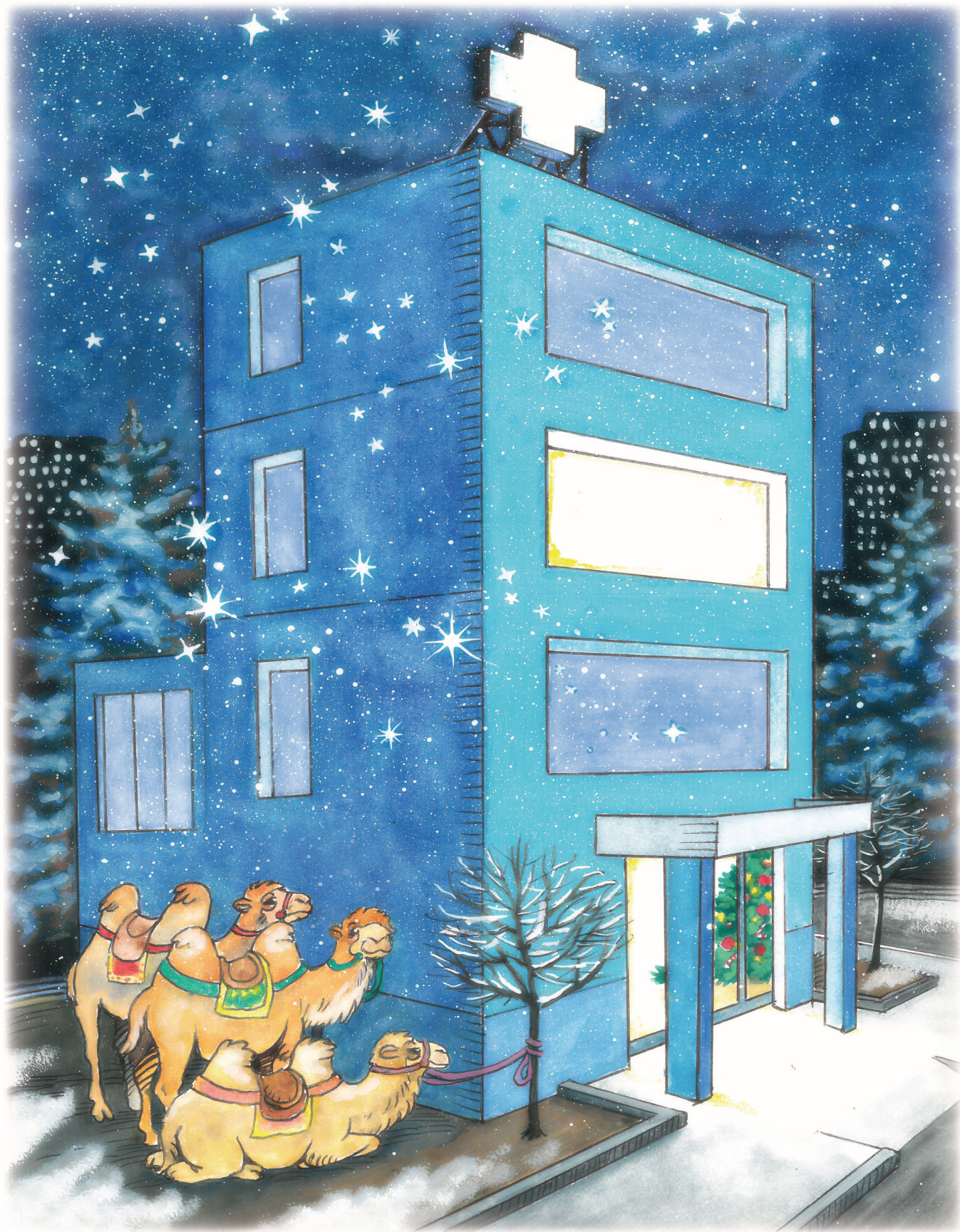


ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

grudzień 2018 – styczeń 2019





**– Jesteście na progu kariery zawodowej, to wasz dzień, wasze święto – powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, witając młodych lekarzy na uroczystości wręczenia „Prawa wykonywania zawodu lekarza” i „Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”, która odbyła się 10 listopada 2018 r. Pogratulował zebranyemu ukończenia studiów oraz stażu podyplomowego i zaznaczył, że otrzymanie najważniejszego dla lekarza dokumentu wiąże się nie tylko z prawami, ale i z obowiązkami. – Bądźcie dumni z tego, że jesteście lekarzami, i nie dajcie odebrać sobie marzeń – podkreślał. Mówił również o roli izby lekarskiej. – Chcę, żebyście wiedzieli, że w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, są ludzie wam życzliwi, na których możecie liczyć, a oni staną za wami w trudnych sytuacjach.**



Fotografie: P. Bieziński





# Wręczenie praw wykonywania zawodu

**P**odczas uroczystości młodym lekarzom towarzyszyli najbliżsi i przyjaciele. Wśród zaproszonych gości byli: prof. Andrzej Deptała, prorektor ds. personalnych i organizacyjnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Janusz Sobolewski, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, Paweł Chęciński, p.o. dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy, prof. Marek Krawczyk, były rektor WUM, prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prodziekan ds. dydaktyczno-wychowawczych Wydziału Lekarsko-Dentystycznego WUM, prof. Mieczysław Szostek, prezes Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie reprezentowała Krystyna Podgórska-Baraniecka. Obecni byli również Artur Płachta, prezes RL Wojskowej Izby Lekarskiej, i Dariusz Kutella, prezes ORL w Gdańsku, członek ORL w Warszawie oraz honorowi delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy – prof. Tadeusz Tołłoczko, były rektor Akademii Medycznej w Warszawie, i Jan Antczak.

Spotkanie prowadził wiceprezes ORL Jarosław Biliński. – *Od jutra będziecie na własną odpowiedzialność podejmowali decyzje ważące na czyimś zdrowiu i życiu. Odebranie prawa wykonywania zawodu jest zwieńczeniem tytanicznej pracy, którą wykonaliście* – podkreślił. – *Zdobyliście elitarne wykształcenie, które sytuuje lekarzy w elicie zawodów, bardzo często w elicie naukowej i, mam nadzieję, w elicie etycznej.*

Prof. Andrzej Deptała życzył młodym lekarzom zrealizowania marzeń. – *Przed państwem długa droga zawodowego życia, nie zawsze łatwa, nie zawsze satysfakcjonująca* – przestrzegął. Przypomniał, że medycyna ma służyć pacjentowi: – *Miejcie pokorę. Bądźcie przyjaciółmi pacjentów. Nie zapominajcie, że uśmiech i życzliwość dla drugiego człowieka są równie ważne jak przepisanie właściwej tabletki czy zastrzyku.*

– *Kończy się czas nauki, zaczyna czas nauki i pracy, kończy się czas beztroski, a zaczyna czas prawdziwej odpowiedzialności* – mówił Ksawery Rajpert, przedstawiciel młodych lekarzy. Podkreślił wyjątkowość chwili i podziękował mentorom, wykładowcom, nauczycielom,

lekarzom i pielęgniarkom, także personelowi administracyjnemu szpitali oraz pracownikom OIL w Warszawie, wszystkim, którzy pomagali medykom w ukończeniu stażu.

Podczas uroczystości prezes Łukasz Jankowski odebrał przyrzeczenie lekarskie od lekarzy, którzy ukończyli uczelnie medyczne poza granicami Polski.

Nagrodą im. prof. Władysława Szenajcha, przyznawaną przez OIL w Warszawie, uhonorowano lekarzy, którzy uzyskali w roku akademickim 2017/2018 najlepsze wyniki egzaminu końcowego. W gronie lekarzy z najlepszym wynikiem Lekarskiego Egzaminu Końcowego znaleźli się: Natalia Hirsz (92,42 proc.), Rafał Osiecki (91,92 proc.) i Sylwia Gajda (90,40 proc.). Za najlepszy wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego nagrodzono lekarzy dentystów: Damiana Kamińskiego (84,85 proc.), Martę Molińską (84,34 proc.) i Elżbietę Molińską (84,26 proc.).

Prezentację na temat działań Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przedstawiła koordynator mediów Maria Kłosińska. Młodzi lekarze mieli okazję do rozmów w kuluarach z przedstawicielami izbowych komisji. Redakcja „Pulsu” zachęcała do udziału w konkursie literackim pt. „Dzień z życia stażysty”. Trzy najciekawsze prace zostaną opublikowane na łamach miesięcznika. Działal również punkt szczepień, w którym można było zaszczepić się przeciwko grypie. Skorzystały 42 osoby.

OIL w Warszawie przygotowała 427 „Praw wykonywania zawodu lekarza” i 125 „Praw wykonywania zawodu lekarza dentysty”. Ich wręczenie było ostatnim, ale najbardziej oczekiwanym punktem uroczystości. Dokumenty młodym lekarzom przekazali prezes Łukasz Jankowski, wiceprezesi Krzysztof Madej, Mieczysław Szatanek, Dariusz Paluszek oraz członkowie Prezydium ORL Agnieszka Serwan, Piotr Pawliszak i Piotr Winciuнас, przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu.

W przeddzień 100. rocznicy odzyskania przez Polskę niepodległości uczestnicy spotkania minutą ciszy uczcili pamięć lekarzy, którzy zginęli w walce o niepodległość.

Oprawę artystyczną zapewnił chór OIL w Warszawie „Medicantus”. ■

ach





# Najlepsi na egzaminach końcowych

**Natalia Hirsz** (92,42 proc., najlepszy wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego): Zawsze lubiłam przedmioty biologiczne i fizyczne, więc to był naturalny wybór. Nie mam w rodzinie lekarza. Moje oczekiwania związane z tą dziedziną spełniły się i nie wyobrażam sobie, że mogłabym robić coś innego. W czasie studiów najtrudniejsza była konieczność poświęcenia całego czasu na zajęcia. Koledzy i koleżanki na innych kierunkach mieli dużo wolnego czasu, nie musieli aż tak dużo się uczyć, przykładali się tylko pod koniec semestru. Na medycynie to było 100 proc. zaangażowania przez 7 lat. Sama jestem zdziwiona moimi dobrymi wynikami końcowymi, bo prawie w tym samym czasie wyszłam za mąż. Miałam więc dużo innych rzeczy do zrobienia.

**Damian Kamiński** (pierwsze miejsce i 84,85 proc. na Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym): Stomatologię wybrałam już w dzieciństwie. Gdy miałem sześć lat, zaczął mnie strasznie boleć ząb, wcześniej nie chciałem „współpracować” z dentystami. Ale wtedy sam poprosiłem rodziców o zawiezenie do dentysty. Lekarz usunął ząb, nic nie bolało i wtedy zrozumiałem, że niesienie pomocy jest czymś wspianiałym. A pierwszy ząb wyrwałem koledze w przedszkolu. Płakał, bo ruszał mu się mleczak. Podszedłem, wyrwałem i już. Ukończyłem Uniwersytet Medyczny w Łodzi, na staż wróciłem do Warszawy, stąd pochodzę, i wybrałem specjalizację z ortodoncji w Mazowieckim Centrum Stomatologii. Początki studiów nie były łatwe, pierwszy niezdany egzamin był z anatomii. Poprawkę miałem we wrześniu, ten przypadek dużo mnie nauczył. Zacząłem inaczej

podchodzić do nauki i resztę studiów przeszedłem bez problemów. Ortodoncja jest trudnym kierunkiem, ale nie wybierałem w ciemno.

**Marta Molińska** (drugie miejsce i 84,34 proc. na Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym): Zawsze wiedziałam, że wybiorę studia związane z medycyną, choć jako dziecko chciałam iść na weterynarię. Jednocześnie lubiłam zajęcia plastyczne i miałam w tym kierunku zdolności. W stomatologii znalazłam oba te aspekty. Nigdy nie żałowałam podjętej decyzji, mimo że to ciężkie studia. Zostaję w Warszawie i specjalizację prawdopodobnie będę robiła w Instytucie Stomatologii WUM.

**Elżbieta Molińska** (trzecie miejsce i 84,26 proc. na Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym): Miałam duży dylemat przy wyborze studiów, zastanawiałam się nad medycyną. W końcu wybrałam stomatologię, bo dentysta to zawód, w którym łatwiej pogodzić obowiązki zawodowe z obowiązkami żony i matki, a planujemy z mężem posiadanie potomstwa. Studia były bardzo trudne – dużo nauki. Wiele godzin spędzaliśmy na zajęciach praktycznych przy ul. Miodowej. Trzeba nie tylko poznać teorię, ale też ćwiczyć sprawność manualną. Prawdę mówiąc, od rana do wieczora byliśmy na uczelni. Od trzeciego roku przyjmowaliśmy pacjentów. A staż też jest bardzo potrzebny. Jesteśmy zadowoleni, że go przywrócono. Obie ze szwagierką Martą odbywałyśmy staż w Wojskowej Akademii Medycznej na Bemowie. Dostałyśmy się na specjalizację z ortodoncji, tylko że ja z mężem przenoszę się do Wrocławia. ■ **mkr**



Nr 12/2018 – 1/2019 (284–285),  
grudzień 2018 – styczeń 2019

Na okładce:

ilustracja autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

- ▶ Wręczenie praw wykonywania zawodu 1
- ▶ Co z tymi dyżurami? 6
- ▶ Stanowisko Prezydium ORL... 8
- ▶ Wierzymy, że zmienimy prawo 9
- ▶ „Wspólne święta” 10
- ▶ Wejdą, nie wejdą? 12
- ▶ Komisja ds. Lekarzy Dentystów 14
- ▶ Biuletyn ORL w Warszawie 16
- ▶ uwaga! składki członkowskie 20
- ▶ Szkolenia w siedzibie OIL 22
- ▶ Szczepimy – chronimy 23
- ▶ Odpowiedzialność... 26
- ▶ Moc mikołajkowych atrakcji 30
- ▶ Co każdy lekarz powinien wiedzieć o chirurgii bariatrycznej 32
- ▶ Leczenie bólu... 34
- ▶ Doniesienia naukowe 37
- ▶ Krótka teoria czasu 38
- ▶ z Delegatury Radomskiej 40
- ▶ „Po pierwsze zdrowie” 42
- ▶ z Mazowsza 45
- ▶ Lekarze seniorzy gościli w izbie 46
- ▶ lektury 48
- ▶ Posłuchać, zobaczyć... 49
- ▶ Goniec Medyczny 49
- ▶ sport 50
- ▶ literatura i życie 53
- ▶ Ambasador polskiej chirurgii 54
- ▶ pożegnania 56
- ▶ ciekawe miejsca 58
- ▶ nowe przepisy prawne 59
- ▶ felietony:
- ▶ Walewski 27
- ▶ Balicki 29
- ▶ Kowal 29
- ▶ Müldner-Nieckowski 52
- ▶ Ciepły 52



*Świeciła gwiazda na niebie,  
Srebrna i staroświecka,  
Świeciła wigilijnie,  
Każdy zna ją od dziecka.  
Zwisały z niej z wysoka  
Długie, błyszczące promienie,  
A każdy promień to było  
Jedno świąteczne życzenie.  
I przyszli – nie magowie  
Już trochę postarziali –  
Lecz więcej kolędnicy,  
Zwyczajni chłopcy mali.  
Chwycili za promienie  
Jak w dzwonnicy za sznury,  
Ażeby śliczna gwiazda  
Nie uciekła do góry.  
Chwycili w garść promienie,  
Trzymają z całej siły,  
I teraz w tym rzecz cała,  
By się życzenia spełniły.*

Leopold Staff – „Gwiazda”

**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie



Fot. M. Beczek

# Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

za nami wypełniony pracą listopad. Dużo się działo.

W ramach akcji „Szczepimy – chronimy” zaszczepiliśmy w izbie przeciwko grypie prawie 500 lekarzy i farmaceutów. Cieszy mnie duże zainteresowanie akcją, którą na pewno powtórzymy w kolejnych latach.

Jak co roku w listopadzie podczas uroczystego spotkania wręczyliśmy dokumenty prawa wykonywania zawodu lekarzom po stażu podyplomowym. Było dla mnie zaszczytem móc osobiście wręczyć koleżankom i kolegom dokument PWZ, cieszy mnie też, że gala została poprowadzona sprawnie i bardzo dobrze odebrana przez osoby w tym dniu najważniejsze – młodych lekarzy.

W listopadowym kalendarzu na dłużej zagospodzą również obchody Dnia Seniora. Wysoka frekwencja na spotkaniu z tej okazji, piękny koncert, spędzone razem wzruszające chwile, wypełniony atrakcjami program (m.in. spotkanie z poezją, malarstwem, ale również możliwość wykonania bezpłatnego USG Doppler naczyń kończyn dolnych, badania słuchu i wzroku), a przede wszystkim radość i dumy na twarzach naszych starszych kolegów świadczyły o pełnym sukcesie tej inicjatywy.

Wprowadzenie 12.11.2018 r. dnia wolnego od pracy z pominięciem medyków wywołało zrozumiałe wzburzenie środowiska lekarskiego. Protestowaliśmy jako samorząd lekarski, a naszą argumentację o dyskryminacyjnym charakterze rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie podzielił rzecznik praw obywatelskich. Dzięki szybkiej reakcji udało nam się pomóc lekarzom rodzinom, którzy w tym dniu musieli iść do pracy, podczas gdy żłobki i przedszkola były zamknięte. Skorzystali z niej rodzice 58 dzieci w wieku 4–14 lat.

To był pracowity listopad. A grudzień?

Grudzień rozpoczęliśmy otwartym wykładem dotyczącym szczepień ochronnych, który wygłosił dla nas dr hab. n. med. Wojciech Feleszko. Żywa dyskusja po fantastycznym wykładzie przyniosła wiele trafnych odpowiedzi na pytania zadawane przez rodziców w lekarskich gabinetach. Stawiamy na edukację!

Ogromnym sukcesem zakończyły się izbowe mikołajki, podczas których gościliśmy ponad 1 tys. osób, w tym prawie 300 dzieci. Na każde dziecko czekało wiele

atrakcji, przede wszystkim spotkanie ze św. Mikołajem, oraz świąteczny upominek. Widzę ogromną wartość w tym, że możemy spotykać się w naszej siedzibie, a fantastyczna frekwencja i wypieki na uśmiechniętych twarzach dzieci wychodzących z izby to najlepszy znak udanej imprezy. Osoby, do których nie dotarła informacja o mikołajkach, proszę o uaktualnienie adresu e-mailowego w izbowych rejestrach i śledzenie naszych poczynań w mediach społecznościowych!

Za nami również początek kampanii społecznej „Wspólne święta”, o której więcej na kolejnych stronach naszego miesięcznika.

Wszystkie wymienione inicjatywy wymagały – co oczywiste – ogromnego wysiłku, ale nie ma chyba dziś w izbie osoby, która nie czułaby, że jesteśmy aktywni, robimy dobre rzeczy, że pracujemy dla środowiska lekarskiego.

Przełom roku to okres podsumowań, ale również postanowień i planów. Szczególny nacisk zamierzam położyć na rozwój biura rzecznika praw lekarza. Pragnę, żeby rzecznik był naszym skutecznym narzędziem w walce o lekarskie prawa, a lekarze uwierzyli, że izba chce i może bronić naszych interesów. Ostatnie pół roku działalności rzecznika pokazało, że idziemy w dobrym kierunku.

Pozwólcie Państwo, że na koniec z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia złożę wszystkim Państwu serdeczne życzenia zdrowych, pogodnych i rodzinnych świąt oraz wszelkiej pomyślności w nowym roku. ■





# Co z tymi dyżurami?

MAŁGORZATA SOLECKA

**Czy** szpitale mogą nadal praktykować „zabieranie za zejścia” po dyżurach? To pytanie wraca jak bumerang wśród rezydentów. Okazuje się, że wprawdzie resort zdrowia pouczył szpitale, by rezydentom za zejścia nie zabierać, ale szpitale zabierają. Za wszystkie zejścia lub za część.

„Ujednolicenie prawne kwestii dyżurów medycznych”, jak określono w porozumieniu ministra zdrowia z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów OZZL z 8 lutego 2018 r., nastąpi w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Jedną z kluczowych kwestii owego „ujednolicenia” ma być niezabieranie lekarzom wynagrodzenia za schodzenie po dyżurze, co do tej pory było – i jest nadal – stałą praktyką szpitali. Ministerstwo Zdrowia w tej sprawie wyszło nieco przed szereg, instruując szpitale – w oparciu o podpisywane umowy na etaty rezydenckie – by zaprzestały „zabierania”. Z jednej strony dla rezydentów to niewątpliwie korzystna informacja. Z drugiej – okazuje się, że chaos nigdy nie jest tak duży, żeby decyzje urzędników nie mogły go zwiększyć.

„Minister zdrowia we współpracy z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej przygotowuje, a następnie, nie później niż w pierwszym kwartale 2019 r., przedłoży Radzie Ministrów projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w którym zawarte zostaną rozwiązania dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystry (w tym stażu podyplomowego oraz m.in. centralnego naboru na specjalizacje lekarskie, przywrócenia możliwości zmiany specjalizacji, uproszczenia dokumentowania procedur medycznych oraz ujednolicenia prawnego kwestii dyżurów medycznych itp.). W projekcie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, zostaną także uregulowane kwestie pełnienia dyżurów medycznych przez lekarzy rezydentów” – to fragment podpisanego w lutym porozumienia. Wszystko więc wskazywało – do początku listopada – że na realizację tego punktu porozumienia trzeba będzie czekać do uchwalenia nowej ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, której projekt ministerialny zespół ma już niemal gotowy.

Jednak na początku listopada okazało się, że minister zdrowia Łukasz Szumowski zmienił zapisy w umowach z podmiotami szkolącymi rezydentów, zobowiązując je do płacenia za czas należnego odpoczynku po dyżurze medycznym pełnionym w programie specjalizacji (zmiany zostały podpisane 13 listopada). Ministerstwo mogło określić nowe zasady, bo w całości finansuje zarówno etaty rezydenckie, jak i dyżury pełnione w ramach programu specjalizacji. Szpitale, zabierając rezydentom pieniądze „za schodzenie”, oszczędzają „ministerialne”, a nie „własne” pieniądze, czego czynić nie powinny. Resort poparł opinię lekarzy, że całość kwot przekazywanych szpitalom na finansowanie etatów rezydenckich powinna trafiać do lekarzy.

Prawdą jest jednak również, że ministerstwo finansuje tylko część dyżurów pełnionych przez rezydentów. Reszta opłacana jest z pieniędzy szpitala i w tym przypadku nie ma podstawy prawnej, by rezydentom (podobnie jak wszystkim innym lekarzom pełniącym dyżury w ramach umowy o pracę) nie „zabierać za zejście” z dyżuru. Dyrektorzy szpitali podkreślają, że do takich zmian, jakie przewiduje porozumienie rezydentów z ministrem, potrzebne są zmiany w prawie pracy, bo ono za czas wypoczynku po dyżurze wynagrodzenia nie przewiduje. I o ile jeszcze szpitale muszą honorować wytyczne ministerstwa związane z realizacją umów rezydenckich, o tyle dyżury pełnione przez lekarzy poza programem specjalizacji nie podlegają interpretacji ministerstwa, lecz przepisom ogólnym. Program specjalizacji nie przewiduje zaś dyżurów – i tu leży główna przyczyna tego, że szpitale nie chcą odstąpić od potrącania „za zejścia” – po których lekarz ma gwarantowane 11 godzin wypoczynku (czyli dyżurów całodobowych).

Dyrektorzy szpitali przypominają też, że co prawda podwyżki dla rezydentów finansuje resort zdrowia, ale pochodne od nich – na przykład składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, również wyższe stawki za dyżury, wynikające z wyższych wynagrodzeń zasadniczych – obciążają budżety szpitali.

Nieoficjalnie można usłyszeć również, że szpitale nie kwapią się do postępowania zgodnie z wytycznymi resortu przede wszystkim z obawy przed reakcją pracujących na etatach lekarzy specjalistów, których owe



wytyczne nie dotyczą. I że dopóki nie będzie zmian w ustawie (choćby w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), dopóty szpitale w tej sprawie będą konsekwentnie trzymać się przepisów kodeksu pracy.

Jednym z głównych powodów „wstrzemięźliwości” szpitali w realizowaniu ministerialnych wytycznych jest ich trudna i w ostatnich miesiącach pogarszająca się sytuacja finansowa. Zwłaszcza szpitale wysokospecjalistycznych, które zatrudniają wielu rezydentów. Z informacji, jakie Ministerstwo Zdrowia przekazało w listopadzie partnerom z Rady Dialogu Społecznego, wynika, że po pierwszym półroczu 2018 zwiększyło się zarówno zadłużenie ogółem, jak i zadłużenie wymagalne szpitali publicznych. W najtrudniejszej sytuacji, biorąc pod uwagę wielkość długu przypadającego na placówkę, są szpitale najwyższego szczebla referencyjnego. Podczas listopadowej konferencji, która odbyła się w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia”, prof. Maciej Banach, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, podkreślał, że wszelkie dyskusje o efektywności systemu ochrony zdrowia nie przyniosą owoców, jeśli nie zostanie zrealizowana zapowiedź zróżnicowania wyceny świadczeń w zależności od poziomu referencyjności jednostki. A koszty funkcjonowania instytutów i szpitali klinicznych są takie, że wzrost wyceny w ich przypadku powinien wynieść 20–30 proc. Inaczej szpitale permanentnie przynoszące straty nigdy nie wyjdą na prostą.

Nic nie wskazuje, by drugie półrocze 2018 było dla szpitali korzystniejsze finansowo. Co prawda z NFZ popłynęły wyższe kwoty, ale w zdecydowanej większości były to pieniądze „znaczone”, czyli przeznaczone na podwyżki płac głównie specjalistów zatrudnionych na etatach oraz pielęgniarzek. Czy sytuację poprawią pieniądze, które w ostatnich tygodniach roku zostaną przekazane, na podstawie znowelizowanej ustawy budżetowej (projekt wpłynął do Sejmu pod koniec listopada), płatnikowi? Zgodnie z projektem nowelizacji ustawy budżetowej, w grudniu do NFZ ma trafić ponad 2 mld zł – 1,8 mld zł do funduszu zapasowego, ponad 300 mln zł zaś w formie dotacji celowej, która będzie wykorzystana w 2019 r.

Bo wprowadzie Ministerstwo Zdrowia wywiązało się z obietnicy wpisania do ustawy 6 proc. PKB na zdrowie wcześniejszego terminu osiągnięcia tego poziomu wydatków publicznych (2024 r.), jednak brutalna prawda jest taka, że odczuwalny wzrost nakładów (niewynikający jedynie z lepszego splotu składki zdrowotnej) ciągle pozostaje w sferze obietnic. Natomiast koszty funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej rosną już w tej chwili. W niektórych obszarach dramatycznie. ■



**STANOWISKO**  
**PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**Z DNIA 5 GRUDNIA 2018 r.**

**w sprawie Komunikatu Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2018 r. w sprawie aktualizacji programów specjalizacyjnych lekarzy i lekarzy dentyistów we wszystkich dziedzinach medycyny**

W związku z opublikowaniem dnia 30 listopada br. Komunikatu Ministra Zdrowia w sprawie aktualizacji programów specjalizacyjnych lekarzy i lekarzy dentyistów we wszystkich dziedzinach medycyny, jako samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów, wyrażamy nasze zastrzeżenia dotyczące zawartych w nim zapisów.

Z treści komunikatu wynika, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii „[...] może pełnić dyżury w zakresie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chorób wewnętrznych w SOR lub Izbie Przyjęć w podmiocie, w którym odbywany jest staż lub specjalizacja”.

W naszej ocenie zapis taki doprowadzi do sytuacji, w której młodzi lekarze będą zmuszani do dyżurowania w SOR lub Izbach Przyjęć. Otwiera to osobom zarządzającym podmiotami leczniczymi furtkę do łatania w ten sposób niedoborów kadrowych, redukcji kosztów lekarskiej obstawy dyżurów i stwarza istotne ryzyko zarówno dla ciągłości realizacji programów specjalizacji, jak i poprawności wzajemnych relacji między lekarzami. Dostępne dane wskazują, że w wielu ośrodkach na terenie kraju dochodziło w tym zakresie do nadużyć, a wprowadzenie wspomnianej regulacji służy de facto usankcjonowaniu i utrwaleniu tego patologicznego zjawiska, przeciw któremu środowisko lekarskie protestowało od dawna.

Ponadto szczególny charakter pracy w SOR/Izbach Przyjęć nakazuje opierać pracę takich jednostek organizacyjnych na wiedzy i doświadczeniu lekarzy Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego. Jest to zbieżne z interesem pacjentów oraz ogólnoiwotowym trendem odpowiedniego profilowania i profesjonalizacji usług medycznych.

