIL w Warszawie

Fotografie: K. Makuch



„Zagrajciez mi, niechaj cofnie się świat”

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

# Boks i bigos po treningu

Artur Dziak

Rys. K. Rostiecki

Z ulicą Foksal zaprzyjaźniłem się bardzo wcześnie, bo jeszcze w okresie, gdy uczęszczałem do gimnazjum, a to z racji uprawiania boksu. Początkowo uczyłem się boks w Aninie, w Klubie Budowlanych, u pana Targowskiego. Szło mi zupełnie nieźle, nic też dziwnego, że w pewnym momencie trener powiedział: – *Artur, ja już więcej niczego cię nauczyć nie mogę, gdyż tutaj nie ma sparingpartnerów, a przecież na ulicy nie będziesz się sprawdzał.*

Powiedzieć trzeba, że pan Targowski niejednokrotnie mnie przestrzegał przed tzw. bitwami pod knajpą. Argumentował krótko: – *Ty, Artur, jesteś dobry, ale pamiętaj, że dopóty jesteś dobry, dopóki walczysz na ringu. Poza ringiem jest inny świat. Tam zmuszony będziesz walczyć z kilkoma naraz i to na dodatek uzbrojonymi w sztachety, kłonicie czy koziki. W takiej sytuacji najlepszy bokser nie ma żadnych szans!*

Zaopatrzony w list polecający udałem się do klubu Kolejacz przy ul. Foksal 19 w gmachu Warszawskiego Towarzystwa Wioślarskiego, gdzie działała zaśluzona dla Warszawy Polonia, w której sekcję pięściarską prowadził kolega z bokserskiej tawy pana Targowskiego.

W Polonii długo nie trenowałem, chociaż doszedłem do półfinałów na Pierwszym Kroku Bokserskim, liczącej się gali sportowej dla młodych talentów, którą corocznie urządzano w sali Wedla na Pradze. Boksowałem w wadze lekkiej i byłem absolutnym pewniakiem do tytułu. Pech chciał, że w roku 1953 odbywały się słynne Mistrzostwa Europy w Boksie, na których drużyna Papy Stamma zdobyła pięć medali i mój trener,

pan Mizerski, był zajęty reprezentacją. W sali Wedla sekundował mi z konieczności jakiś popapraniec, który nic nie potrafił powiedzieć w przerwach walki, a zawodnik bez doświadczonego sekundanta jest kompletnie „ślepy”, gdyż widzi przed sobą tylko jakąś bijącą go maszynę. Prawdą jest i to, że przegrałem z kadetem z Legii, jak sądzę dlatego, że on w wojsku prawdopodobnie zajmował się tylko

trenowaniem, ja zaś głównie balowałem!

Gdy trener Mizerski dowiedział się, że klub stracił medal, na który liczył, powiedział mi na pocieszenie: – *Znając twoją smykałkę do boks, wiem, że dotożyłbyś mu z jedną ręką przywiązaną na plecach, tylko, niestety, mnie tam zabrakło!*

Treningi bokserskie przy Foksal wspominam z rozrzewnieniem, gdyż w te dni wracałem do domu nieprawdopodobnie najedzony, a przecież od czasu kłopotów ojca, co miało miejsce jeszcze w gimnazjum, cały czas właściwie chodziłem nieco głodnawy.

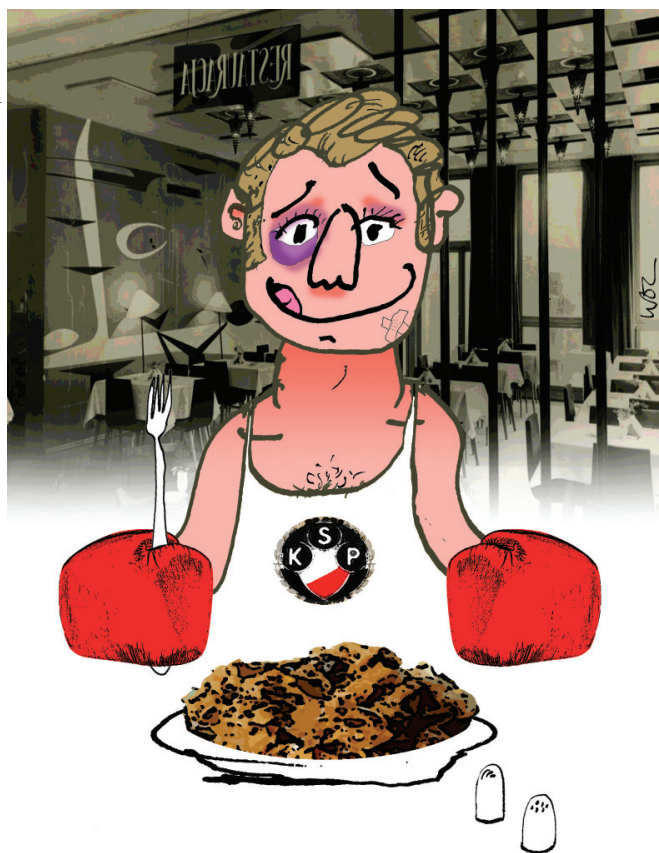
Rzecz w tym, że naprzeciwko Polonii znajdowała się Kameralna Teatralna, w której barze pracowała nobliwa pani, bardzo życzliwa takim biedaczkom jak ja. Kiedy pani dowiedziała się, że boksuję naprzeciwko