Zapisy wydanego komunikatu, dotyczące odpoczynku po pełnionym dyżurze medycznym, nie określają wprost i nie wyjaśniają wątpliwości dotyczących kwestii odbierania wynagrodzenia za tzw. „zejścia po dyżurach”, co pozostaje w sprzeczności z duchem i zapisami §11 Porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r.

Należy także zwrócić uwagę, że wprowadzanie zmian do programów specjalizacji w czasie ich odbywania, prowadzić może do chaosu organizacyjnego.

Głęboki sprzeciw budzi również fakt, iż, według posiadanych przez nas informacji, wprowadzone zmiany nie były konsultowane ze środowiskiem lekarskim, w tym konsultantami krajowymi oraz wojewódzkimi, a także samorządem lekarskim, co stoi w sprzeczności z treścią §17 Porozumienia pomiędzy resortem a Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 r., na które Pan Minister powołuje się w treści komunikatu. Jest to przejaw lekceważącego podejścia do codziennej pracy lekarzy rezydentów mający sprzyjać osobom zarządzającym jednostkami ochrony zdrowia wbrew interesom pacjentów i środowiska lekarskiego.

Jako samorząd zawodowy wyrażamy nadzieję, że powyższe zapisy stanowią jedynie lapsus legislacyjny i zostaną niezwłocznie wycofane z programów specjalizacji.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie  
  
lek. Marta Moczyłowska

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie  
  
lek. Łukasz Jankowski

**16 listopada 2018 r. zakończył prace zespół powołany zarządzeniem ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU poz. 22 i poz. 49). Zespół był pokłosiem porozumienia zawartego między przedstawicielami lekarzy rezydentów a ministrem zdrowia z 8 lutego 2018 r. oraz inicjatywą obu stron ustaloną na późniejszych spotkaniach. Przewodniczącym zespołu został wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Jarosław Biliński.**

Fot. P. Biezoński



# Wierzymy, że zmienimy prawo

**JAROSŁAW BILIŃSKI**, wiceprezes ORL w Warszawie, przewodniczący zespołu

**P**ředstawiłem ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu, na jego prośbę, założenia zmian, które wypracowaliśmy w zespole. Prof. Szumowski objął swoim bezpośrednim patronatem prace nad ustawą, którą przygotowujemy. Spotykamy się teraz z nim co tydzień i omawiamy założenia ustawy.

Jednocześnie, dzięki środkom ORL w Warszawie, współpracujemy z trzema prawnikami. Przekładamy wypracowane założenia na zapisy ustawowe. To ogromna praca, ustawa zmieni bowiem m.in. ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę o działalności leczniczej i szereg rozporządzeń. Powstaną także nowe rozporządzenia.

Pracujemy w pocie czoła, aby jak najszybciej przygotować zapisy aktów prawnych i przedstawić je członkom zespołu do akceptacji, a następnie ministrowi. Urzędnicy MZ, wspólnie z nami, będą później redagować te zapisy i w ten sposób ustalimy ostateczny kształt ustawy. Poprosiłem ministra Szumowskiego o zgodę na mój udział w pracach na ostatnim etapie, aby po zmianach wprowadzonych przez urzędników MZ nowelizacja była zgodna z naszymi założeniami i spójna z całą reformą.

Czeka nas zatem jeszcze kilka miesięcy wytężonej pracy, ustawa ma wejść w życie do końca marca 2019 r., zgodnie z porozumieniem z ministrem zdrowia z 8 lutego 2018 r.

Bardzo ważne dla mnie jest to, aby całe środowisko lekarskie walczyło o ten projekt. Wywodzi się on oczywiście z prac Porozumienia Rezydentów OZZL oraz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, ale zależy mi, aby uzyskać poparcie wszystkich środowisk. Dlatego przedstawiłem już projekt Konwentowi Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, a w grudniu zaprezentuję go na posiedzeniu NRL, chciałbym też uzyskać opinię OZZL.

Projekt wprowadza bardzo dużo dobrych zmian, postulatów całego środowiska. Jeszcze przed rozpoczęciem prac pytałem wspomniane środowiska o to, co warto zmienić i jak. Chciałbym, aby po przeanalizowaniu przygotowanych aktów prawnych każdy zaproponował

ewentualne zmiany, byśmy ustalili wspólnie, co na etapie konsultacji społecznych warto jeszcze do ustawy wprowadzić lub w niej zmienić.

W ramach prac zespołu przeprowadziliśmy ankietę – badanie opinii środowiska – na temat planowanych i koniecznych zmian (wyniki zostaną opublikowane i przekazane opinii publicznej w pierwszej połowie grudnia 2018 r., po zakończeniu prac nad zapisami przygotowywanych aktów prawnych). Chcieliśmy bowiem wiedzieć, jakie poglądy na najważniejsze kwestie kształcenia podyplomowego i prawa pracy ma nasze środowisko. Przeprowadziliśmy konsultacje wewnętrzne w zespole dotyczące kształcenia podyplomowego w krajach zachodnich, a także konsultacje zewnętrzne, m.in. telekonferencję z ekspertem z USA. W ramach zespołu pracowaliśmy nad dużymi grupami tematycznymi:

- I – staż podyplomowy, LEK/LDEK, nabór na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne,
- II – ścieżka kariery zawodowej lekarza, schemat i przebieg szkolenia specjalizacyjnego,
- III – prawo pracy, dyżury medyczne, egzaminy lekarskie,
- IV – akredytacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, nadzór nad kształceniem podyplomowym i szkoleniem,
- IVa – doskonalenie zawodowe, katalog specjalizacji i umiejętności lekarskich oraz kwestie poboczne, wymagające ujednoczenia przepisów po dokonanych zmianach.

Prawie 100 stron założeń, które powstały, przekładamy teraz na akty prawne. Szczerze mówiąc, godząc się na przewodniczenie zespołowi, nie wiedziałem w jak wielkie przedsięwzięcie wchodzić. Jak mówią mi urzędnicy MZ i znajomi, taka ustawa to minimum dwa lata prac plus konsultacje i uzgodnienia. My na całość mieliśmy sześć miesięcy. Zakasaliśmy rękawy i jesteśmy coraz bliżej finału. Nie chcę podawać konkretnych dat przekazania całości, bo nie o wyścigi tu chodzi. Założenia są naprawdę dobre, dlatego i zapisy prawne muszą być dobre, a to wymaga skupienia i solidnego przepracowania wszystkich aktów prawnych, których owe założenia dotyczą. Ostatnio cały swój czas temu poświęcam. ■

1965



KAMPANIA SPOŁECZNA

# #WSPÓLNE ŚWIĘTA

**NIE ZOSTAWIAJ BLISKICH  
BEZ WSKAZAŃ MEDYCZNYCH  
NA ŚWIĘTA W SZPITALU**

**SZPITAL TO NIE  
PRZECHOWALNIA**

**ŚWIĘTA SPĘDŹ Z DZIADKAMI**



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nielubowicza



FUNDACJA  
PRO SENIORE



## Z Łukaszem Jankowskim, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

### Panie prezesie, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zainaugurowała kampanię społeczną „Wspólne święta”. Jaka jest jej idea i skąd pomysł?

Z pomysłem wystąpili członkowie Komisji Młodego Lekarza naszej izby. Rozpoczynając karierę zawodową, zwrócili uwagę na zjawisko, do którego my – pracujący już kilka lat w systemie – zdążyliśmy się niestety przyzwyczaić. Pozostawianie osób starszych w szpitalu na święta, nierzadko z dyskusyjnymi wskazaniami medycznymi, to problem ogólnopolski. Prowadząc akcję „Wspólne święta”, której główne hasło brzmi: „Szpital to nie przechowalnia, pacjent to nie przedmiot”, pragniemy poruszyć społeczeństwo, pokazać, że problem istnieje, wywołać u członków rodzin pacjentów refleksję, a w rezultacie może nawet szerszą publiczną dyskusję nad wizją opieki nad osobami starszymi w Polsce. Chcemy powiedzieć rodzinom naszych seniorów, że doceniamy poświęcenie, trud i wyrzeczenia związane z opieką nad osobą starszą, wiemy, że to wycieńczająca praca domagająca się okresowego odpoczynku i nabrania sił, ale szpital nie jest rozwiązaniem! Wiele osób nie

nie, że każdy lekarz w Polsce, pracujący na oddziale wewnętrznym, zetknął się z problemem nacisków na przyjęcie do szpitala bądź przedłużanie pobytu osoby starszej w szpitalu bez wskazań medycznych, szczególnie w okresie świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy.

### Jaki jest zasięg kampanii i odzew na nią?

Do akcji włączyło się 35 szpitali w naszym województwie oraz Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. Muszę przyznać, że odzew na naszą kampanię pozytywnie mnie zaskoczył. Akcją zainteresowały się też ogólnopolskie media. Świadczy to, że zauważony przez nas problem jest powszechny i, niestety, poważny.

### Kampanii towarzyszyła aukcja charytatywna prowadzona w Internecie. Na co zostaną przeznaczone uzyskane środki?

Początkowo dyskutowaliśmy, czy izba lekarska powinna w ogóle zajmować się takimi zagadnieniami, jak pozostawianie osób starszych w szpitalach na święta.

# „Wspólne święta” – kropla drąży skałę

rozumie, że środowisko szpitalne nie jest przyjazne dla seniora, a pobyt w szpitalu wiąże się m.in. z ogromnym stresem, zwiększonym ryzykiem zakażeń, pogorszeniem stanu ogólnego itd. Mówimy o tym, a z drugiej strony chcemy zwrócić uwagę na wielomiesięczne kolejki do ZOL, na brak instytucjonalnego wsparcia dla opiekunów osób starszych. Wywieszamy w szpitalach plakaty, prowadzimy akcję za pośrednictwem mediów społecznościowych, planujemy też wyprodukować spot telewizyjny. Nasza kampania ma wydźwięk pozytywny – zachęcamy wszystkich do wspólnego spędzania świąt w rodzinnym gronie, z dziadkami. Mamy poczucie, że jeśli teraz nie pokażemy naszym dzieciom dobrych wzorców, w przyszłości nasze wnuki nie będą chciały spędzać świąt z nami.

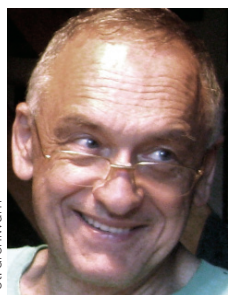
### Jaka jest skala pozostawiania w szpitalach na okres świąteczny starszych osób bez wskazań medycznych?

Trudno jednoznacznie ją ocenić. Na kartach wypisowych nie zaznaczamy przecież, że przyjęcie nastąpiło ze wskazań społecznych, nie zgłaszamy też takich przypadków do NFZ. Z drugiej strony można zaryzykować stwierdzenie,

Przeważał pogląd, że problem jest ważny społecznie i wpływa na naszą pracę – dotyczy nas jako lekarzy, a może również w niektórych przypadkach jako pacjentów. Młodzi lekarze – inicjatorzy akcji, chcieli, aby akcja była „środowiskowa, ze wsparciem izby”, a nie typowo „izbowa”. Stąd pomysł na aukcję charytatywną, z której dochód będzie stanowił wkład w kampanię. Lista darczyńców jest długa, wśród licytowanych przedmiotów znalazły się przede wszystkim vouchery na kursy edukacyjne, choć nie zabrakło innych, np. kosmetyków.

### Na podsumowanie akcji jeszcze za wcześnie, ale jakiego efektu kampanii pan oczekuje?

Chciałbym, żeby liczba osób pozostawianych w szpitalach na święta bez wskazań medycznych znacznie zmalała, żeby rozpoczęła się debata nad polityką senioralną. Nasze społeczeństwo się starzeje i nadszedł czas na rzetelną merytoryczną dyskusję, w wyniku której zostaną wdrożone rozwiązania w zakresie opieki nad seniorami znane choćby z krajów Europy Zachodniej. Czy to możliwe? Jestem dobrej myśli, to pierwszy rok naszej akcji, a kropla przecież drąży skałę. ■



Fot. archiwum

# Wejda, nie wejda?

KONRAD PSZCZOŁOWSKI

*Tadeusz z Zosią do lasu pomyka,  
wzięli dwa piwa i trochę wałówki,  
siedzą, aż patrzą – na skraju kocyka,  
czerwone stoją mrówki  
– wejda, nie wejda, wejda, nie wejda...*

**Tak** śpiewał prawie 40 lat temu Tadeusz Ross. Kabaretowa piosenka dotyczyła żywej wówczas kwestii. Ech, kiedy to było, który to już minął grudzień...

Chodziło o zagrożenie wkroczeniem wojsk sowieckich do Polski dla ratowania zagrożonego przez „solidarnościową rewoltę” socjalizmu. Weszli przecież na Węgry w 1956 i do Czechosłowacji w 1968 r. Mogło się skończyć krwawo.

Nie weszli. Rodzimiymi siłami partii i rządu, z udziałem Ludowego Wojska Polskiego i Milicji Obywatelskiej, 13 grudnia 1981 r. wprowadzono w PRL stan wojenny. Dziś jest to ważna rocznica w historii polskiej niepodległości.

Poczęci i urodzeni w tych czasach są już od dawna lekarzami, doświadczonymi specjalistami. Nie mają skojarzeń z groźbą interwencji Wielkiego Brata. O czasach Polski Ludowej, „Solidarności” i stanie wojennym uczyli się w szkole. Trochę słyszeli od rodziców. Pytanie „wejda, nie wejda?” zadają sobie najwyżej w obszarze e-zwolnień i e-recept, które nakazano prawem od 1 grudnia 2018 i 1 stycznia 2019 r.

Dla tego pokolenia (i dla młodszych) elektroniczne prowadzenie dokumentacji jest naturalne i nie stanowi problemu. Uczyli się tego w szkole (albo i nie). Wychowywali się z komputerami i smartfonami. Posługują się nimi biegle. Jest to dla nich proste i oczywiste.

Czy e-dokumentacja wejdzie? Tak, to nieuniknione, zważywszy kierunek

i tempo rozwoju cyfrowego cywilizacji. Czy taka forma będzie przydatna? Bardzo. Da ogromne korzyści, pod warunkiem dobrego przygotowania, prowadzenia i zabezpieczenia. Może też spowodować ogromne problemy (w wyniku przerw w dostawie energii, w komunikacji, wycieków danych). Każdy kij ma dwa końce. Dokumentacja papierowa jest mniej trwała od elektronicznej (powielonej na nośnikach czy w tzw. chmurach), ale każdy typ archiwów wymaga innych zabezpieczeń. Wprowadzono wprawdzie RODO, jednak świadomość bezpieczeństwa danych cyfrowych pozostawia jeszcze sporo do życzenia.

Czy e-dokumentacja wejdzie lekko, łatwo i szybko, na przestrzeni najbliższych dwóch, trzech lat? Chyba nie.

Rzecz w tym, że jest jeszcze sporo lekarzy starszego pokolenia, przyzwyczajonych do tradycyjnej dokumentacji papierowej. Jak wiele? Samorząd lekarski prowadził badania środowiskowe. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL, pisze tak: „Średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi 49,5 lat, zaś średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód 54,5 lat. Liczba lekarzy wykonujących zawód zaczyna zmniejszać się od grupy w wieku 61–65 lat. Od tego wieku zaczyna także zmniejszać się liczba lekarzy specjalistów. Wśród lekarzy dentyków średnia wieku wynosi 47,1 lat. Średnia wieku lekarza dentyści posiadającego specjalizację tak samo jak wśród lekarzy wynosi 54,5 lat”.

Miejmy też na uwadze, że sporo lekarzy (głównie młodszych, czytaj –

z informatyzowanych) wyjechało z Polski.

Uwaga: nie jest właściwe nazywanie tych wyjazdów emigracją czy ucieczką. Jesteśmy w Unii Europejskiej, więc wyjazd do Dublinu to jak do Lublina. To po prostu zmiana miejsca pracy i zamieszkania w obrębie jednej struktury organizacyjnej. Bez uciążliwych procedur administracyjnych. Z jednym dokumentem i uznaniem uprawnień zawodowych. Na podobnych zasadach zaczynają już także przyjmować inne kraje, np. Kanada.

Możemy oszacować, że w środowisku polskich lekarzy proporcje młodzi/starsi są podobne jak podziały w polityce krajowej, czyli wynoszą mniej więcej pół na pół. Lekarze młodzi, biegli cyfrowo, dadzą sobie radę. Mają już inny sposób myślenia. Organizatorzy systemu (w tym informatycy) też są na ogół młodzi. Praca ze sprzętem komputerowym jest dla nich prosta i oczywista. Nie widzą zatem żadnych przeszkód, by wprowadzać e-administrację. Do tego dochodzą rozmaite interesy, lobbingsi, grupy nacisku oraz wyścig po fundusze – krajowe i unijne. Firmy handlujące komputerami i oprogramowaniem od dawna stają na głowie, żeby opanować ten obszar rynku.

Obowiązek prowadzenia dokumentacji cyfrowej miał wejść już w roku 2014. Przesuwano terminy, nie podejmując dokładnej analizy otoczenia. W pędzie do przemian nie uwzględniono starszych koleżanek i kolegów, którzy – jeśli nawet spokojnie używają smartfonów i surfują w sieci – nie mają już ochoty na

przemebliwywanie sobie systemu organizacji czy wdrażanie nowych technik na siłę. Gdyby to były pojedyncze przypadki, nie byłyby sprawy. Jeśli opornych czy niechętnych lekarzy jest (jak się szacuje) kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt tysięcy, mamy problem.

Wydaje się, że ostatnio trafiło to do świadomości decydentów. Niezłym wyjściem jest zatrudnienie asystentów medycznych do obsługi e-dokumentacji. Decyzje zapadły jednak zbyt późno. Asystentów dopiero zaczęto werbować i szkolić. Poza tym dużą rolę gra poczucie odpowiedzialności lekarzy. To przecież oni ostatecznie podpisują dokumentację medyczną (zwolnienia, recepty, skierowania, wypisy, zaświadczenia itd.) i odpowiadają za nieprawidłowości.

Niektórzy eksperci podkreślają też, że znaczna część lekarzy nie posiada profilu zaufanego e-PUAP, podpisów kwalifikowanych i certyfikatów ZUS. Moim zdaniem nie jest to akurat największy problem. Zaopatrzenie lekarzy w podpis cyfrowy jest w sumie dość proste, o ile nie będzie się wiązać z kolejnymi próbami zrobienia na tym interesu.

Niepokoi mnie natomiast kilka innych kwestii. Jak w nowym systemie będzie wyglądać praca lekarzy sądowych (których i tak dotkliwie brakuje)? Jaki tryb uzyskania czy poświadczania zwolnienia obowiązuje tu świadka, adwokata, ławnika (do tego często emerytowanego)? Czy ustalono zasady przepływu e-dokumentacji między POZ a lekarzem sądowym? Takich obszarów, wymagających doprecyzowania i koordynacji, jest chyba jeszcze zbyt wiele. Wprowadzanie e-zwolnień z dnia na dzień, bez okresu przejściowego, w zimie, w czasie nasilenia infekcji, zakrawa na kpinę, jeśli nie sabotaż.



Fot. licencja Artmedia Partners

Nieco późno przeznaczają się też do dodatkowe fundusze na sprzęt komputerowy. Ponieważ organizatorzy uświadomili sobie, że dla wielu lekarzy kupno odpowiedniego komputera i oprogramowania stanowi duży wysiłek finansowy. Wydano za to liczne akty prawne, wprowadzające e-dokumenty w opiece zdrowotnej, i obszernie instrukcje ich stosowania. W dodatku są napisane językiem zupełnie niezrozumiałym dla starszego (jeszcze czynnego zawodowo) pokolenia lekarzy. Mnogość wprowadzonych przepisów oraz sposób ich formułowania powodują, że niewiele osób jest w stanie to ogarnąć (osobnym tematem są niezliczone komunikaty i wytyczne NFZ). Do tego co i rusz wprowadza się zmiany, za to brak dookreślenia wymagań stawianych systemom teleinformatycznym usługodawców. Naczelna Rada Lekarska od wielu miesięcy tłumaczy to Ministerstwu Zdrowia i sugeruje konieczność kolejnego przesunięcia wprowadzenia e-dokumentacji.

Coś już zmieniono. Część przepisów odroczone. Wejdą później. W sprawie e-zwolnień i e-recept organizatorzy nie chcą ustąpić. Tu niedotrzymanie terminów spowoduje konieczność zwrotu wielomilionowych dotacji unijnych, które już dawno wydano na analizy, konsultacje, konferencje, promocje, prezentacje, warsztaty, pilotaże...

Zatem te obowiązki wejdą, bo wejść muszą z powodów ekonomiczno-politycznych.

Spółeczeństwo już dostaje w mediach informacje o nadchodzącym terminie wdrożenia cudownego e-panaceum na bolączki systemu opieki zdrowotnej. „Od pierwszego grudnia Basia dostanie e-zwolnienie”. Potem na dole róże, a na górze recepta w chmurze.

Cóż więc robić, Koleżanki i Koledzy? Pozostaje zacisnąć zęby, trzymać kciuki, siedzieć cicho i... zastosować się do obowiązujących wytycznych. Przecież dobro pacjenta jest dla nas najwyższym prawem. Czyż możemy zachować się nieetycznie, nie wydając chorym ludziom elektronicznej recepty i elektronicznego zwolnienia, skoro ministrowie już dawno obiecali?

Pozostawiam to pytanie bez odpowiedzi. Jest oczywista.

PS Już po oddaniu tekstu przeczytałem, że minister Rafalska obiecuje odstąpienie od kar za wystawianie papierowych ZLA po 1 grudnia 2018. Zatem e-ZLA wejdą. Spokojnie, choć zapewne z przytupem.

Bardzo ważne przypomnienie: o zwolnieniu nie decydują pacjenci. To element zaleceń lekarskich i odpowiedzialności lekarza. ■

## ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W GRUPACH BALINTA, których celem jest zapobieganie zespołowi wypalenia zawodowego.

Metoda ta została opracowana w latach 50. przez Michaela Balinta, węgierskiego lekarza i psychoanalityka, jako forma kształcenia lekarzy rodzinnych. Pierwsze spotkanie odbędzie się 15 stycznia 2019 r. w godz. 17–20.00 w OIL w Warszawie. Zajęcia prowadzą certyfikowani liderzy grup Balinta: mgr Anna Rudecka – psychoterapeuta, i dr Joanna Pazik – lekarz.



# Doskonalenie zawodowe jest niezbędne

**DARIUSZ PALUSZEK**

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyków

**Nasz zawód wymaga nieustannego kształcenia się. Postęp nauki i techniki w medycynie powoduje, że musimy na bieżąco śledzić nowości: uczestniczyć w konferencjach, warsztatach, wymieniać informacje i zdobywać nowe doświadczenia, aktualizować wiedzę. Doskonalenie zawodowe jest naszym obowiązkiem.**

W środowisku lekarskim, w związku z pracami nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyki, rozpoczęła się dyskusja na temat kształcenia ustawicznego i wymogu zdobywania przez lekarza w czteroletnim okresie rozliczeniowym 200 punktów edukacyjnych. Ponieważ nie wszyscy koledzy wywiązują się z tego zadania, pojawiły się głosy, aby karać za niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego. W katalogu kar znalazły się restrykcyjne koncepcje powtórzenia przystąpienia do Lekarskiego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, a w przypadku specjalistów – Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

O tym, że nieustanne kształcenie się jest lekarzom niezbędne, nie ma potrzeby przekonywać. Warto jednak podkreślić, że poza nabytą wiedzą, również udokumentowanie tego procesu bywa w różnych okolicznościach przydatne. Na przykład w przypadku rozpatrywania roszczeń pacjentów sądy biorą pod uwagę, czy lekarz spełniał obowiązek kształcenia ustawicznego. Każdy zatem powinien sam sobie odpowiedzieć na pytanie, czy warto się uczyć i zbierać punkty. Ja jestem za systemem zachęt, a nie kar. W zespole, który w Ministerstwie Zdrowia zajmuje się nowelizacją ustawy, jako przedstawiciel stomatologów nie zgodziłem się na karanie za niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego i powtórzenie egzaminów. Musimy znaleźć inne argumenty i inny sposób dotarcia do lekarzy, a także ułatwić im proces kształcenia się po dyplomie.

W ramach działań Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Komisji ds. Lekarzy Dentystów zapraszamy koleżanki i kolegów do udziału w Mazowieckich Spotkaniach

Stomatologicznych, których jesteśmy organizatorem. To duża konferencja szkoleniowa, w czerwcu 2019 r. odbędzie się już po raz piąty. Uczestniczy w niej około 500 osób. Wykłady odbywają się w trzech salach konferencyjnych, a producenci przedstawiają nowości w zakresie sprzętu i materiałów stomatologicznych. Organizujemy również zajęcia grup warsztatowych.

Podczas V MSS, bazując na doświadczeniach z wcześniejszych konferencji, chcemy zaproponować słuchaczom bloki tematyczne prezentowane przez zakłady i kliniki zajmujące się danym problemem medycznym. W programie znajdzie się wiele wykładów z protetyki, ortodoncji, a także na temat zabiegów z zakresu medycyny estetycznej w stomatologii, gdyż to zagadnienie cieszące się coraz większym zainteresowaniem. Chcemy, aby przekaz dotyczył wiedzy praktycznej, zatem skupimy się na omówieniu konkretnych przypadków i zabiegów. Przybędzie wystawców, którzy umożliwią uczestnikom konferencji zapoznanie się z nowościami. Oczywiście jak zawsze w programie zostanie zarezerwowany czas na integrację – spotkania, rozmowy i wymianę doświadczeń. Udział w konferencji pozwoli na zdobycie punktów edukacyjnych.

MSS nie są przedsięwzięciem komercyjnym, uczestniczący w nich lekarze pokrywają jedynie koszty organizacyjne. Program V MSS podamy niebawem na łamach „Pulsu” i na stronie internetowej naszej izby.

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne wpisują się zatem w koncepcję wsparcia procesu nieustannego kształcenia się lekarzy dentyków. Chcemy, jako samorząd lekarski, wspomóc kolegów z Mazowsza i nie tylko (w MSS mogą uczestniczyć i uczestniczą lekarze dentyki z wielu regionów Polski) w zdobyciu wymaganej liczby punktów edukacyjnych. Ułatwić im wywiązanie się z obowiązku kształcenia, oferując bogaty program, w którym każdy znajdzie interesujący go obszar zagadnień.

Chcę podkreślić, że MSS to niejedyna konferencja z ofertą edukacyjną adresowaną do lekarzy dentyków. Podobną rolę spełniają: Konferencja Zachód-Wschód, którą współorganizujemy z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, oraz Konferencja z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej przygotowywana wspólnie z PTS. Do udziału w tych spotkaniach serdecznie zachęcam. ■



*Pięknych świąt Bożego Narodzenia,  
niosących radość i nadzieję,  
rozbrzmiewających kolędą, spędzonych w gronie rodziny i bliskich.  
Koleżankom i Kolegom, Lekarzom i Lekarzom Dentystom,  
wszystkim Czytelnikom „Pulsu”  
składamy serdeczne życzenia świątecznego odpoczynku od spraw codziennych,  
a w 2019 r. – wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.*

**Dariusz Paluszek**, wiceprezes ORL w Warszawie  
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentystów



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



Fot. archiwum

**Mery Topolska-Kotulecka**, lekarz dentysta

Pracuje w samorządzie lekarskim od 2013 r. W VII kadencji była członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej, sekretarzem Komisji ds. Lekarzy Dentystów, członkiem Komisji Etyki, Komisji ds. Praktyk Lekarskich oraz Rady Funduszu Samopomocy. W VIII kadencji pełni funkcję członka Prezydium ORL, przewodniczącej RFS, wiceprzewodniczącej Komisji ds. Praktyk Lekarskich, jest także delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

*Lekarze dentyści pracują najczęściej w indywidualnych praktykach lekarskich, w małych gabinetach. Dlatego jesteśmy grupą zawodową osamotnioną, pozbawioną siły dużej organizacji. Nie możemy liczyć na roczny urlop zdrowotny, uznanie chorób zawodowych czy wcześniejszą emeryturę. Jesteśmy również obarczani nowymi, nieracjonalnymi wymogami, które utrudniają prowadzenie praktyki. Izba lekarska powinna być otwarta dla każdego chętnego do współpracy lekarza, gdyż tylko silny samorząd jest w stanie skutecznie zwalczać przeszkody w naszej działalności zawodowej. Jako przewodnicząca RFS staram się pomagać lekarzom i ich rodzinom w trudnych sytuacjach życiowych. Mój e-mail: [m.topolska-kotulecka@oilwaw.org.pl](mailto:m.topolska-kotulecka@oilwaw.org.pl) ■*



Fot. archiwum

**Dr n. med. Wojciech Popowski**, lekarz dentysta

Z samorządem lekarskim związany od dwóch kadencji. Członek Komitetu Organizacyjnego cyklicznej konferencji naukowo-szkoleniowej Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. W VIII kadencji pełni funkcję członka Komisji ds. Stażu Podyplomowego. Biegły w zakresie spraw prowadzonych przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie.

*Interesują mnie sprawy dotyczące współpracy WUM z OIL w Warszawie, a szerzej z samorządem lekarskim, w zakresie lepszego przygotowania zawodowego i ułatwienia startu młodym lekarzom, a także wypracowanie rozwiązań sprzyjających rozwojowi kariery zawodowej, od stażu podyplomowego i otrzymania prawa wykonywania zawodu po ustawiczne kształcenie oraz specjalizacje. W izbie będę dążył do uzyskania faktycznej autonomii Komisji ds. Lekarzy Dentystów, wzmocnienia jej przez przekształcenie w komisję statutową, której przewodniczący nadzorowałby i koordynował pracę kolegów działających w różnych komisjach wspólnych dla lekarzy i lekarzy dentystów. Pozwoliłoby to na lepsze i sprawniejsze rozwiązywanie problemów lekarzy dentystów, uwzględniające specyfikę wykonywanego zawodu. ■*

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Warszawski  
we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym  
zaprasza na konferencję związaną z obchodami **ŚWIATOWEGO DNIA ZDROWIA JAMY USTNEJ**,  
która odbędzie się **16 marca 2019 r.**, w godz. 9.00–15.00,  
w Warszawie, przy ul. Chałubińskiego 5, w sali wykładowej im. prof. Ludwika Paszkiewicza.

## UCHWAŁA NR 99/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 3 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

*w sprawie powołania Kolegium Redakcyjnego biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza PULS”*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.), w związku z §1 i §5 Uchwały nr 14/VII/15 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 27 lutego 2015 r. w sprawie Kolegium Redakcyjnego biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS” – uchwała się, co następuje:

### §1

W wyniku przeprowadzonego głosowania Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powołuje Kolegium Redakcyjne biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza PULS” w następującym składzie: 1) kol. Jarosław Biliński, 2) kol. Artur Drobniak, 3) kol. Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, 4) kol. Bartłomiej Iwańczyk, 5) kol. Maria Kłosińska, 6) kol. Krzysztof Madej, 7) kol. Piotr Sobiech.

### §2

Traci moc Uchwała nr 106/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 grudnia 2014 r. w sprawie powołania Kolegium Redakcyjnego biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej PULS”.

### §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

## UCHWAŁA NR 108/R-VIII/18 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 7 LISTOPADA 2018 R.

*w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Nauki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) oraz na podstawie §29 ust. 5 i ust. 8 oraz ust. 9 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 6 kwietnia 2018 r., uchwała się, co następuje:

### §1

Powołuje się Komisję ds. Nauki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 w następującym składzie:

1. prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie,

2. prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki, krajowy konsultant w dziedzinie medycyny nuklearnej, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie,

3. prof. dr hab. n. med. Andrzej Cieszanowski, kierownik Zakładu Radiologii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie,

4. prof. dr hab. n. med. Monika Bekiesińska-Figatowska, kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie,

5. prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz, kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii w Warszawie, członek Polskiej Akademii Nauk,

6. dr n. med. Łukasz Paluch, pracownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej i Obrazowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy CMKP w Otwocku,

7. lek. Artur Drobniak, pracownik Szpitala Klinicznego im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie, zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej.

### §2

Powołuje się prof. dr hab. n. med. Jerzego Waleckiego, konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, kierownika Zakładu Diagnostyki Radiologicznej i Obrazowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy CMKP w Otwocku oraz Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, na przewodniczącego komisji.

### §3

1. Ustala się następujące zadania komisji, o której mowa w §1 niniejszej uchwały:

1) opiniowanie projektów aktów prawnych, w szczególności w dziedzinie nauki i szkolnictwa wyższego, a także udział w pracach legislacyjnych z nimi związanych,

2) opiniowanie kursów naukowo-szkoleniowych,

3) wspieranie inicjatyw mających na celu upowszechnianie najnowszej wiedzy w dziedzinie nauk medycznych (np. konferencje, zjazdy, kursy),

4) aktywny udział w tworzeniu przez władze publiczne na szczeblu krajowym i wojewódzkim rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań w obszarze nauki,

5) przeciwdziałanie dyskryminacji i ograniczeniom podczas starania się o tytuły naukowe,

6) opiniowanie i doradztwo w zakresie oceny dorobku naukowego członka OIL przed ewentualnym ubieganiem się o stopień naukowy.

### §4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 111/R-VIII/18  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 7 LISTOPADA 2018 R.**

*w sprawie przyjęcia Regulaminu refundacji szczepień  
ochronnych przeciwko meningokokom  
dla dzieci lekarzy i lekarzy dentyków  
– członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,  
w ramach programu Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie „Szczepienia w OIL WAW”.*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168, j.t.) uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie przyjmuje Regulamin refundacji szczepień ochronnych przeciwko menin-

gokokom dla dzieci lekarzy i lekarzy dentyków – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w ramach programu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Szczepienia w OIL WAW”, zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały, będącym jej integralną częścią.

§2

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i przewodniczącemu Komisji Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie 1 stycznia 2019 r.

Prezes ORL w Warszawie **Łukasz Jankowski**,  
sekretarz ORL w Warszawie **Marta Moczydłowska**

**Załącznik do Uchwały nr 111/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 7 listopada 2018 r.**

**Regulamin refundacji szczepień ochronnych  
przeciwko meningokokom dla dzieci lekarzy  
i lekarzy dentyków – członków Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Warszawie, w ramach programu  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
„Szczepienia w OIL WAW”**

Rada Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, działając z inicjatywy Komisji Młodych Lekarzy, dostrzegając znaczenie profilaktyki w ochronie zdrowia oraz popierając system szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym, postanowiła uruchomić program wsparcia szczepień przeciwko meningokokom dla dzieci członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie według zasad opracowanych w niniejszym regulaminie.

SŁOWNICZEK

Ilekroć w regulaminie mowa o:

- programie – należy rozumieć przez to program „Szczepienia w OIL WAW”;
- refundacji – należy przez to rozumieć refundację kosztów szczepionki przeciwko meningokokom,
- radzie – należy przez to rozumieć Radę Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
- szczepionce – należy przez to rozumieć szczepionkę przeciwko meningokokom typu B.

§1

1. W ramach programu rada postanawia refundować koszt szczepionki dzieciom członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

2. Wysokość refundacji nie może przekroczyć kwoty 500 zł na jedno dziecko. Łącznie suma refundacji nie może przekroczyć kwoty 100 000 zł brutto.

§2

O refundację kosztów szczepień dzieci w ramach programu mogą ubiegać się rodzice lekarze i lekarze dentyści będący członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warsza-

wie, którzy nie zalegają z opłacaniem składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§3

1. Refundacja zostaje przyznana na podstawie złożonego wniosku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego regulaminu, będący jego integralną częścią.

2. Niezbędnymi załącznikami do wniosku, o którym mowa w §3 ust. 1 niniejszego regulaminu, jest kserokopia dokumentu finansowego (faktura) potwierdzającego zakup szczepionki oraz kserokopia książeczki zdrowia dziecka z datami wykonanych szczepień.

§4

Refundacją mogą być objęte dzieci, które zakończyły proces szczepienia zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki i aktualnym kalendarzem szczepień.

§5

1. W przypadku małżeństw lekarskich refundacja przysługuje jedynie jednemu z rodziców na każde dziecko.

2. Z tytułu otrzymanej refundacji wnioskujący rodzic otrzyma informację podatkową o wysokości otrzymanego dochodu.

3. Wnioski o refundację mogą być składane nie później niż 3 miesiące po zakończeniu szczepień.

§6

1. Środkami finansowymi w ramach programu, corocznie ustalonymi w budżecie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na dany rok kalendarzowy, zarządza prezes Okręgowej Rady Lekarskiej.

2. Obsługę techniczną i księgową programu zapewnia biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§7

Rada zastrzega sobie możliwość wstrzymania programu, kiedy wartość złożonych wniosków przekroczy kwotę zarezerwowaną w budżecie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na refundację kosztów w ramach programu.

# RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

przyznaje członkom OIL w Warszawie różnorodną pomoc. Jedną z najbardziej popularnych jest zapomoga z tytułu urodzenia i adopcji dziecka, tzw. becikowe. Według zmienionego 5 września 2018 r. regulaminu, wnioski o przyznanie tego świadczenia należy składać w nieprzekraczalnym terminie sześciu miesięcy od dnia narodzin dziecka.

Taki sam termin obowiązuje w przypadku ubiegania się o przyznanie odprawy pośmiertnej, związanej ze śmiercią lekarza lub lekarza dentystry.

RFS przyznaje także zapomogi losowe, pożyczki socjalne i szkoleniowe dla osób, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej.

Szczegółowe informacje zamieszczone są na stronie internetowej izby: [www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl) w zakładce Rady Funduszu Samopomocy. Kontakt tel.: 22-542-83-33. ■

**Mery Topolska-Kotulecka,**  
przewodnicząca Rady Funduszu Samopomocy



Fot. licencja Artmedia Partners

## Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, określonych w aktualnie obowiązujących regulaminach wewnętrznych, w celu: rozpatrzenia wniosku o refundację kosztów szczepionki przeciwko meningokokom w ramach programu „Szczepienia w OIL WAW” przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), informuję, iż:


- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, którą reprezentuje prezes.
- 2) Kontakt z inspektorem ochrony danych – tel. 22-54-28-337, e-mail: iod@oilwaw.org.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb rozpatrzenia złożonego wniosku – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r. oraz wewnętrznych, aktualnie obowiązujących regulaminów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
- 8) Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
- 9) Administrator podejmuje czynności związane ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, tj. o profilowaniu w celu przesyłania informacji do skonkretyzowanych specjalności lekarskich za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

.....  
(Czytelny podpis)

**BEZPŁATNE SZKOLENIE  
DLA LEKARZY SENIORÓW**

# **OBSŁUGA DEFIBRYLATORA**

**17 STYCZNIA 2019**

 **GODZ. 11.00-15.00**



OKRĘGOWA  
IZBA LEKARSKA  
**W WARSZAWIE**  
Im. prof. Jana Nielubowicza

**Szczegółowe informacje i zapisy:**

**22-54-28-371, 22-54-28-377 lub 22-54-28-330**

# 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 dentystów**

→ **kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentystów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”)**

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

## ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

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

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

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

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

## NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

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).

# OIL W WARSZAWIE POMAGA

Z okazji 100. rocznicy odzyskania przez Polskę niepodległości prezydent ogłosił 12 listopada dniem wolnym od pracy. Była to dla większości społeczeństwa bardzo dobra wiadomość, lecz lekarze nie mogli przecież pozostawić pacjentów bez opieki. Żłobki, przedszkola i szkoły były zamknięte, powstał więc problem opieki nad dziećmi. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wysłała na przeciw potrzebom swoich członków i zorganizowała całodienne zajęcia dla najmłodszych. Rodzice chętnie skorzystali z tej oferty.

Zapewniono profesjonalną opiekę, fantastyczną zabawę i liczne atrakcje, również posiłek. Dzieci brały udział w zajęciach ruchowych, z wielkim zainteresowaniem uczestniczyły w pokazach eksperymentów naukowych i słuchały bajek. ■ kb



Fot. K. Bartyzel

## 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

## Szkolenia w siedzibie OIL Dla wytrwałych nagrody!

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie zaprasza do udziału w bezpłatnych kursach z zakresu prawa medycznego, psychologii i ratownictwa medycznego.**

W przerwie szkoleń trwających ponad 6 godzin zapewniamy ciepły posiłek. Uczestnicy kursów otrzymają punkty edukacyjne. Zapisy odbywają się wyłącznie drogą elektroniczną na stronie: <http://izba-lekarska.pl/lista-szkolen/>

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty zobowiązuje lekarzy do dokumentowania doskonalenia zawodowego w izbach lekarskich. OIL w Warszawie przygotowała nagrody dla lekarzy, którzy dostarczą dokumenty (wcześniej nierozliczone) w celu weryfikacji i obliczenia liczby punktów edukacyjnych. W losowaniu wezmą udział lekarze, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego i uzyskali 200 punktów przynajmniej w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym (regulamin losowania nagród zamieszczono na stronie [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl) w zakładce *punkty edukacyjne*).

TERMINY KURSÓW:

<b>12.01.2019</b>	Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej lekarza	<b>23.02.2019</b>	Prawne formy zatrudnienia lekarzy
<b>17.01.2019</b>	Obsługa defibrylatora – szkolenie dla lekarzy seniorów	<b>30.03.2019</b>	Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza
<b>19.01.2019</b>	Jak korzystnie zakontraktować się z laboratorium medycznym w ramach działalności w POZ	<b>13.04.2019</b>	O wpływie nadciśnienia tętniczego na serce i układ krążenia
<b>26.01.2019</b>	Wystawianie recept lekarskich i kontrola NFZ	<b>27.04.2019</b>	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty
<b>2.02.2019</b>	Stany zagrożenia życia w gabinecie lekarza dentysty	<b>18.05.2019</b>	Psychologiczne metody radzenia sobie z bezsennością
		<b>25.05.2019</b>	Stany zagrożenia życia w praktyce lekarza

Lista szkoleń będzie w ciągu półrocza aktualizowana, zapraszamy więc do sprawdzania informacji na internetowej stronie izby ([www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)) w zakładce *szkolenia i konferencje* oraz na profilu izby na FB.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. tel.: 22-54-28-371 lub 784-986-561.

# Aktywność fizyczna bez ograniczeń

Dzięki staraniom Komisji Kultury, Sportu i Turystyki członkowie OIL w Warszawie mają możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit.

**Korzystanie z siłowni, basenu lub uczestniczenie w zajęciach jogi – z dużym rabatem cenowym, w zmiennych terminach ustalanych przez Ciebie.**

Zgłoś swój akces na stronie OIL <https://izba-lekarska.pl/komunikat/karty-sportowo-rekreacyjne-dla-czlonkow-oil-w-warszawie/>

www.fitprofit.pl infolinia: [22] 371 50 72, 371 50 73

**FitProfit**

Fit Profit FITPROFIT.PL

## Zarezerwuj salę w OIL!

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępnia bezpłatnie swoim członkom sale w budynku przy ul. Puławskiej 18. Szczegółowe informacje, regulamin korzystania z sal, kalendarz rezerwacji i formularz znajdziesz na stronie:

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



# Szczepimy – chronimy

Okręgowa Izba lekarska w Warszawie wraz z samorządem aptekarskim prowadziły w listopadzie 2018 r. wspólną akcję bezpłatnych profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla swoich członków. Zaszczepiono blisko 500 osób. Szczepienia odbywały się w siedzibie OIL w Warszawie, od 5 do 9 listopada, a także 10 listopada podczas uroczystości wręczenia praw wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyści. Wykonali je lekarze z izbowych komisji.

Izba włączyła się również w zbieranie podpisów pod obywatelskim projektem „Szczepimy, bo myślimy”. – *Szczepienia lekarzy, farmaceutów i całego personelu medycznego mają ogromne znaczenie, nie tylko chronią osoby zaszczepione, ale także zmniejszają niebezpieczeństwo zarażenia pacjentów oraz zachęcają ich do pójścia w ślady lekarzy. Mają więc duży sens edukacyjny* – mówił Marek Posobkiewicz, były główny inspektor sanitarny, na spotkaniu promującym akcję szczepień, które odbyło się w izbie. – *Edukacja polskiego społeczeństwa w tym zakresie jest niewystarczająca. Świadczy o tym wzrastająca liczba dzieci niepoddawanych szczepieniom obowiązkowym. W ubiegłym roku zanotowano 30 tys. odmów.*

Zdaniem ORL promocja szczepień w Polsce jest zdecydowanie nieskuteczna. „*Zamiast karać, proponujemy stworzenie programu obowiązkowych szkoleń dla rodziców, którzy odmawiają szczepień. W ramach szkolenia słuchacze poznawaliby zasady działania szczepionek, a także możliwe korzyści i zagrożenia związane ze szczepieniami. (...) W naszej ocenie nałożenie kary finansowej mogłoby być brane pod uwagę tylko w przypadku, gdy*



Fot. K. Bartyzel

*opiekun odmówiłby uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych lub, pomimo uczestnictwa w szkoleniu, nadal odmawiał szczepienia dziecka”* – napisał w liście do ministra zdrowia prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski.

ORL wspiera edukację rodziców, których dzieci zaczynają pobyt w przedszkolach i żłobkach, oraz rodziców oczekujących dziecka. ■

mkr

## W izbie o szczepieniach



Fot. ach

W OIL w Warszawie odbył się wykład na temat szczepień ochronnych. Dr hab. n. med. **Wojciech Feleszko** podzielił się ze słuchaczami doświadczeniem praktyka szczepiącego pacjentów. Podawał przykłady chorób zakaźnych, które dzięki masowym szczepieniom ochronnym zostały zmarginalizowane lub wyeliminowane (np. polio). Przypomniat, że rozwój badań nad szczepionkami ma długą historię, ale również ruch antyszczepionkowy nie jest zjawiskiem nowym. – *Głosy sprzeciwu towarzyszyły już pracom Edwarda Jennera, lekarza żyjącego na przełomie XVIII i XIX w., ojca współczesnej immunologii i odkrywcy szczepień przeciwko ospie* – stwierdził. Dr Feleszko podkreślił, że rodzice mają prawo do pytań dotyczących szczepienia dzieci, a zadaniem lekarzy, którzy powinni wykazywać się empatią i cierpliwością, jest udzielenie wyczerpujących odpowiedzi. – *Nie jestem za karaniem rodziców za odmowę szczepienia, ale za karaniem tych, którzy w mediach rozpowszechniają nieprawdziwe informacje na temat szczepień* – powiedział. Zaznaczył, że lekarze, którzy szczepią własne dzieci, są najlepszym przykładem dla rodziców swoich pacjentów. – *W XXI w. dzieci w Polsce nie muszą chorować i umierać na choroby, przeciwko którym istnieją szczepionki* – podsumował dr Feleszko. Na zakończenie sięgnął po argumenty emocjonalne, które nierzadko przekonują lepiej niż liczby i doniesienia naukowe – zaprezentowano krótki film o kobiecie, którą w dzieciństwie sepsa meningokokowa okaleczyła na całe życie. ■

ach

# XII CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

23 lutego 2019, godz. 19.00

*Imprezę poprowadzą  
Dominika Matuszak,  
Tomasz Tylicki*

*Wieczór uświetni występ  
zespołu Boogie Band*

*Zapraszamy*

*Szczegółowe informacje można uzyskać,  
dzwoniąc pod numer  
22-542-83-02 lub 538-192-002  
lub drogą e-mailową  
proseniore@oilwaw.org.pl*



*Jestem tak nieskończenie wdzięczna Bogu,  
że mnie rzucił do pracy wśród chorych.  
Bóg, jak wiem, jest huraganem miłości  
i każe mi tak, a nie inaczej, służyć,  
powołał mnie w ten wir, w ten huragan,  
jako drobny listek, jako pyłek...  
niepojętym ruchem Miłości.*

Bł. Hanna Chrzanowska

*Niech te słowa będą pokrzepieniem i życzeniem  
dla każdego medyka. Niech wdzięczność i szacunek  
płynie szerokim strumieniem od pacjentów.  
Niech Święta Narodzenia Syna Bożego będą czasem  
pogłębienia relacji miłości w Waszych rodzinach.  
Błogosławionych Święt Narodzenia Pańskiego 2018*

życzy ksiądz **Arkadiusz Zawistowski**,  
krajowy duszpasterz służby zdrowia



WIĘCEJ INFORMACJI NA  
[www.TOPMEDICALTRENDS.PL](http://www.TOPMEDICALTRENDS.PL)

#### MIEJSCE

Centrum Kongresowe  
Międzynarodowych Targów Poznańskich,  
pawilon 15

#### ORGANIZATOR

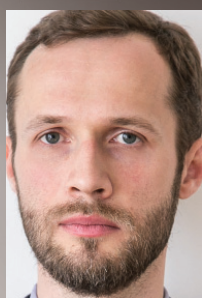
Wydawnictwo Termedia,  
wydawca czasopism *Lekarz POZ*  
i *Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*

#### PATRONAT NAUKOWY

Polskie Towarzystwo  
Medycyny Rodzinnej  
oraz  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### BIURO ORGANIZACYJNE

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



Fot. archiwum

# Odpowiedzialność opiekunów za niepoddanie dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu

**FILIP NIEMCZYK**, adwokat

**W** ostatnich latach wśród niektórych rodziców rozpowszechniło się przekonanie, że szczepienia ochronne szkodzą dzieciom, o czym jakoby milczą lekarze i firmy farmaceutyczne. Ze szczepieniami miałyby być bowiem związane m.in. zwiększenie ryzyka wystąpienia autyzmu, alergii, astmy. O braku podstaw naukowych tego rodzaju poglądów na łamach „Pulsu” z pewnością nie trzeba przekonywać. Realne niebezpieczeństwo dla zdrowia dzieci powstaje wówczas, gdy nie wykonuje się szczepień, a uchylenie się od obowiązku poddania dziecka szczepieniu pociąga za sobą odpowiedzialność prawną opiekunów. W praktyce stosowane są jednak łagodne sankcje.

Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym rodzice zobowiązani są do troski o dziecko, a jeśli jego dobro tego wymaga, sąd rodzinny ogranicza władzę rodzicielską, zawiesza ją lub odbiera. Te elementarne reguły prawa rodzinnego znalazły zastosowanie w głośnej medialnie sprawie z Białogardu. Rodzice bezpośrednio po porodzie odmówili wyrażenia zgody na obmycie noworodka z krwi, wykonanie szczepień i podanie leków. Na skutek zawiadomienia wystosowanego przez szpital w trybie doraźnym zorganizowano posiedzenie sądu rodzinnego, podczas którego wydano postanowienie o tymczasowym ograniczeniu władzy rodzicielskiej. Na wiadomość o decyzji sądu rodzice oddalili się z dzieckiem ze szpitala, ukrywali się przez kolejne dni. Swoje postępowanie tłumaczyli wątpliwościami co do współczesnej medycyny. O ile pierwsza reakcja szpitala i sądu jest w sposób oczywisty prawidłowa, o tyle zdziwienie budzić może finał sprawy. Z przekazów prasowych wynika bowiem, że organy ścigania oraz sąd rodzinny nie dopatrzyły się podstaw do dalej idącej interwencji. Rodzice zdecydowali się ostatecznie powierzyć dziecko opiece lekarzy i w konsekwencji zachowali pełnię władzy rodzicielskiej. Wydaje się, że wobec rodziców, którzy w poważny sposób narazili zdrowie własnego dziecka, a jednocześnie nie podporządkowali się zgodnemu z prawem orzeczeniu sądu, mógł być zastosowany na przykład stały nadzór kuratora sądowego.

Zgodnie z art. 5 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU z 2018 r., poz. 151), za realizację obowiązku szczepień ochronnych odpowiada osoba, która sprawuje prawną pieczę



PAWEŁ WALEWSKI

## W oparach absurdu

Na nowy kuriozalny pomysł wpadła Justyna Socha, przewodczynie Stowarzyszenia



Fot. archiwum

„Stop NOP”, gdy nie udało jej się przeforsować w Sejmie projektu ustawy o dobrowolności szczepień. Początkowy entuzjazm, kiedy tzw. większość parlamentarna skierowała go do Komisji Zdrowia (a niektórzy lekarze postawili nawet osobiście wsparli), przyszedł tylko na chwilę. Zamiar likwidacji obowiązku podawania szczepionek trafił do kosza, ale już kilka dni po tym (niespodziewanym jak na współczesne standardy) zwycięstwem rozsadku Stowarzyszenie „Stop NOP” wezwało do powołania... alternatywnych izb lekarskich.

Pamiętam dobrze, jak lekarze ofiarnie walczyli o przywrócenie istnienia swojego samorządu. Potem, gdy już się odrodził, jak niektórzy domagali się zniesienia obowiązkowej przynależności i zwolnienia z płacenia składek. Ale nigdy jeszcze z pomysłem utworzenia nowych izb lekarskich nie występowała grupa pacjentów, którzy zgłaszają pretensje do powszechnie obowiązujących standardów medycznych i naukowych. Trzeba mieć tupet, by – występując z takim pomysłem – uzasadnić go koniecznością „*przełamania monopolu samorządu lekarskiego, by dać większe uprawnienia lekarzom, a także chorym, w doborze terapii*”.

Według pani Sochy i jej zwolenników przynależność do izb lekarskich powinna być dobrowolna, co jak rozumiem pozwoliłoby uniknąć odpowiedzialności zawodowej w sytuacjach, gdy ktoś leczy po swojemu, niezgodnie ze standardami czy nawet wbrew Kodeksowi Etyki Lekarskiej. Nowy projekt „Stop NOP” miałby dawać też większy wybór chorym. „*W sytuacji, gdy pacjent wolałby zacząć leczenie od mniej inwazyjnej terapii, lekarz musiałby się nad tą propozycją pochylić*” – wytuszczyła w jednym z wywiadów pani Socha, której nikt nie poinformował, że przymusu leczenia w naszym kraju już teraz nie ma i nie trzeba bronić garstki lekarzy szarlatanów, tworzyć dla nich osobny samorząd, wyłączony spod jurysdykcji obowiązującego prawa oraz Evidence Based Medicine.

Bardzo mi się podoba odwaga, z jaką władze OIL w Warszawie i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaczęły występować przeciwko tumanieniu chorych. Nie przez bioterapeutów ani znachorów, lecz przez osoby z dyplomem lekarskim, które oferują wymyślne kuracje niemające podstaw naukowych. Najwyższy czas porzucić własne podwórko, bo jeśli będziemy przyszykować oko na szerzenie zabobonów i guseł, pseudospecjaliści ze wsparciem medialnym amatorów mąciocieli urosną w jeszcze większą siłę. Już dziś dorobili się fortun kosztem zdrowia naiwnych pacjentów. ■

Autor jest publicystą „Poliityki”.

nad małoletnim, a więc zazwyczaj rodzic. W przypadku uchylania się opiekunów od wspomnianego obowiązku powiatowy inspektor sanitarny uprawniony jest do nałożenia grzywny w trybie administracyjnym. W ostatnich latach w sądach administracyjnych utrzymała się jednolita linia orzecznicza, wypracowana na gruncie licznych spraw toczących się na skutek odwołań rodziców, na których nałożono grzywnę. Zgodnie z orzecznictwem, skoro wykonanie szczepienia poprzedzone jest kwalifikacyjnym badaniem lekarskim, które ma na celu wykluczenie przeciwwskazań, wszelkie argumenty o szkodliwości szczepionek jako takich uznać należy za chybione, a zatem rodzic, który uchyla się od poddania dziecka jakimkolwiek obowiązkowemu szczepieniu, jeśli nie dysponuje zaświadczeniem lekarskim o przeciwwskazaniach, może być przez organy sanitarne pociągnięty do odpowiedzialności (por. m.in.: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 7 lutego 2018 r., II OSK 933/16). Z treści dostępnych orzeczeń wynika, że grzywna nakładana na rodzica wynosiła w takich sprawach zazwyczaj od stu do kilkuset złotych.

Kodeks wykroczeń w art. 115 §2 przewiduje, że jeśli sprawujący pieczę nad osobą małoletnią, mimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, podlega karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany. O zawinionym wykroczeniu tego rodzaju orzeka sąd karny, a kara w postaci grzywny lub nagany może być nałożona jedynie pod warunkiem, że wcześniej stosowano omówione środki administracyjne, i tylko jeśli nie przyniosło to skutku w postaci poddania dziecka szczepieniu. Wydaje się, że w pewnych sytuacjach istnieje możliwość rozważenia przypisania rodzicom odpowiedzialności karnej za przestępstwo narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, opisane w art. 160 kodeksu karnego i zagrożone karą do 5 lat pozbawienia wolności. Nie dotarłem do informacji, ażeby tego rodzaju postępowanie faktycznie się toczyło, ale uzasadnione moim zdaniem byłoby przyjęcie wspomnianej kwalifikacji w sytuacji, w której rodzic najpierw świadomie uchyla się od poddania dziecka szczepieniu, na przykład na ospę wietrzną, a następnie świadomie naraża je na ryzyko zakażenia taką chorobą, przykładowo w efekcie skontaktowania z innym chorym dzieckiem. Mimo że jest to jedynie hipotetyczna sytuacja, obawiam się, że rozpowszechnienie przekonania antyszczepionkowych doprowadzi w końcu do sytuacji realnie zagrażających życiu.