i że jestem studentem, otoczyła mnie matczyną sympatią, gdyż jej syn studiował na Politechnice Warszawskiej.

Porcja bigosu w barze Kameralnej kosztowała 3 zł 60 gr. W mojej porcji bigosu, oprócz dziebka kapusty, znajdowało się mnóstwo kawałków szynki, schabu, polędwicy itp.

Co znaczy serce matki! ■

Rys. P. Wozniak





# Na niehumanitarnej ziemi

Jacek Walczak

**A**ndrew Gilmour, zastępca sekretarza generalnego ONZ, w marcu 2018 r. ogłosił światu: – *Czystka etniczna Rohindźów dokonywana przez birmański rząd wciąż trwa*. Wypowiedź miała miejsce po jego czterodniowej wizycie w obozie dla uchodźców w Koks Badzar, w Bangladeszu. Liczbę osób, które od sierpnia 2017 r. zbiegły z Myanmar do Bangladeszu, szacuje się na 700 tys.

Oficjalnie Związek Narodów Mianmy (dawna nazwa: Birma) uznaje 135 grup etnicznych tworzących społeczeństwo kraju. Nie ma na tej liście birmańskich muzułmanów Rohindźa. Konflikt toczy się od lat 70. XX w. w stanie Rakhine, w zachodniej Birmie, chociaż nienawiść między buddystami i muzułmanami trwa tam od 1947 r. Rząd uznaje Rohindźów za nielegalnych imigrantów z Bangladeszu, „obcych” i „terrorystów”, którzy dążą do islamizacji. Zamieszkiwali Arakan, gdzie miejscowa buddyjska ludność spokrewniona z Birmańczykami stanowi większość. Populacja Rohindźów liczy około miliona osób. To jedna trzecia mieszkańców rejonu.

Jeszcze w XVIII w. Arakan był jedną z pięciu monarchii południowej Azji, która nigdy nie poddała się Birmańczykom. Pozostały po niej tajemnicze ruiny prześwietnej niegdyś stolicy królestwa Mrauk U. Już od IX w. przybywali tam kupcy arabscy, mongolscy, tureccy, a nawet portugalscy. W 1785 r. Birmańczycy podbili Arakan. Zniszczyli większość meczetów, wzięli do niewoli tysiące mieszkańców. Sytuacja radykalnie zmieniła się podczas kolonialnych rządów Anglików. Nowi gospodarze namawiali bengalskich chłopów do migracji do Arakanu. Nowo przybyli, łącząc się ze swoimi muzułmańskimi pobratymcami, tworzyli załóżki dzisiejszej wspólnoty Rohindźów. Podczas ostatniej wojny ich potomkowie walczyli po stronie Anglików, a buddyjscy Arakanie – po stronie Japonii. W styczniu 1948 r. Birma stała się niepodległa i opu-

ściła Commonwealth. Wojskowa junta od lat 60. wypisała na swoich sztandarach hasła „birmańskiej drogi do socjalizmu” przy wsparciu chińskich komunistów.

Myanmar nie jest ekonomicznym rekinem, a peryferyjna prowincja Arakan należy do najbiedniejszych, choć 40 proc. dochodów kraju przynoszą występujące w niej złoża gazu. Mówi się, że czas tam się nie zatrzymał, tylko się cofa. W 1978 r. rozpoczęła się Operacja „Król Smok”, której celem było zmuszenie Rohindźów do niewolniczej pracy bądź emigracji. Wojskowi poczynali sobie wyjątkowo brutalnie. Według miejscowych władz Rohindźowie są bezpaństwowcami i podlegają wyłącznie zakazom. Nie mają dokumentów, nie mają swobody przemieszczania się, dzieciom nie wydaje się aktów urodzenia, jak gdyby realnie nie istniały. Arakanie uważają Rohindźów za śmiertelne zagrożenie dla swej rasy i buddyjskiej tożsamości. W czerwcu 2012 r. buddyjscy Arakanie spalili 20 wiosek i zrównali z ziemią 33 meczety wokół Sittwe. 140 tys. Rohindźów nie pozwolono wrócić do domów. Zamknięto ich w getcie Aung Migalar, w centrum Sittwe, i w obozach wokół miasta. Nielicznym udało się zbiec do ościennych krajów.