Rozwój medycyny i szczepień ochronnych w XX w. doprowadził do eliminacji zagrożenia wieloma śmiertelnymi chorobami zakaźnymi. Sankcje prawne wobec osób, w szczególności rodziców, uchylających się od poddania dzieci obowiązkowym szczepieniom są łagodne, przynoszą więc skutek jedynie wówczas, gdy będą konsekwentnie i nieuchronnie stosowane, a towarzyszyć im będą działania uświadamiające fakt zdawałoby się oczywisty: współczesna medycyna jest rzeczywiście skuteczna, a wdrażanie nowych leków i procedur prowadzi do eliminacji niepotrzebnego ryzyka dla pacjentów. ■

# 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 udostępniła:



- 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.
- Miejszem 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)



## MAREK BALICKI

W końcu listopada odbyła się w Łodzi kolejna debata w ramach zainicjowanego przez Ministerstwo Zdrowia cyklu „Wspólnie dla zdrowia”. Wniosła do dyskusji o przyszłości systemu nowy, ważny wątek – decentralizację. Był to temat przewodni jednego z paneli. Z diagnozy postawio-

nej przez uczestniczących w nim ekspertów wynika, że sytuację w ochronie zdrowia charakteryzuje niejasny podział zadań, kompetencji i odpowiedzialności, co jest przyczyną większości obecnych problemów.

Składa się na to kilka czynników. Za finansowanie opieki zdrowotnej odpowiada scentralizowany NFZ. Oddziały NFZ, które zajmują się kontraktowaniem świadczeń, nie podlegają demokratycznej kontroli i w efekcie nie ponoszą odpowiedzialności wobec tych, na rzecz których działają, czyli mieszkańców swojego województwa.

Z kolei publiczne placówki opieki zdrowotnej są w 80 proc. własnością samorządów, które nie mają żadnego wpływu na finansowanie świadczeń. Samorządy ponoszą jednak odpowiedzialność przed wyborcami za funkcjonowanie swoich szpitali i przychodni. Sytuację komplikuje brak jasnego podziału zadań między poszczególnymi szczeblami samorządu, a także mnogość właścicieli szpitali. Prowadzi to do swoistej konkurencji województw i powiatów w ramach tych samych zakresów opieki, co nie sprzyja realizacji spójnej polityki zdrowotnej.

Do kompetencji wojewodów należy zaś wydawanie opinii o celowości inwestycji, jednak bez ponoszenia odpowiedzialności za ich finansowanie. Na dodatek prawo nie określa, który organ władzy ma obowiązek utworzenia lub doprowadzenia do zamknięcia placówki, gdy sytuacja tego wymaga. Nie lepiej jest na szczeblu centralnym, gdzie funkcjonuje swoista dwuwładza ministra zdrowia i prezesa NFZ.

To wszystko prowadzi do rozmycia odpowiedzialności i niemożności rozliczenia poszczególnych organów władzy z działań lub zaniechań oraz do wzajemnego obwiniania się przez nie wobec opinii publicznej. W rezultacie struktura naszego systemu jest mało efektywna i odbiega od dominujących dziś w Europie wzorców. Co gorsza, prowadzi do marnotrawstwa części i tak zbyt małych środków.

Z drugiej strony Polska jest państwem w dużym stopniu zdecentralizowanym i należy do europejskich liderów usamorządowania. Z wyjątkiem jednego zadania publicznego, jakim jest ochrona zdrowia. Tu samorząd nie jest w pełni podmiotem. Jednocześnie obywatele w różnych badaniach chcieliby poszerzenia katalogu spraw, za które odpowiada ich samorząd.

Konkluzja nasuwa się jedna. W czasie debaty panelowej interesująco przedstawił ją prof. Dawid Sześciło z Uniwersytetu Warszawskiego: przekazmy odpowiedzialność za ochronę zdrowia wraz z pieniędzmi samorządom i zregionalizujemy system. O tym, jak mogłoby to wyglądać, napiszę w następnym felietonie. ■

## REFLEKSJE



## PAWEŁ KOWAL

Dlaczego Polska wydaje na ochronę zdrowia 6,52 proc. PKB (dane Eurostatu za 2016 r.), a kraje zachodnie przekraczają 10 proc.? Czy to wina obywateli, zaszłość dziejowa, czy to obraz Polski jako państwa teoretycznego? Dlaczego w naszym kraju bezpieczeństwo kojarzy się z walką

fake newsami, limitami wydatków wojskowych, ale nie ze zdrowiem obywateli? Żyjemy w środku Europy, a liczne możliwości leczenia chorób stosowane w wielu państwach Unii Europejskiej u nas nie są dostępne. Dlaczego latami trwają batalie o refundację leków na najrzadsze choroby? Dlaczego o skutecznym leczeniu decydenci nie myślą w kategoriach korzyści całego społeczeństwa, ale łaski dla obywatela? Ten, kto znajdzie odpowiedzi na te pytania, zmieni rzeczywistość służby zdrowia w takim samym stopniu, w jakim 500+ zmieniło system polityki społecznej państwa, i wejdzie do historii.

Po 1989 r. nie udało się sprawy ochrony zdrowia upolitycznić do tego stopnia, by stała się głównym tematem kampanii wyborczej. W systemie demokratycznym kluczem do zmiany jest przekonanie polityków, że jakiś temat im się wyborczo opłaca, ostatecznie to oni mają zagłosować za zwiększeniem budżetu na służbę zdrowia. Punktem odniesienia może być tylko 500+. Trzeba przeanalizować,

co takiego się stało, że politycy zaczęli mówić na temat, który wcześniej przez dekady omijali szerokim łukiem.

A może dzieje się tak z bardzo prostego powodu – że ci, którzy rozumieją skalę zapaści w służbie zdrowia, nie umieją tego opowiedzieć narodowi „po góralsku”? Czekamy wciąż na przełom w podejściu polityków do zdrowia dlatego, że debata jest w Polsce prowadzona w hermetycznym gronie ekspertów i grupy polityków, którzy są kojarzeni ze zdrowiem. Padają w niej terminy takie jak „koszyk świadczeń”, o których szary człowiek nie ma pojęcia. Dyskusja najczęściej zaczyna się jak ten felieton – od procentów PKB, a ludziom trzeba w prostym języku opowiedzieć, że jest szansa, by nie stali w kolejce, pokazać perspektywę, wyliczanki procentów zaś zostawić księgowym. Hermetyczny język sympozjów utrudnia zrozumienie ekspertyz przez wyborców i decydentów, którzy wciąż liczą, że kolejna kampania wyborcza minie na ideologicznych sporach lub debatach historycznych, które pozwalają trudny temat zdrowia zostawić na boku, że wyborcy jeszcze tym razem ich nie docisną.

A może problem leży w tym, że pacjenci zgadzają się na swój los? Że nikt już nie wierzy, iż w polskim szpitalu może być lepiej? Człowiek idzie do przychodni onkologicznej albo do powiatowego szpitala, widzi upokorzonych obywateli tłoczących się po kątach poczekalni. I myśli: ludzie, dlaczego nie krzyczycie, dlaczego wasi bliscy na to pozwalają? ■



# Moc mikołajkowych atrakcji

**C**óż to był za dzień. Pełen dziecięcego gwaru, radości i uśmiechów. Mieniący się światełkami i błyszczący choinkowymi ozdobami. W grudniową sobotę siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zmieniła się w miejsce mikołajkowych zabaw i niespodzianek dla dzieci i towarzyszących im opiekunów. W świątecznie udekorowanych salach, w których na co dzień toczą się prace związane z działalnością samorządu lekarskiego, rozgościła się świta Świętego Mikołaja.

Przygotowano mnóstwo atrakcji. Można było dekorować pierniki i ozdabiać bombki, a także spróbować własnych sił w pracowni świątecznych stroików. Dla maluchów został zorganizowany kukielkowy pokaz teatryku Skarpetkowy Ding Dong. Działała pracownia pisania listów do Świętego Mikołaja. Miłośnicy wirtualnej rzeczywistości, korzystając z konsoli do gier, brali udział np. w zawodach narciarskich i innych rywalizacjach sprawnościowych. Ci, którzy wolą gry tradycyjne, wybierali kącik z planszówkami, w którym można było rozegrać również partię szachów. Dzieci słuchały bajek, a najmłodsze wypoczywały na matach lub spały w objęciach rodziców. Wielkim zainteresowaniem cieszyła się fotobudka, do zdjęć pozowały całe rodziny. Do mikołajowej kompanii dołączył zielony tyranozaur, znany już niektórym z innych izbowych imprez. Tym razem w czerwonej czapce, z nieodłączną szczoneczką do zębów, został przez dzieci otoczony serdeczną opieką stomatologiczną – znalazło się wielu chętnych do czyszczenia jego ostrych zębów.

Oczywiście nie zabrakło Świętego Mikołaja. Wraz z małymi gośćmi pozował do zdjęć. Towarzyszyli mu i z powodzeniem zachęcali dzieci do aktywnej zabawy Śnieżynka i Elf.

Wszystkie dzieci, i młodsze, i starsze, otrzymały upominki. W rolę pomocników Świętego Mikołaja wcielili się i znakomicie wywiązały z obowiązków pracownicy Biura OIL w Warszawie. Nad całością czuwała dyrektor Anna Ścibisz. ■

**ach**

PS Podobno 8 grudnia 2018 r. reniferowy zaprzęg Świętego Mikołaja był kilkakrotnie widziany w okolicach izby. Niestety, nie dysponujemy materiałem zdjęciowym...









Fot. P. Bieżański

# Co każdy lekarz powinien wiedzieć o chirurgii bariatrycznej

Dr hab. n. med. **MARIUSZ WYLEŻÓŁ**,

przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, II Wydział Lekarski WUM, Szpital Czerniakowski w Warszawie

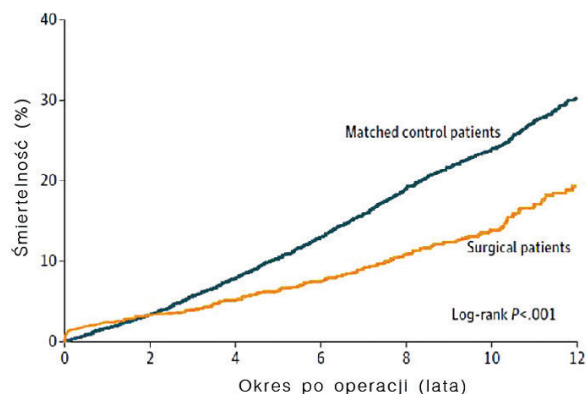
**Niezależnie od tego, czy właśnie skończyli Państwo studia medyczne, czy jesteście lekarzami z wieloletnim stażem, czy jesteście chirurgami, internistami, ginekologami, okulistami, czy też lekarzami innej specjalności, istnieje duże prawdopodobieństwo, graniczące z pewnością, że na swojej drodze zawodowej spotkacie pacjenta, który choruje na otyłość, a zgłosił się do Was w celu leczenia jej powikłań.**

**S**kąd ta pewność? Zgodnie z wynikami licznych badań, otyłość prowadzi do wielu schorzeń. Wśród nich należy niewątpliwie wymienić: cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, zespół snu z bezdechem, zmiany zwyrodnieniowe stawów, zespół policystycznych

jajników i wiele innych. Trzeba zaznaczyć, że wpływ otyłości na rozwój wymienionych schorzeń nie jest symboliczny, ma wręcz decydujący charakter. Przykładowo prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy typu 2 u mężczyzny z BMI >35 j. jest 23-krotnie (2300 proc.!) większe aniżeli w przypadku mężczyzny o prawidłowej masie ciała. Rodzi się zatem pytanie: jakie mają Państwo szanse na efektywne kontrolowanie choroby, z którą pacjent zgłosił się do Was, bez efektywnego leczenia jej przyczyny, jaką jest otyłość? Wszystkie towarzystwa naukowe w opracowaniach poświęconych schorzeniom związanym z otyłością wymieniają wśród głównych celów terapeutycznych redukcję masy ciała. Zapewne każdy lekarz – specjalista zajmujący się leczeniem danego powikłania otyłości, dokłada wszelkich starań, aby także i ten cel terapeutyczny osiągnąć. Oczywiście jest zatem zalecenie choremu odpowiedniej diety, zmiany stylu życia, włączenia farmakoterapii otyłości lub psychoterapii. Należy jednak w tym miejscu pod-

kreślić, że w przypadku części osób z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby osiągnięcie celu terapeutycznego, jakim jest redukcja masy ciała, czy nawet tylko jej stabilizacja, będzie niemożliwe. Wskazują na to wyraźnie liczne wyniki badań i, bądźmy szczerzy, Państwa codzienne obserwacje.

Tu najczęściej pojawia się wątek nieefektywności leczenia zachowawczego otyłości wynikającej z braku „silnej woli” chorego, niedostosowania się do wydawanych mu zaleceń i innych przyczyn go obciążających. Chciałbym jednak zachęcić Państwa do sięgnięcia do wyników badań przeprowadzonych w ostatnich latach, dotyczących osób poddanych operacjom bariatrycznym, wyraźnie wskazujących, że osiągnięcie redukcji masy ciała metodami zachowawczymi w grupie pacjentów chorujących na najbardziej zaawansowane postacie otyłości jest niemożliwe, ponieważ zaburzona homeostaza energetyczna organizmu wynika z... choroby otyłości. Choroby otyłości rozumianej nie jako nadmiar kilogramów,



Śmiertelność w obserwacji odległej w grupie chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu otyłości (surgical patients) względem grupy chorych niepoddanych leczeniu operacyjnemu (matched control patients).

Na podstawie: Arterburn DE i wsp. Association between bariatric surgery and long-term survival. JAMA. 2015; 313: 62-70.

lecz jako zaburzenia neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Z jednej strony badania wykazały, że poposiłkowe hamowanie greliny (w uproszczeniu: hormonu decydującego o tym, że jesteśmy głodni) jest zaburzone u chorujących na otyłość. Z drugiej strony dowodzą, że u osób cierpiących na otyłość stwierdza się brak poposiłkowego wydzielania GLP-1 (znowu w uproszczeniu: hormonu decydującego o tym, że odczuwamy sytość).

A zatem, tak, to prawda, że chorujący na otyłość odczuwają stale głód, a nie doznają uczucia sytości, ale nie wynika to z ich braku silnej woli, lecz z zaburzonych mechanizmów regulacji spożycia pokarmów. Wyobraźcie sobie Państwo, zwracam się tutaj do tych, którzy nie chorują na otyłość, a zatem wyobraźcie sobie taką sytuację: jesteście stale głodni i nigdy nie odczuwacie sytości, niezależnie od tego, ile zjecie i kiedy! Oczywiście poruszam się tutaj w sferze dużego uproszczenia, ponieważ współczesna wiedza o przyczynach rozwoju otyłości jest zdecydowanie bardziej złożona i dotyczy nie tylko dostarczania energii, ale i jej wydatkowania (wcale nierozumianego jako aktywność fizyczna), roli bakterii jelitowych oraz innych przyczyn. Wracając zatem do chorego, u którego zastosowaliśmy wszystkie dostępne metody leczenia zachowawczego otyłości i mimo to obserwujemy dalszy postęp choroby: czy jest coś, co możemy mu zaoferować? Oczywiście właśnie w takim przypadku powinniśmy poinformować pacjenta o możliwości dalszego leczenia metodami chirurgicznymi. Kiedy to zrobić? Odpowiedź wydaje się stosunkowo prosta, gdyż wskazania do leczenia chirurgicznego otyłości są od wielu lat ugruntowane i dotyczą osób, u których stwierdzamy BMI >40 j., lub chorych ze wskaźnikiem BMI >35 j., u których występują powikłania otyłości.

Czy zatem każdego chorego spełniającego te kryteria należy skierować do leczenia chirurgicznego otyłości? Z jednej strony wyniki

badania wskazują jednoznacznie, że chirurgia bariatryczna prowadzi do zmniejszenia ryzyka zgonu w obserwacji odległej i to wcale nie symbolicznego, bo wynosi 27–80 proc., w zależności od metodologii, jaką przyjęto w danym badaniu, i czasu obserwacji. Ponadto chirurgia bariatryczna prowadzi do ustępowania wielu powikłań otyłości, m.in. cukrzycy i nadciśnienia, a jednocześnie umożliwia odstąpienie większości stosowanych wcześniej leków służących kontroli wymienionych chorób. Przyczynia się to do redukcji nakładów finansowych na leczenie tej grupy pacjentów. Z drugiej strony, jak każde leczenie chirurgiczne, także chirurgia bariatryczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań. Wprowadzie, dzięki postępowi, jaki dokonał się w ostatnich latach za sprawą wprowadzenia technik miniinwazyjnych, standaryzacji postępowania, dostępności nowoczesnego sprzętu medycznego, ryzyko powikłań zostało istotnie ograniczone, jednak nadal istnieje. Dlatego zasadne wydaje się indywidualne rozpatrywanie przypadku każdego chorego.

Co może być dla lekarza sprawującego opiekę nad chorym cenną wskazówką? Kiedy powinien poinformować pacjenta o wskazaniach do leczenia chirurgicznego otyłości? Jak już wspominałem, wskazane jest to w sytuacji, kiedy chory spełnia kryteria kwalifikacyjne. Jeżeli jednak jest to pierwszy nasz kontakt z pacjentem lub początek terapii, wydaje się, że wskazana jest obserwacja chorego. Gdy dzięki wdrożonemu postępowaniu zachowawczemu uzyskujemy redukcję masy ciała, leczenie chirurgiczne może być odroczone. Jeżeli jednak obserwujecie Państwo dalszy, stały postęp choroby, wyrażony wzrostem masy ciała, nie ma uzasadnienia dla dalszego leczenia zachowawczego. Proszę, sporządzajcie Państwo prosty wykres zmian masy ciała chorego obserwowanych podczas kolejnych wizyt. Jeżeli dostrzeżecie trend wzrostowy, nawet mimo okresowych spadków, jedynym ratunkiem dla tego chorego jest chirurgia bariatryczna. Tylko

proszę, niech obserwacja nie trwa zbyt długo. Niestety, to się zdarza, dowodem są przypadki chorych, u których wskaźnik BMI wynosi 70, 80 j. lub więcej, a każdy z nich zgłasza się do chirurgicznego leczenia otyłości z walizką leków!

Dlaczego uważam, że każdy lekarz spotka na swojej drodze zawodowej chorego ze wskazaniami do chirurgicznego leczenia otyłości? Ponieważ wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w naszym kraju wskazują, że około 1 proc. dorosłych Polaków choruje na otyłość olbrzymią (wskaźnik BMI >40), a u około 5 proc. stwierdza się otyłość II stopnia (BMI >35). Oznacza to, że w typowej praktyce lekarza rodzinnego problem dotyczy około 100 chorych! Proszę o wnikliwe zbadanie tych chorych i rozważenie, czy aby nie mają wskazań do chirurgicznego leczenia otyłości. Co współczesna chirurgia może zaoferować pacjentowi z otyłością olbrzymią? Mówiąc ogólnie: operacje wykonywane technikami małoinwazyjnymi (laparoscopia) na przewodzie pokarmowym. Ich celem nie jest „zmniejszenie żołądka” czy ograniczenie trawienia i wchłaniania spożytych substancji pokarmowych. Tak opisaliśmy wspomniane operacje jeszcze przed kilkoma, kilkunastoma laty, kiedy nie dysponowaliśmy wiedzą, że niejako naprawiają zaburzone mechanizmy neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Z jednej strony prowadzą do obniżenia stężenia greliny, z drugiej przywracają poposiłkowe wydzielanie GLP-1.

Oczywiście nie u wszystkich chorych chirurgia bariatryczna zdała cuda, jakie obserwujemy u wielu poddanych operacjom. Często pacjent podczas kontroli pooperacyjnych mówi, że nareszcie nie czuje przejmującego głodu, który towarzyszył mu niejednokrotnie przez całe życie, czy też, że niewielka porcja pokarmu przynosi uczucie sytości. Ale na pewno chirurgia bariatryczna jest jedyną szansą na zdrowsze i normalne życie tych pacjentów. Proszę Państwa tylko o to, byście dali im szansę. ■



Fot. archiwum

# Leczenie bólu w neuralgii popółpaścowej

Dr hab. n. med. **MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA**  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP, Warszawa

**Jednostronny ból, zlokalizowany w obrębie dermatomów objętych zakażeniem, utrzymujący się (nawracający) po przechorowaniu półpaśca i po zagojeniu się zmian skórnych, określamy neuralgią popółpaścową. Obecność objawów prodromalnych odzwierciedla wczesną degenerację w obrębie zwojów czuciowych, a nasilona wysypka wynika ze zniszczenia włókien nerwowych w obrębie skóry. Silny ból w początkowym okresie wynika z inicjacji uwrażliwienia ośrodkowego i zniszczenia neuronów w rogu tylnym. Infekcja wirusowa może spowodować uszkodzenie włókien czuciowych i ruchowych z następowym zbliznowaceniem pnia nerwu obwodowego, zwoju rdzeniowego, korzenia nerwu i rogów tylnych rdzenia kręgowego.**

**N**euralgia występuje średnio u 9–15 proc. chorych. Czynniki zwiększającymi ryzyko PHN są: wiek, płeć żeńska, silny ból przed pojawieniem się wysypki, lokalizacja w obrębie I gałęzi nerwu trójdzielnego, choroby osłabiające odporność i ciężki przebieg ostrej fazy choroby. Największym czynnikiem ryzyka PHN jest wiek. Można to tłumaczyć subkliniczną polineuropatią, a tym samym mniejszym stopniem degeneracji nerwów przez wirusa wystarczającym do wywołania PHN. Przyczyna wystąpienia PHN nie jest do końca poznana. Dolegliwości bólowe i zaburzenia czucia występują, bo w czasie uaktywnienia wirusa dochodzi do powstawania odczynu zapalnego, wylewów krwawych, martwicy i degeneracji w nerwie obwodowym, zwojach współczulnych, zwoju korzenia tylnego DRG, rogach tylnych rdzenia kręgowego i drogach wstępujących rdzenia kręgowego. Proces zapalny powoduje dezintegrację układu nerwowego.

Leczenie chorego z PHN zależy od czasu trwania bólu i jego rodzaju. Aktualnie standardem w farmakoterapii neuralgii popółpaścowej jest łączne stosowanie: leku przeciwdepresyjnego (amitryptyliny, duloksetyny), leku przeciwdrgawkowego – gabapentynoidu (gabapentyny, pregabaliny), leku działającego

powierzchniowo (5-proc. lidokainy, 8-proc. kapsaicyny) i opioidu.

Jeżeli występuje alodynia lub hiperalgezia, zalecane jest rozpoczęcie leczenia od leków działające powierzchniowo (5-proc. lidokainy i 8-proc. kapsaicyny) i/lub blokad układu współczulnego.

Blokady układu współczulnego w leczeniu wczesnych bólów popółpaścowych po raz pierwszy opisane zostały w roku 1938 i od tego czasu weszły na stałe do standardu postępowania. Wykonuje się je w odstępach jedno- lub dwudniowych w liczbie od 3 do 10. Skuteczność blokad jest tym większa, im wcześniej rozpocznie się ich wykonywanie. Im wcześniej rozpocznie się wykonywanie blokad, tym mniejsza ich liczba daje efekt zadowalający. Skuteczność blokad we wczesnym okresie (4–12 tygodni) jest bardzo duża i wynosi 85–98 proc., w okresie 3–6 miesięcy jest jeszcze dobra. Dlatego w naszej poradni wszyscy pacjenci, u których leczenie rozpoczyna przed upływem 6 miesięcy od ostrej fazy choroby, mieli wykonywane blokady układu współczulnego (pod warunkiem, że nie było przeciwwskazań). Skuteczność blokad w okresie późniejszym (6–12 miesięcy) jest mała, a powyżej 12 miesięcy zanika. Dlatego w przypadku pacjentów,

których leczenie rozpoczyna w okresie między 6. a 12. miesiącem, blokady w liczbie 3–10 wykonywano tylko w grupie chorych, u których blokada diagnostyczno-prognostyczna dawała efekt pozytywny. Chorym, którzy trafiali do poradni w okresie powyżej roku od ostrej fazy choroby, blokad nie wykonywano.

Metoda ta w warunkach polskich jest najtańszym sposobem terapii. W pewnym stopniu zastępuje leki działające powierzchniowo, które dla większości pacjentów są nadal zbyt drogie. Według Winniego blokady powinny być stosowane jako metoda zapobiegawcza przed wystąpieniem neuralgii, u każdego chorego powyżej 50. roku życia. Winni swój pogląd na wczesne włączenie blokad poparł bardzo przekonującym wy tłumaczeniem patofizjologii zmian, do jakich dochodzi w półpaścu. Wirus Vari-cella-Zoster mający bardzo duże powinowactwo do nerwów wywołuje w nich zmiany zapalne będące przyczyną pierwotnego bólu i charakterystycznych zmian skórnych. Odczyn zapalny powoduje silną stymulację układu współczulnego, która prowadzi do bardzo dużego zmniejszenia przepływu krwi do nerwu (do 93 proc.). Utrzymujące się niedokrwienie skutkuje zmianami w endotelium włóscinek

wewnątrznerwowych prowadzący do ucieczki albumin i obrzęku. Długotrwały obrzęk, zwiększając ciśnienie wewnątrzwołniczkowe, nasila istniejące niedokrwienie i powoduje nieodwracalne zmiany w nerwie. Dodatkowo na skutek zaburzeń krążenia dochodzi do zmian metabolicznych manifestujących się głównie obniżeniem poziomu glukozy. Cały zespół opisanych zmian prowadzi do degeneracji włókien A-delta.

W doświadczeniach na zwierzętach udowodniono, że włókna typu C są znacznie bardziej odporne zarówno na zmiany metaboliczne, jak i na istniejące niedokrwienie, dzięki czemu znacznie dłużej zachowują swoją funkcję w warunkach patologicznych. W prawidłowym nerwie istnieje przewaga włókien A-delta nad włóknami C. R. Melzack i P. Wall w swojej teorii bólu, tzw. teorii kontroli wejścia *Gate Control Theory*, zwrócili uwagę na znaczenie impulsacji przewodzonej obydwojema rodzajami włókien. Na poziomie rogu tylnego rdzenia kręgowego impulsacja z włókien A-delta zamyka drogę impulsom przewodzoną włóknami typu C. Badania mikroskopowe nerwów zajętych półpaścem wykazały obecność licznych włókien typu C, podczas gdy grube włókna A-delta były w większości zniszczone i zastąpione tkanką łączną. Zostało to opisane jako tzw. zjawisko dysocjacji włókien *Fiber Dissociation*. Nerwy tak zmienione generują bodźce nocyceptywne bez możliwości ich hamowania na drodze do OUN. Melzack, opierając się na wynikach współczesnych badań neurofizjologicznych, dowodzących istnienia tzw. antynocycepcji, sugeruje również, że pierwotna dysfunkcja neuronalna ma źródło nie tylko w rdzeniu kręgowym, ale również w strukturach leżących wyżej, głównie w części tworzącej siatkowatego pnia mózgu. W warunkach prawidłowych dochodzi do modulowania lub hamowania na wszystkich poziomach wstępującego układu nerwowego. Częściowy brak włókien czuciowych w wyniku uszkodzenia nerwu obwodowego powoduje spadek ogólnej aferencji

dochodzącej z obwodu i w konsekwencji zmniejszenie hamowania. Sympatyczne zespoły bólowe mogą charakteryzować się nieprawidłową aktywnością neuronalną we wszystkich częściach układu nerwowego. Rola poszczególnych części zależy od wielu powiązanych ze sobą czynników, obejmujących m.in. stopień i typ uszkodzenia układu nerwowego, indywidualne cechy psychologiczne człowieka oraz czas trwania zespołu bólowego. Najprawdopodobniej we wczesnym okresie bólu jego patomechanizm umiejscowiony jest bardziej w obwodowym układzie nerwowym. Na tym etapie największą jest skuteczność różnych metod wyłączenia obwodowego układu nerwowego. Obserwowano to zwłaszcza u chorych, u których terapię rozpoczynano przed upływem 3 miesięcy. 2-3 blokady powodowały u nich nagłe ustąpienie bólu. Zwykle już po pierwszej blokadzie obserwowano duże ograniczenie obszaru bólu.