Na bazie pogromów zrodziła się partyzantka Arakan Rohingya Salvation Army. W 2017 r. oddziały ARSA zaatakowały posterunki policji i wojska. Władze odpowiedziały jeszcze bardziej brutalnie. Generałowie wykorzystali pretekst, by do końca pozbyć się Rohindźów. Tym, którzy przeżyli, zezwolono na przeprawę do Bangladeszu przez wartką i zdradliwą graniczną rzekę Naf. Po drugiej stronie uciekinierzy przeżywają kolejny dramat. Przeludniony i biedny kraj nie może im pomóc. Uchodźcy praktycznie nie mają nic. Powrotu też. Birmańskie wojsko zaminowało swój brzeg rzeki Naf. ONZ uznała Rohindźów za najbardziej prześladowaną mniejszość narodową na świecie. ■





## Goniec Medyczny

►  
Cd.  
ze  
str.  
50

### Z Kazachstanu do ojczyzny

Grupa lekarzy zainteresowanych repatriacją przybyła do Polski na zaproszenie Stanisława Karczewskiego, marszałka Senatu. Podczas wizyty goście biorą udział w spotkaniach, na których dowiadują się, jakie formalności trzeba spełnić, by przyjechać na stałe do Polski.

### E-zwolnienia w imieniu lekarza

Sejm uchwalił rządową nowelizację ustawy, która zakłada, że zaświadczenia lekarskie będą mogli wystawiać asystenci medyczni. Za uchwaleniem nowelizacji głosowało 420 posłów, jeden wstrzymał się od głosu, nikt nie był przeciw.

### Homeopatia zdemaskowana

Homeopatia może być szkodliwa, jeśli pacjent stosując ją, opóźnia skorzystanie z pomocy medycyny opartej na nauce. Mówili o tym w Tuluzie eksperci z europejskich akademii nauk, podsumowując swój raport. Według nich homeopatia nie jest skuteczniejsza niż placebo.

### Maszyna z 1932 r.

Rozpoczynają się prace związane z rekonstrukcją maszyny do oczyszczania powietrza z 1932 r., stworzonej przez prezydenta Ignacego Mościckiego. Urządzenie będzie można po raz pierwszy zobaczyć podczas Międzynarodowego Forum Inteligentnego Rozwoju, które ma się odbyć jesienią w Uniejowie.

### Bezczynność u seniorów

Z pracy naukowej, którą publikuje internetowe wydanie czasopisma „Journals of Gerontology”, wynika, że ograniczenie aktywności fizycznej seniorów do minimum na zaledwie dwa tygodnie powoduje wystąpienie objawów cukrzycy typu 2 u osób z grupy ryzyka.

### Nowe kombinacje antybiotyków

Wbrew wcześniejszym poglądom łączenie więcej niż dwóch antybiotyków może być dobrym pomysłem – donosi czasopismo „Npj Systems Biology and Applications”.

### Czym są neurony różane?

Nieznanym wcześniej typ komórki nerwowej wykryli w mózgu człowieka badacze z USA i Węgier. Jest ona unikalna dla rodzaju ludzkiego – czytamy na łamach „Nature Neuroscience”. Ponieważ komórka przypomina z wyglądu owoc dzikiej róży, specjaliści z Instytutu Nauk o Mózgu im. Allena (USA) oraz Uniwersytetu w Segedynie (Węgry) nazwali ją neuronem różanym.

### Promieniujące notatki

Dzienniki Marii Skłodowskiej-Curie z opisami eksperymentów, które doprowadziły ją do odkrycia pierwiastków promieniotwórczych, są wciąż napromieniowane. Zjawisko to utrzymywać się będzie jeszcze przez... 1500 lat.