Jednym z ważniejszych obwodowych mechanizmów obecnych we wszystkich postaciach przewlekłych zespołów bólowych jest nadwrażliwość uszkodzonych aksonów lub ich zakończeń na noradrenalinę uwalnianą z zakończeń układu współczulnego. Zablockowanie tego mechanizmu przez blokadę współczulną uważane jest za najbardziej efektywny sposób leczenia. Dla klinicysty ważna jest jednak informacja, czy w danym okresie choroby blokada układu współczulnego przyniesie wymierne korzyści terapeutyczne i zapobiegnie rozwinięciu się przetrwałego zespołu bólowego. Utrzymywanie się bólu przez miesiące i lata powoduje zaangażowanie coraz wyższych pięter OUN. Ze względu na skomplikowany mechanizm powstawania bólu neuropatycznego i niedostępność szczegółowych badań OUN patomechanizm bólu w PHN pozostaje cały czas niewiadomą, mimo pojawienia się nowych hipotez, które do chwili, kiedy zostaną ostatecznie udowodnione, nadal będą tylko hipotezami. ■

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

*Piśmiennictwo u autorki.*

www.ultrasonografy.pl



REKLAMA

W ZASIĘGU...



od 1993

ECHOSON

☎ 81 886 36 13

✉ info@echoson.pl

👉 www.echoson.pl

# Refleksje na temat przyszłości leczenia biologicznego w Polsce

**L**eki biologiczne to jedne z najbardziej złożonych i jednocześnie innowacyjnych leków, które spowodowały przełomową poprawę wyników leczenia wielu chorób. Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” we współpracy z najlepszymi ekspertami (m.in. lekarzami i prawnikami) przygotowała cykl publikacji przedstawiających różne zagadnienia związane z lekami biologicznymi.

Cykl edukacyjny jest reakcją na toczącą się w przestrzeni publicznej dyskusję o lekach biologicznych. Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” już ponad 25 lat hołduje potrzebie dyskusji o faktach i danych, a nie o przekonaniach.

Dyskusję toczy o pieniądzach, o kosztach technologii medycznych, a jest uprawniona wyłącznie pod warunkiem, że jej celem jest zapewnienie dostępu do leczenia jak największej grupy osób. Nikt nie próbuje wycenić jakości życia pacjenta, poczucia bezpieczeństwa, braku stresu, co się stanie, jak się będzie czuł, gdy administrator za niego zdecyduje o zmianach w procesie leczenia. Często koszty pośrednie przewyższają koszty wyrażone w pieniądzu i to od nich zależy niejednokrotnie powodzenie leczenia. Nikt tego nie rozumie lepiej niż lekarz, który na co dzień pracuje z pacjentami.

Polski system ochrony zdrowia staje się coraz bardziej odhumanizowany i nie jest prawdą, że to efekt podejścia lekarzy do pacjentów. To system i jego regulator, podejmując decyzje, coraz rzadziej widzi lub chce widzieć, jak wpłyną one na pacjenta. Warto się zastanowić, jaką rolę pełni i jak ewoluuje w czasie prawo pacjenta przytoczone we wcześniejszych publikacjach – prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta) czy też prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16 ww. ustawy). Te zasady obowiązują już od dziesięciu lat, niestety praktyka to co innego. Najbardziej jaskrawym przykładem jest zarządzenie prezesa NFZ, które spowodowało, że w karcie wydania leku umieszcza się tylko informację o nazwie substancji czynnej, a nie o nazwie handlowej leku. To przygotowanie systemu do zupełnie niekontrolowanych zmian leku pacjentom na ten, który wygra w przetargu. Stanowisko lekarza i pacjenta będzie miało drugorzędne znaczenie, a właściwie dla płatnika nie będzie miało żadnego. Szkoda, że regulator nie chce wziąć pełnej odpowiedzialności za leczenie, skoro wie lepiej niż lekarze, czym mają być leczeni chorzy. Zdecydowane stanowisko organizacji pacjentów w tym zakresie (braku zapewnienia leku do kontynuacji leczenia), w pełni poparte przez rzecznika praw pacjentów, przyczyniło się do wydania przez sąd administracyjny wyroku korzystnego dla pacjentów.

Z drugiej strony także lekarz staje przed coraz trudniejszym zadaniem: jak przy uwzględnieniu otoczenia zewnętrznego przestrzegać zapisów art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z którego wynika, że ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Staje się to szczególnie trudne, gdy dyrektor szpitala jest lekarzem, który podlega presji ekonomizacji decyzji w zakresie zakupu wyrobów i leków. Wyraźnie widać to we współczynnikach korygujących, których celem jest premiowanie zakupu leków w cenie niższej niż określona przez publicznego płatnika oraz tych, które wskaże tenże płatnik (są substancje czynne, w których forma podana determinuje wsparcie zakupu leków przez współczynnik korygujący).

Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” chce wspierać wszystkich uczestników systemu w przestrzeganiu prawa i świadomym podejmowaniu decyzji o leczeniu pacjenta. Uważam, że głównym problemem jest to, jak zwiększyć penetrację leków biologicznych w polskim systemie, czyli jak zapewnić pacjentom leczenie na europejskim poziomie. Leczyć można lekiem biologicznym lub biopodobnym, ale od początku do końca tym samym, szczególnie że nie ma żadnych badań dotyczących bezpieczeństwa zamiany leków biopodobnych. Oczekiwanym przez pacjentów rozwiązaniem jest wprowadzenie rejestrów medycznych, które pozwolą nam monitorować skuteczność leczenia konkretnymi substancjami czynnymi, bowiem tylko to zagwarantuje pacjentowi ciągłość leczenia.

Jeden z polskich ministrów zdrowia powiedział, że dużo łatwiej zmieniać system wtedy, gdy minister finansów jest osobą wymagającą opieki medycznej. Można zatem z całą pewnością stwierdzić, że w ostatnich latach o systemie ochrony zdrowia decydują osoby zdrowe, bo jestem przekonana, że efektów wielu rozwiązań, które wprowadziły, nie chciałyby same doświadczać.



Irena Rej

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



## Chińskie bliźniaczki

Zmodyfikowane genetycznie dzieci przestały być jedynie domeną science-fiction. W listopadzie 2018 r. w Chinach po raz pierwszy urodziły się bliźniaczki, którym na etapie embrionalnym usunięto gen CCR5. Dokonano tego metodą edytowania genów CRISPR/Cas9. Dzięki temu dzieci mają być odporne na HIV.

Eksperyment wywołał lawinę komentarzy. Głównemu autorowi – He Jiankui z Uniwersytetu w Shenzhen – zarzucono, że jest za wcześnie, żeby metodę edytowania genów wykorzystywać u ludzi. Próbę uznano za nieodpowiedzialną. Przeciwnicy argumentowali, że He Jiankui otworzył puszkę Pandory i że trzeba ją zamknąć, póki jeszcze nie jest za późno.

Od kontrowersyjnego badania odcięty się władze uczelni w Shenzhen, twierdząc, że He nie miał zgody komisji etycznej na przeprowadzenie eksperymentu, a ta, którą się posługiwał, została sfałszowana. Podobno wszczęto dochodzenie w tej sprawie. Mówiło się, że w projekt jest zaangażowana firma Shenzhen Harmonicare Medical Holdings Limited, ale jej kierownictwo zaprzeczyło.

He Jiankui podczas międzynarodowej konferencji w Hongkongu zapewnił, że sam sfinansował eksperyment. Zapowiedział, że wkrótce urodzą się kolejne dzieci zmodyfikowane genetycznie w taki sam sposób. Wyjawiał też, że w eksperymencie wzięło udział osiem par, którym postawiono warunek: mężczyzna w związku musi być HIV-pozytywny, a jego partnerka – HIV-negatywna.

(Reuters, BBC, PAP)

## Leczenie paradontozy pomaga kontrolować cukrzycę

O tym, że można lepiej kontrolować cukrzycę, kiedy skutecznie leczona jest paradontoza, przekonują specjaliści, którzy badali 264 pacjentów. Połowę z nich poddano intensywnej terapii z powodu przewlekłego zapalenia przyzębia. W ten sposób wykazano, że u diabetyków objętych opieką stomatologiczną łatwiej kontrolować poziom glukozy, ale jednocześnie mniejsze jest ryzyko powikłań, takich jak niewydolność nerek i chorób sercowo-naczyniowych.

Jeden z autorów badania, Francesco D’Aiuto z University College London, twierdzi, że korzystne zmiany zaobserwowano już po roku od rozpoczęcia badań. Wprawdzie nie wiadomo jeszcze, jaki dokładnie jest tego mechanizm, można jednak podejrzewać, że chodzi o redukcję stanu zapalnego, która daje tak korzystne efekty.

W badaniach cukrzycę kontrolowano wskaźnikiem hemoglobiny glikowanej (HbA1C), a stan nerek badano, sprawdzając poziom kreatyniny oraz stopień przesączania krwi przez kłębuszki nerkowe. Wykorzystano również marker zaburzeń przepływu krwi przez naczynia.

D’Aiuto twierdzi, że w grupie chorych leczonych z powodu paradontozy po upływie 12 miesięcy poziom HbA1C był średnio o 0,6 proc. niższy. Na początku badania u wszystkich kształtował się na poziomie 8,1 proc. Z innych badań wiadomo, że obniżenie tego wskaźnika o 1 proc. skutkuje mniejszym ryzykiem nefropatii cukrzycowej, udarów mózgu i retinopatii cukrzycowej.

(bit.ly/2TKJAWw, „Lancet Diabetes & Endocrinology”, X 2018)

## Satysfakcja pacjentów nie zależy od powikłań pooperacyjnych

Operowani pacjenci w ocenie chirurgów nie kierują się jedynie tym, czy nastąpiły u nich powikłania. Taki wniosek wysunuli specjaliści amerykańscy po badaniu, jakie przeprowadzili wśród 529 chorych.

Aż 72 proc. ankietowanych oświadczyło, że było operowanych przez najlepszego chirurga. Do powikłań doszło u 14 proc. badanych, u 27 proc. z nich były poważne. Jednak ani liczba powikłań, ani to jak bardzo były groźne nie miało wpływu na ocenę pracy chirurgów.

Główna autorka badania, dr Emily Winslow z University of Wisconsin School of Medicine and Public Health w Madison, twierdzi, że na satysfakcję pacjentów większy wpływ ma jakość komunikacji z chirurgiem, a także okazywanie przez niego współczucia oraz ogólny poziom opieki w danym szpitalu.

Nie oznacza to jednak – twierdzi specjalistka – że nie warto posługiwać się wskaźnikiem powikłań pooperacyjnych. Wysokie oceny chirurgów zgłaszają głównie osoby starsze oraz te, u których wykonywane były operacje planowe, a nie w stanie ostrym.

(bit.ly/2DeWnBM, „Surgery”, X 2018)

## Za głośno w szpitalach

Nocą w aż 40 proc. szpitali w Wielkiej Brytanii jest zbyt głośno – twierdzą specjaliści King’s College London. Najgorszą sytuację obserwuje się na oddziałach intensywnej terapii, gdzie pracuje wiele osób i jest mnóstwo różnych urządzeń, w tym telefonów. Poziom hałasu regularnie przekracza tam 100 decybeli.

Brytyjscy specjaliści ostrzegają, że nie chodzi tylko o to, że pacjenci nie mogą się wyspać, nie słyszą co się do nich mówi, są zmęczeni i poirytowani. Cierpią także pracownicy medyczny, którzy z powodu pracy w hałasie mogą być wyczerpani i mniej wydajni.

Hałas pogarsza stan zdrowia chorych, co może się objawiać wyższym ciśnieniem tętniczym, gorszym stanem psychicznym i większą wrażliwością na ból. U niektórych pacjentów może się rozwinąć tzw. psychoza oddziałów intensywnej terapii, której skutkiem są stany lękowe i paranoje oraz urojenia.

(BBC News) ■

Zbigniew Wojtasiński



Fot. archiwum

# Krótką teoria czasu

**HANNA ODZIEMSKA**

lekarz specjalista chorób wewnętrznych POZ, absolwentka Wydziału Zarządzania UW

**K**iedy ponad sto lat temu Albert Einstein formułował swoją szczególną teorię względności, w najśmielszych przebiegach swojego geniuszu nie mógł przewidzieć, jak szerokie znajdzie ona zastosowanie praktyczne na początku XXI w. w środowisku polskiej opieki zdrowotnej.

Na przykład zjawisko dylatacji czasu – udowodnione wielokrotnie doświadczalnie w niejednej poczekalni pod niejednym gabinetem lekarskim. Każdy polski pacjent wie, jak długo trwa minuta czekania pod gabinetem.

– *No i co ona tak długo trzyma tych pacjentów? Ile tam można siedzieć?* – pacjent, który ma wejść jako następny, prezentuje klasykę zespołu niespokojnych nóg.

– *Czy ja mogę tylko wejść zapytać, czy pani doktor mnie przyjmie bez zapisu?* – pyta wystraszona młoda dziewczyna.

– *Ja też się spieszę, mam dziś jeszcze wizytę u specjalisty* – gasi dziewczynę starsza pani z okazałą torbą na kółkach.

– *A pan na którą godzinę? Bo jest opóźnienie* – próbuje porządkować czasoprzestrzeń inny pacjent.

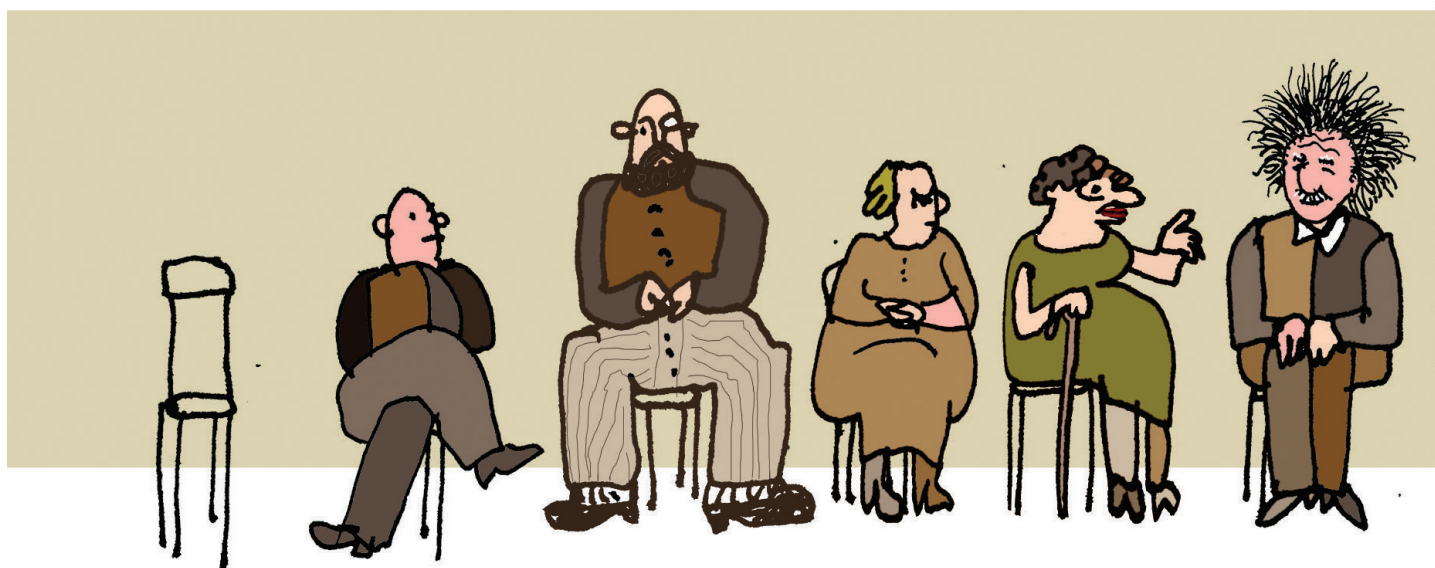
Zdesperowana przeciążeniem zwieracza mojego pęcherza moczowego opuszczam gabinet, informując oczekujących pacjentów:

– *Zaraz wracam.*

– *Wyszła...* – słyszę zza drzwi toalety głos kolejowego aktywisty. – *Ostatnio jak wyszła, to pół godziny jej nie było!*

Wracam po trzech minutach na stanowisko pracy. Zjawisko dylatacji czasu objawia się w sposób niewymagający dalszego dowodzenia. Dla kolejowego lidera pół godziny w gabinecie jest krótsze niż moje trzy minuty w toalecie. Pani, która spieszyła się do specjalisty, ma wystarczająco dużo czasu, aby opisać mi ze szczegółami wszystkie swoje dolegliwości do dziesięciu lat wstecz. Zespół niespokojnych nóg przez dwadzieścia minut siedzi przede mną bezobjawowo. Dziewczyna z infekcją bez zapisu prosi, żeby ją przyjąć „w międzyczasie”. Ciężka kategoria: „międzyczas”... Czyli czas między czym a czym? To zadanie dla fizyka, niestety Einstein już tego nie zdefiniuje.

Paradoks „dziewczyny w międzyczasie” wynika z innego ciekawego aspektu dylatacji czasu. Dziewczyna ma gorączkę od wczoraj i chciała dziś dostać się na wizytę do lekarza. W rejestracji usłyszała, że „na dziś nie ma już numerków, może się pani zapisać terminowo za trzy tygodnie”. Za trzy tygodnie będzie już zdrowa... albo ciężko chora. W pomiarach względności czasu między potrzebą konsultacji lekarskiej a terminem wizyty celują jednak poradnie specjalistyczne: dziś choroba, porada za dwa lata. Cóż, upływ czasu naprawdę jest względny, zależnie od układu odniesienia.





Najciekawszym układem odniesienia jest elektroniczna dokumentacja. Nagłe olśnienie – już wiadomo, gdzie znajduje się „międzyczas”. Okazuje się, że w cyberprze-strzeni przyjęcie w ciągu sześciu godzin czterdziestu pacjentów, przebadanych i zaopatrzonych jak należy, jest całkowicie wykonalne. Tylko w realu wydaje się to niemożliwe, program ustawia co trzy minuty miks pa-cjentów zapisanych i dodatkowych, a kiedy lekarz pró-buje upomnieć się o nadgodziny, okazuje się, że żad-nych nadgodzin nie było. System upakował czas poświęcony dodatkowym pacjentom w swoje reguły, kto by tam dbał o realność wykonanych wizyt! Najważ-niejsze jest dobrze skrojone sprawozdanie do NFZ i brak skarg. Koszty tej poprawności ponosi wijący się w za-krzywionej czasoprze-strzeni lekarz.

W układzie odniesienia lekarza czas płynie zupełnie ina-czej: pięć minut wyrwane na nerwowe przetknięcie ka-napki, nie mówiąc już o toalecie czy oparzeniu podnie-bienia kawą, skutkuje spęcznieniem kolejki pod gabinetem w postępie geometrycznym.

Znam taką sytuację z SOR, kiedy niezbyt ciężko chora pacjentka oczekująca w kolejce, widząc młodego leka-rza idącego korytarzem z kubkiem i czajnikiem, skomen-towała głośno:

– Ci rezydenci to tylko się przechadzają z kawą i herbatą zamiast zająć się pacjentami!

Niestety, nikt jej nie uświadomił, że być może był to dla tego lekarza pierwszy kubek kawy lub herbaty od dzie-sięciu godzin. I że kiedy wróci do domu po dwudziestu czterech, a może po trzydziestu godzinach, z uczuciem przykrego ucisku w głowie, wyczerpany deprywacją snu i permanentnym napięciem uwagi, może mu już nie wystarczyć czasu ani siły na zbilansowanie dobowych płynów. I że ofiara, którą składa z własnego zdrowia, jest przeznaczona dla ratowania jej zdrowia, a w zamian otrzymuje brak zrozumienia, a nawet oburzenie, że chciałaby zarabiać godnie.

Czas płynie też zupełnie inaczej dla przedstawicieli firm farmaceutycznych.

– Czy mogę wejść na chwilę po pacjencie? – uśmiecha się sympatyczny młody chłopak. – Z szefem? – dodaje szybko. „Chwila” okazuje się zaszyfrowanym hasłem „*Jak wej-dziesz do lekarza, to siedź, ile się da!*”. Socjotechniki są sku-teczne, tolerujemy te wizyty i pozwalamy zagarniać kawał naszej czasoprze-strzeni. Wizyta *repa* – piętnaście minut. Kanapka plus toaleta – góra pięć minut. Albert, ratuj!

Gdyby jednak sięgnąć po nowszą teorię splątania kwan-towego, to paradoks czasowy aktorów dramatu polskiej opieki zdrowotnej początków XXI w. nie wydaje się już taki nieprawdopodobny. Jeśli spin każdego z nich: leka-rza, pacjenta, przedstawiciela programu do e-dokumen-tacji itp. jest skorelowany z pozostałymi, to – zgodnie z postulatem amerykańskiego naukowca Seta Lloyd’a – im większe to splątanie, „*tym bardziej rozprzestrzeniają-ca się niepewność kwantowa może być prawdziwym źródłem strzałki czasu*”. Ciekawe, w jakim punkcie przy-jdzie nam się spotkać, podążając za tą strzałką, i oby nie była to osobliwość, ponieważ wtedy czeka nas już tylko *Big Bang*, ewentualnie *black hole*.

Nasuwa się pewien inspirujący wniosek z eksperymen-tów czasoprze-strzennych w rzeczywistości polskiego lekarza. Zgodnie z teorią kwantową czasu, splątaniem elektronów, dylatacją i dokonywaniem rzeczy niemożli-wych, polski lekarz nigdy się nie spóźnia. Polski lekarz zarządza swoim czasem. I tej wersji będę się trzymać. ■



Rys. P. Woźniak

# Aż chce się tutaj pracować...

Fot. R. Natarski

Radom staje się konkurencyjnym ośrodkiem onkologicznym w skali kraju – przekonuje prof. dr hab. n. med. **Beata Śpiewankiewicz**. Uznana ginekolog i onkolog kilka miesięcy temu dołączyła do zespołu Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.



**W ostatnich latach wielu lekarzy wyjechało z Radomia, by pracować w Warszawie. Pani wybrała jednak odwrotny kierunek. Dlaczego?**

**Z**decydowały dwa elementy. Po pierwsze, w tym roku przeżyłam osobistą tragedię i na kilka miesięcy musiałam ograniczyć działalność zawodową, co w warszawskim środowisku onkologów, dość hermetycznym, oznacza często wypadnięcie z obiegu. Jedyną szlachetną osobą, która wyciągnęła do mnie rękę w tej ciężkiej sytuacji życiowej, okazał się ordynator Oddziału Ginekologiczno-

-Położniczego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego Mieczysław Szatanek. Zaoferował mi pracę i niewiele później podpisałam umowę.

**Nie miała pani nawet chwili zawahania przed przyjęciem tej propozycji?**

Teraz powiem o drugim powodzie, dla którego zdecydowałam się na przeniesienie. Gdy pierwszy raz odwiedziłam tutejszy oddział ginekologiczno-położniczy, byłam zaskoczona. Zobaczyłam nowoczesny budynek, wyposażony w znakomity sprzęt, z dwiema salami operacyj-

nymi, salą do cięcia cesarskiego i oddziałem do zabiegów jednodniowych. Lekarze na co dzień dysponują możliwością badań śródoperacyjnych, co zmniejsza ryzyko niepowodzeń związanych z nierozpoznaniami choroby. Nawet w renomowanych placówkach w Warszawie nie jest to norma. RSS to szpital wielospecjalistyczny, lekarze mogą liczyć na pomoc fachowców z innych dziedzin medycyny, dzięki czemu przeprowadzane operacje stają się bardziej bezpieczne. Każdy chciałby pracować w takich warunkach. Poza tym w człowieku drzemie potrzeba, by coś od siebie

## JAK CHRONIĆ DANE OSOBOWE

„Ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych” – to hasło szkolenia dla lekarzy, które odbędzie się 19 stycznia 2019 r. w siedzibie Delegatury Radomskiej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Celem kursu jest omówienie głównych założeń RODO oraz zmian w polskim prawie po wejściu w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej dotyczącego ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych. Uczestnicy zajęć mogą liczyć na weryfikację skuteczności zabezpieczeń, a także oszacowanie ryzyka związanego z przetwarzaniem danych osobowych.

Szkolenie, które poprowadzą mec. Piotr Nikończuk i mec. Karol Kafka, odbędzie się w siedzibie delegatury, w Radomiu, przy ul. Rwańskiej 16, w godz. 9–15.

rn

dać światu. Ja zobowiązałam się pomóc w dziedzinie onkologii ginekologicznej.

### **W onkologii Radom przez długi czas stanowił białą plamę na mapie Polski. Jak jest dzisiaj?**

Nieporównywalnie lepiej. Pod względem ginekologii onkologicznej Radom stał się ośrodkiem konkurencyjnym dla największych miast. Funkcjonują tutaj trzy placówki (RSS, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny i Radomskie Centrum Onkologii – przyp. red.), które mają różny zakres działalności, nie rywalizują ze sobą, lecz dają pacjentom realną szansę na szybką diagnostykę i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Nowotwory kobiecych narządów płciowych, którymi się zajmujemy, w zdecydowanej większości przypadków wymagają leczenia skojarzonego. Pacjentka z zaawansowanym rakiem jajnika jest u nas przyjmowana poza kolejnością, szybko operowana i już po dwóch tygodniach może rozpocząć chemioterapię w Radomskim Centrum Onkologii lub w szpitalu na Józefowie, który oferuje najnowocześniejsze terapie molekularne. Dysponujemy wszystkimi środkami poprawiającymi jakość życia pacjentek, przede wszystkim zniwelowaliśmy ogromne kolejki, które są bolączką dużych, renomowanych ośrodków.

### **Jak przyjęła pani zespół?**

Pracuję w zawodzie od 35 lat, ale do tej pory moja działalność ograniczała się do placówek w Warszawie. Wyjazd do Radomia dobrze mi zrobił. Muszę szczerze wyznać, że wciąż jestem pod wrażeniem. Osoby pracujące na tym oddziale są bardzo oddane pacjentom, mają dużo kultury osobistej, a nie mają, co bardzo ważne, manieri bycia bogiem w kwestii podejmowania decyzji związanych z leczeniem. Wspólnie badamy i konsultujemy wszystkie przypadki, dzięki czemu ograniczamy ryzyko ewentualnego błędu. Pokora w tym zawodzie jest ogromną zaletą, w Radomiu się o tym pamięta. To środowisko, do którego z przyjemnością wracam. ■

Rozmawiał **Rafał Natorski**

# Centrum rehabilitacji w końcu powstanie

**W**ładze Radomia zapewniają, że to będzie placówka na miarę XXI w. Do 2020 r. w miejscu dawnego pawilonu ginekologiczno-położniczego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego powstanie nowoczesne centrum rehabilitacji.

Budynek przy ul. Narutowicza to obiekt niemal zabytkowy, gdyż oddano go do użytku w 1937 r. Początkowo pełnił rolę szpitala ogólnego dla garnizonu wojskowego i pracowników zakładów zbrojeniowych z Radomia, Pionek i Skarżyska-Kamiennej, a w latach 70. zlokalizowano tu oddział ginekologiczno-położniczy, który funkcjonował blisko 40 lat, choć dość szybko okazało się, że gmach jest przestarzały i za ciasny.

Od 2012 r., gdy ginekologia przeniosła się do nowej siedziby, obiekt stoi pusty. Wówczas zrodził się pomysł umieszczenia tu bardzo potrzebnego w Radomiu ośrodka rehabilitacji, jednak wciąż brakowało pieniędzy na realizację inwestycji.

W tym roku plany wreszcie zaczynają się materializować. W październiku wybrano wykonawcę prac, który przebuduje istniejący budynek i wzniesie nowe, sześciopiętrowe skrzydło oraz wyposaży centrum w sprzęt niezbędny do prowadzenia nowoczesnej rehabilitacji medycznej.

Realizacja inwestycji, której koszt wynosi 45 mln zł (pieniądze mają pochodzić z budżetu gminy, czynione są również starania o pozyskanie funduszy zewnętrznych), powinna zakończyć się do 2020 r. Wtedy zostaną tu przeniesione oddziały rehabilitacyjne z ul. Giserskiej (łącznie 54 łóżka) i Zakład Rehabilitacji, który obecnie znajduje się w budynku głównym szpitala. W centrum znajdą się poradnie specjalistyczne, m.in. rehabilitacyjna, chirurgiczna, ortopedyczna, neurologiczna, pracownie diagnostyczne (w tym RTG i USG) oraz gabinety lekarskie, zabiegowe i terapeutyczne.

Fot. R. Natorski



Projekt obejmuje również remont tunelu łączącego budynek z gmachem głównym szpitala oraz zagospodarowanie terenów wokół obiektu, gdzie ma powstać park rekreacyjno-rehabilitacyjny. ■

raf



Fotografie: BIP Senatu RP

**Latem 2018 r. w 34 miejscowościach w kraju po raz trzeci odbyły się szeroko zakrojone badania przesiewowe i profilaktyczne z zakresu chorób cywilizacyjnych, w ramach programu „Po pierwsze zdrowie”.**

Pomysłodawcą akcji jest prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Światowego Centrum Słuchu, a wzięli w niej udział specjaliści z kilkunastu dziedzin medycyny, m.in.: periodontologii, okulistyki, kardiologii, dermatologii, onkologii, urologii, pediatrii i dietetyki. Przebadano i udzielono porad kilkunastu tysiącom osób. Efektem działań jest nie tylko promocja profilaktyki i pomoc medyczna, ale także zebranie danych na temat stanu zdrowia populacji, które powinny zostać uwzględnione w polityce zdrowotnej państwa.