*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](http://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”

## WSPOMNIENIA

**Z wielką czułością wspominamy dwie Koleżanki z Kliniki Pediatrii CMKP w Dziekanowie Leśnym. Były wielkimi osobowościami, choć różniły się charakterem i temperamentem. Były naszymi przewodniczkami, zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym.**



**Dr Joanna Holtorp-Tyszkiewicz** zmarła 19.05.2017 r. po kilkuletniej ciężkiej chorobie, w wieku 83 lat.

Była ordynatorem Kliniki Pediatrii CMKP Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie Leśnym, Oddziału A. Ponadto prowadziła poradnię nefrologiczną, do której przyjeżdżali dzieci z całego regionu, czyli ówczesnego województwa war-

szawskiego, siedleckiego i ciechanowskiego. Wyszkoliła wielu pediatrów i lekarzy rodzinnych, biorąc aktywny udział w kursach prowadzonych przez CMKP oraz przekazując swoją praktyczną wiedzę przy łóżku chorego. Oddała swoim pacjentom i ich rodzinom, z wieloma utrzymywała kontakty przez długie lata, była zapraszana na uroczystości rodzinne. Rzetelna w pracy zawodowej, uczciwa, cieszyła się dużym autorytetem wśród kolegów. Zawsze miała czas dla nas, lekarzy, służyła radą nie tylko w sprawach zawodowych, ale i prywatnych. Ze swoim kolorowym stylem ubierania się i żywiołowym sposobem bycia była jak rajski ptak w szarej rzeczywistości lat 80. i 90. Kochała ludzi i zwierzęta, organizowała cudowne spotkania towarzyskie, uwielbiała podróże, z których przywoziła ciekawe zdjęcia i filmy, co przed erą smartfonów miało inny wymiar gatunkowy.

Pozostanie w naszej pamięci jako znakomity lekarz i droga koleżanka, na którą zawsze można było liczyć.



**Dr n. med. Ewa Kordyasz** zmarła niespodziewanie 22.05.2016 r. w wieku 81 lat.

Była ordynatorem Kliniki Pediatrii CMKP Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie Leśnym, Oddziału Patologii Noworodka. Jako jedna z pierwszych w Polsce wykonywała transfuzje wymiennej krwi u noworodków, pracując początkowo pod kie-

runkiem prof. Danuty Łozińskiej. Przez całe życie zawodowe była osobą otwartą na nowe metody leczenia, śledziła piśmiennictwo zachodnie jeszcze w czasach, gdy wymagało to dużego wysiłku. Z racji kilkuletniej pracy lekarskiej w jednym z krajów arabskich nabyła tolerancji dla ludzi o innej kulturze i religii. Z radością powitała przepisy pozwalające rodzicom na przebywanie przy dzieciach w szpitalu. Zatrudniona na stanowisku nauczyciela akademickiego, była kierownikiem wielu szkoleń i kursów dla pediatrów i lekarzy rodzinnych. Brała udział w organizowaniu egzaminów





Z głębokim smutkiem  
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

**Czesława Jaworskiego**

wybitnego adwokata,  
prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej  
w latach 1995–2001,  
wielkiego przyjaciela  
samorządu lekarskiego.

Rodzinie i Bliskim  
składamy wyrazy szczerego współczucia.

Łukasz Jankowski,  
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie,  
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



*Tu Ciebie nie ma, lecz jesteś przecież  
i pozostaniesz w jasnym świetle.  
Jest coś, co mrokom się opiera,  
Jest pamięć. A pamięć nie umiera.*

Wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**Doktor Barbary Muszyńskiej**

dla Męża Marka z Rodziną  
Żegnamy Cię, Basiu

Bożenka, Basia, Dorota,  
Krzysia, Lusja, Marta



Wyrazy najgłębszego współczucia  
dla Rodziny i Bliskich  
z powodu śmierci

**Pani Doktor  
Danuty Stanczewskiej,**

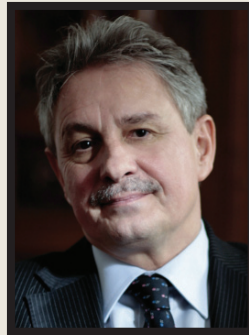
wybitnego kardiologa i internisty

składają pracownicy  
Kliniki Nowotworów Układu Moczowego,  
Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie

specjalizacyjnych z pediatrii. Była autorem licznych publikacji naukowych i wystąpień. Działała aktywnie w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym, przez wiele lat wchodziła w skład zarządu. Udzielała się społecznie, pełniąc funkcję prezesa Stowarzyszenia Y's Men Club Warszawa „Serce”. Zwiedziła wiele krajów, pasjonowała się muzyką klasyczną. Choć wydawała się poważna i trudno dostępna, w rzeczywistości była osobą dowcipną, bystrym obserwatorem i komentatorem rzeczywistości.

Będziemy Ją pamiętać jako może surową i wymagającą, ale zawsze dobrą koleżankę i wspaniałego lekarza.

**Koleżanki z Kliniki Pediatrii CMKP**



**Andrzej  
Włodarczyk**  
(1952–2018)

My, lekarze, tak często obcujący ze śmiercią, w przypadku gdy zabiera ona osobę nam bliską, z większą jaskrawością dostrzegamy bezwzględność praw życia. Wieczność jest za nami, przed nami, a my pojawiajemy się tylko na chwilę. Śmierć jednak przychodzi zawsze za wcześnie.

Nasz przyjaciel Andrzej mógłby przecież żyć jeszcze długo, miał po co i dla kogo. Miał o kogo się troszczyć. Sam otoczony był przez żonę niezwykłą troską, tak wyraźnie widoczną w ostatnich latach Jego życia.

Cała przestrzeń Jego życia wypełniona była obowiązkami i powinnościami. Pełnił je z wielkim zaangażowaniem i poświęceniem na każdym szczeblu zawodowej hierarchii. Wszystkie zasługiwały na uznanie i wdzięczność. Obserwowałem Jego zmagania z rzeczywistością, potrzebami i ryzykiem. Niezależnie od zajmowanych stanowisk, niezależnie od osiągniętych sukcesów, otrzymanych pochwał lub doznanych niepowodzeń, zawsze był wszystkim przyjazny i życzliwy. Był wspaniałym Kolegą i Przyjacielem.

Tylko pamięć przezwycięża granice śmierci. „*Non omnis moriar*”. Jego życie było warte życia.

**Tadeusz Tołłoczko**



**Pamięci dr. n. med.  
Andrzeja Włodarczyka**

Zarząd Regionu Mazowieckiego OZZL z bólem przyjął wiadomość o śmierci dr. Andrzeja Włodarczyka.

Dr Andrzej był tym prezesem Rady Lekarskiej, który jawnie sympatyzował z OZZL w czasach, kiedy było to źle postrzegane w kręgach politycznych i solidarnościowych. Jego współpraca z Zarządkiem Regionu Mazowieckiego układała się wzorowo; mieliśmy w Nim dobrego Kolegę i zwierzchnika samorządowego. Jego elegancja i kultura, rzeczowość w rozmowach, szybkość i umiejętność działania zjednywały Mu ludzi, a nam pozwalały na spokojną i owocną współpracę.

Jego odejście wszystkich nas bardzo zaskoczyło i zasmuciło. Pani Ewie, redaktor naczelnej „Pulsu”, składam w imieniu Zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL wyrazy najszczerzego współczucia z powodu śmierci męża.

**Maria Balcerzak**  
przewodnicząca RM OZZL



# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

**1 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 7 czerwca 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1375.**

Znowelizowana ustawa wdraża dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz dyrektywę Komisji 2003/94/WE z 8 października 2003 r. ustanawiającą zasady i wytyczne dobrej praktyki wytwarzania produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz produktów leczniczych stosowanych u ludzi znajdujących się w fazie badań.

**1 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1373.**

Zmiana rozporządzenia dotyczy wypłaty przez świadczeniodawców dodatku w wysokości 400 zł miesięcznie, za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2017 r., oraz 800 zł miesięcznie, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r., dla ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowanych w warunkach stacjonarnych lub dziennych, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowanych w warunkach stacjonarnych, opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz świadczeń wysokospecjalistycznych.

**6 sierpnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1492, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 20 lipca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zdrowiu publicznym.**

**8 sierpnia 2018 r. zostało opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1510, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 20 lipca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**14 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1558.**

W wykazie świadczeń opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, wymienione zostały świadczenia udzielane przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych – w zakresie dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń.

**15 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 19 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie dofinansowania weteranom poszkodowanym – funkcjonariuszom Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Państwowej Straży Pożarnej zaopatrzenia w wyroby medyczne, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1463.**

**21 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1490.**

Zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii leczenie oznacza leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

W celu ograniczania zagrożeń, jakie powodują środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne, m.in. podejmowania działań w zakresie wczesnego ostrzegania, tworzy się rejestr zatruć środkami zastępczymi oraz nowymi substancjami psychoaktywnymi, który prowadzi główny inspektor sanitarny.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne są obowiązane zgłosić państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, przypadek zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną, a także podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być lub było zatrucie środkiem zastępczym, lub nową substancją psychoaktywną.

Zgłoszenia dokonuje się w postaci elektronicznej niezwłocznie, nie później niż w terminie 48 godzin od chwili wystąpienia okoliczności, o których mowa.

**21 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1591.**

**21 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1587.**

Zmiana została wprowadzona w załączniku do rozporządzenia w tabeli nr 2, określającej wartości współczynników korygujących q1,j w zakresie liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych.