W październiku lekarze uczestniczący w akcji dzielili się wnioskami na spotkaniu w Senacie. Wiele uwag dotyczyło stanu zdrowia dzieci i młodzieży. – *Krótkowzroczność staje się epidemią u dzieci, jedną z przyczyn jest długie przebywanie w pomieszczeniach ze sztucznym oświetleniem* – powiedziała prof. Iwona Grabska-Liberek, okulista. – *Konieczne są badania przesiewowe u czteroletnich dzieci. Zdarza się, że okuliści jako pierwsi wykrywają cukrzycę, to wskazuje na zaniedbania pacjentów i lekarzy.*

– *Szczególne zaniedbania w pielęgnacji jamy ustnej notują lekarze dentyści. 90 proc. siedmiolatków ma próchnicę. Profilaktyka ortodontyczna jest traktowana trzeciorzędnie, nie ma żadnych działań w tej dziedzinie* – podkreśliła dr Katarzyna Becker.

– *Spośród 500 periodontologów tylko 150 ma kontrakt z NFZ. To zbyt mało, aby wszystkie dzieci otoczyć opieką* – dodała prof. Renata Górńska.

– *Notujemy wzrost zachorowań na raka jamy ustnej u młodych ludzi* – stwierdziła prof. Iwona Niedzielska, chirurg szczękowy. – *Podobną zachorowalność wykrywa się w USA i w Australii, ale w tych krajach umieralność z tej przyczyny jest o wiele niższa niż u nas.*

– *Nadal istnieje przepaść między pediatrią w mieście i na wsi* – powiedziała prof. Teresa Jackowska. – *Przeprowadzamy testy przesiewowe u uczniów, ale brakuje ewaluacji, informacji zwrotnej do pielęgniarek szkolnych i rodziców. Nie znamy także analiz potrzeb zdrowotnych prowadzonych przez samorządy. Konieczna jest intensywna edukacja pediatrów w zakresie szczepień profilaktycznych.*

– *Z moich obserwacji wynika, że chorzy psychicznie są dyskryminowani przez płatnika świadczeń* – zaznaczył prof. Robert Pudło, psychiatra. – *Warunki bytowe na oddziałach psychiatrycznych przypominają te z „Lotu nad kukułczym gniazdem”. Poza tym za słabo wiążemy psychiatrię z medycyną somatyczną.*

– *Środowisko pediatryczne jest zbyt mało wciągnięte w diagnostykę psychiatryczną. Dlatego lekkie i średnie stany chorobowe nie są dostrzegane i właściwie leczone* – dodała dr hab. n. med. Barbara Rembek, psychiatra dziecięcy. – *Wczesne i poprawne (multidyscyplinarne) leczenie, we współpracy ze szkołą, jest zdecydowanie bardziej skuteczne.*

Przykładem dobrze zorganizowanych badań przesiewowych są badania słuchu, prowadzone przez Instytut Patologii i Fizjologii Słuchu. Mówił o tym prof. Krzysztof Kochanek, audiolog.

Wnioski ekspertów potwierdzają tezę, że należy zintensyfikować badania profilaktyczne w wielu dziedzinach medycyny. Równie ważne jest niezaniechanie edukacji zdrowotnej. ■

**Małgorzata Skarbek**

# Psychiatria na Woli

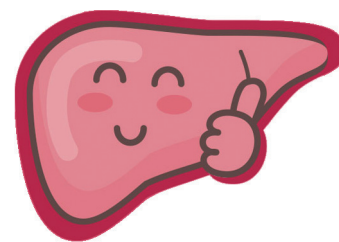
Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego, będące częścią Szpitala Wolskiego, otrzymało nową lokalizację. Pawilon nr 5, zwolniony przez kardiologię, został gruntownie zmodernizowany i oddany psychiatrii.

Jest to trzykondygnacyjny budynek o powierzchni około 1,3 tys. mkw. Na parterze mieści się część ambulatoryjna: poradnie lekarskie i zespół leczenia środowiskowego. Oba piętra zajmuje oddział z 30 łózkami w 3-4-osobowych salach. Na pierwszym piętrze są sale dla chorych, którzy nie wymagają wzmożonego nadzoru, na drugim – dla cięższych chorych. Ponadto są tu: jadalnia, sala dydaktyczna z zapleczem socjalnym dla studentów, sala terapii zajęciowej oraz gabinety lekarskie i zabiegowe.

Pacjentami zajmuje się dziesięciu lekarzy (w tym dwóch psychiatrów), dwóch psychologów klinicznych, pielęgniarki oraz personel pomocniczy, w sumie 41 osób. Do niedawna na oddziale mieściła się klinika psychiatryczna II Wydziału Lekarskiego WUM. Obecnie szpital nawiązał współpracę ze Szkołą Łazarskiego i będzie tu pracowała klinika psychiatryczna Wydziału Medycznego tej uczelni. ■

mkr

# Dbajmy o wątrobę



Opublikowano wyniki Ogólnopolskiego Testu Wątroby, w którym wzięło udział około 50 tys. osób. Celem badania była epidemiologiczna ocena ryzyka chorób wątroby w warunkach polskich.

Zwykle uważa się, że najgorszym wrogiem wątroby jest alkohol. Ale są także inne czynniki, które prowadzą do jej niealkoholowego stłuszczenia (NAFLD), czyli zwiększonego odkładania się tłuszczu w jej komórkach.

– Obecnie NAFLD powoli zajmuje miejsce wirusowych zakażeń wątroby jako najważniejszej choroby w hepatologii, stając się wyzwaniem nie tylko dla lekarzy specjalistów chorób tego organu, lecz także dla lekarzy rodzinnych – mówi dr n. med. Jan Gietka z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. – Na schorzenie to może cierpieć nawet co piąty dorosły Europejczyk. W Polsce niealkoholowe stłuszczenie wątroby może mieć aż 6 mln osób.

Na kondycję wątroby wpływa w dużym stopniu styl życia, szkodzi jej zwłaszcza nieodpowiednie odżywianie się i związana z nim narastająca otyłość. Proces regeneracji wątroby jest bardzo powolny. Z badań ankietowych Ogólnopolskiego Testu Wątroby wynika, że wzrost wagi ciała w ostatnich pięciu latach nastąpił aż u 55 proc. respondentów, w tym u 10 proc. o ponad 10 kg. Badanie wykazało też zależność między wzrostem wagi a brakiem aktywności fizycznej.

Trzeba zapobiegać stłuszczeniu wątroby przez kontrolowanie wagi ciała i odpowiedni wysiłek fizyczny. ■

mkr



FUNDACJA PRO SENIORE

FUNDACJA  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
**PRO SENIORE**

Drodzy Lekarze! Koleżanki i Koledzy!  
Zwracamy się z prośbą  
o pomoc Kolegom Seniorom,  
którzy potrzebują naszego wsparcia!

Przeznacz darowiznę  
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

Fundacja Pro Seniore  
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18  
tel. 22 542 83 02  
e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl  
www.proseniore.pl

POŁUB NAS

## NARTY W ALPACH FRANCUSKICH 17–24.03.2019 r. (7 nocy) w La Plagne

Samolot do Genewy: Swiss/Lufthansa (przewóz nart),  
autokar do hotelu apartamentowego,  
na wys. 1950 m,  
w centrum terenów narciarskich,  
7 kolejek i wyciągów przed hotelem,  
setki kilometrów tras i wyciągów.

Cena od 3300 zł (z VAT)

W cenie:

ubezpieczenie, również SKI,  
skipass na 6 dni, na cały teren La Plagne,  
zakwaterowanie, pilot, wstęp na basen.

Od ponad 25 lat takie wyjazdy dla lekarzy  
organizuje Biuro Podróży Kwatour s.c.

**ZAPRASZAMY:**

**kwatour@op.pl, tel.: 501-074-194**

REKLAMA

# Gloria Medicinae 2017

W Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się kolejna Gala Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, która zgromadziła wielu wybitnych przedstawicieli świata medycznego, w tym członków Zarządu Głównego PTL z prezesem prof. dr. hab. n. med. Waldemarem Kostewiczem. Podczas uroczystości zasłużonych lekarzy uhonorowano odznaczeniami PTL.



Fot. M. Jakubiak

Najwyższe wyróżnienie *Gloria Medicinae* otrzymało 11 osób, z województwa mazowieckiego pediatra i neonatologa Joanna Żytyńska-Daniluk oraz twórca fundacji „Dla serca” Leszek Tomasz Roś. Wśród wyróżnionych znalazła się również Ewelina Hrycaj-Mańnicz, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie.

W czasie uroczystości wręczono też odznaczenia przyznane przez inne organizacje. Prof. Maciej Krzakowski otrzymał Nagrodę Zaufania „Złoty Otis”, a prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – odznaczenie *Benevolentis* za działalność na rzecz lekarzy seniorów, przyznane przez ORL w Warszawie. ■

mkr

## Wigilia w Klubie Lekarza

Koło Medycyny Komunikacyjnej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zorganizowało spotkanie wigilijne, które odbyło się 10 grudnia 2018 r. w Klubie Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.

Wykład „Późne rozpoznanie zakażeń HIV – jak to możliwe w dobie skutecznej terapii antyretrowirusowej?” wygłosiła prof. Alicja Wiercińska-Drapała, kierownik Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych WUM. ■

**Krystyna Podgórska-Baraniecka,**  
przewodnicząca koła



Duszpasterz środowisk medycznych archidiecezji warszawskiej ks. Władysław Duda serdecznie zaprasza środowiska medyczne Warszawy na spotkanie opłatkowe z J.E. Kardynałem Kazimierzem Nyczem, które odbędzie się 16 stycznia 2019 r. o godz. 18.00, w Domu Arcybiskupów Warszawskich przy ul. Miodowej 17/19.

## 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

[wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl](mailto:wypaleni Zawodowe@oilwaw.org.pl)

Kupię NZOZ, POZ, ZOL lub inny podmiot medyczny na terenie całej Polski. Tel.: 510-011-117.

# Konsolidacja szpitali WUM

**16 lipca 2018 r.** zarządzeniem rektora WUM został powołany Komitet Sterujący ds. Konsolidacji i Restrukturyzacji, którego zadaniem jest nadzorowanie procesu połączenia Centralnego Szpitala Klinicznego z Dziecięcym Szpitalem Klinicznym oraz Szpitalem Klinicznym Dzieciątka Jezus. W jego skład wchodzi m.in.: rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś, prorektor ds. klinicznych i inwestycji prof. Wojciech Braksator, prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju prof. Krzysztof Filipiak, były sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc, były wiceminister zdrowia, a obecnie główny inspektor sanitarny Jarosław Pinkas, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM (SPCSK) prof. Grzegorz Opol-ski, kierownik Katedry Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM (SPCSK) prof. Krzysztof Zieniewicz, kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej (SKDJ) prof. Piotr Radziszewski, kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej WUM (SPDSK) prof. Michał Matysiak, dyrektor Biura ds. Szpitali Klinicznych, pełnomocnik rektora ds. spółek WUM Stanisław Pitucha oraz pełnomocnik rektora ds. restrukturyzacji podmiotów leczniczych i organizacji onkologii klinicznej WUM Piotr Nowicki.

**27 października 2018 r.** Związki Zawodowe Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus opublikowały kolejne stanowisko ws. konsolidacji:

*Program ten wywołał ogromne poruszenie całego środowiska medycznego wszystkich trzech konsolidowanych szpitali klinicznych. Związki zawodowe są przeciwne przyjęciu do realizacji tego programu. Protestujemy przeciwko dzikiej konsolidacji!*

*Według danych z audytów i opinii ekspertów Szpital Dzieciątka Jezus może sam skutecznie dokończyć rozpoczętą w 2012 r. restrukturyzację!*

*Mówimy „nie” dzięki konsolidacji! Mówimy „nie” pozbawianiu autonomii Szpitala Dzieciątka Jezus! Mówimy „tak” cywilizowanej restrukturyzacji szpitali klinicznych WUM!*

**3 grudnia 2018 r.** Zarząd Krajowy OZZL wydał następujące oświadczenie:

*Zarząd Krajowy OZZL zdecydowanie protestuje przeciwko projektowi połączenia trzech szpitali klinicznych podległych Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu. (...) Wbrew pozorom przedstawiony wyżej problem nie ma charakteru lokalnego, ale jest ilustracją kryzysu w całej publicznej ochronie zdrowia i nieudolności w jego prze-*

*zwyciężaniu. Mamy tutaj bowiem do czynienia z przykładami zaniżonej refundacji świadczeń zdrowotnych ze strony NFZ, niektórych w stopniu skrajnym (np. wyspecjalistycznych świadczeń pediatrycznych), z niegospodarnością (...). Winę za ten stan ponoszą również, a może przede wszystkim, rządzący, którzy są odpowiedzialni za stworzenie warunków finansowych, w jakich działają szpitale kliniczne i uczelnie medyczne w Polsce oraz cała publiczna ochrona zdrowia. Dlatego, w ocenie ZK OZZL, problem zadłużenia szpitali klinicznych WUM powinien zostać rozwiązany z pomocą – również finansową – rządu i powinien stać się przyczynkiem do podjęcia zmian o charakterze systemowym dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych i uczelni medycznych w Polsce. (...) Zarząd Krajowy OZZL wzywa rząd i premiera RP do podjęcia tych działań.*

**3 grudnia 2018 r.** Prof. Mirosław Wielgoś, rektor WUM, powiedział m.in.:

*1 stycznia 2019 r. powstanie uniwersyteckie centrum kliniczne naszej uczelni. Utworzą je trzy największe skonsolidowane szpitale, których właścicielem jest nasza uczelnia: Centralny Szpital Kliniczny, Dziecięcy Szpital Kliniczny oraz Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus. Dlaczego zmuszeni jesteśmy do połączenia szpitali? Czas, kiedy mogliśmy przeprowadzić jedynie kosmetyczne zmiany w naszych szpitalach, bezpowrotnie minął. To jest moment, w którym musimy wspólnie i w porozumieniu ratować nasze szpitale i uczelnię przed finansowym upadkiem. Sytuacja finansowa wszystkich trzech łączonych szpitali jest dramatyczna. (...) WUM jest zobowiązany do pokrycia straty podległych mu szpitali w wysokości łącznie 57 mln zł. Uczelnia nie ma takich pieniędzy i tutaj dochodzimy do przysłowiowej ściany. Albo przeprowadzimy pilne i głębokie działania restrukturyzacyjne, albo w konsekwencji upadną i szpitale, i uczelnia. Władze WUM nie mogą na to pozwolić. (...) Mamy wspólny cel, którym jest przetrwanie, a w dalszym etapie rozwój całej bazy klinicznej WUM i uniwersytetu. Aby tak się stało, musimy wszyscy razem podejść odpowiedzialnie do procesu konsolidacji. (...) Strona społeczna zarzuca WUM i mnie osobnie, że brak dialogu jest powodem akcji protestacyjnej. A fakty są takie: informacja o sytuacji szpitali była, jest i będzie regularnie przekazywana stronie społecznej, czyniliśmy to podczas posiedzeń senatu naszej uczelni, spotkań z organami szpitali, związkami zawodowymi, a także przez kanały informacyjne WUM. ■*

oprac. egw

JĘZYK NIEMIECKI DLA LEKARZY  
504 246 206



REKLAMA

# Lekarze seniorzy gościli w izbie

**K**ilkudziesięciu lekarzy seniorów z Warszawy, Radomia i Płocka wzięło udział w okolicznościowym spotkaniu zorganizowanym w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Obchody Dnia Seniora były okazją do złożenia podziękowań przez przedstawicieli samorządu lekarskiego zasłużonym lekarzom.

**– Państwa praca i wkład w ochronę zdrowia zasługują na najwyższy szacunek – powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, witając gości. Podkreślał, że lekarze seniorzy są osobami aktywnymi i uczestniczą w życiu lekarskiej społeczności.**

Wiceprezes Mieczysław Szataneł zwrócił uwagę, że 35–45 proc. lekarzy emerytów nadal pracuje zawodowo. Zaakcentował również rolę starszego pokolenia w przekazywaniu zawodowych tradycji. – *Większość z państwa ma dzieci, one też są lekarzami, kultywujecie lekarskie tradycje, przekazujecie młodszym właściwe podejście do pacjenta, uczycie szacunku* – podkreślił.

W uznaniu zasług dla środowiska lekarskiego, za zaangażowanie w niesienie pomocy pacjentom wyróżnieni lekarze odebrali z rąk prezesa Ł. Jankowskiego i wiceprezesa M. Szatanka Medale im. dr. Jerzego Moskwy i pamiątkowe dyplomy (lista uhonorowanych obok). Podczas uroczystości wręczono również nagrodę zwycięzcy konkursu „Historia życia” ogłoszonego przez Fundację OIL w Warszawie Pro Seniore. Zdobył ją Czesław Hajduk.



Fot. kb

Izbowy Dzień Seniora wypełnił bogaty program – i dla ciała, i dla ducha. Goście mogli skorzystać bezpłatnie z badań słuchu, przesiewowych w kierunku jaskry i USG Dopplera, których organizatorem była Fundacja Pro Seniore, wziąć udział w warsztatach żywieniowych i wysłuchać porad dietetyka. Pod okiem instruktora poznawali podstawowe ćwiczenia tai-chi.

O łączeniu medycyny z własną twórczością opowiadali lekarze artyści. Prelekcję wspomnieniową o zawodowym pobycie w Turcji i inspiracjach malarskich wygłosił przewodniczący Komisji Lekarzy Seniorów OIL w Warszawie Włodzimierz Cerański, którego obrazy były prezentowane podczas spotkania. Na chwilę z poezją zaprosił Krzysztof Saturnin Schreyer. Zaprezentował swoje wiersze z tomiku „Wino życia” (wydanego przez OIL w Warszawie), a także utwory dotąd niepublikowane.

Audytoryum oczarował zespół młodych wykonawców z Radomia Akordeonowe Smyki. Dla miłośników piosenki zorganizowano konkurs zgadywanek „Jaka to melodia?”. Goście zostali zaproszeni na poczęstunek i otrzymali drobne upominki.

Prezes Jankowski wyraził nadzieję, że Dzień Seniora będzie w izbie spotkaniem corocznym. ■ **ach**

## Seniorzy w Nowej Suchej

**W** październiku 2018 r. Komisja Lekarzy Seniorów zorganizowała dla koleżanek senierek wycieczkę do Muzeum Architektury Drewnianej Regionu Siedleckiego. Dawny dwór rodziny Cieszkowskich w 1993 r. nabył prof. Marek Kwiatkowski, odbudował po zniszczeniach pegeerowskich i stworzył skansen. Dwór, pomimo braku bieżącej konserwacji, nadal jest wspaniale zachowany. Liczne oryginalne budynki, przeniesione z okolicy przez profesora (dwory, chałupy, karczmy, spichlerze, stodoły – nierzadko stuletnie), stanowią mało znaną perełkę architektury. Park w kolorach i słońcu jesiennym niezapomniany. Zachęcam do odwiedzin. ■

**Włodzimierz Cerański**



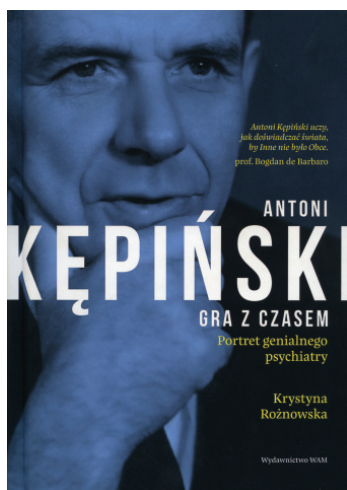
Fot. W. Cerański





**Medal im. dr. Jerzego Moskwy otrzymali:**

- Grażyna Banasik-Michalak,
- Stanisław Gruszecki,
- Anna Grzybowska,
- Czesław Hajduk,
- Henryka Jeżak,
- Bogusława Korbecka,
- Teresa Kozera,
- Bolesław Linda,
- Wiktoria Mikulska,
- Danuta Minasz,
- Anna Podkańska-Struzik,
- Jolanta Przybora,
- Hanna Skwarska-Porowska,
- Danuta Surma,
- Zbigniew Szadkowski,
- Jadwiga Szczerbicka.



## KĘPIŃSKI – REAKTYWACJA

Kim był Antoni Kępiński dla pacjentów i kim stał się po śmierci dla polskiej psychiatrii? Na to nietatwe pytanie próbuje odpowiedzieć, kreśląc portret nietuzinkowego lekarza, krakowska dziennikarka i autorka książek Krystyna Rożnowska. Jej opowieść ma jednak wymiar uniwersalny, jak uniwersalne są monografie Kępińskiego o schizofrenii, depresji i innych zaburzeniach włączone do kanonu literatury popularnonaukowej. Był to zresztą zarzut, jaki nieraz słyszał w swoim środowisku – że jego styl mierzenia się z psychiatrią jest zbyt lekki i nie dość naukowy. A stosunek do chorych? Podwładnych w klinice? Czy szerzej: jaki był stosunek Kępińskiego do całej medycyny? Też przecież nie zawsze naukowy, ale po prostu ludzki.

Książka nie jest tradycyjną biografią, składa się z trzech części: barwnego życiorysu bohatera, opinii o jego pracy, które autorka pozyskała od różnych osób, oraz ciekawej przedmowy napisanej przez znanego psychiatrę prof. Bogdana de Barbaro.

Ten redakcyjny zabieg pozwala czytelnikom nie tylko prześledzić zawodową karierę Antoniego Kępińskiego, ale też wyrobić sobie zdanie na temat wartości jego dzieł, które wciąż cieszą się w Polsce sporą popularnością.

Czy zasługuje na tak duże uznanie? Niektórzy rozmówcy Krystyny Rożnowskiej mówią wprost, że nie wszystkie jego poglądy na schizofrenię były trafione i nie wszystkie prognozy się spełniły. To, co wyszło spod ręki Kępińskiego (z uwagą na jego osobiste doświadczenia, choćby przeżytą psychozę, o której pisze się w tej książce chyba po raz pierwszy tak otwarcie), czyta się lekko i doskonale, ale nie każda jego obserwacja wydaje się właściwa na tle współczesnej wiedzy o zaburzeniach psychicznych. Cytowany przez Rożnowską prof. Jerzy Aleksandrowicz otwarcie powie, że niewiele z tego, co przekazywał Kępiński, pozostało we współczesnej praktyce psychiatrycznej. Choć nie ma w tym winy wszechstronnego lekarza – jego idee przegrały raczej z zasadami rynkowymi wprowadzonymi po jego śmierci do ochrony zdrowia, a nie z humanistycznymi podstawami dostrzegania człowieka w każdym chorym psychicznie.

Antoni Kępiński uważał, że wszystko co wartościowe zostanie dostrzeżone i obroni się samo. Jego portret przedstawiony w tej biografii również. To jedna z lepszych książek o wielkich polskich lekarzach, którą ostatnio czytałem. ■



## KOD ŚMIERCI

Andrzej Należyty to dyrektor Instytutu Chorób Zakaźnych i Tropikalnych. Dr Mrówka – archeolog. Szef szpitala, były minister zdrowia, to Jan Wykidajło, a patomorfolog – Jerzy Zimny. Jak zatem może się nazywać dziennikarz, tropiciel naukowych zagadek kryminalnych? Oczywiście: Robert Mądrała!

Galeria pełnokrwistych postaci z powieści „Kod śmierci” Zbigniewa Wojtasińskiego ma nawet nazwiska dobrane nieprzypadkowo. Bo choć książka jest literacką fikcją, którą krytycy zaliczyliby do gatunku medycznego thrillera, jej fabuła od początku pozostaje na wskroś racjonalna, a bohaterowie niewiele różnią się od naszych sąsiadów, przełożonych i kolegów z pracy. Choć nie sądzę, aby akurat czytelnicy „Pulsu” mogli być wplątani w międzynarodowy spisek i utajnione badania nad bronią biologiczną nowej generacji.

Nieprzypadkowy okazał się również moment debiutu „Kodu śmierci” na rynku: dokładnie kiedy Sejm debatował nad absurdalnym projektem zniesienia obowiązkowych szczepień. To jeszcze jeden kamyczek do ogródka wątpliwych, czy możemy czuć się we współczesnym świecie bezpieczni, jeśli chodzi o eksperymenty z zarazkami, i na tyle pewni swojej przewagi nad drobnoustrojami, by dezawuować wartość szczepionek.

Zbigniew Wojtasiński, znany także z łamów „Pulsu” bardzo wiarygodny i rzetelny dziennikarz medyczny, zabiera czytelnika do pilnie strzeżonych laboratoriów, na oddziały chorób zakaźnych, do instytutów, gdzie nauka przybiera złowrogi odcień eksperymentów genetycznej modyfikacji zarazków. Nie urojonych, ale wielce prawdziwych lub co najmniej prawdopodobnych. Ta mroczna historia, osadzona w realiach współczesnej Polski, zawiera również wiele ciekawostek i faktów naukowych, bo autor nie byłby sobą, gdyby nie wykorzystał okazji do popularyzacji nauki, w tym wypadku mikrobiologii, patologii, genetyki i wirusologii. Podążając więc śladami redaktora Roberta Mądrali, można się sporo nie tylko o broni biologicznej, ale też o samych zarazkach dowiedzieć. Oczywiście poza poznaniem rozwiązania najważniejszej zagadki, które kryje się za misterną intrygą. ■

Paweł Walewski

# Posłuchać, zobaczyć...

## Mapa muzyki

Wystawa „Konstelacje. Muzyka polska 1918–2018” układa się w muzyczną mapę. Przedstawia wątki i koncepcje w muzyce polskiej ostatniego stulecia oraz dorobek rodzimych twórców. Ukazuje, co łączy, a co dzieli polskich kompozytorów, prezentuje ich postawy wobec tradycji i nowoczesności. Ekspozycja w Muzeum Fryderyka Chopina w Warszawie czynna do 3 marca 2019 r.

[www.chopin.museum](http://www.chopin.museum)

## Znaki wolności

O polskiej tożsamości narodowej opowiada wystawa w Zamku Królewskim w Warszawie. W chronologicznych ramach, od 1914 do 1989 r., ukazuje dzieje obrony i umacniania narodowej suwerenności. Na ekspozycję składa się blisko 500 dzieł sztuki i kilkaset fotografii dokumentalnych. Narrację wzbogacają ścieżki dźwiękowe, projekcje filmowe i dokumenty archiwalne. Wystawę można oglądać do 31 marca 2019 r.

[www.zamek-krolewski.pl](http://www.zamek-krolewski.pl)

## Niepodległe

Wystawa „Niepodległe. Kobiety a dyskurs narodowy” jest próbą przyjrzenia się roli kobiet, często pomijanej lub marginalizowanej, w XX-wiecznych ruchach narodowowyzwoleńczych. Zgromadzone prace artystów z różnych krajów i kultur podważają męską wizję świata. Próbuje ukazać różnorodny wizerunek kobiecości, twórcy opowiadają o zaangażowaniu kobiet w walkę o wolność narodową, w sferze społecznej i obyczajowej. Wystawa w Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie będzie czynna do 3 lutego 2019 r.

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

## Grafiki z Zachęty

„Bardzo różnie i bardzo dobrze” to prezentacja ważnego i od dawna niepokazywanego fragmentu kolekcji Zachęty: 200 dzieł 75 artystów. O doborze prac zdecydowały nie tylko walory artystyczne i różnorodność stylistyczna, ale także ich historia – były prezentowane w latach 1956–1971, w okresie, kiedy polska grafika święciła triumfy, na wystawach Centralnego Biura Wystaw Artystycznych. Wystawa w Zachęcie potrwa do 21 stycznia 2019 r.

[www.zacheta.art.pl](http://www.zacheta.art.pl)

ach



## Medycy bronią papieru

Po 1 grudnia 2018 pacjenci nadal będą otrzymywać papierowe druki, ponieważ nie wszyscy lekarze chcą się zgodzić na przymusową elektroniczną (medycy świadczą usługi dla ZUS bez dodatkowego wynagrodzenia). Pracodawcy twierdzą, że będą honorować takie potwierdzenia choroby. ZUS zaś zapewnia, że żaden ubezpieczony nie będzie poszkodowany.

## Pracownicy na zwolnieniach

Jedna trzecia pracowników korzysta ze zwolnień lekarskich, gdy nie choruje. Aż 86 proc. z nich uważa, że można tak robić. ZUS podaje, że liczba zwolnień lekarskich wzrosła w Polsce z 18,8 mln w 2014 r. do 21,4 mln w 2017.