**22 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie**

## Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1598.

Rejestr prowadzi minister zdrowia, służy do tego system teleinformatyczny.

Do przekazywania danych do rejestru są obowiązane podmioty wykonujące zadania związane z realizacją programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia pod nazwą „Program – leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016”, na podstawie umowy zawartej z ministrem zdrowia.

## 23 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1515.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Internetowe Konto Pacjenta to moduł systemu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, w którym są przetwarzane dane dotyczące usługobiorcy, zawarte w SIM oraz Systemie Rejestru Usług Medycznych NFZ.

Internetowe Konto Pacjenta umożliwia usługobiorcy lub jego przedstawicielowi ustawowemu w szczególności:

- 1) dostęp do informacji o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w Systemie Informacji Medycznych oraz raportów z udostępnienia danych dotyczących pacjenta, a także informacji o kwocie środków publicznych wydanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) dostęp do informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerze identyfikacji podatkowej (NIP) i numerze REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) składanie oświadczeń o upoważnieniu danej osoby do wglądu w dokumentację medyczną lub o wyrażeniu zgody na udostępnienie jednostkowych danych medycznych lub o ich wycofaniu,
- 4) składanie oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, lub o jej wycofaniu,
- 5) składanie oświadczeń o zgodzie na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, o której mowa w przepisach wspomnianej ustawy, lub o odmowie zgody,
- 6) dostęp do informacji o wystawionych w formie elektronicznej zaświadczeniach lekarskich,
- 7) dostęp do informacji o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez usługobiorcę,
- 8) dostęp do informacji o wysokości kwoty podlegającej refundacji dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydanych usługobiorcy.

Dostęp do IKP następuje za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, po uwierzytelnieniu usługobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej w sposób określony w ustawie o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne lub za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez NFZ.

Funkcje Internetowego Konta Pacjenta, o których mowa w pkt. 3. i 4., uruchamia się nie później niż 1 stycznia 2019 r.

## Funkcje Internetowego Konta Pacjenta, o których mowa w pkt. 1., 2. i 5.–8., uruchamia się nie później niż do 30 września 2019 r.

Ustawa wprowadza zmianę w **ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry**, zgodnie z którą lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby.

Lekarz może, bez 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. W takim przypadku **od 1 października 2018 r.** recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty w postaci elektronicznej – wydruk, mogą być przekazane:

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

Zgodnie z nowelizacją **ustawy – Prawo farmaceutyczne od 1 stycznia 2019 r.** dopuszcza się prowadzenie przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych:

- bez przepisu lekarza, z wyjątkiem produktów leczniczych, których wydawanie jest ograniczone wiekiem pacjenta,
- z przepisu lekarza, gdy recepta została wystawiona w postaci elektronicznej, jeżeli produkty te zostały przepisane osobie posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności.

Minister zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza, w przypadku których niedopuszczalna jest sprzedaż wysyłkowa.

Zgodnie z nowelizacją **ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta**, w przypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta wymagana jest forma dokumentowa.

Przed wyrażeniem zgody w mówiony sposób pacjent ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Dokumentacja medyczna może zawierać informację o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w ustawie o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i nie pobiera z tego tytułu opłaty.

**Od 1 października 2018 r. obowiązuje zmiana ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** w zakresie dotyczącym zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Świadczeniobiorcom przysługuje, na zasadach określonych w ustawie, zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawa.

Zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy są wystawiane w postaci papierowej, przy czym jedno zlecenie może dotyczyć wyrobu medycznego określonego tą samą grupą i liczbą porządkową, a w przypadku soczewek okularowych korekcyjnych – tą samą grupą, które zostały określone w przepisach wykonawczych do ustawy.

Zlecenia mogą być wystawiane po osobistym badaniu fizykalnym świadczeniobiorcy lub badaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, lub systemów łączności, a w przypadku zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie – także na podstawie dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

NFZ dokonuje weryfikacji zlecenia na etapie wystawienia i potwierdza posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę na etapie realizacji.

Weryfikacja zlecenia i potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej odbywają się za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych funduszu.

W przypadku braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych funduszu weryfikacji zlecenia i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się w siedzibie wybranego przez świadczeniobiorcę oddziału wojewódzkiego funduszu.

Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność do dnia realizacji.

Do 1 stycznia 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy mogą być wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach.

Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do 1 stycznia 2019 r. zostały wystawione lub wystawione i potwierdzone, mogą być odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak **nie dłużej niż do 1 stycznia 2020 r.**

Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą świadczeniodawcy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarte w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i realizowane w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, mogą zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2019 r.

**24 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1538.**

**24 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków**

**publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1532.**

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **od 1 lipca 2018 r.** prawo do wyrobów medycznych, na zasadach dotyczących świadczeniobiorców do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki albo pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego i codziennego współudziału opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Na podstawie zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarzowi, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, pełniącemu dyżur medyczny, w ramach realizacji programu specjalizacji, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

Minister zdrowia przekazuje środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w tym dyżurów medycznych, na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym tych lekarzy.

**Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 700 zł miesięcznie – w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, lub 600 zł miesięcznie – w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.**

Priorytetowymi dziedzinami medycyny są: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, psychiatryka dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca.

Deklarację dotyczącą zobowiązania lekarz składa na piśmie w zatrudniającym go podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

Deklaracja zawiera:

- imię (imiona) i nazwisko lekarza,
- nazwisko rodowe,
- numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania,
- nazwę specjalizacji,
- numer prawa wykonywania zawodu,

- oświadczenie lekarza, że zobowiązuje się do wykonywania zawodu na terytorium RP w podmiocie leczniczym, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu,
- zobowiązanie do zapłaty kary w przypadku niewywiązania się ze złożonego oświadczenia,
- datę i podpis lekarza składającego deklarację.

Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację.

W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego dwuletni okres wykonywania zawodu ulega proporcjonalnemu skróceniu.

Wojewoda, który potwierdził zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, niezwłocznie zawiadamia lekarza na piśmie o okresie realizacji zobowiązania.

Do okresu szkolenia specjalizacyjnego nie wlicza się okresów nieobecności lekarza w pracy w przypadkach określonych w ustawie.

Lekarz jest obowiązany niezwłocznie przekazać wojewodzie, który potwierdził mu zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, pisemną informację o okresach i miejscach realizacji zobowiązania, terminie zakończenia jego realizacji, zamiarze wykonywania zawodu lekarza poza terytorium RP, podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie, oraz każdorazowej jego zmianie.

Podmioty, w których był zatrudniony lekarz (lub NFZ w przypadku lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej), które zawarły z nim umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wystawiają na wniosek lekarza zaświadczenie, w którym potwierdzają okres oraz wymiar czasu udzielania przez lekarza świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących realizację zobowiązania. Lekarz jest obowiązany dostarczyć zaświadczenie właściwemu wojewodzie w terminie 60 dni od zakończenia realizacji zobowiązania.

W przypadku niewywiązania się z zobowiązania lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości 75 proc. iloczynu liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego oraz kwoty 700 zł (w przypadku gdy odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny) albo 600 zł (gdy odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa).

Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie, jeżeli lekarz złoży ponownie deklarację.

Kara, o której mowa wyżej, ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu, w jakim lekarz wykonywał zawód zgodnie z zobowiązaniem.

W przypadku decyzji wojewody o nałożeniu kary lekarz ma prawo wystosować wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do tego wojewody.

Lekarzowi, który złożył deklarację w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, zwiększone wynagrodzenie zasadnicze wypłaca się od 1 lipca 2018 r.

Na podstawie zmiany art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku niecierpiącym zwłoki, o którym mowa w art. 30, albo pracuje w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.**

Zgodnie z nowelizacją ustawy o działalności leczniczej **1 stycznia 2028 r.** uchylony zostanie przepis art. 96 stanowiący, że pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być, po wyrażeniu zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

W latach 2018–2020 w ramach umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansuje się koszty wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację.

Finansowanie zapewnia podwyższenie lekarzom spełniającym łącznie warunki określone w ustawie wynagrodzeń zasadniczych do wysokości 6750 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat, oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat.

Środki finansowe świadczeniodawcy przeznaczają dla lekarzy spełniających łącznie następujące warunki:

1) są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń,

2) zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa wyżej, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt. 3., 4., 6.–12., 15. i 16. ustawy, to jest:

- leczenia szpitalnego,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- leczenia stomatologicznego,
- lecznictwa uzdrowiskowego,
- zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji,
- ratownictwa medycznego,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- świadczeń wysokospecjalistycznych,
- programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji,
- leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji,

z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.

W przypadku lekarza zatrudnionego na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt. 1., przed dniem złożenia zobowiązania opisanego w pkt 2, któremu

obniżono wynagrodzenie w okresie 5 miesięcy poprzedzających złożenie tego zobowiązania, świadczeniodawca przeznacza środki finansowe na podwyższenie wynagrodzenia tego lekarza o kwotę nieprzekraczającą różnicy między sumą 6750 zł miesięcznie i kwotą miesięcznego wynagrodzenia przed obniżeniem. Przepis stosuje się w przypadku przerwy w zatrudnieniu trwającej krócej niż 3 miesiące.

Zobowiązanie albo wnioski o jego cofnięcie lekarze składają pracodawcy na piśmie ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca wskazanego przez lekarza, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym je złożono.

Pracodawca jest obowiązany do podwyższenia wynagrodzenia lekarza od pierwszego dnia, w którym zobowiązanie stało się skuteczne.

W przypadku niewywiązania się z zobowiązania lekarz musi uiścić pracodawcy karę w wysokości 75 proc. iloczynu liczby miesięcy pobierania nienależnego zwiększonego wynagrodzenia oraz kwoty odpowiadającej temu zwiększeniu, z uwzględnieniem związanego z nim zwiększenia dodatków: za pracę w porze nocnej, za pracę w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, za pełnienie dyżuru medycznego, za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz za usługę lat oraz składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Emerytur Pomostowych i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. W razie sporu o karze orzeka sąd pracy.

Cofnięcie zobowiązania lub niewywiązanie się z niego może stanowić podstawę obniżenia wynagrodzenia do wysokości ustalonej przed złożeniem zobowiązania. Przy zmianie wa-

runków umowy o pracę lub innego aktu stanowiącego podstawę nawiązania stosunku pracy nie mają zastosowania przepisy ograniczające dopuszczalność wypowiedzania warunków takiej umowy lub aktu.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może ogłosić na stronie Biuletynu Informacji Publicznej oddziału wykaz podmiotów leczniczych, ze wskazaniem profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których może wystąpić zagrożenie brakiem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania, ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy.

Przepisów dotyczących kar i obniżenia wynagrodzenia nie stosuje się w przypadku lekarza, który podejmie zatrudnienie w podmiocie leczniczym wymienionym we wspomnianym wykazie obejmujące wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wymienionych w nim profili lub rodzajów komórek organizacyjnych.

Lekarze składają zobowiązania do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy po raz pierwszy w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

Pracodawca jest obowiązany do podwyższenia wynagrodzenia od 1 lipca 2018 r., jeżeli lekarze ci złożą zobowiązanie, ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia zobowiązania.

**28 sierpnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie badań lekarskich osób ujętych przez funkcjonariuszy Straży Marszałkowskiej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1643.**



**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 Paluszkiwicz, 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](mailto:biuro@oilwaw.org.pl)**

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej:** Łukasz Jankowski; tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42

**Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów:** Dariusz Paluszek; tel. 22-542-83-56

**Wiceprezesi ORL:** Jarosław Biliński; tel. 22-542-83-45, Krzysztof Madej; tel. 22-542-83-46

**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, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Zastępca sekretarza ORL:** Piotr Pawliszak; tel. 22-542-83-31; 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Skarbnik:** Jan Krzysztof Kowalczyk; tel. 22-542-83-85

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:** Ewelina Bobek-Pstrucha

tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

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

**Okręgowa Komisja Rewizyjna:** przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak; tel. 22-542-83-90

**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; 22-542-83-54

**Kasa:** tel. 22-542-83-34

**Składki:** tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78, 22-542-83-96

**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, 22-542-83-19

**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 Dentystów:** tel. 22-542-83-55

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

**Rzecznik Praw Lekarza:** Tel. 22-542-83-90

**Mediator:** Tel. 22-542-83-90

**Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy:** Tel. 22-542-83-90

**Zespół ds. Wypalenia Zawodowego:** Tel. 22-542-83-90

**Zespół ds. Biegłych:** Tel. 22-542-83-33

**Zespół ds. Matek Lekarek:** Tel. 22-542-83-33

**Zespół ds. Szczepień:** Tel. 22-542-83-33

**Komisja Młodych Lekarzy:** tel. 22-542-83-33

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

**Komisja Lekarzy Seniorów:** tel. 22-542-83-30

**Koło Lekarzy Katolików:** tel. 22-542-83-30

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów:**

tel. 22-542-83-72, 22-542-83-75, 22-542-83-76, 22-542-83-77, faks 22-542-83-65, e-mail: [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Marketing i reklama:** tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00, e-mail: [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Dział Informacji Medialnej:** tel. 22-542-83-83;

**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

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

**[www.izba-lekarska.pl](http://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](mailto: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](http://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.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE I FORMULARZ NA STRONIE: [www.izba-lekarska.pl](http://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](mailto:lekarz.medbroker@pl.april.com)