## Nie pal sobie życia!

W Polsce pali około 9 mln osób – 31 proc. dorosłych mężczyzn i 18 proc. dorosłych kobiet. Z powodu palenia co roku umiera około 380 tys. osób – alarmuje wiceminister zdrowia Zbigniew Król.

## Szczepionki będą lepiej chronione

Punkty szczepień będą musiały mieć system elektronicznego monitorowania temperatury, a personel medyczny zostanie dodatkowo przeszkolony.

## Trują nas dalej

Mimo że od prawie 20 lat w Polsce obowiązuje zakaz spalania śmieci, proceder ten trwa w najlepsze – poinformował w raporcie Polski Alarm Smogowy. Rmf24.pl podaje, że z dokumentu wynika, iż w 80 proc. gmin można bezkarnie palić śmieciami. Nie ma w nich bowiem skutecznego systemu kontroli palenisk i kotłów w domach.

## Hiszpania walczy z oszustwem

Rząd w Madrycie zamierza wyeliminować z centrów medycznych niepotwierdzone naukowo działania medyczne. Chodzi m.in. o homeopatię. Medycyna alternatywna ma też zniknąć z hiszpańskich uczelni wyższych, władze planują również zwalczanie fałszywej reklamy w Internecie.

## Syndrom złamanego serca

Odejście partnera, śmierć bliskiej osoby czy utrata pracy mogą być przyczyną kardiomiopatii stresowej o nazwie Takotsubo, zwanej też syndromem złamanego serca. Chorzy mają objawy przypominające zawał mięśnia sercowego. Najczęściej skarżą się na silny ból w klatce piersiowej oraz duszności. Badania wykazują zmiany w zapisie EKG, podwyższony poziom enzymów sercowych i biomarkerów. Pacjenci trafiają na oddział intensywnej terapii.

**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”



JAROSŁAW KOSIATY

Lekarz w trakcie dyżuru rozpoznał u siebie zawał serca, Młoda lekarka zmarła na dyżurze – to tylko niektóre tegoroczne tytuły doniesień. Ratujemy życie innym, pomagamy w powrocie do zdrowia. A czy potrafimy zadbać o własne? Czy w szaleńczym biegu między gabinetem, przychodnią i szpitalem, jednym a drugim dyżurem znajdujemy czas, aby pomyśleć, że zawał i udar mogą także nas dopaść? Niedawno zmarł mój serdeczny przyjaciel. Miał 44 lata, pozostawił w rozpaczony żonę i dwoje małych dzieci.

Dlatego mimo licznych obowiązków zawodowych i rodzinnych postanowiłem wziąć byka za rogi. W młodości dużo biegałem i pływałem, ale teraz godziny pracy za biurkiem i przemieszczanie się wszędzie na czterech kołach, zamiast na dwóch nogach, zrobiły swoje. Zostałem stałym użytkownikiem przedmiotu, który w dwie sekundy dochodzi do setki, czyli... wagi łazienkowej. Powrót do poprzedniego stanu był niezwykle ciężki, ale zawiązałem się.



Zacząłem startować w biegach długodystansowych. Trzy lata przygotowań, 38 medali z różnych zawodów (w tym trzy z triathlonów), aż wreszcie 4 listopada 2018 stanąłem na starcie tego największego i najsztywniejszego – New York City Marathon. Trudna trasa wiodła przez pięć dzielnic miasta. Na początku miałem sporo obaw, czy dam radę, ponieważ dzień wcześniej brałem udział w innym biegu w Nowym Jorku – Dash to the Finish Line (spod siedziby ONZ do Central Parku). Jednak obecność ponad 52 tys. biegaczy z całego świata

oraz niezwykła atmosfera i doping 2,5 mln kibiców wzdłuż całej trasy (w tym licznej Polonii amerykańskiej; biegłem z białą-czerwoną flagą) uodparniały na ból i dodawały skrzydeł. We wszystkich dzielnicach ludzie wylęgli na ulice, tańczyli, grali i śpiewali. Często dawali biegaczy swoim wypiekami, napojami, owocami i głośno dopingowali. Emocje na mecie NYC Marathon są trudne do opisanego. To tak, jakby zdobyć Mount Everest, wyżej jest już tylko niebo...

Wcześniej Amerykanie zrobili mi miłą niespodziankę – zostałem wylosowany do reprezentowania Polski w ceremonii otwarcia biegu.

Maraton nowojorski odbywa się co roku, począwszy od 1970 (z przerwą w 2012, kiedy został odwołany z powodu huraganu Sandy). Pierwszy bieg ukończyło 55 zawodników, w tym roku było ich prawie tysiąc razy więcej.

Nowy Jork to „miasto, które nigdy nie śpi”. Poza powszechnie znanymi miejscami warto zwiedzić np. łódź podwodną USS „Growler” (kiedyś z pociskami nuklearnymi) i lotniskowiec amerykański USS „Intrepid”. Na pokładzie lotniskowca jest m.in. spora kolekcja myśliwców i śmigłowców wojskowych, a w specjalnym hangarze na najwyższym pokładzie – prom kosmiczny Enterprise. Tuż obok lotniskowca na nabrzeżu stoi samolot Concorde.

Wróćmy jednak do biegania. Główny bohater filmu „Najlepszy” z 2017 r. – Jerzy Górski, który przez 14 lat był narkomanem, a potem wygrał podwójnego Ironmana w Alabamie w 1990 r., powiedział dziennikarce w jednym z wywiadów: „Každy może zrobić to, co tylko wymarzy, jeśli ma wystarczającą siłę. Pani myśli, że jestem silny? Jestem. Ale i słaby, bo mam swojego duszka, który siedzi mi na ramieniu i szepcze: – Zapal sobie, napij się, nie wstawaj tak wcześnie, odpuść trening. Moja siła polega na tym, że wiem o jego istnieniu i go nie słucham. Pani pali, więc też ma pani takiego duszka. Wszystko, co trzeba zrobić, to go nauczyć, że ma się odp...”.\* ■

\* Z narkotykowego odwyku do mistrzostwa w morderczych zawodach, „GW Wrocław”, 16.11.2017.



Fot. archiwum

# BÓL I BOLESNOŚĆ

PROF. PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI

Jeden z kolegów lekarzy zapytał mnie, czy *bolesność* jest tym samym co *tkliwość* i czy wobec tego jako objaw należy do badania przedmiotowego, czy raczej podmiotowego. Pytanie proste, odpowiedź nietatwa, bo trzeba sięgnąć do źródełstowów.

*Ból* to cierpienie, które ma dwie odmiany: 1) rodzaj przykrego uczucia wywołanego przez jakiś typ nieszczęścia (cierpienie psychiczne), 2) rodzaj przykrego, dokuczliwego wrażenia z jakiejś części ciała (cierpienie fizyczne).

Stany 1. i 2. przeważnie są wzajemnie zależne: można czuć ból w jakiejś części ciała i z tego powodu cierpieć psychicznie (albo nie), i odwrotnie, cierpieć z powodu jakiegoś nieszczęścia i odczuwać konkretny ból (np. głowy). Z punktu widzenia fizjologii, jeśli chwilowo odsuniemy na bok przyczynę, ból jest zjawiskiem czysto psychicznym. Jest wrażeniem tworzonym w mózgu pod wpływem różnych typów informacji nerwowych (fizycznych i/albo psychicznych) i jedynie „lokalizacja występowania” pozwala nam odróżnić ból psychiczny od fizycznego. Mózg może niepoprawnie interpretować sygnały. Tak się dzieje pod wpływem silnych bodźców lub hamulców psychicznych, np. sugestii, na skutek zmian fizykochemicznych w organizmie, oddziaływania licznych innych czynników maskujących lub dezorientujących. Lokalizacja i wstępnie określona przyczyna bólu jest de facto tylko mapą i interpretacją pozostającą w korze mózgowej.

*Bolesność* w zakresie funkcjonującym w medycynie jest synonimem *tkliwości* i można ją zdefiniować jako: 1) pojawianie się *bólu* części ciała pod wpływem czynnika wywołującego (np. dotyku, mikcji, kaszlu, ciepła, lęku, smutku itd.), 2) (rzadko i raczej potocznie) niewielki *ból* części ciała, przeważnie stały lub często się powtarzający.

W obydwu wypadkach informacje o *bolesności* jako objawie można uzyskać zarówno z wywiadu (– *Czy ból panią budzi, kiedy pani śpi na lewym boku, czy na prawym?*), jak i badania fizykalnego (*Stwierdza się bolesność uciskową w punkcie McBurneya po stronie prawej.*).

W pewnych szczególnych przypadkach więcej dowiemy się z wywiadu, w innych z badania przedmiotowego, czasem tylko z jednego z nich, ale pozornie. Po prostu w danej chwili ból może nie wystąpić (np. z powodu przyjęcia sedatywu lub analgetyku), pacjent o czymś zapomniał (np. pod wpływem stresu) itd. Wiemy jednak, że badanie podmiotowe i przedmiotowe, jeśli zostaną poprawnie, wnikliwie przeprowadzone, prawie zawsze w pewnych zakresach się pokrywają. Innymi słowy obydwie te części badania lekarskiego mogą być dla oceny *bólu* i *bolesności* równie istotne.

Byłbym więc bardzo ostrożny ze ścisłym przydzielaniem tych objawów do obszaru tylko wywiadu lub tylko badania fizykalnego. ■

<http://www.lpi.pl>

SMS Z KRAKOWA



Fot. kb

# WIOSNA BĘDZIE NASZA

Wiosną 2019 r. dwie istotne inwestycje wyznaczą rytm życia medycznego w Krakowie.

Najważniejszą jest przewidywane sfinalizowanie budowy nowego uniwersyteckiego szpitala klinicznego, zlokalizowanego w Prokocimiu. Nowy szpital mieć będzie 925 łóżek, 24 sale operacyjne, w 13 budynkach znajdzie się większość klinik uniwersyteckich, 30 przychodni, nowy oddział ratunkowy, wiele pomieszczeń dydaktycznych.

To największa inwestycja prozdrowotna w Polsce. Budowę rozpoczęto w maju 2015 r. Jej wartość przekracza 1,2 mld zł. Znaczna część z 4 tys. pracowników największego szpitala w Polsce zmieni miejsce pracy; rozproszone po mieście w różnych szpitalach kliniki specjalistyczne przeniosą się do nowej siedziby.

Drugą inwestycją, która także zostanie oddana na wiosnę, będzie wyremontowana już siedziba samorządu lekarskiego przy ul. Krupniczej. Nic nie zapowiada opóźnienia, choć w obiekcie z przełomu XIX i XX stulecia co rusz pojawiają się problemy.

Okręgowa Izba w Krakowie zbiera podpisy pod inicjatywą obywatelską w sprawie ograniczenia dostępu do żłobków i przedszkoli dzieci nieszczepionych. Formularze list są na stronie internetowej krakowskiej izby. Wsparcie samorządu innych regionów i zebranie wymaganych 100 tys. podpisów jest warunkiem złożenia wniosku w parlamencie.

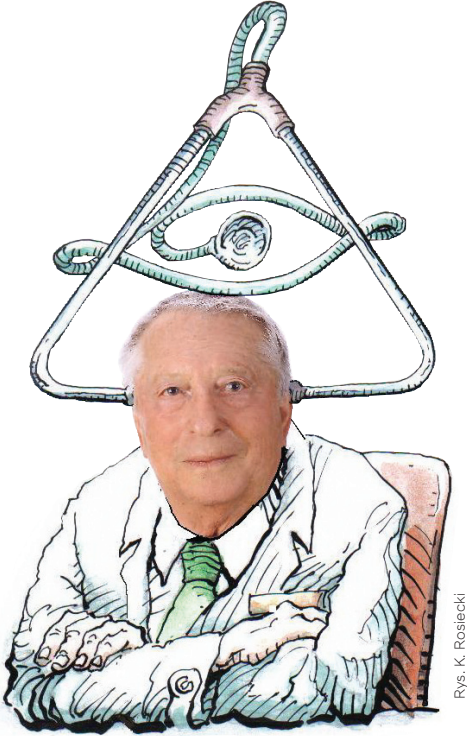
Jeśli ich nie zbierzemy, będzie jak zwykle... ■

Stefan Cieplý

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

# Szkoła i „walka” z okupantem

ARTUR DZIAK



Rys. K. Rostecki

Do szkoły oddano mnie we wrześniu roku 1939. Szkoła podobała mi się od początku, gdyż była to głównie zabawa i sportowe rozrywki. Nauczanie ograniczone było zaledwie do kilku przedmiotów, gdyż właściwe wykształcenie zarezerwowane było dla „rasy panów”. Tę wysoce niekorzystną dla narodu polskiego sytuację postanowili zmienić nauczyciele, dlatego od trzeciej klasy rozpoczęły się w szkole tak zwane komplety, czyli tajne lekcje odbywające się w późnych godzinach wieczornych, na których uczono nas języka polskiego, historii i geografii. Komplety stanowiły niezwykłą atrakcję, gdyż odbywały się w szkole, w której wygaszane były wszystkie światła, co w czasie przerw stwarzało okazje do niewinnych dowcipów.

Z powodu rozpaczliwego położenia narodu pociechy szukano w różnych zajęciach, m.in. czytaniu patriotycznych książek oraz śpiewaniu narodowych pieśni. Ponieważ pochodziłem z rodziny niezwykle muzykalnej i, co więcej, dzięki babcinemu wychowaniu znałem mnóstwo pieśni patriotycznych, co jakiś czas śpiewałem w klasie te pieśni ku pochrępieniu serc. Do sztandarowego repertuaru należały: „Zmarł biedaczysko w szpitalu polowym”, „Jak to na wojence ładnie” oraz „Hej, ty Wiśło, modra rzeko za lasem”.

Pasjonowałem się ponadto grą w stalówki, która wówczas była traktowana bardzo poważnie, w związku z tym, że w dobie używania kałamarzy stalówki miały określoną wartość, wyznaczoną przez kształt i przeznaczenie. Najdroższe były rondówki, którymi można było przepięknie i kaligraficznie pisać. W porządnym pisaniu zawsze

byłem zapóźniony i wyszydzany oraz karany zarówno w szkole, jak i w domu. Niczego to jednak nie zmieniło i nadal z moim pisaniem – jak mawiała matka – „trzeba latać do apteki, by je rozszyfrowano”. Do dzisiaj wspominałam ze wstydem jedną z największych porażek, jaka w związku z tym przydarzyła mi się w drugiej klasie. W roztargnieniu pomyliłem zakres pisania domowego

i ubzdurałem sobie, że zamiast dwóch akapitów pani zleciła przepisanie dwóch stron! Ponieważ na samą myśl o nawet najkrótszym pisaniu chciało mi się uciekać z domu, namówiłem służącą, by za mnie te przekłete stronicę przepisała. Dopiero gdy to zrobiła, stwierdziłem z przerażeniem, że nikt nie weźmie kaligraficznego pisma służącej za moje gryzmoły i skończy się to nieszczęściem. Naturalnie, ponieważ zeszytu zniszczyć nie można było, sprawa się wydała i zostałem podwójnie ukarany – i w szkole, i w domu...

Z dumą muszę opisać epizod mego bezpośredniego zaangażowania w walkę z okupantem. Kiedy pewnego dnia w wyniku gigantycznej obławy i łapanek na ulicach Międzyzlesia i Radości doszło do internowania w fabryce Szpotañskiego kilkuset mężczyzn, pod-

ziemna komórka PPS, w której działał mój ojciec, zatrudniła mnie do przenoszenia grypsów od zatrzymanych do ich rodzin. Miejscem kontaktowym była położona opodal nas elegancka willa Hornów. Ponieważ akcja zaczęła się niebezpiecznie rozkręcać, gdyż z czasem powierzano mi różne dziwne paczki i pakunki, w porę wkroczyła moja matka. Tak się skończył mój dumny „rozdział walki o wolność i niepodległość”, jak żartowała później babcia Rozalia. ■



Rys. P. Wozniak

# Ambasador polskiej chirurgii

**S**to lat temu urodził się **Witold Janusz Rudowski**, chirurg, twórca polskiej hematologii, wieloletni dyrektor Instytutu Hematologii w Warszawie, uczony światowej sławy, znakomity erudyta, a poza tym patriota ze wspaniałą kartą z czasów okupacji. Urodził się w Piotrkowie Trybunalskim 17 lipca 1918 r. Ojciec Maksymilian był prawnikiem. W rodzinie, pieczętującej się herbem Prus II, żywe były tradycje patriotyczne, wspominano przodka, który walczył w wojnach napoleońskich i zginął pod Somosierrą. O herbie dr Andrzej Misiak, opowiadający o prof. Rudowskim, mówi: *– To herb odpowiedni dla chirurga, bo w klejnocie ma miecz, a u dołu dwie kosy.*

Witold Rudowski ukończył Liceum im. A. Mickiewicza w Warszawie i w 1936 r. rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Warszawskim. W okresach letnich odbywał praktyki kliniczne w Berlinie i Budapeszcie. Studia ukończył już podczas okupacji, na tajnych kompletach.

Wcześniej jednak, we wrześniu 1939 r., na wieść o wybuchu wojny wrócił z Jugosławii i ochotniczo zgłosił się do

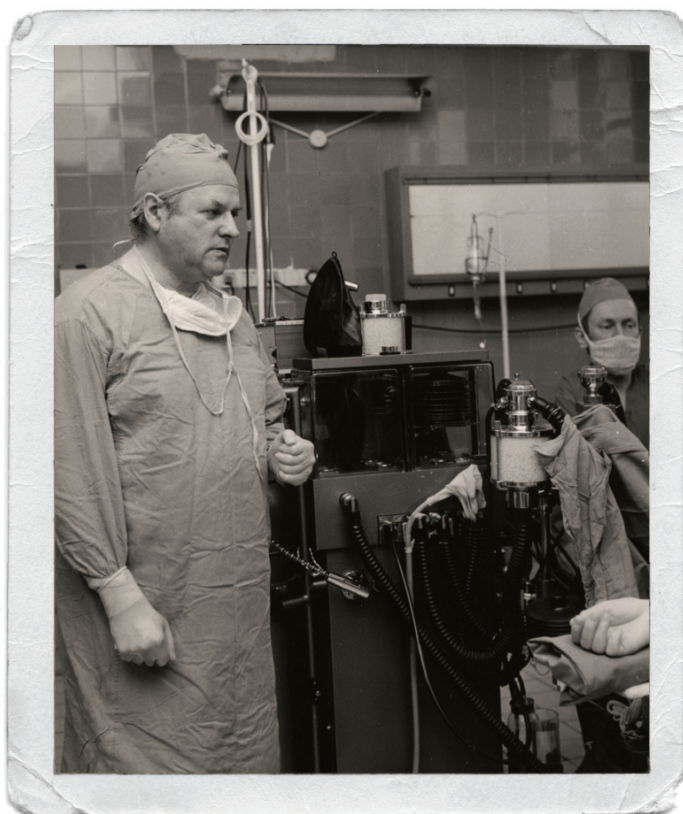
pracy w Szpitalu Dzieciątka Jezus. W krótkiej kampanii wrześniowej towarzyszył lekarzom służby sanitarnej aż do Lwowa, a potem wrócił do Warszawy.

W 1943 r. rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus. Prowadził też zajęcia dla studentów tajnej medycyny na UW, Uniwersytecie Ziemi Zachodnich i w Szkole J. Zaorskiego. Za tę pracę w 1983 r. otrzymał doktorat honoris causa Uniwersytetu w Edynburgu (jako trzeci Polak).

Jeszcze w czasie studiów wstąpił do WZW, a następnie do Armii Krajowej, zaprzysiężony w grudniu 1941 r., przyjął pseudonim „Prus”. Prowadził szkolenia z zakresu pierwszej pomocy i chirurgii wojennej dla harcerzy, gromadził środki opatrunkowe, narzędzia i leki oraz zapewniał pomoc lekarską po akcjach zbrojnych, m.in. Kedywu KG AK i „Parasola”. W czasie Powstania Warszawskiego udzielał pomocy rannym żołnierzom, a potem brał udział w ewakuacji szpitala, ratował rannych, mienie szpitala i księgozbiory. W ewakuowanym do Podkowy Leśnej Szpitalu Wolskim dalej leczył i wystawiał setki fikcyjnych zwolnień, ratując powstańców przed wywózką do obozu. W końcu został zatrzymany przez gestapo i wywieziony do obozu pracy w Soblówce koło Żywca. Zwolniono go stamtąd, gdy po wybuchu w baraku udzielał pomocy rannym grenadierom SS. Za działalność w czasie okupacji i powstania został odznaczony m.in. Krzyżem Virtuti Militari i Krzyżem Walecznych. *– Przez wiele lat po wojnie otaczał opieką lekarską dawnych żołnierzy „Parasola”* – mówił major Ryłski na spotkaniu w Domu Lekarza.

Po wojnie powrócił do Szpitala Dzieciątka Jezus, operował najpierw jako asystent prof. Jerzego Choróbskiego (neurochirurga), a potem prof. Tadeusza Butkiewicza. W 1947 r. uzyskał stopień doktora medycyny, a w 1952 habilitował się na podstawie pierwszej pracy porównawczej – studium metod profilaktyki przeciwzakrzepowej z zastosowaniem heparyny i blokad nowokainowych. Z czasem jego zainteresowania naukowe skoncentrowały się właśnie na hematologii i leczeniu oparzeń.

W czasie okupacji jako student i absolwent medycyny, a potem w pierwszych latach powojennych popołudniami Witold Rudowski jako wolontariusz pomagał w operacjach w Instytucie Radowym, późniejszym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Był też sekretarzem naukowym placówki, a w 1958 r. został tam zatrudniony jako chirurg i pracownik naukowy. W latach 1961–1964 kierował Oddziałem Chirurgii Ogólnej Szpitala





Wojewódzkiego. W 1964 r. powołano go na stanowisko dyrektora Instytutu Hematologii, którym kierował do przejścia na emeryturę w 1988 r. W 1970 r. otrzymał tytuł profesora zwyczajnego.

Praca instytutu koncentrowała się na zagadnieniach oparzeń, później także na profilaktyce przeciwzakrzepowej, leczeniu hemofilii, małopłytkowości, nadciśnienia wrotnego i porfirii. Stosowano różne sposoby leczenia. Jednocześnie prof. Rudowski prowadził w instytucie Klinikę Chirurgii, w której stworzył własną szkołę chirurgiczną, a ośmiu jego uczniów zrobiło karierę, uzyskując tytuł naukowy profesora. Mówiono, że „był najlepszym ambasadorem polskiej chirurgii”.

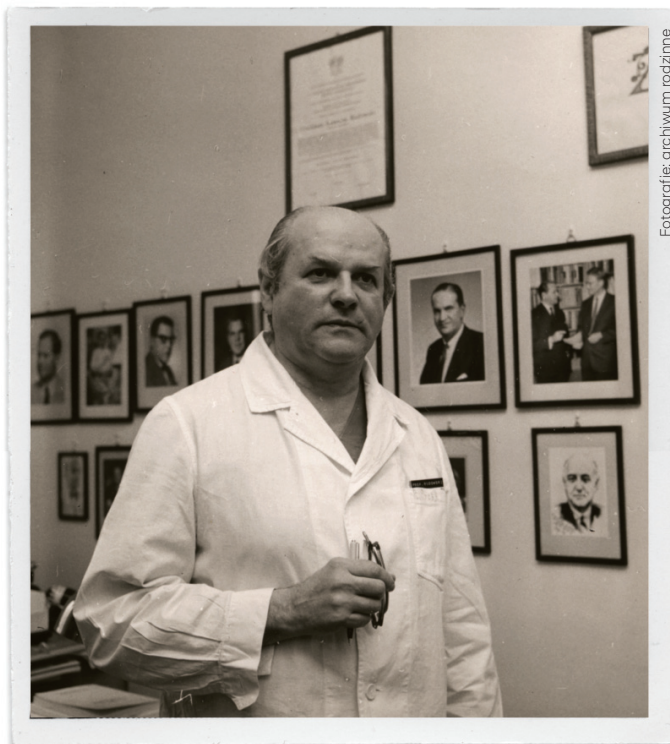
Owoce jego wieloletniej pracy naukowej były liczne publikacje, w tym trzy monografie zamieszczone przez oficyny wydawnicze uniwersytetów w Baltimore i New Hampshire oraz National Library of Medicine Bethesda. (Trzeba pamiętać, że było to w latach 70. i 80. XX w.!) W sumie ogłosił około 500 prac. Jedną z nich, „Oparzenia”, została przetłumaczona na rosyjski i polecana jako podręcznik dowódcom okrętów podwodnych.

„Dzięki wybitnym osiągnięciom naukowym, ale również znakomitej znajomości języka angielskiego i szerokim kontaktom międzynarodowym prof. Rudowski wszedł do światowej czołówki chirurgów i zajął tam poczesne miejsce – bez precedensu wśród przedstawicieli nie tylko Polski, ale całej Europy Środkowej” – pisał prof. Edward Towpik w rok po śmierci profesora.

Został członkiem honorowym międzynarodowych towarzystw chirurgicznych w USA, Anglii, Szkocji, Kanadzie, Australii i innych krajach. Ośiem uczelni obdarzyło go godnością doktora honoris causa. Pełnił wiele funkcji w świecie nauki, m.in. w Radzie Wykonawczej WHO, Międzynarodowej Federacji Chirurgów, był członkiem rzeczywistym PAN i członkiem krajowym PAU. Przez dwie kadencje pełnił funkcje prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Odznaczono go licznymi medalami.

Prof. Rudowski interesował się historią medycyny. Był jej znawcą i autorem wielu artykułów z tego zakresu, a także melomanem. Jego znajomi i przyjaciele wspominali, że mimo upływu lat zaskakiwał erudycją i dobrą pamięcią. Podczas rozmów często włączał do opowieści precyzyjnie sformułowane wątki historyczne, np. dotyczące dziejów jakiejś uczelni czy towarzystwa naukowego. Pisał szkice biograficzne, np. Mikołaja Kopernika, Wawrzyńca Żuławskiego. – *Był świetnym mówcą. Na pożegnaniu spotkaniu po maturze w mojej szkole snuł rozważania na temat przyszłości oparte na motywach historii Dedala i Ikaru* – opowiadał Robert, najstarszy syn profesora, obecnie naukowiec.

Miał jeszcze wiele innych, niezwykłych cech. Mimo pryncypialności w postępowaniu lekarskim, potrafił okazać wyrozumiałość, gdy było to konieczne dla chorego. Córka Joanna, dziś także lekarz, wspomina, że była świadkiem kłopotliwej sytuacji: pacjentowi



Fotografie: archiwum rodzinne

z odjętą nogą na bóle fantomowe pomagała tylko nikotyna. Profesor, choć wyczuwał dym w sali chorych, udawał, że nic nie zauważa.

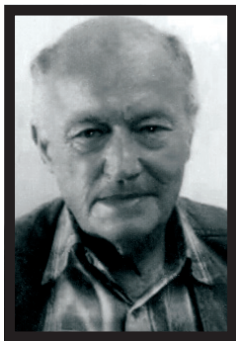
Miał ogromne poczucie humoru. Stosunek do instytucji małżeństwa trafnie określał bon moty, które zapisał i wręczył przyszłemu zięciowi w dniu ślubu: „*Ludzie rodzą się wolni i równi sobie, po czym niektórzy z nich się żenią*”. „*Nie zawsze mąż jest winien temu, że jego żona nie ma racji*”.

Dzieci, których miał troje, Robert, Jerzy i Joanna, określają go jako „zdeklarowanego singla”, słabo radzącego sobie z codziennością, gromadzącego książki, korespondencję i inne dokumenty. Nie lubił, gdy ktokolwiek próbował je porządkować. Prof. Towpik wspomina, że prof. Rudowski był samotnikiem, który pod maską dostojeństwa i powagi skrywał wrażliwość i humanistyczną refleksję.

– *Zmarł 10 września 2001 r., w przeddzień zamachów terrorystycznych w Nowym Jorku* – mówi córka Joanna. – *Jakby chciał swoją śmiercią zamknąć symboliczną epokę, w której się urodził i żył. Jakby już nie był ciekaw, w jakim kierunku pójdzie świat. Zmarł w domu, w obecności wszystkich swoich dzieci. Choć był „wyznawcą” medycyny, nie chciał umierać w szpitalu, nie chciał tlenu ani aparatury wspomagającej. Nie chciał znieczulenia.*

Został pochowany na Powązkach Komunalnych w Warszawie. W stulecie urodzin prof. Witolda Rudowskiego w Domu Lekarza odbyła się uroczysta sesja poświęcona jego pamięci. ■

Małgorzata Skarbak



**BOGDAN MARTYNIUK**  
(1939–2018)

Urodził się 1 marca 1939 r. na Wołyniu, w miejscowości Dermań. Ojciec Teodor był lekarzem, a matka – Maria, nauczycielką. Bogdan znał swojego ojca tylko z okresu wczesnego dzieciństwa, bo potem aresztowało go NKWD i przez wiele lat nie wiadomo było czy żyje. Życie

Bogdana wychowywanego tylko przez matkę i to na ówczesnej radzieckiej Ukrainie nie było łatwe. Po nieustannych staraniach dopiero w 1952 r. udało się im przyjechać do Polski. Mieszkali u rodziny w Sosnowcu, potem przenieśli się do Warszawy, gdzie Bogdan zdał maturę i dostał się na studia w Akademii Medycznej. Działał w Zrzeszeniu Studentów Polskich i należał do Klubu Turystycznego. Dobrze poznał Bieszczady i Łemkowszczyznę. Zaowocowało to pasją ochrony i restauracji sponiewieranych i zapomnianych zabytków architektury cerkiewnej na tych terenach.

Dyplom lekarski uzyskał w 1964 r. i rozpoczął staż w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Potem odbył służbę wojskową w Szkole Orłąt w Dęblinie. Zrobił specjalizację I i II stopnia z interny. Jego mistrzem był doc. Józef Rydygier. Następną dekadę przepracował pod kierunkiem prof. Zofii Kuratowskiej w Szpitalu Chirurgii Urazowej w Warszawie. W latach 80. i 90. włączył się w nurt przemian, był delegatem na Zjazd NSZZ „Solidarność”, został wybrany także do władz tworzącej się Izby Lekarskiej.

Wyczerpującą pracę na stanowisku zastępcy ordynatora w Szpitalu Chirurgii Urazowej z obowiązkowymi ciężkimi dyżurami trudno było łączyć z pasją społecznika, wędrowca i ratowaniem zabytków. Przeniósł się zatem do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, gdzie jako jedyny internista opiekował się wszystkimi hospitalizowanymi pacjentami. Praca była nie mniej ciężka, ale bez dyżurów. Bogdan w tym czasie był już cenionym znawcą sztuki i architektury cerkiewnej. Przez prawie dziesięć lat przewodniczył Sekcji Ratowania Zabytków Cerkiewnych w Towarzystwie Opieki nad Zabytkami. Inicjował i prowadził kilkadziesiąt plenerów plastycznych dla uzdolnionej młodzieży, których tematyka ściśle wiązała się z zabytkami architektury. Dr Martyniuk organizował wystawy fotografii (o tematyce cerkiewnej) w wielu renomowanych salach wystawowych, zrobił tysiące zdjęć, wydał dwa albumy z własnymi fotografiami. Jego działalność kulturalna i konserwatorska została doceniona – uhonorowano Go Medalem „Zasłużony kulturze Gloria Artis”.

Dr Martyniuk przed dziesięciu laty przeszedł na emeryturę i od tego momentu jeszcze więcej czasu spędzał, wędrując po Bieszczadach, Roztoczu i Podlasiu. Robił notatki, inwentaryzował zabytki, bo chciał, aby ocalały.

Zmarł w ostatnim dniu pięknego lata roku 2018. Można o Nim powiedzieć, że swoje życie poświęcił ratowaniu ludzi... oraz zabytków architektury cerkiewnej, i w obu tych dziedzinach osiągał wielkie sukcesy.

**Lech Medard**

**Oddział Mazowiecki  
bł. dr Ewy Noiszewskiej  
Katolickiego Stowarzyszenia  
Lekarzy Polskich**  
oraz warszawski duszpasterz służby zdrowia  
**ks. Władysław Duda**  
zapraszają lekarzy  
i wszystkich posługujących  
chorym na spotkanie opłatkowe  
**19.12.2018 r.**  
W programie:  
Godz. 17.30 **Msza święta – kościół św. Zygmunta,  
pl. Konfederacji 55**  
Godz. 18.00 **Kolędowanie i dzielenie się opłatkami,  
Sala Świętej Rodziny**  
Godz. 18.30 **Wykład ks. prof. Józefa Naumowicza  
pt. „Geneza świąt Bożego Narodzenia”**



Z głębokim smutkiem  
przyjęliśmy wiadomość o śmierci  
**dr. Andrzeja Wiczyńskiego**  
(1926–2018)  
żołnierza Powstania Warszawskiego,  
ps. „Antek”.  
Absolwenta Akademii Medycznej  
w Warszawie (1952 r.), specjalisty  
w dziedzinach medycyny przemysłowej,  
chirurgii ogólnej i organizacji  
ochrony zdrowia.  
Delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL  
w Warszawie w III i IV kadencji samorządu.  
Dzielnego Człowieka  
i wspaniałego Lekarza.  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie Łukasz Jankowski,  
Okręgowa Rada Lekarska  
w Warszawie,  
redakcja „Pulsu”



**MARIA GABRIELA KAZUBEK-SZYBKA**  
(1934–2018)

20 lipca 2018 r. z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci bliskiej nam osoby.

Urodziła się w Piasecznie. Studia ukończyła w Szczecinie w 1963 r. W warszawskim Szpitalu Grochowskim zrobiła specjalizację z neurologii. W Warszawie żyła i pracowała do końca.

Oddana swoim pacjentom, doskonały diagnosta, rzetelna, a jednocześnie pogodna, zawsze stawiała sobie duże wymagania. Nie szczydziła czasu na konsultacje lekarskie. Kochała swój zawód i ludzi.

Doktor Szybka, dla bliskich Gabrysia lub Magdeczka, była osobą pełną pasji. Niezapomniany był Jej dowcip i szalone pomysły. Była inicjatorem koleżeńskich zjazdów lekarskich, m.in. zorganizowała pierwszy zjazd po studiach w Jabłonie. Spotkania w Jej domu w Aninie miały wspaniałą atmosferę.

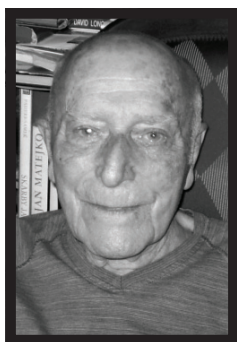
Zawsze z ciekawymi projektami, dynamiczna, zdecydowana, wytrwała. Nie obawiała się nowych wyzwań. Spontaniczna, lubiąca taniec, zabawę i śmiech. Szczodra dla każdego we wszystkim, zarówno w sferze materialnej, jak i emocjonalnej. Ciepła w kontaktach z bliskimi. Silna osobowość. Wymagająca i wspierająca. Kochająca życie, młoda duchem, nieustannie żądna poznawania czegoś nowego. Zwiedzała cały świat do ostatnich lat swego życia.

Była wielką damą o osobowości pełnej witalności, uczuć i chęci niesienia pomocy innym. Nie było przeszkody rzuconej przez los pod Jej nogi, której by nie pokonała. Dzięki swojej sile ducha pomagała też innym, zmagającym się z komplikacjami życia.

Koleżanka ze studiów Maryla Kapuścińska-Skoczylas dziękuje za wszystko, co dla niej zrobiłaś.

W moim życiu pojawiłaś się 60 lat temu, gdy wspólnie poznawaliśmy tajniki medycyny i nasza przyjaźń tyle przetrwała. Szybko stałaś się częścią mojej rodziny, osobą, która nigdy nie zawiedzie. Byłaś wielkim człowiekiem i taka pozostaniesz w naszych sercach. Pustki po Tobie nie da się zapełnić, pozostaje ukojenie we wspomnieniach.

**Anna Krokocka-Barcińska z rodziną**



**ANDRZEJ WICZYŃSKI**  
(1926–2018)

Nieubłagana śmierć zabrała doktora Andrzeja Wiczyńskiego. Należał do coraz szczuplejszego grona warszawskich powstańców. Do konspiracji przystąpił już w październiku 1939 r. Przez całą okupację kształcił się w szkole podchorążych, uczestniczył w małym sabotażu, a jed-

nocześnie kończył szkołę średnią. W Powstaniu Warszawskim walczył na Żoliborzu w stopniu kaprała podchorążego o pseudonimie „Antek”, był dowódcą plutonu 227.

Po powrocie z niewoli ukończył medycynę, został chirurgiem i przez całe długie życie związany był z warszawską służbą zdrowia. Był także świetnym organizatorem, przywiązany do idei wolnego zawodu lekarza.

Był odważny, uczciwy i koleżeński, z dużym poczuciem humoru i znakomitą umiejętnością barwnego opowiadania o swoich przeżyciach. Nikomu nie odmawiał pomocy. Był gorącym patriotą, do ostatnich dni zainteresowany życiem kraju, wielokrotnie występował publicznie w obronie dobrego imienia powstańców i ich szanowania.

Zostawił żonę Swietlanę (anestezjologa), córkę Annę, zięcia chirurga i dwoje wnuków.

Człowiek historia. Andrzej, śpij spokojnie.

**Jerzy Borowicz**

**MARIANNA GŁOGOWSKA**  
(1934–2018)

Zmarła 18 lipca 2018 r. Długie lata pracowała naukowo w Instytucie Medycyny Doświadczalnej PAN i Polskim Towarzystwie Fizjologii. Po przejściu na emeryturę podjęła pracę w Hospicjum Domowym i leczyła ciężko chorych na nowotwory. Dużo pracowała społecznie. Leczyła bezdomnych z Dworca Centralnego. Uczestniczyła jako lekarz w pielgrzymkach do Częstochowy. Była wybitnym diagnostą.

Żegnali Ją pełni żalu przyjaciele i podopieczni.

**LIDIA JACZEWSKA**  
(1932–2018)

Zmarła 24 września 2018 r. po długotrwałej chorobie. Przez długie lata pracowała w Pogotowiu Ratunkowym. Z powodu postępującej choroby stawów przeszła na rentę inwalidzką. To znaczne unieruchomienie nie załamało Jej. Dalej pracowała społecznie, wspierając chorych swoją wiedzą, doświadczeniem, przykładem i niezwykłym optymizmem.

Żegnamy naszą Koleżankę.

**Przyjaciele i podopieczni**



# Widziałem twarz Agamemnona

*Niech fantastycznie lutnia nastrojona  
Wtóruje myśli posępnej i ciemnej –  
Bom oto wstąpił w grób Agamemnona  
I siedzę cichy w kopule podziemnej...*

Fotografie: J. Walczak

Tymi strofami Juliusz Słowacki opisał swoją wizytę w grobowcu w Mykenach na greckim Peloponezie. Poeta przybył tam w 1836 r., kilka lat po oswo-  
dzeniu się Greków spod tureckiego panowania, które trwało blisko czterysta lat. Europa ponownie odkryła antyczną Grecję, a wraz z nią filozofię, historię, sztukę i wszystko, co jej dotyczyło. Do nieznanych miejsc Hellady coraz częściej zaglądali podróżni.

W odległej starożytności istniały niezliczone mity i legendy przekazywane ustnie z pokolenia na pokolenie. Przyjmuje się, że powstały w okresie mykeńskim, przed rokiem 1200 przed Chrystusem. Pierwsze pisane dzieła zrodziły się wiele wieków później. Tylko nieliczne się zachowały i to we fragmentach lub streszczeniach. Na szczęście dwie epopoje „Iliada” i „Odyseja”, przypisywane Homerowi, przetrwały w całości. Są poświęcone głównie walce Achajów z Trojanami o piękną Helenę. Z dziesięcioletniego oblężenia Troi opisanych zostało tylko ostatnich dziesięć dni, ale i tak tekst jest źródłem bezcennych informacji.

Kilkadziesiąt lat po wizycie Słowackiego w Mykenach przybył tam niemiecki kupiec, archeolog z zamiłowaniem, Henryk Schliemann i przystąpił do prac wykopaliskowych. Był niezwykle poliglota, swobodnie porozumiewał się w większości języków europejskich, także po polsku. Najbardziej waząca okazała się greka i to w odmianie archaicznej – homerowskiego heksametru. W tym oryginalnym języku znał na pamięć „Iliadę”

i „Odyseję”. W 1873 r. nieopodal wioski Hissarlik odkrył Troję, legendarne miasto króla Priama.

Naturalną konsekwencją wielkiego odkrycia były prace wykopaliskowe w twierdzy dowódcy Achajów w wojnie trojańskiej, króla Agamemnona. Myken nie musiał odkrywać, bowiem ruiny zawsze były widoczne. Natomiast nikt wtedy nie zdawał sobie sprawy, jakie skarby kryją podziemia twierdzy. Wejścia broniła Brama Lwów zdobiona dwoma wizerunkami lwów wspartych na kolumnie. Mimo upływu czasu grobowce kopułowe władców Myken przetrwały w dobrym stanie, chociaż wszystkie zostały splądrowane.

Wewnątrz twierdzy Schliemann odkopał niesłychane skarby. Znaczenie odnalezionych przedmiotów interpretował po swojemu, przypisując je bohaterom spod Troi. Grobowce szybowe, czyli zbudowane w głąb ziemi, w większości przetrwały kompletnie wyposażone, nietknięte przez trzy i pół tysiąca lat. Czaszki, zapewne władców, były skrywane pod złotymi maskami. Jeden z odkopanych grobowców szczególnie wyróżniał się bogactwem. W nim jedna z masek, wyjątkowo szlachetnie piękna, musiała należeć do kogoś znakomitego. Schliemann był przekonany, że odkrył grób samego Agamemnona. Wtedy wysłał telegram do króla Grecji o wielce znaczącej treści: „widziałem twarz Agamemnona”. ■

**Jacek Walczak**

# nowe przepisy prawne

MEC. BEATA KOZYRA-ŁUKASIAK

**4 października 2018 r.** zostało opublikowane w DzU, poz. 1897, obwieszczenie ministra zdrowia z 17 września 2018 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.

**8 października 2018 r.** zostało opublikowane w DzU, poz. 1924, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 14 września 2018 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o emeryturach pomostowych.

**8 października 2018 r.** zostało opublikowane w DzU, poz. 1928, obwieszczenie ministra zdrowia z 17 września 2018 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

**10 października 2018 r.** weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 października 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1938.

**16 października 2018 r.** weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 października 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1962.

**17 października 2018 r.** weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 października 2018 w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1994.

**20 października 2018 r.** weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 października 2018 w sprawie zapotrzebowań oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2008.

**20 października 2018 r.** weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 października 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2013.

Rozporządzenie wprowadza zmiany m.in. w załączniku nr 1 w części I „Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi”.

**23 października 2018 r.** zostało opublikowane w DzU, poz. 2027, obwieszczenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z 3 października 2018 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

**23 października 2018 r.** weszła w życie ustawa z 13 września 2018 o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1925.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem potwierdzenia pochodzenia oraz integralności danych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS, do elektronicznej skrzynki podawczej ZUS, oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych. Upoważnienia, o którym mowa, ZUS udziela w formie decyzji.

Zaświadczenie lekarskie jest wystawiane zgodnie ze wzorem ustalonym przez ZUS, za pośrednictwem systemu teleinfor-

matycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS, w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem potwierdzenia pochodzenia oraz integralności danych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje je do elektronicznej skrzynki podawczej ZUS.

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

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

W celu wystawiania zaświadczeń lekarskich osoba upoważniona tworzy za pomocą systemu teleinformatycznego, udostępnionego bezpłatnie przez ZUS, profil informacyjny.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie, mający utworzony profil informacyjny, może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w jego imieniu i na podstawie danych dotyczących orzeczonej czasowej niezdolności do pracy zawartych w sporządzonej przez niego dokumentacji medycznej:

- osobie wykonującej zawód medyczny uprawnionej na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobie legitymującej się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
- osobie wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, obowiązanej do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań.

Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielać kolejnych upoważnień na okresy nie dłuższe niż 12 miesięcy. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być w każdym czasie cofnięte przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

**W celu udzielenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich** osoba uprawniona do złożenia wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w imieniu podmiotu wykonującego działalność leczniczą, za pośrednictwem Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, otrzymuje uprawnienia w utworzonym **Rejestrze Asystentów Medycznych** i zakłada konta:

- podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- osoby, której ma być udzielone upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- osoby wystawiającej zaświadczenie lekarskie, która może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich w swoim imieniu.

W przypadku istnienia konta w Rejestrze Asystentów Medycznych drugiego konta nie zakłada się. **Udzielenie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich następuje na drodze jego wytworzenia w Rejestrze Asystentów Medycznych** przez:

\*osobę, której ma być udzielone upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich, lub

\*podmiot wykonujący działalność leczniczą

- za pomocą konta, o którym mowa wyżej, oraz jego podpisanie przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym, albo z wykorzystaniem potwierdzenia pochodzenia i integralności danych w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

Od dnia udzielenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia **wystawiający zaświadczenie lekarskie ponosi odpowiedzialność wynikającą z przepisów ustawy za skutki nieprawidłowego wystawienia zaświadczenia lekarskiego przez osobę upoważnioną.**

Do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do otrzymania zaświadczenia lekarskiego mogą być dopuszczeni wyłącznie pracownicy posiadający upoważnienie do przetwarzania takich danych wydane przez pracodawcę w postaci papierowej lub elektronicznej. Są oni obowiązani do zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskali w związku z wystawianiem zaświadczeń lekarskich.

Rejestr Asystentów Medycznych obejmuje upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz zawiera następujące dane:

- dotyczące **wystawiającego zaświadczenie lekarskie**:  
imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, numer PESEL,
- dotyczące **osoby upoważnionej**:  
imię i nazwisko, numer PESEL, określenie zawodu medycznego, jaki wykonuje, i numer prawa wykonywania tego zawodu, jeżeli posiada, lub wskazanie, że jest osobą wykonującą czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- datę, od której upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich ma obowiązywać, z zastrzeżeniem, że upoważnienie obowiązuje od dnia otrzymania z ZUS informacji o pozytywnym wyniku przeprowadzonej weryfikacji, albo od wprowadzonej przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie daty obowiązywania upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich – w zależności od tego, która okoliczność nastąpi później,
- okres, na jaki udzielono upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- datę cofnięcia albo wygaśnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- określenie przyczyny cofnięcia albo wygaśnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych.

Minister zdrowia udostępnia ZUS raz dziennie, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, informacje zawarte w Rejestrze Asystentów Medycznych, a także datę ostatniej aktualizacji wpisu w rejestrze i przyczynę tej aktualizacji, w formie dokumentu elektronicznego zapisanego w formacie XML oraz opatrzonego pieczęcią elektroniczną.

ZUS, na podstawie udostępnionej informacji, dokonuje weryfikacji, czy możliwe jest przyznanie osobie upoważnionej możliwości wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS, i przekazuje wynik tej weryfikacji ministrowi zdrowia przez wprowadzenie go do rejestru, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego ten rejestr, w formie dokumentu elektronicznego zapisanego w formacie XML oraz opatrzonego pieczęcią elektroniczną.

**Do wystawiania zaświadczeń lekarskich przez osoby upoważnione stosuje się odpowiednio przepisy ustawy dotyczące wystawiającego zaświadczenie lekarskie, z tym że:**

- przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie rozumie się lekarza, lekarza dentyście, felczera lub starszego felczera,
- po dokonaniu weryfikacji z wynikiem pozytywnym ZUS nie później niż w terminie 48 godzin zapewnia osobie upoważnionej możliwość wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS na jej profilu informacyjnym,
- do osoby upoważnionej przepisy dotyczące nieważności zaświadczenia lekarskiego stosuje się w celu skorygowania błędu popełnionego w zaświadczeniu lekarskim wystawionym przez tę osobę, a także przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który ją upoważnił do wystawiania zaświadczeń lekarskich, oraz przez inne osoby upoważnione przez niego do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

W tym przypadku ZUS udostępnia osobie upoważnionej, na jej profilu informacyjnym, informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich zgromadzonych w rejestrze, wystawionych przez tę osobę, a także przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który ją upoważnił do wystawiania zaświadczeń lekarskich, oraz przez inne osoby upoważnione przez niego do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

**Rejestr Asystentów Medycznych jest prowadzony w systemie teleinformatycznym.** Administratorem danych w nim zawartych jest minister zdrowia.

**W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich,** w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione:

- \*bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego,
- \*bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy
- ZUS może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

W przypadku powtarzającego się naruszania zasad wystawiania zaświadczeń lekarskich ZUS może w drodze decyzji cofnąć upoważnienie do ich wystawiania na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

ZUS stwierdza, w formie decyzji wydanej zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego, wygaśnięcie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich w przypadku uzyskania informacji o istnieniu przesłanek potwierdzających, że decyzja stała się bezprzedmiotowa, a stwierdzenie wygaśnięcia takiej decyzji nakazuje przepis prawa, albo gdy leży to w interesie społecznym lub w interesie strony. Od decyzji ZUS przysługuje odwołanie do ministra do spraw zabezpieczenia społecznego.

Przepisy te stosuje się w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich lub powtarzającego się naruszania zasad określonych w ustawie przez **osoby upoważnione do wystawiania zaświadczeń.**

W przypadku cofnięcia lub wygaszenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich wygasają udzielone przez wystawiającego upoważnienia do ich wystawiania.

ZUS niezwłocznie przekazuje ministrowi zdrowia informacje dotyczące imienia i nazwiska, numeru PESEL i numeru prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie, któremu cofnięto lub wygaszono upoważnienie, przez wprowadzenie ich do Rejestru Asystentów Medycznych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego ten rejestr ze wskazaniem daty, od której cofnięto albo wygaszono upoważnienie.

Na podstawie zmienionych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakresu działania NFZ należy finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie.

NFZ przeznacza środki finansowe na zakup urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz niezbędnego szkolenia świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będącego wystawiającym zaświadczenie lekarskie lub u którego zatrudnieni są wystawiający zaświadczenie lekarskie i osoby upoważnione do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Minister zdrowia może dofinansować w 2018 r. w formie dotacji celowej, do kwoty 50 mln zł przekazywanej do NFZ, zakup urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz koszty niezbędnego szkolenia świadczeniodawcy, o którym mowa.

**Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w orzeczeniu powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności ustala się niepełnosprawność albo stopień niepełnosprawności, nie więcej niż trzy symbole przyczyn niepełnosprawności oraz wskazania dotyczące w szczególności:**

- odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby,
- szkolenia, w tym specjalistycznego,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,

- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
- konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym, przy czym w przypadku osób niepełnosprawnych z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności spełnienie tych przesłanek może zostać stwierdzone jedynie w przypadku ustalenia przyczyny niepełnosprawności oznaczonej symbolem O4-O (choroby narządu wzroku), O5-R (upośledzenie narządu ruchu) lub 10-N (choroba neurologiczna).

Przepisy ustawy dotyczące obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z tytułu zatrudnienia osób niepełnosprawnych z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję, oraz niewidomych, stosuje się do osób, którym w okresie od 27 czerwca do 22 października 2018 r. wydano orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności, a pracodawcy przedstawiono zaświadczenie potwierdzające, że podstawę ustalenia stopnia niepełnosprawności, określonego w tym orzeczeniu, stanowiła choroba psychiczna.

Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, który wydał orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności, w ostatniej instancji, po uprawomocnieniu się orzeczenia, wydaje zaświadczenie potwierdzające, że podstawę ustalenia stopnia niepełnosprawności, określonego w tym orzeczeniu, stanowiła choroba psychiczna.

Zaświadczenie wydaje się na wniosek osoby niepełnosprawnej w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. Przewodniczący zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności:

- wyznacza lekarza – członka zespołu, który jednoosobowo rozpatruje złożony wniosek o wydanie zaświadczenia,
- podpisuje zaświadczenie.

Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności prowadzi rejestr wydanych zaświadczeń.

**24 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 27 września 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków i chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Służbie Więziennej, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1940.**

**25 października 2018 r. weszła w życie ustawa z 13 września 2018 o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych**

## **w podmiotach leczniczych, oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1942.**

Ustawa określa metodę ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, to osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami lub na stanowisku analogicznym.

W załączniku do ustawy ustalono dla pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, współczynnik pracy w wysokości 0,58.

Do 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez prezesa GUS, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze.

1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20 proc. kwoty stanowiącej różnicę między najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. Natomiast w terminie od 1 lipca 2019 r. do 1 lipca 2021 wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się w każdym roku co najmniej o 20 proc. tej kwoty.

Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy, najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

Od 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na 31 grudnia 2021 r.

Pierwsze porozumienie dotyczące pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący



zawód medyczny, oraz pielęgniarek i położnych w zakresie zmiany ich współczynników pracy zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w podanym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego w zakresie, o którym mowa w tym przepisie, ustala w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia: kierownik podmiotu leczniczego, podmiot tworzący w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych.

Porozumienie i zarządzenie, o których mowa, dotyczą sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych na 1 lipca 2018 r.

**25 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 października 2018 w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2034.**

**6 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 października 2018 w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w podmiotach wykonujących czynności związane z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2046.**

**27 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 października 2018 w sprawie wywozu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu na to terytorium ludzkich komórek, tkanek i narządów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2048.**

**30 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 października 2018 w sprawie kwalifikacji wymaganych od osób zatrudnionych w bankach tkanek i komórek, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2062.**

**30 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 października 2018 w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2060.**

**30 października 2018 r. weszła w życie ustawa z 20 lipca 2018 o zmianie ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 1552.**

**30 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 października 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2056.**

W latach 2018–2020 świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację w zakresie kosztów podwyższenia wynagrodzeń tych lekarzy, o których mowa w ustawie z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy.

**31 października 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 24 września 2018 w sprawie medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 1976.**

**1 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 11 października 2018 w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2035.**

**3 listopada 2018 r. wszedł w życie przepis §1 pkt. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 11 października 2018 zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2012.**

W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

– równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej,

– obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy – pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.

**3 listopada 2018 r. weszła w życie ustawa z 23 września 2018 zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2018 r., poz. 2092.**

**7 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z 11 października 2018 w sprawie otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej przez funkcjonariuszy Służby Ochrony Państwa w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2028.**

**9 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 października 2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie centrum urazowego dla dzieci, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2042.**

**10 listopada 2018 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 listopada 2018 w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie dotyczące stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, opublikowane w DzU z 2018 r., poz. 2128.**

Zgodnie z obowiązującą od 30 czerwca 2018 r. nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia z 24 listopada 2017 zmieniającego rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2017 r., poz. 2194), lekarz i lekarz dentysta odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości 2369 zł. Do 30 czerwca 2018 r. odpowiednio: 2100 zł – od 1 lipca 2017 r., 2249 zł – od 1 stycznia 2018 r.

Środki na wydatki wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego do 2369 zł lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy lekarza i lekarza dentystry po 30 czerwca 2018, a przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, marszałek województwa przekazuje jednostce, która zatrudnia tych lekarzy, na podstawie porozumienia. ■



**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:** Jarosław Biliński, Artur Drobnik, Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, Bartłomiej Iwańczyk, Maria Kłosińska, Krzysztof Madej, Piotr Sobiech

**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 adiustacji 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**

**Biuro OIL jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00**

**02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; e-mail: [biuro@oilwaw.org.pl](mailto:biuro@oilwaw.org.pl)**

**Biuro Obsługi Lekarza jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.45–15.45, w środę w godz. 8.45–17.45**

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

**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 Moczydłowska; 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

czynna: w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30, w środę – 9.00 do 17.00, w czwartek i piątek – 9.00 do 15.30  
(przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

**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  
poniedziałek i czwartek w godz. 7.45–15.00, wtorek i środa w godz. 7.45–17.00, piątek w godz. 8.05–15.00

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

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

- Aparat MRI 3T marki Philips z technologią dStream
- Szeroki zakres badań
- Krótki czas badania
- Tunel o średnicy 70 cm
- Dedykowane cewki do wszystkich obszarów badania, w tym do wszystkich stawów
- Mapowanie chrząstki
- Artrografia MR
- Rezonans serca
- Spektroskopia
- Perfuzja mózgowia
- Wieloparametryczne badania prostaty

## REZONANS MAGNETYCZNY 3T

# CENTRUM MEDYCyny SPORTOWEJ

Centrum Medycyny Sportowej to ośrodek leczniczo-rehabilitacyjny, specjalizujący się w leczeniu urazów ortopedycznych. CMS wykorzystuje najnowocześniejsze technologie w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji.

Warszawa, ul. Wawelska 5

- Aparat TK marki Philips 64-rzędowy, 128-warstwowy
- Szeroki zakres badań
- Krótki czas badania
- Artrografia TK
- Ocena implantów i protez stawowych z redukcją artefaktów
- Duży wachlarz badań naczyniowych: arteriografia, wenografia, diagnostyka zespołów uciskowych
- Badanie kości skroniowych u dzieci i dorosłych

## TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA