



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

luty 2014 nr 2

Rozmowa
z podsekretarzem
stanu w MZ

**Piotrem
Warczyńskim**

[s. 4]

Nowe władze
Izby

[s. 6]

Gdzie jest moje
15 tysięcy złotych?

[s. 8]

W szpitalu przy
ul. Barskiej
likwidują oddziały

[s. 19]

Prof. Zbigniew
Religa

– przeszedł
do historii
medycyny

[s. 22]

W Otwocku
odrodzenie

[s. 30]



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: biuro@oilwaw.org.pl

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

Wiceprezes ORL Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL Konstanty Radziwiłł; tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów Marta Klimkowska-Misiak
tel. 22-542-83-56

Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej
Julian Wróbel; tel. 22-542-83-56

sek.: Ewa Nagiel, Bogusława Różycka
tel. 22-542-83-40; 22-542-83-42; faks 22-542-83-41

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

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

sek.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31; faks 22-542-83-41

Skarbnik Roman Olszewski; tel. 22-542-83-36

Rzecznik prasowy Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
tel. 22-850-18-10

Dyrektor biura Zbigniew Gałązka; tel. 22-542-83-47
sekretariat: tel. 22-542-83-48

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

Księgowość – Janina Potentas, Krystyna Kołacz,
Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-35

Dział kadr – Agnieszka Jasińska; tel. 22-542-83-10

Składki – Marcin Trocki; tel. 22-542-83-38,
Janina Rzemkowska-Niesiołowska; tel. 22-542-83-39; wt.–pt.

Kasa
Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34
poniedziałek – nieczynna, wtorek, czwartek 10.00–14.00,
środa 11.00–15.00, piątek 10.00–13.00

Zespół Radców Prawnych
koordynator mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło;
tel. 22-542-83-28

mec. Zdzisław Czarnecki; tel. 22-542-83-29

mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-29

mec. Bartosz Niemiec; tel. 22-542-83-25

kanc.: Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Zbigniew Czernicki
kanc.: Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24; faks 22-542-83-23
Małgorzata Gorońska; tel. 22-542-83-22
Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski
przewodniczący Roman Jasiński; tel. 22-542-83-21
kanc.: Ewa Mrazek, Magdalena Kujawska; tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna
przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
tel. 22-542-83-07
sek.: Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Ewa Skoneczna
tel. 22-542-83-14, tel./faks 22-542-83-15
wtorek – piątek 8.00–16.00, poniedziałek nieczynne

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
przewodniczący Aleksander Pieczyński
prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,
Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19
wt., czw., pt. 8.00–16.00, śr. 8.00–18.00; pon. nieczynne

**Komisja ds. Konkursów
na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia**
prac. biura: Halina Skoczek
tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Stażu Poddyplomowego
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Katarzyna Lisieska
tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna
przewodniczący Marek Czarkowski
prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała
tel. 22-542-83-12; tel./faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk
tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk
tel. 22-542-83-33

Komisja Legislacyjna
przewodniczący Aleksander Kotlicki
prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja Współpracy z Zagranicą
prac. biura: Julita Kiwatyniec
tel. 22-542-83-48

Biuro Pośrednictwa Pracy
prac. biura: Izabela Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy
przewodniczący Filip Dąbrowski
prac. biura: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki
prac. biura: Renata Sobolewska,
Izabela Ziółkowska-Hryciuk
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów
przewodniczący Włodzimierz Cerański
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Kontaktów z NFZ i Samorządami Terytorialnymi
prac. biura: Ewa Nagiel
tel. 22-542-83-42

Rzecznik Praw Lekarza
przewodniczący Andrzej Kuźawczyk
prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja ds. Ustawicznego Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
prac. biura: Julita Kiwatyniec
tel. 22-542-83-48

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
dyrektor Krzysztof Dziubiński
prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,
Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika
ul. Nowogrodzka 62a, VI p.; pon. – pt.: 8.00–16.00
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; m.skolimowska@oilwaw.org.pl

Biuletyn Informacji Publicznej
Justyna Wojteczek; bip@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)
przewodniczący Julian Wróbel
prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba
godz. 8.00–16.00; tel. 48-331-36-62; faks 48-331-17-30

Fundacja „Pro Seniore”
Andrzej Surowiecki; tel. 22-542-83-02

Agencja ubezpieczeniowa
Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-01
Emilia Rutkowska, Małgorzata Koziół; tel. 22-542-83-06

Klub Lekarza – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-01

WIELKA WYPRZEDAŻ!

Na 15-lecie istnienia
Subaru w Polsce
każdy samochód*
tańszy o 15 tys. zł



* Szczegóły w salonie. Dotyczy ograniczonej ilości samochodów z rocznika produkcji 2013.



SUBARU

Confidence in Motion



DAWOJ SP. Z O.O. SP. K.

UL. WIOSENNA 44, 05-092 ŁOMIANKI

TEL. 022 751 15 66, E-MAIL: DAWOJ@SUBARU.PL

WWW.DAWOJ.SUBARU.PL

SUBARU ZALECA PRODUKTY:



warta.





Nr 2 (226) luty 2014

Na okładce:

Podsekretarz stanu w MZ

Piotr Warczyński

(fot. źródło MZ)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ Powiem wprost	3
▶ Rozmowa z podsekretarzem stanu w MZ Piotrem Warczyńskim	4
▶ Wybrani przez Zjazd i ORL	6
▶ Gdzie jest moje 15 tysięcy złotych	8
▶ Obwieszczenia OKW	10
▶ Stanowisko ORL...	11
▶ składki samorządowe	16
▶ W szpitalu przy ul. Barskiej likwidują oddziały. Czy ma to sens?	19
▶ nasze szpitale	
Duże inwestycje w Szpitalu Klinicznym przy Banacha	20
▶ sylwetki	
Przeszedł do historii medycyny	22
▶ szkoła pneumonologii	24
▶ Z Delegatury Radomskiej	26
▶ z Mazowsza	27
▶ nasze szpitale	
W Otwocku odrodzenie	30
Medycyna w oku kamery	37
▶ podróże	38
▶ nowe przepisy prawne	40
▶ pożegnania	44
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	12
▷ Balicki	12
▷ Cichocka	14
▷ Karczewski	15
▷ Jankowska	29
▷ Borowicz	34
▷ Müldner-Nieckowski	35
▷ SMS z Krakowa	35
▷ Wierzyński	36



Niech żywi nie tracą nadziei...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Dlaczego jest tak źle, że umierają nawet nienarodzone dzieci, a minister zdrowia w Sejmie mówi, że jest dobrze, i nawet nie odnosi się do zarzutów stawianych przez opozycję w czasie uzasadnienia trzeciego już wniosku o jego odwołanie? Po raz pierwszy odwoływany minister, przemawiając z trybuny sejmowej, użył argumentów *ad personam* i atakował postów opozycji, zarzucając im działania na granicy prawa.

Prawie wszyscy są zgodni, że tak źle w ochronie zdrowia jeszcze nie było. Ale też wszyscy mówią, że pragną, by było lepiej, i chcą rozmawiać o tym, jak osiągnąć poprawę. Pewnie więc będą kolejne igryzki, czyli zapowiedziany Biały Szczyt bis. Przez najbliższe dwa lata, jakie pozostały do końca kadencji parlamentu, grozi nam prawdziwy festiwal wyborczy (kolejno wybory do: Parlamentu Europejskiego, samorządowe, nasze parlamentarne i prezydenckie), a jednym z „pewniaków”, jeżeli chodzi o tematy w kampanii wyborczej, będzie problematyka ochrony zdrowia. Niewykluczone, że Biały Szczyt bis stanie się najdłuższym szczytem w historii.

Wybory do Parlamentu Europejskiego są ważne, bo po pierwsze pokażą jak naprawdę rozkładają się preferencje wyborcze Polaków, a po drugie zobaczymy, ilu polityków z tzw. pierwszych stron gazet wybierają się po lepsze pieniądze i unijną emeryturę do Brukseli. Wśród nich wymienia się Bartosza Arłukowicza, jako potencjalnego kandydata do jedynki na szczecińskiej liście.

Czy wobec tego oczekiwania premiera dotyczące działań Arłukowicza w celu skrócenia kolejek to tylko „zastona dymna”? Niezależnie od tego, jak potoczą się dalsze losy dzisiejszego ministra zdrowia, zapraszam czytelników do przeczytania wywiadu z nowym podsekretarzem stanu, doktorem Piotrem Warczyńskim. Sam siebie nazywa „zadaniowym” ministrem i to jemu właśnie Arłukowicz polecił rozwiązać problem kolejek do lekarzy, który wcześniej Arłukowiczowi polecił rozwiązać premier. Czy zadanie postawione przed ministrem zdrowia jest wykonalne? A jeżeli tak, to co trzeba zmienić w polskim prawie, żeby zlikwidować lub choćby skrócić kolejki?

Mądrzy mówią, że dopóki nie zwiększy się finansowania, dopóki będą limity na świadczenia medyczne i procedury, dopóki będzie brakować specjalistów, dopóty kolejki będą długie, mimo zaklęć polityków.

Do poprawienia sytuacji w ochronie zdrowia konieczne jest wdrożenie kompleksowej, odważnej reformy (różne są na to recepty) oraz znacząca poprawa finansowania. Czy takie rozwiązania zostaną wypracowane na planowanym Białym Szczyt? Czy politycy choć na chwilę zatrzymają się w gonitwie o kolejne stołki i spróbują wypracować chociaż pozorną zgodę, niezbędną do przeprowadzenia reform i spojrzenia na finanse ochrony zdrowia przez pryzmat chorych zagubionych w systemie, sali szpitalnej, zagonionych lekarzy i zapracowanych pielęgniarek? Czy znajdzie się miejsce na empatię i rzetelność?

Przez ponad 20 lat, mimo wielu prób, nie udało się przeprowadzić reformy ochrony zdrowia, która okazałaby się sukcesem. Dlaczego teraz miałyby się udać? Ale niech żywi nie tracą nadziei... ■

WYDAWCA BIULETYNU

„MIESIĘCZNIK OIL
W WARSZAWIE PULS”:

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

REDAKCJA: 00-070 Warszawa,
ul. Kozia 3/5, lok. 31,
faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA:

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,
tel. 22-850-18-10,
e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI:

Krystyna Bieżańska, tel. 22-850-18-10,
k.biezanska@oilwaw.org.pl

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Stanisław Ancyparowicz,
Włodzimierz Cerański,
Zbigniew Czernicki,
Janusz Garlicki,
Wiesław Jędrzejczak,
Tadeusz Kalbarczyk,
Jerzy Kruszewski,
Wojciech Maria Kuś,
Ryszard Majkowski,
Stanisław Niemczyk,
Grażyna Pacocha,
Wojciech Rowiński,
Elżbieta Rusiecka-Kuczałek,
Danuta Samolczyk-Wanyura,
Mieczysław Szatanek,
Tadeusz Tołłoczko,
Andrzej Włodarczyk

KOMENTATORZY:

Marek Balicki, Elżbieta Cichocka,
Janina Jankowska, Paweł Walewski

PUBLICYŚCI:

Ewa Dobrowolska,
Małgorzata Kukowska-Skarbek

WSPÓŁPRACUJĄ:

Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska,
Beata Kozyra-Lukasiak, Anna
Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski,
Krzysztof Sankiewicz, Jacek Walczak,
Maciej Wierzyński, Justyna Wojteczek,
Tadeusz M. Zielonka

SEKRETARIAT REDAKCJI:

Iwona Stawicka,
tel. 22-850-18-10

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:

tel. 22-542-83-14,
p.rejestracja@oilwaw.org.pl

REKLAMA I MARKETING:

Renata Klimkowska,
tel./faks 22-828-36-39, tel. 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.plRedakcja zastrzega sobie prawo
do adiacji artykułów i listów,
dokonywania skrótów oraz zmian
tytułów. Materiałów niezamówionych
nie zwracamy. Redakcja nie odpo-
wiada za treść reklam i ogłoszeń.

Jeszcze wiele problemów



Fot. egw

Andrzej Sawoni,
prezes ORL w Warszawie

Kolejki do lekarza to, obok bezrobocia, największa plaga społeczna współczesnej Polski – usłyszeliśmy ze szczytów władzy. Dobrze, że problemy ludzi chorych w naszym kraju zostały nareszcie zauważone. Minister zdrowia, który ma za zadanie problem kolejek rozwiązać, chce tego dokonać przez zmiany w lecznictwie podstawowym, które ma przejąć część pacjentów z poradni specjalistycznych. Ale jak do tego ma się wywiązując z ustawy refundacyjnej i zarządzeń NFZ obowiązek poświadczania przez lekarzy specjalistów konieczności wypisywania leków refundowanych? Jak wprowadzić ubezpieczenia dodatkowe bez ograniczenia koszyka świadczeń gwarantowanych? Jak znieść limity w onkologii bez uszczerbku dla innych specjalności i jak to wszystko zrobić, nie dokładając do systemu pieniędzy? Wydaje się, że sposobem na rozwiązanie tych i wielu innych problemów w ochronie zdrowia mają być zmiany kadrowe. Odwołano szefową NFZ, bo się domagała pieniędzy, odszedł sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, odwołano dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (też się pewnie domagał pieniędzy, tym razem dla Mazowsza). Karuzela się kręci, ale od samego mieszania herbaty nie stanie się słodsza i kolejki do lekarza się nie zmniejszą, a pacjenci nie poczują się bezpieczniej. Trzeba sobie wreszcie powiedzieć jasno, że ochrona zdrowia w Polsce jest rażąco niedofinansowana i bez zwiększenia nakładów na nią nie ruszymy z miejsca.

„Przez pieniądze lekarze zaczęli się zachowywać jak wilcze stado”, „optymalna jest stawka godzinowa; wtedy anestezjolog jest żywotnie zainteresowany jak najdłuższym przygotowaniem pacjenta do operacji i żeby go za szybko nie obudzili”, „widzę wielu lekarzy, którzy skończyli specjalizację, a nie mieli w ogóle kontaktu z medycyną światową” – donosi na łamach poczytnego tygodnika jeden z naszych kolegów. Na pytanie dziennikarki o konkretne osoby kolega odpowiada: „nazwisk nie podam, ale takie sytuacje się zdarzają”. Oczywiście jak się rzuca błotem, lepiej bez nazwisk, zasięg będzie większy. W tym donosicielstwie tak się kolega zapędził, iż doniósł na samego siebie, że bezkrytycznie podpisuje młodym lekarzom karty specjalizacyjne bez sprawdzenia ich wiedzy. Ale najlepsze jeszcze przed nami: „dlaczego nikt ucziwie nie powie, że zamiast przeszczepić jedną twarz, można było dziesięciu pacjentów z raka wyleczyć”. Tak myśleć i mówić lekarzowi nie wolno, bo to jest niemoralne. Leczyć musimy wszystkich i ratować życie każdemu. I temu, komu trzeba przeszczepić twarz, i chorem na raka, bez względu na koszty. *O tempora! o mores!* Z człowieka sfrustrowanego, rzucającego na prawo i lewo nieudokumentowane oskarżenia, media robią idola, wyrzut sumienia lekarzy. Tak nie można, środowisko lekarzy ma wiele problemów, izba lekarska od nich nie ucieka, ale przez takie uogólnienia i przerysowania ich nie rozwiążemy, a obrażamy dziesiątki tysięcy uczciwych, ciężko pracujących lekarzy. Zwykła ludzka przyzwołość nakazuje powiedzieć w tej sytuacji: przepraszam. ■

puls - e-mailem

Wszystkich Państwa, którzy chcą otrzymywać „Puls” TYLKO e-mailem,
prosimy o przesłanie tej informacji na adres:

pulsmailem@oilwaw.org.pl

Prosimy o podanie:

imienia i nazwiska, adresu do korespondencji,
numeru prawa wykonywania zawodu, numeru telefonu.

Minister do zadań specjalnych?

rozmowa z Piotrem Warczyńskim, podsekretarzem stanu w MZ

Panie ministrze, przez ponad 13 lat należał pan do grupy najważniejszych urzędników w Ministerstwie Zdrowia, proszę powiedzieć, jak to jest zmienić gabinet dyrektora departamentu na gabinet ministra...

Przeniesienie się, mówiąc w przenośni – zmiana gabinetu, nie było łatwym momentem. Pożegnanie z departamentem, czyli miejscem pracy, które się tworzyło i do którego przychodziło się większość współpracowników, z którymi się później przez wiele lat pracowało, jest przykre...

Jaki zakres pracy resortu panu przypadł przy podziale kompetencji?

Podział wydaje się może obserwatorom z zewnątrz trochę dziwny, bo tak naprawdę jedyny departament, jaki mi podlega, to departament organizacji ochrony zdrowia.

Czyli pana własny, pańskie „dziecko”?

Tak. Nie wyobrażałem sobie zresztą, żeby tak nie było. Natomiast można powiedzieć, że jestem aktualnie przede wszystkim ministrem „zadaniowym”.

Czyli będzie pan gasił pożary?

Nie. Mam za zadanie przygotować drogę do rozwiązania najważniejszego w tej chwili problemu, w mediach nazywanego „skracaniem kolejek”. Mam zamiar zaproponować kompleksowe rozwiązania dotyczącego całego systemu opieki zdrowotnej. Chcę pokazać drogę do usprawnienia systemu.

Można więc powiedzieć, że jest pan teraz najważniejszym współpracownikiem Bartosza Arłukowicza?

Nie przesadzajmy, ale myślę, że pan minister chce skorzystać z mojego doświadczenia. Dobrze ocenił moje pomysły i organizację pracy, dlatego zaproponował mi te zadania. Dotyczą one właściwie wszystkich obszarów systemu ochrony zdrowia, również w zakresie tego, co musi zrobić NFZ. Potrzebne są nie tylko zmiany prawa, ale także zmiany organizacyjne.

Czy resort przygotowuje wytyczne dla NFZ?

Tak, dotyczą zmiany w funkcjonowaniu NFZ, ale oczywiście nie w organizacji wewnętrznej instytucji. Chodzi o organizację kontraktowania, właściwie systemu samego konkursu ofert, co znajduje odbicie w zarządzeniach prezesa NFZ.

Czy może pan wymienić jakieś konkrety już teraz?

Zmiany będą dotyczyły praktycznie wszystkich poziomów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, także podstawy tego systemu, czyli POZ.

Do podstawowej opieki nie ma kolejek!

To prawda, ale dobrze funkcjonująca podstawowa opieka zdrowotna, dobra współpraca między POZ i specjalistami oraz szpitalami ma ogromny, pierwszoplanowy wpływ na prawidłowe funkcjonowanie systemu, w tym na kolejki. Trzeba więc wdrożyć takie rozwiązania, które będą dotyczyć nie tylko zmian organizacyjnych, lecz i kompetencyjnych. Należy poszerzyć uprawnienia diagnostyczne lekarzy POZ. Konieczne są zmiany finansowania w podstawowej opiece zdrowotnej, która obecnie jest finansowana wyłącznie w systemie kapitałowym, czyli wyznaczyć dodatkowe zadania lekarzom POZ, za które otrzymywaliby dodatkowe premie motywacyjne. Przewidujemy także zmiany długości kontraktów, dokładnie – minimalnej ich długości. Coroczne podpisywanie kontraktów z lekarzami POZ moim zdaniem nie ma sensu.

Teraz mamy do czynienia tylko z aneksowaniem starych kontraktów.

To była wyjątkowa sytuacja, która się pewnie nie powtórzy, więc wrócimy do kontraktowania normalnego, a nie tylko do aneksowania. W POZ konieczne jest, jak już mówiłem, stworzenie zachęt finansowych dla lekarzy, m.in. po to, żeby powstała szybka ścieżka dla pacjentów podejrzanych np. o choroby onkologiczne. To samo planujemy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, co wiązałoby się ze zmianami organizacyjnymi i finansowymi na tym poziomie opieki nad pacjentem. Taka zmiana systemowa miałaby wpływ na finansowanie leczenia szpitalnego i na diagnostykę szpitalną w zakresie onkologii. Oczywiście planowane zmiany nie dotyczyłyby tylko onkologii, zmiana długości kontraktów objęłaby całość ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego. Kontrakty na leczenie szpitalne stanowczo powinny być wieloletnie i gwarantować stabilność pacjentom, ale też tym podmiotom.

Do których „starych” ustaw, jako skarbnicy pewnych rozwiązań, będą państwo sięgać, tworząc nowe prawo?

Na pewno wiele rozwiązań z tzw. ustawy o jakości zostanie w niedługim czasie wykorzystanych przy okazji implementacji dyrektywy transgranicznej. Już wtedy, kiedy pisaliśmy projekt wspomnianej ustawy, myśleliśmy o przyszłości i o tym, czego niedługo wymagać będzie Unia Europejska.

À propos, dlaczego do dziś nie implementowano dyrektywy transgranicznej? Czy po prostu ministerstwo nie zdążyło?

Na to pytanie nie potrafię odpowiedzieć. Nie zajmowałem się tą tematyką. Natomiast wiem, że trzeba się spieszyć i jak najszybciej implementować dyrektywę.

Piotr Warczyński

Dr n. med., absolwent I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, ma doktorat z gastroenterologii. Ukończył studia podyplomowe na kierunkach biznes i zarządzanie w Wyższej Szkole Handlu i Finansów Międzynarodowych, zarządzanie jakością w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania oraz studium edukacji ekonomicznej w Szkole Głównej Handlowej, Krajowej Szkole Administracji Publicznej i Narodowym Banku Polskim. Od 2000 r. pracuje w Ministerstwie Zdrowia. Był inicjatorem i współautorem kilkunastu projektów oraz nowelizacji ustaw, m.in.: ustawy o działalności leczniczej (2011 r.) oraz pakietu ustaw zdrowotnych (2007/2008 r.), w tym ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (2008 r.), ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia (2008 r.). Współtworzył również ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (2005 r.), projekt ustawy o sieci szpitali oraz projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia, a także program wieloletni „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” (tzw. plan B) realizowany w latach 2009–2011.



Fot. źródło MZ

Jest więc pan ministrem zadaniowym i najbliższe pana zadanie to pokazanie drogi do skrócenia kolejek?

Przygotowanie drogi do takiego usprawnienia systemu, żeby jednym z efektów było skrócenie kolejek.

Kiedy to może nastąpić?

Mam nadzieję, że jak najszybciej. Wyznaczono czas, jak powszechnie wiadomo: do wiosny. Zostało więc półtora miesiąca. To termin przedstawienia konkretnych rozwiązań oraz części projektów, co nie jest niemożliwe. Bardzo dużą część zmian stanowić będą zmiany w zarządzeniach prezesa NFZ, więc kluczową sprawą jest dobra współpraca z funduszem, która w tej chwili przebiega bardzo sprawnie.

Plany legislacyjne, które leżą w gestii pana ministra, to zmiany w POZ, AOS i w lecznictwie szpitalnym...

Tak, dotyczą kontraktów i zmian w finansowaniu trzech wymienionych przez panią poziomów, ale są również inne zmiany i o tym też będziemy rozmawiać. Związane są z personelem

medycznym, bo i w tym zakresie chcielibyśmy nadrobić zaległości. Wiemy przecież, że mamy ogromne niedobory kadry medycznej lekarskiej i pielęgniarskiej, tej świeżej, bezpośrednio po studiach, a także specjalistów. Należy zatem podjąć kroki, które pozwolą na maksymalne wykorzystanie naszych „zasobów”.

A kiedy nastąpi moment konsultacji? To znaczy, kiedy poznamy projekty, a właściwie – efekty?

Kierunek zostanie pokazany na wiosnę. Prócz tego będzie szereg zmian już przygotowanych, zarówno legislacyjnych, jak i organizacyjnych. Od chwili ogłoszenia tych zmian będą one stopniowo po prostu realizowane. Nie wszystko uda się zrobić natychmiast. Wiele krajów już skracalo kolejki i wiadomo, że to proces wieloletni, poza tym nigdy nigdzie nie zakończył się pełnym sukcesem. Utopią jest więc mówienie, że kiedykolwiek całkowicie zlikwiduje się kolejki. ■

Rozmawiała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Wybrani przez Zjazd i ORL

Pierwszy miesiąc po zjeździe wyborczym to natłok posiedzeń, spotkań, wyłaniania władz, konstituowania się komisji powołanych przez Okręgową Radę Lekarską.

Na początku stycznia zebrała się nowa Okręgowa Rada Lekarska, która wybrała wiceprezesów, sekretarza, jego zastępcę, skarbnika, członków Prezydium ORL i przewodniczących komisji problemowych. Podczas pierwszego posiedzenia Rada przyjęła istotne uchwały organizacyjne (m.in. upoważniającą Prezydium do działania w sprawach, do których stosuje się kodeks postępowania administracyjnego, oraz do działania w imieniu Rady). Odbyła się też dyskusja na temat możliwości rozszerzenia porad prawnych dla lekarzy. Drugie posiedzenie Rady w dużej mierze poświęcone było kwestii medialnej krytyki lekarzy i sposobom przeciwdziałania temu zjawisku. Ukonstytuowała się Okręgowa Komisja Wyborcza. Przewodniczącym został Ładysław Nekanda-Trepka, zastępować ma go Ewa Miękus-Pączek, a sekretarzem został Piotr Kuchta.

Lekarze dentyści 14 stycznia określili priorytety działania: szkolenia dla lekarzy dentyków, tematyka doradztwa prawnego dla lekarzy, kwestie odpowiedzialności zawodowej i integracja środowiska.

PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej – Andrzej Sawoni. Chirurg, dyrektor Szpitala Powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej i były radny w samorządzie lokalnym, w którym działa od samego początku. W samorządzie lekarskim – od I kadencji. Był m.in. wiceprzewodniczącym ORL w Warszawie, wiceprezesem NRL, skarbnikiem NRL i ORL w Warszawie.



Wiceprezes ORL – Julian Wróbel, lekarz, specjalista chorób wewnętrznych, szef Delegatury Radomskiej. W poprzedniej kadencji był zastępcą sekretarza ORL. Jest członkiem zarządu regionu mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. W VII kadencji ma się też zajmować kwestiami wizerunku lekarzy.



Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków – tak jak w poprzedniej kadencji – Marta Klimkowska-Misiak. Lekarz dentysta, specjalista stomatologii ogólnej, przewodnicząca Komisji ds. Lekarzy Dentyków ORL, członek Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, w minionej kadencji NRL członek Zespołu ds. Ubezpieczeń i Komisji Stomatologicznej.



Sekretarz ORL – lekarz dentysta Ewa Miękus-Pączek, specjalista perodontologii i stomatologii ogólnej I stopnia. Z izbami związana od wielu lat, w poprzedniej kadencji była wiceprezesem ORL w Warszawie i szefową Delegatury Radomskiej. Jest członkiem Krajowej Komisji Wyborczej i Komisji Bioetycznej przy OIL w Warszawie.



Wiceprezes ORL – dr hab. Romuald Krajewski, neurochirurg. W minionej kadencji wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, a w latach 2001–2005 przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. Jest prezesem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), członkiem Komitetu Bioetyki PAN, sekretarzem Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia.



Zastępca sekretarza – Ładysław Nekanda-Trepka, specjalista medycyny sportowej i chirurgii I stopnia. W poprzedniej kadencji pełnił funkcję sekretarza. Z izbami związany od samego początku – był członkiem Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich. W latach 1990–1995 członek Komisji ds. Doping w Sporcie przy Komitecie Kultury Fizycznej i Sportu. Był też radcą ministra zdrowia w latach 2000–2001.



Wiceprezes ORL – Konstanty Radziwiłł, dr n. med., specjalista medycyny rodzinnej. Był prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 2001–2010. W minionej kadencji wiceprezes NRL. Od 2010 r. pełni funkcję prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME). Ukończył Podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego i Podyplomowe Studium Bioetyki na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego.



Skarbnik – lekarz dentysta Roman Olszewski, specjalista protetyki stomatologicznej i stomatologii ogólnej. W samorządzie lekarskim od 1993 r. Delegat na zjazdy okręgowe i krajowe. Od 1993 r. członek ORL w Warszawie. W poprzedniej kadencji członek Prezydium ORL. Wieloletni przewodniczący Rady Funduszu Samopomocy.



Członek Prezydium – Filip Dąbrowski – najmłodszy lekarz w prezydium, obecnie w trakcie specjalizacji.



Członek Prezydium – Renata Dmowska – lekarz, specjalista okulistyki. Działa w samorządzie lekarskim od drugiej kadencji: była m.in. delegatem na krajowe zjazdy lekarzy, zastępcą przewodniczącego ORL, członkiem Prezydium ORL. Przez dwie kadencje, w latach 2001–2009, zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.



Członek Prezydium – Aleksander Kotlicki – lekarz, specjalista chorób wewnętrznych, doktor nauk medycznych. Współtwórca odrodzonego samorządu lekarskiego, w II i III kadencji zastępca przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego. W IV, V i VI kadencji przewodniczący Komisji Legislacyjnej ORL. W poprzedniej kadencji – członek Prezydium ORL. Od 2005 r. jest członkiem Komisji Bioetycznej przy ORL w Warszawie.



Członek Prezydium – Aleksander Pieczyński – lekarz, specjalista chirurgii ogólnej I st. Był m.in. dyrektorem ZOZ w Zwoleniu i radnym miejskim w tym mieście. W samorządzie lekarskim działa od I kadencji. Członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej w IV kadencji, w VI – członek Prezydium ORL.



Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – prof. Zbigniew Czernicki, który pełnił tę funkcję także w poprzedniej kadencji. Zagadnieniami odpowiedzialności zawodowej zajmował się od powstania izb lekarskich; był zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, następnie trzykrotnie Okręgowym Rzecznikiem, a w latach 2001–2005 Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Jest członkiem Komitetu Nauk Neurologicznych PAN.



Zjazd wybrał 39 lekarzy i lekarzy dentyistów na członków **Okręgowego Sądu Lekarskiego** VII kadencji. W pierwszej połowie stycznia wyłonili ze swego grona przewodniczącego i zastępców. Przewodniczącym OSŁ został **Roman Jasiński**, specjalista endokrynologii i chorób wewnętrznych. Jego zastępcy to: lekarz endokrynolog Elżbieta Rusiecka-Kuczałek oraz lekarz dentysta, specjalista stomatologii dziecięcej Piotr Sobiech.



Okręgowej Komisji Rewizyjnej będzie przewodzić w tej kadencji **Aleksandra Dziarczykowska-Kopec**, specjalistka medycyny rodzinnej oraz ginekologii i położnictwa. Zastępować ją będą Elżbieta Latoszek-Banaszak (lekarz dentysta) oraz dr hab. Anna Wilmowska-Pietruszyńska (neurolog dziecięcy oraz specjalista zdrowia publicznego). Sekretarzem został lekarz Maciej Doruchowski.

Przewodniczący Komisji ORL:

- Komisja ds. Lekarzy Dentystów – Marta Klimkowska-Misiak,
- Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu – Ładysław Nekanda-Trepka,
- Komisja ds. Stażu Poddyplomowego – Ładysław Nekanda-Trepka,
- Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich – Aleksander Pieczyński,
- Komisja Legislacyjna – Aleksander Kotlicki,
- Komisja ds. Emerytów i Rencistów – Włodzimierz Cerański,
- Komisja ds. Młodych Lekarzy – Filip Dąbrowski. ■

egw, jw

puls – przesyłką pocztową

Redakcja biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie PULS” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).

E-mail: rejestracja@oilwaw.org.pl
lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

MARCOWE WYDANIE **pulsu** UKAŻE SIĘ 25 LUTEGO 2014.



ADVANCES IN PERINATOLOGY AND GYNECOLOGY

Ian Donald International
School of Ultrasound
in Obstetrics & Gynecology



11–12 kwietnia 2014 roku
Warszawa
Hotel Radisson Blu Centrum
ul. Grzybowska 24

Do 20 lutego opłata za udział
w konferencji wynosi 700 zł

Szczegółowe informacje i rejestracja
na stronie:

www.iandonaldschool.viamedica.pl



Gdzie jest moje 15 tysięcy złotych?

Wopublikowanym 12 stycznia br. na stronach internetowych tygodnika „Newsweek” artykule „Doktor Harowa. Ile zarabiają lekarze?” autorka stwierdziła autorytatywnie, że pensja lekarza stażysty wynosi nawet 3 tys. zł plus liczne bonusy od szpitala. Bardzo cieszy mnie ten stan rzeczy. Oznacza bowiem, że budżet państwa jest mi winien 15 288 zł plus odsetki urzędowe. O tyle bowiem różniła się moja wypłata podczas stażu od tego, co napisała pani redaktor. Pensja lekarza stażysty, zgodnie z §5 ust. 4 Rozporządzenia ministra zdrowia z 24.03.2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa, opracowanego na podstawie art. 15 ust. 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (DzU z 2002 r. nr 21, poz. 204, z późn. zm.), wynosi dokładnie 1824 zł. Jest to jedyne źródło dochodu tej grupy – ustawa zabrania im podejmowania w czasie stażu jakiegokolwiek innej pracy w zawodzie. Oczywiście po dyżurze w szpitalu lekarz stażysta może się dodatkowo zatrudnić w pizzerii albo na poczcie. Jeśli słowa pani redaktor są choć odrobinę prawdziwe, pozostaje mi ze zniecierpliwieniem czekać na upragniony przelew.

Nie ukrywam, że taki zastrzyk gotówki jest terapią, na którą czeka większość młodych lekarzy. Ledwo co minął grudzień i konta większości moich kolegów po fachu wciąż są puste jak worek św. Mikołaja w pierwszy dzień świąt. Za to wspomniana dziennikarka ma jak widać wenę i głowę pełną wyobrażeń na temat zarobków lekarzy. Artykuł, o którym mowa, nie jest jedyny. W drugim: „Operacja Mamona. Ile pracują i zarabiają lekarze?”, który pojawił się następnego dnia w wydaniu internetowym, ze szczegółami opisuje pazerność i zachłanność lekarzy. Cytuje przypadki pacjentów, którzy ucierpieli z powodu błędów medycznych spowodowanych pośpiechem i niestarannością w wyniku gonienia z jednej pracy do drugiej. Jak tak dalej pójdzie, pismo to stanie się największym obrońcą godności lekarza w Polsce – przecież każdy z nas chciałby, aby wystarczała mu praca na jednym etacie. Zarobki medyków w Polsce wciąż są żenująco niskie. Niestety, dopóki w naszym środowisku będzie panowało przekonanie, że do słabej pensji w szpitalu „jakoś się dorobi”, spędzając popołudnia, wieczory i weekendy na

Rada Naukowa Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie

do redakcji tygodnika „Newsweek”

Uprzejmie informujemy, że Rada Naukowa Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie zdecydowanie nie podziela niezwykle subiektywnych poglądów i nieuzasadnionych opinii, przedstawionych przez dr. n. med. Grzegorza Luboińskiego w artykule „Pazerne doktory”, opublikowanym w tygodniku „Newsweek” 13.01.2014 r. Uważamy, że użycie nazwy i logo Centrum Onkologii na stronie tytułowej tej publikacji było nieuprawnione.

Rada Naukowa stanowczo stwierdza, że opinie dr. G. Luboińskiego, sugerujące jakoby przyczyną nieuzyskania przez niego tytułu profesora było występowanie personalnych animozji w mechanizmach awansów naukowych w Centrum Onkologii, nie mają nic wspólnego z rzeczywistością. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, podstawowym i jedynym kryterium ubiegania się o awans naukowy jest dorobek naukowy kandydata, oceniany przez niezależnych recenzentów, w tym również spoza Centrum Onkologii.

dyżurach lub w przychodniach, dopóty pracodawcy będą to bezczelnie wykorzystywać, a my dalej będziemy widywać nasze rodziny najczęściej na zdjęciach. Najdziwniejsze jest to, że na polskim rynku medycznym w ogóle nie działają prawa ekonomii. W gospodarce wolnorynkowej niska podaź (jeden z najniższych wskaźników lekarzy w UE – 2/1000 mieszkańców) przy nieskończonym popycie generuje wysokie stawki za usługę. Dlaczego nie działa to u nas? Wbrew teozom stawianym we wspomnianych artykułach nie jesteśmy stadem wilków goniących za ofiarą lub co gorsza sępów krążących nad padliną. Praca po 100 godzin tygodniowo może szkodzić, ale przede wszystkim nam samym.

Najlepszy przykład sposobu, w jaki sami sobie psujemy rynek i przyzwyczajamy wszystkich, że jesteśmy tylko po to, aby służyć, podał mi mój przyjaciel prawnik. Zaraz po studiach dostał ofertę pracy w dużym koncernie spożywczym. Wraz z przyjemną pensją otrzymał dwupoziomowe mieszkanie służbowe w podwarszawskiej miejscowości – 500 m od biura firmy. Pewnego sobotniego wieczoru zachorowała jego trzyletnia córka. Po wezwaniu telefonicznym na konsultację przyjechała doświadczona pani doktor ze specjalizacją z pediatrii i nadspecializacją z alergologii. Poinformowała, że porada kosztuje 30 zł, wprawiając młodego prawnika w zakłopotanie. Na szczęście udało mu się wmówić lekarce, że najniższy banknot, jaki ma, to 50 zł. Taka jest rzeczywistość polskiej medycyny.

Oburzenie – zgodnie ze „Słownikiem języka polskiego PWN” – to „uczucie silnego gniewu wywołane czymś nieodpowiednim zachowaniem lub niesprawiedliwością”. Mimo całej swojej mocy, słowo to jest delikatnym eufemizmem, jeśli chcielibyśmy opisać nim stan ducha lekarza po przeczytaniu cytowanych artykułów. Samorząd lekarski słusznie podejmuje stanowcze kroki mające na celu sprostowanie treści takich publikacji. Nakład tygodnika „Newsweek” to 120 tys. egzemplarzy, jednak w dobie nowych mediów na tym nie kończy się jego zasięg. Artykuły te umieszczono także na stronach internetowych czasopisma, skąd w niezmięnionej niemal formie zawędrowały na inne por-

tale, o mniejszym lub większym zasięgu. Jak fale wywołane uderzeniem kamienia w wodę, kłamstwa i półprawdy w nich zawarte zataczają coraz szersze kręgi.

Zatrzymanie tej fali będzie niesłychanie trudne. Każde środowisko ma problem z udowodnieniem, że „nie jest wielbłądem”. Czy stać nas na niezbędną do tego solidarność? Wątpię. Na kolejnych stronach tego samego wydania „Newsweeka” możemy przeczytać wywiad z jednym z lekarzy, który twierdzi, że „lekarze zachowują się jak stado wilków” i wkrótce będzie można mówić „pazerny jak młody lekarz” (sic!). Uważam, że taka wypowiedź nie spełnia standardów etyki zawodowej. W wywiadzie pan doktor sugeruje również, że specjalizujący się lekarze nie mają kontaktu z medycyną światową, ponieważ nie opłaca im się wyjeżdżać na staże i kursy zagraniczne, więcej mogą bowiem zarobić dyżurami w kraju. Niestety, z perspektywy swojego wieku i doświadczenia nie dostrzega, że młodzi nie jadą na konferencje z odwrotnej przyczyny. Nie stać ich na bardzo wysokie opłaty zjazdowe, nie mówiąc o utrzymaniu na miejscu. Z kolei uzyskanie urlopu szkoleniowego czasem nie jest łatwe nawet dla osoby zatrudnionej na wolontariacie. Doświadczonym lekarzom i części społeczeństwa wydaje się, że dogoniłszy Zachód i że powinno być nas stać na takie same konferencje jak kolegów z zachodniej Europy lub USA. Czy tak jest na pewno? Jeden z przyjaciół opowiedział mi o polskim lekarzu, który otrzymał grant na udział w zjeździe w Kalifornii, podczas którego miał przedstawiać wyniki swoich badań. Nie zdziwiło go żadne z podchwytliwych pytań we wniosku wizowym, ale telefon z biura organizacyjnego konferencji z pytaniem, czy potrzebuje rezerwacji postoju dla swego odrzutowca. Jeżeli takie sytuacje staną się problemem polskich lekarzy, będzie to faktycznie sygnał, że pora przestać walczyć o podwyżki. Tymczasem pozostaje nam żyć w rzeczywistości, w której problemem nie jest parkowanie samolotu, a opłata parkometru. ■

lek. Filip Dąbrowski



Dorobek dr. Luboińskiego osiągnięty od lat 80. ubiegłego wieku jest znikomy i nie spełnia niestety nawet minimalnych kryteriów, które uzasadniałyby możliwość ubiegania się o awans naukowy (dokumentacja w Sekretariacie Naukowym Centrum Onkologii). W związku z tym tłumaczenie faktu niezostania profesorem, podane przez autora w wywiadzie dla tygodnika „Newsweek”, przyjmujemy z ogromnym zażenowaniem. Jest nam po prostu wstyd.

Pragniemy zwrócić uwagę, że w okresie ostatniej dekady systematycznie rośnie aktywność naukowa młodych lekarzy onkologów, czego wyrazem jest wzrastająca liczba publikacji w renomowanych czasopismach i wdrażanie nowych strategii leczenia. Systematycznie rośnie liczba lekarzy uzyskujących kolejne stopnie i tytuły naukowe. Pracownicy instytutu są laureatami prestiżowych nagród naukowych, przyznawanych przez Polską Akademię Nauk oraz polskie i zagraniczne towarzystwa naukowe. W 2013 r. właśnie dzięki powyższym osiągnięciom Centrum Onkologii uzyskało kategorię A w niezależnej ocenie instytucji naukowych. Wobec powyższych faktów

nieprawdziwe, oburzające i wysoce krzywdzące są twierdzenia dr. Luboińskiego o całkowitym braku ambicji młodych lekarzy i ograniczaniu się ich aktywności jedynie do osiągania celów zarobkowych.

Rada Naukowa wyraża nadzieję, że powyższe informacje zostaną przekazane czytelnikom tygodnika „Newsweek” i innym osobom, które w wyniku wypowiedzi dr. Luboińskiego mogły powziąć błędne i nieuzasadnione mniemanie o stanie polskiej medycyny, w tym szczególnie o onkologii. ■

Przewodniczący Rady Naukowej
Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie
prof. dr hab. n. med. **Jacek Fijuth**

Warszawa, 24.01.2014 r.

Do wiadomości:

- Minister Zdrowia
- Naczelna Rada Lekarska
- Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie

**Obwieszczenie nr 1/2014/VII
przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
z 8 stycznia 2014 r.**

*w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów przewodniczącego,
zastępców przewodniczącego
i sekretarza Okręgowej Komisji
Rewizyjnej w Warszawie
VII kadencji*

Na podstawie art. 29 ust. 1 i art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 219, poz. 1708 ze zmianami) oraz §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.) obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych wyborów, na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie, ogłasza się, że wybrano:

- 1) na przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie:
 - **Aleksandrę Dziarczykowską-Kopeć** – lekarza,
- 2) na zastępcę przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie:
 - **Elżbietę Latoszek-Banasiak** – lekarza dentystę,
 - **Annę Wilmowską-Pietruszyńską** – lekarza,
- 3) na sekretarza Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Warszawie:
 - **Macieja Doruchowskiego** – lekarza.

**Obwieszczenie nr 2/2014/VII
przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
z 9 stycznia 2014 r.**

*w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów przewodniczącego,
zastępców przewodniczącego
Okręgowego Sądu Lekarskiego
w Warszawie VII kadencji*

Na podstawie art. 30 ust. 1 i art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 219, poz. 1708 ze zmianami) oraz §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.) obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych wyborów, na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, ogłasza się, że wybrano:

- 1) do pełnienia funkcji wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:
 - **Romualda Krajewskiego** – lekarza,
 - **Konstantego Radziwiłła** – lekarza,
 - **Martę Klimkowską-Misiak** – lekarza dentystę;
- 2) do pełnienia funkcji wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – przewodniczącego Delegatury Radomskiej:
 - **Juliana Wróbla** – lekarza;
- 3) do pełnienia funkcji sekretarza

nach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.) obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych wyborów, na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, ogłasza się, że wybrano:

- 1) na przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie:
 - **Romana Jasińskiego** – lekarza,
- 2) na zastępcę przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie:
 - **Elżbietę Rusiecką-Kuczałek** – lekarza,
 - **Piotra Sobiecha** – lekarza dentystę.

**Obwieszczenie nr 3/2014/VII
przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
z 10 stycznia 2014 r.**

*w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów na stanowiska funkcyjne
i członków Prezydium Okręgowej
Rady Lekarskiej w Warszawie
VII kadencji*

Na podstawie art. 26 ust. 2 i art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 219, poz. 1708 ze zmianami) oraz §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.) obwieszcza się, co następuje:

Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:

- **Ewę Miękus-Pączek** – lekarza dentystę;
- 4) do pełnienia funkcji zastępcy sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:
 - **Ładysława Nekanda-Trepkę** – lekarza;
 - 5) do pełnienia funkcji skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:
 - **Romana Olszewskiego** – lekarza dentystę;
 - 6) na członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie:
 - **Filipa Dąbrowskiego** – lekarza,
 - **Renatę Dmowską** – lekarza,
 - **Aleksandra Kotlickiego** – lekarza,
 - **Aleksandra Pieczyńskiego** – lekarza.

**Obwieszczenie nr 4/2014/VII
przewodniczącego
Okręgowej Komisji Wyborczej
z 15 stycznia 2014 r.**

*w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów pierwszego i drugiego
zastępcy Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w Warszawie VII kadencji*

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 219, poz. 1708 ze zmianami) oraz §11 ust. 7 i §45 ust. 1 uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.) obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych wyborów, na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie i jego zastępców, ogłasza się, że wybrano:

- 1) na pierwszego zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie:
 - **Janinę Barbachowską** – lekarza,
- 2) na drugiego zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie:
 - **Jarosława Łojka** – lekarza dentystę.

Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
w Warszawie
Ładysław Nekanda-Trepka

Walczymy o wizerunek lekarzy

Podczas posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej 24 stycznia br. dyskutowano m.in. o nasilającej się w ostatnich miesiącach medialnej krytyce lekarzy, która – jak uznali dyskutujący – jest jednym z elementów czekającego nas maratonu wyborczego. Najbliższe dwa lata to okres kampanii towarzyszących kolejnym wyborom: do Parlamentu Europejskiego, samorządów, polskiego Sejmu i Senatu oraz prezydenckich. Jednym z głównych tematów wyborczych będzie służba zdrowia – zgodzili się dyskutujący członkowie ORL. Ponieważ problemy polskiej ochrony zdrowia, jak widać, okazują się nierozwiązywalne dla polityków i kolejnych rządów, władze szukają odpowiedzialnych za jej stan. Jako winnych, nie po raz pierwszy, wskazuje się lekarzy i innych pracowników medycznych – z rozgoryczeniem mówili występujący w dyskusji członkowie Rady, m.in. Andrzej Sawoni, Andrzej Włodarczyk, Julian Wróbel, Małgorzata Zarachowicz, Filip Dąbrowski, Krzysztof Madej, Andrzej Bendek, Dariusz Paluszek. Konkluzją dyskusji było przyjęte przez Radę stanowisko.

Rozważano różne opcje poradzenia sobie z krzywdzącymi opiniami o środowisku lekarskim. Przypomniano, jak ogrom-

ne kwoty (kilkadziesiąt milionów złotych), politycy wydają na kampanię PR. Możliwości samorządu lekarskiego są nieporównywalnie mniejsze, jednak trzeba je wykorzystywać.

Członkowie Rady byli oburzeni wywiadem, jakiego niedawno udzielił „Newsweekowi” dr Grzegorz Luboiński z Centrum Onkologii w Warszawie. Zarzucił wielu lekarzom pogoń za pieniędzmi i lekceważenie wiedzy, choć przyznał na końcu, że zna bardzo wielu, „którzy przestrzegają klasycznej zasady, że dobro chorego jest najwyższym prawem”.

Prezes ORL Andrzej Sawoni poinformował, że w najbliższym „Pulsie” odniesie się do tego wywiadu i on, i przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Filip Dąbrowski (patrz str. 3 i 8). Poinformował ponadto, że ORL otrzymała właśnie do wiadomości list, jaki do „Newsweeka” wysłała Rada Naukowa Centrum Onkologii. Podkreśliła w nim, że nie *podziela „niezwykle subiektywnych poglądów i nieuzasadnionych opinii”* wyrażonych w wywiadzie, a sugerowanie przez G. Luboińskiego, że nie uzyskał tytułu profesora z powodu personalnych animozji, nie ma pokrycia w faktach. ■

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Z głębokim żalem żegnamy

Prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Marię Kusia

wybitnego lekarza, nauczyciela akademickiego, wychowawcę wielu pokoleń ortopedów, członka Kolegium Redakcyjnego Miesięcznika „Puls”, naszego Przyjaciela.

Kolegium Redakcyjne,
redaktor naczelna i zespół „Pulsu”

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 stycznia 2014 r.

w sprawie informowania o sytuacji w ochronie zdrowia

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie z uwagą zapoznała się z widoczną w ostatnim czasie w mediach falą krytyki sytuacji w polskim systemie opieki zdrowotnej, przybierającej niekiedy charakter nagonki medialnej.

Rada z niepokojem dostrzega, że niektóre media piętnujące złą sytuację pacjentów, mają tendencję do szukania prostych recept na wskazanie winnych wśród pracowników placówek medycznych.

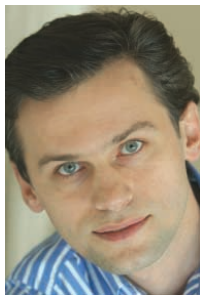
Rada zwraca uwagę, że w każdym przypadku dramatycznego zdarzenia należy ustalić szczegółowo fakty i, jeśli tacy są, winnych ukarać. Rada podkreśla jednak, że w obecnej sytuacji nie można mówić o szczególnym zwiększeniu liczby zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia. Rada uważa, że wiele z tych tragicznych wypadków ma źródło, przede wszystkim, w niedofinansowaniu systemu, fatalnej organizacji opieki zdrowotnej, szalejącej biurokracji i nadmiernych oszczędnościach – a za to odpowiedzialni są politycy.

Broniąc dobrego imienia tysięcy lekarzy i innych pracowników medycznych, codziennie profesjonalnie i etycznie ratujących życie i zdrowie chorych, Rada zwraca się do środowiska dziennikarzy oraz wszystkich lekarzy, by nie ulegać pokusie łatwego szukania kozłów ofiarnych, ale dostrzegać prawdziwe przyczyny problemów, jakie niepokoją większość Polaków. Rada wyraża nadzieję, że częste informowanie społeczeństwa o trudnych sytuacjach w ochronie zdrowia przyczyni się do znalezienia najlepszych sposobów naprawy systemu.

Rada prosi także pacjentów i organizacje ich reprezentujące o poparcie tego stanowiska.

Prezes ORL w Warszawie
Andrzej Sawoni

Sekretarz ORL w Warszawie
Ewa Miękus-Pączek



Paweł Walewski

Bez kolejek

Fot. G. Press

Zbliża się termin ultimatum, jakie premier postawił ministrowi zdrowia w sprawie rozwiązania problemu kolejek do lekarzy. Wkrótce przekonamy się, czy Bartosz Arłukowicz – który w 2001 r. celnie namierzył Agentą w telewizyjnym show – nie stracił po 13 latach swoich wizjonerskich zdolności i z dawną lekkością rozwiąże postawione przed nim zadanie. Trzeba być niezłym magiem, a w dodatku mocarnym Herkulesem, rodem z kreskówki Disneya, by w ciągu kilku tygodni utworzyć pacjentom drogę do przychodni i szpitali w sposób łagodny, nie odbierając nikomu żadnych przywilejów i nie naruszając gruntu pod nogami, a jednocześnie wykazać się skutecznością, by notowania PO wzrosły. Czy zatem naprawianie systemu i skracanie kolejek należy zacząć od medycyny rodzinnej, która stała się chłopcem do bicia obciążonym winą za swoje i nie swoje grzechy? Czy rzeczywiście lekarze rodzinni oszczędzają na zdrowiu pacjentów, aby się bogacić, a jednocześnie uprawiają przysłowiową psychologię, przyczyniając się do wydłużenia kolejek?

Nie da się ukryć, że Ministerstwo Zdrowia ma obecnie spory problem z medycyną rodzinną, ale na własne życzenie, a nie wyłącznie z winy lekarzy, którzy w swojej specjalności zdążyli stworzyć nad wyraz zwarty monopol broniący *status quo*. Miłą dla ucha pieśń z przeszłości, że wybrany przez chorych lekarz stanie się przewodnikiem po systemie, koordynatorem opieki, można między bajki włożyć. Bywają oczywiście miejsca w Polsce, w których – gdy trzeba pacjenta skonsultować z innym specjalistą – lekarz rodzinny sam chwyta za telefon i umawia wizytę. Najczęściej jednak zagubiony pacjent dostaje receptę i skierowanie, z którym musi odnaleźć się w postawionej na głowie rzeczywistości, szuka dla siebie pomocy po omacku, zapisuje się w kilkunastu miejscach jednocześnie. A potem wszyscy się dziwią, skąd te kolejki i gdzie są winni? Brakuje pieniędzy? A może dobrej organizacji i szybkiego przepływu informacji między wszystkimi poziomami ochrony zdrowia.

Politykom wydawało się, że medycyna rodzinna to tani i łatwy w obsłudze wycinek lecznictwa, w którym odnajdują się lekarze z przypadku, więc odarto ich z prestiżu i możliwości dobrego kształcenia. W efekcie środowisko to samo wzmocniło się w sposób najgorszy z możliwych, czyli przechodząc do ruchu oporu wobec najdrobniejszych zmian. Nie wiadomo już nawet, czy ograniczona samodzielność lekarzy rodzinnych to efekt polityki ministerstwa, czy skutek braku zgody tego środowiska na zwiększenie kompetencji – bo po co dorzucać sobie pracy, skoro większych pieniędzy nikt nie obiecuje? A że przy okazji cały system rozpada się jak domek z kart? Lekarzom to nie przeszkadza. NFZ też zadowolony, bo zniecierpliwiony kolejką do przychodni pacjent, przymuszony chorobą, wcześniej czy później i tak uda się do prywatnej placówki. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Marek Balicki

Nagłośniony przez media dramat, jaki wydarzył się ostatnio we Włocławku, głęboko poruszył opinię publiczną w całym kraju. Znowu głos zabral Jurek Owsiak, którego Wielka Orkiestra przekazała tamtejszemu szpitalowi nowoczesną aparaturę medyczną dla dzieci. I trudno się

temu wszystkiemu dziwić, gdy do wiadomości publicznej dociera kolejna informacja o przypadku najcięższej postaci zdarzenia niepożądanego, jaką jest zgon pacjenta. Kierowane pod adresem władz oczekiwanie natychmiastowego podjęcia działań i pociągnięcia winnych do odpowiedzialności jest w takich sytuacjach zrozumiałe. Na reakcję ministra zdrowia również nie trzeba było długo czekać. Ministerstwo wysłało własną kontrolę i zapowiedziało, że zrobi wszystko, by każdy, kto zaniedbał swoje obowiązki, poniósł konsekwencje.

Czy jednak działania skupione na egzekwowaniu odpowiedzialności prawnej są najskuteczniejszą drogą do poprawy bezpieczeństwa pacjentów? Doświadczenia wielu krajów europejskich, a także USA, pokazują, że nie. Tradycyjne podejście, zakładające obarczenie winą i ukaranie ostatniego ogniwa w łańcuchu działań prowadzących do zaistnienia zdarzenia niepożądanego, tj. lekarza lub pielęgniarki, nie rozwiązuje problemu. Potwierdzają to liczne badania i raporty powstałe jeszcze w latach 90. XX w.

Dlatego od kilkunastu lat, zarówno w Europie, jak i w USA, postuluje się zmianę podejścia do kwestii bezpieczeństwa pacjentów i wprowadzenie kultury rozwiązywania problemów w miejsce kultury oskarżeń prawnych. Kluczowe znaczenie dla poprawy sytuacji ma zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych oraz ich systematyczna analiza. Powinna ona obejmować też inne źródła informacji, takie jak zgłoszenia pacjentów, skargi i wnioski, roszczenia oraz szpitalne analizy istotnych zdarzeń związanych z leczeniem.

W tym duchu opracowane zostały przyjęte w ostatnich latach dokumenty międzynarodowe. Wskazuje się w nich na konieczność rozwinięcia odpowiednich programów na szczeblu międzynarodowym i krajowym. Mówi o tym Rekomendacja Rady Europy w sprawie zarządzania bezpieczeństwem pacjenta i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej z 2006 r. Niestety, zalecenia Rady Europy do dziś nie zostały wdrożone do polskiego prawa. Systemy raportowania zdarzeń medycznych, wprowadzone przez część szpitali, z powodu braku odpowiednich regulacji prawnych nie spełniają podstawowego warunku ich skutecznego funkcjonowania, jakim jest zapewnienie ochrony prawnej osób raportujących oraz uczestniczących w zdarzeniach niepożądanych.

Zawstydzający jest dla nas raport Komisji Europejskiej z 2012 r., z którego wynika, że tylko Polska i Cypr nie mają krajowej strategii w sprawie bezpieczeństwa pacjentów. I to już jest odpowiedzialność ministra zdrowia. Zdarzeń niepożądanych wyeliminować się nie da, ale można ich liczbę ograniczyć. I temu mogą sprzyjać odpowiednie działania rządu. Jeśli więc minister Arłukowicz chce dotrzymać obietnicy, że każdy, kto zaniedbał swoje obowiązki, poniesie konsekwencje, powinien zacząć od siebie. ■



BEZPIECZNY LEKARZ

REKLAMA

Witaj w kolejnym odcinku cyklu BEZPIECZNY LEKARZ. Razem z Doktorem INTEREM prezentujemy prawdziwe przypadki, z którymi spotykają się lekarze w swojej karierze zawodowej. Podkreślamy aspekty prawne tych sytuacji i pokazujemy, jak zabezpieczyć się przed ryzykiem, a także jak zachować się w sytuacji, gdy dojdzie do szkody.

DR INTER: *Koleżanki i Koledzy, w pierwszym odcinku cyklu w Nowym Roku chciałbym skoncentrować się na przedstawieniu relacji między odpowiedzialnością lekarza kontraktowego a odpowiedzialnością podmiotu leczniczego. Wielu z nas nie tylko prowadzi własne gabinety, ale także współpracuje z różnymi placówkami. Jak będzie w takiej sytuacji wyglądała odpowiedzialność za błędy popełnione w trakcie leczenia? Czy pacjent zawsze musi wybrać tylko jeden podmiot, od którego będzie dochodził odszkodowania?*

Jak zapewne pamiętamy, wykonując pracę w oparciu o kontrakt, jesteśmy według prawa przedsiębiorcami. Musimy zatem liczyć się z tym, że za popełnione błędy nie będzie odpowiadać placówka, w której wykonujemy świadczenia, ale my sami. Dlatego prawo wymaga od nas posiadania obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, z minimalną sumą gwarancyjną wskazaną w Rozporządzeniu ministra finansów (75 tys. euro na jedno zdarzenie i 350 tys. na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia). Jeśli jednak pracujemy w zespole (np. podczas operacji), precyzyjne rozgraniczenie odpowiedzialności jego członków nie jest łatwe. Przyjrzyjmy się następującej sytuacji:

Do jednego ze szpitali klinicznych przywieziona została pacjentka ze schyłkową niewydolnością nerek, zakwalifikowana do przeszczepu. W szpitalu znajdowały się w tym momencie dwie pary nerek, pobrane od dawców z różnymi grupami krwi, przechowywane w osobnych opisanych lodówkach. Podczas zabiegu lekarz operator sprawdził kartę typowania z osobą biorcy (dane zgadzały się), a następnie polecił instrumentariuszce podanie nerki od dawcy A. Instrumentariuszka wyjęła nerkę z lodówki i za zgodą lekarza rozpakowała ją. Dokonano wszczepienia nerki pacjentce. Po zakończonym zabiegu pielęgniarka, która sprawdzała zawartość lodówek, zorientowała się, że nerka od dawcy A nadal znajduje się w lodówce, a brakuje nerki od dawcy B. Pielęgniarka poinformowała o tym przełożonych, którzy – po potwierdzeniu faktu wszczepienia nerki od dawcy z inną grupą krwi niż biorca – dokonali zabiegu usunięcia nerki z cechami ostrego odrzucenia. Po kilkudniowej hospitalizacji pacjentka została wypisana w stanie ogólnym dobrym, musiała jednak nadal poddawać się dializom, a do prawidłowego przeszczepu nerki doszło dopiero dwa lata później.

Pozwany przez pacjentkę o odszkodowanie i zadośćuczynienie szpital bronił się, że nie ponosi za tę pomyłkę odpowiedzialności. Jego zdaniem wina z całą pewnością leży po stronie pielęgniarki, która z niewyjaśnionych przyczyn podała inną nerkę niż jej wskazano, a także lekarza operatora, który po przyniesieniu nerki przez pielęgniarkę nie sprawdził zgodności z danymi biorcy. Szpital powoływał się na art. 429 kodeksu cywilnego, podkreślając, że powierzył wykonanie czynności (przeprowadzenie transplantacji) profesjonalistce, który zawodowo zajmuje się takimi zabiegami. Nie ponosi więc winy w wyborze. obrońca lekarza podkreślał, że w czasie, kiedy doszło do zdarzenia, w szpitalu nie obowiązywały żadne standardy dotyczące

identyfikacji przeszczepianego narządu z osobą biorcy. Lekarz nie złamał więc żadnej z procedur szpitala, polegając jedynie na osądzie pielęgniarki.

Ta sprawa, która od kilku lat toczy się przed sądem cywilnym i nie została jeszcze zakończona, pokazuje, że przypisanie odpowiedzialności lekarzowi bądź podmiotowi leczniczemu nie jest wcale proste. Pacjent może pozwać tylko lekarza, wyłącznie podmiot leczniczy albo oba te podmioty.

Czy jako lekarz mogę jakoś zabezpieczyć się przed roszczeniem pacjenta?

⇒ Polskie prawo nie przewiduje możliwości ograniczenia komuś jego prawa do sądu, czyli wystąpienia z roszczeniem (np. o odszkodowanie). Każdy lekarz wykonujący zawód musi liczyć się z tym, że nawet jeżeli nie popełni błędu, to pacjent, który będzie się czuł skrzywdzony, może złożyć przeciwko niemu pozew. Zawsze warto szczerze z pacjentem porozmawiać – niewiarygodne, jak wiele taka rozmowa może zmienić.

Co może zrobić przeczorny lekarz?

⇒ Upewnić się, że wszystkie rodzaje działalności, które wykonuje (praktyka lekarska, umowa o pracę, umowa cywilnoprawna), objęte są ochroną w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwoli to na pokrycie przez ubezpieczyciela finansowych roszczeń pacjenta.

⇒ Upewnić się, że posiada PEŁNĄ ochronę. W opisanej sytuacji bardzo cenna dla lekarza byłaby porada prawna w ramach ubezpieczenia ochrony prawnej.

Jak pokazuje opisany dziś przypadek, łatwo możemy znaleźć się w sytuacji, gdy spór toczy się nie tylko z pacjentem, ale też z placówką, w której udzielamy świadczeń. Takie sprawy nigdy nie są i nie były proste. Wymagają często opinii biegłych, wsparcia prawników wyspecjalizowanych w tego typu sprawach. Posiadając odpowiednią ochronę ubezpieczeniową, unikniesz wielu kosztów i kłopotów. Skontaktuj się z najbliższym przedstawicielem INTER Polska, który przygotuje dla Ciebie najlepszą ofertę, uwzględniającą formę, w jakiej wykonujesz zawód, grupę pacjentów, z jakimi masz kontakt, rodzaj placówki, w której udzielasz świadczeń. Otrzymasz kompleksową opiekę i rozwiązanie obejmujące wszystkie sfery życia!



Oddział TU INTER Polska S.A. w Warszawie

(siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie)

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-639-74-30

www.bezpiecznylekarz.interpolska.pl



Śmiertelnie chore ambicje

Elżbieta Cichocka

W połowie stycznia media znów obieżyła wiadomość o śmierci dziecka. Półroczna Basia trafiła do szpitala w Kutnie dwa dni po szczepieniu, z objawami zapalenia płuc. Kiedy stan dziewczynki gwałtownie się pogorszył, szpital wezwał karetkę, by przewieźć ją do szpitala specjalistycznego. Na przyjazd ambulansu czekał trzy godziny. Dziecko zmarło. Kilka dni później dowiedzieliśmy się o śmierci dziewczynki w Krakowie. Tym razem od wezwania karetki przez szpital do jej przyjazdu minęła prawie godzina. Być może życia dziecka i tak nic by nie uratowało, ale niepokojem musi napawać fakt, że transport między szpitalami jest poza systemem ratownictwa i czas się tu liczy godzinami, a nie minutami.

Szpitaly często zawierają kontrakty na przewóz swoich chorych ze stacjami pogotowia ratunkowego, dla których jest to dodatkowa działalność komercyjna. Takie rozwiązanie może się sprawdzać na co dzień, podczas transportu chorego na specjalistyczne badanie czy zaplanowany zabieg, ale nie w dramatycznej sytuacji nagłego załamania zdrowia. Dla systemu ratownictwa nie przewidziano procedury „na ratunek”, jeśli chory jest już w szpitalu. Ze szkodą dla pacjentów.

Wielką szkodą dla ciężko chorych jest też brak jednolitych zasad reakcji pogotowia na wezwanie do domu. To prawda, że bardzo często pogotowie jest wzywane niepotrzebnie, ale kiedy odmawia przyjazdu w przypadku uzasadnionym, dochodzi do tragedii. Niespełna rok temu 2,5-letnia Dominika zmarła, bo trafiła do szpitala za późno. Wiele godzin wcześniej matka bezskutecznie próbowała wezwać karetkę. Dyspozytor pogotowia odesłał ją do nocnej pomocy lekarskiej. Nocna pomoc okazała się fikcją.

Przypadek stał się głośny za sprawą Jurka Owsiaika. Wtedy minister zdrowia zapewniał, że rychło doprowadzi do

poprawy. Podczas wspólnej z Owsiakiem konferencji transmitowanej w telewizji zaprosił do współpracy WOŚP. Orkiestra miała już niemal gotowy algorytm postępowania dla dyspozytorów pogotowia. Opracowali go specjaliści z dziedziny ratownictwa, opierając się na wzorcach krajów, w których taki zbiór pytań i rekomendacji jest stosowany od lat i się sprawdza. Algorytm udośćpniła WOŚP „Medycyna Praktyczna”. Za darmo.

Teraz się okazało, że mamy nie jeden, ale dwa konkurujące ze sobą algorytmy postępowania dyspozytorów, bo dyrektorom stacji pogotowia nie podobała się krytyka Owsiaika. Stworzyli więc własny zespół, opracowali własny algorytm i zaczęli już nawet szkolić personel.

Od lipca wszystkie stacje pogotowia ratunkowego mają się posługiwać algorytmem. Tylko minister zdrowia w swoim rozporządzeniu nie sprecyzował, którym. Nie podejmuję się oceny, czy algorytm jest lepszy. Istotę sprawy stanowi to, że znowu została zmarnowana inicjatywa społeczna. Znowu polskie piekielko i ambicjonalna przepychanka zwyciężyły nad interesem pacjentów.

Nie wypada już się dziwić, że minister Arłukowicz dopuścił do sytuacji, w której zamiast do podjęcia wspólnej pracy doszło do chorej konkurencji. W końcu gdyby firma stworzyła wspólny algorytm, musiałaby wziąć odpowiedzialność za pracę pogotowia. A dotychczasową metodą jego urzędowania jest unikanie wszelkiej odpowiedzialności i wynajdywanie kozłów ofiarnych. To pomaga mu trwać na stanowisku, mimo powszechnej krytyki.

Ochrona zdrowia to taka dziedzina usług publicznych, której absolutnie nie służą spory polityczne, działania poszczególnych lobbystów, względy ambicjonalne i interesy finansowe poszczególnych uczestników systemu.

Zadaniem władz ochrony zdrowia jest eliminacja takich okoliczności, które mogą obracać się przeciwko pacjentowi. ■

REKLAMA



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ
ul Jagiellońska 34; 03-719 Warszawa; tel: 22 619-19-13; centrala: 22 619-42-31 fax: 22 619-61-38
www.szpzlo.pl; e-mail: dyrektor@szpzlo.pl



W styczniu bieżącego roku Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ zakończył wdrażanie projektu informatyzacji swoich przychodni wraz z wdrożeniem e-usług dla pacjentów. Inwestycja współfinansowana była przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego.

W strukturze SZPZLO Warszawa Praga-Północ funkcjonują następujące placówki:

- Przychodnia Rodzinna Centrum Diagnostyczno-Specjalistyczne ul. Dąbrowszczaków 5a,
- Przychodnia Internistyczno-Specjalistyczna ul. Jagiellońska 34,
- Przychodnia Internistyczno-Specjalistyczna ul. Radzywińska 101/103,
- Przychodnia Internistyczna ul. Gilarska 23,
- Przychodnia Rodzinna ul. Otwocka 1.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO NASZYCH PRZYCHODNI

www.szpzlo.pl

infolinia tel. 22 619-78-76



PROGRAM
REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Mazowsze.
serce Polski

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO





Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Premier Donald Tusk bardzo późno zauważył, że Bartosz Arłukowicz nie wypełnia powierzonych obowiązków i nie nadaje się do sprawowania funkcji ministra zdrowia. Dopiero podczas konwencji partyjnej PO nakazał opracowanie planu skrócenia kolejek, wyznaczając ministrowi termin do wniosku.

Trzeba przyznać, że interwencja posłów Prawa i Sprawiedliwości, spowodowana wnioskiem o wotum nieufności w stosunku do Bartosza Arłukowicza, przyniosła już dobry efekt. Skłoniła ministra i premiera do pracy.

Podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia, opiniującej wniosek PiS o wotum nieufności, posłowie PO zachowywali się zaskakująco i dziwnie. Na siłę dążyli do tego, by skrócić debatę i dyskusję. Nie życzyli sobie również, aby zaproszeni goście zabierali głos. Nie byli zadowoleni ani z mojej obecności, ani z obecności senatora Bolesława Piechy, byłego wiceministra zdrowia. Minister Arłukowicz zaś próbował sprowadzić wszystkie problemy opieki zdrowotnej do kolejek. Niektórzy posłowie PO zuchwale mówili nawet, że kolejki nie są złym zjawiskiem i występują na całym świecie. Widać, że nie znają realiów. Przecież chorzy muszą stać po kilka godzin w kolejce, nawet od 4 rano, a jak się już szczęśliwie zapiszą na wizytę do lekarza, czekają wiele miesięcy na kolejną – u specjalisty.

System opieki zdrowotnej wymaga gruntownego przebudowania. Problemem, poza kolejkami, są: niewystar-

czająca ilość pieniędzy, dalsze zadłużanie się szpitali, złe wskaźniki zdrowotne, powiększająca się luka pokoleniowa wśród lekarzy i pielęgniarek, brak określonych algorytmów postępowania, zagubienie i błędzenie pacjentów w systemie opieki zdrowotnej. Kolejne to: brak informatyzacji w służbie zdrowia, nieodpowiednie proporcje finansowania poszczególnych segmentów opieki zdrowotnej, zła dostępność nowoczesnych, innowacyjnych metod diagnostycznych i terapii.

Skala zaniechań jest ogromna, dlatego ponownie złożyliśmy wniosek o wotum nieufności wobec ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza. To już kolejny, trzeci, wniosek złożony w tej kadencji. Wystarczającym uzasadnieniem odwołania Bartosza Arłukowicza z funkcji ministra zdrowia są wyniki raportów niezależnych organizacji międzynarodowych (np. Health & Society Barometr, Euro Health Consumer Index). W świetle tych raportów Polska ze swą ochroną zdrowia lokuje się w ogonie krajów europejskich, z wyraźną tendencją do pogarszania się kolejnych wskaźników zdrowotnych. Złą kondycję stanu opieki zdrowotnej w Polsce potwierdzają również raporty Najwyższej Izby Kontroli.

Minister Arłukowicz, kiedy jeszcze nie był członkiem rządu Donalda Tuska, wielokrotnie krytykował politykę Ewy Kopacz, przedstawiał swoje wizje i plany. Kiedy zasiadł na fotelu ministerialnym, swobodnie przejął rolę kontynuatora polityki poprzedniczki. Tymczasem potrzebna jest zmiana. Na tę zmianę czeka środowisko pracowników ochrony zdrowia i, co najważniejsze, pacjenci. ■

Co to znaczy być lekarzem?

Wojciech
Maksymowicz

Rok 1989, w którym zaczęliśmy budować nową Polskę, to również rok przyjęcia ustawy o tworzeniu samorządu lekarskiego i wyborów do niego. Nowe władze musiały zaczynać od podstaw, bo nic nie było. Na II Krajowym Zjeździe Lekarzy uchwalono Kodeks Izby Lekarskiej. Nasze pryncypia to: samokontrola, samoodpowiedzialność, w ramach Kodeksu Etyki Lekarskiej, który działa z mocy prawa i stanowi część prawa powszechnego. Wchodząc w świat lekarski, młody człowiek składa przyrzeczenie lekarskie i powinien pamiętać o słowach Hipokratesa: „Święte sprawy tylko poświęconym ludziom mogą być ukazane, profanom zaś nie godzi się ich odsłaniać, zanim nie będą wtajemniczeni w misteria nauki”.

Nasz zawód charakteryzuje się wyjątkowością, którą musimy kultywować, bo inaczej będziemy iść w kierunku pauperyzacji, umniejszania znaczenia. [...]

Wiele jest podstawowych zasad etycznych, ale *minimum minimum* to: po pierwsze – zdolność rozpoznawania, co dobre, a co złe, po drugie – weryfikowanie czynów wedle sumienia, po trzecie – kierowanie się obowiązkiem. Wszystkie były wyłożone przez Kanta w jego zasadach etyki bazujących na obowiązku. Dobro jest takim postępowaniem, które wynika z obowiązku, a moralnie złe jest to, co wynika ze skłonności. [...] Gdy zastanawiamy się, jak postąpić, pytamy sumienia. Nasze sumienie jest głównym weryfikatorem naszych czynów. Pomaga w określaniu tego, co dobre, a co złe. [...]

Prof. Wojciech Rowiński wylicza w swoich wykładach główne cnoty lekarskie: dostępność, powściągliwość, hart ducha, sprawiedliwość, oraz cnoty teologiczne: wiarę, nadzieję,

miłość. [...] Według Pellegrino cnoty lekarskie to wierność i stałość, zaufanie oraz dotrzymywanie obietnic, trzymanie w ryzach swoich korzyści, intelektualna uczciwość, współczucie i troska, odwaga, sprawiedliwość i rozsądek.

Młodym kolegom dedykuję dwa artykuły z Kodeksu Etyki Lekarskiej, które mówią o trzymaniu w ryzach swoich korzyści. Art. 66 ust. 2: „Lekarz może leczyć bezpłatnie”. Należy jednak pamiętać, że fiskus nie zna dobroczynności [...]. Art. 67: „Jest dobrym zwyczajem bezpłatne leczenie innych lekarzy, członków ich najbliższej rodziny (...)”. O takich rzeczach nie można zapominać.

Trzeba przyznać, że słowa Władysława Biegańskiego, napisane 100 lat temu: „Skąd lekarz ma czerpać ideały etyczne? Jako uczeń medycyny widzi w klinikach i szpitalach tylko bałwochwalczą cześć dla wiedzy, erudycji i ciekawych przypadków. Jako lekarz spotyka bezwzględna gonitwę za groszem, zawiść i walkę o byt. Wśród takich warunków nawet najgorętsze serce wystygnać musi”, są nadal aktualne.

Nigdy dość przypominania, że nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem. ■

Fragmety wykładu prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Maksymowicza, dziekana Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, wygłoszonego na uroczystości wręczenia dyplomów lekarza i lekarza dentystry absolwentom WUM w 2013 r. Część pierwsza została wydrukowana w „Pulsie” nr 12/2013 – 1/2014.

opr. Małgorzata Skarbek

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Od 1 czerwca 2009 r. każdy lekarz i lekarz dentysta posiada **indywidualne subkonto składkowe** w Banku Pekao SA. Indywidualny numer konta zawiera m.in. numer Pani/Pana prawa wykonywania zawodu (siedem ostatnich cyfr).

W celu ułatwienia przesyłania składki proponujemy złożyć stałe zlecenie w banku, w którym posiadają Państwo osobiste konto indywidualne.

Przypominamy, iż składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. Zgodnie z obowiązującą ustawą o rachunkowości, w przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby Lekarskiej. W związku z tym, iż decydująca o terminowości wpłaty jest data jej księgowania na Państwa indywidualnym koncie składkowym, proponujemy ustalić datę przelewu do 22. dnia każdego miesiąca.

Jeżeli do tej pory przekazywała Pani/przekazywał Pan składki za pośrednictwem pracodawcy, prosimy o złożenie pisma w zakładzie pracy o niepotrącanie składek.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przypomina również o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru Lekarzy wszelkich zmian: adresu zamieszkania, miejsca pracy, stanu cywilnego oraz informacji dotyczących otrzymania decyzji przejścia na rentę lub emeryturę itp.

Numer indywidualnego konta, na które proszę przekazywać comiesięczne składki na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, otrzymają Państwo w biurze OIL przy ul. Puławskiej 18, w pok. nr 306, telefonicznie: 22-542-83-38, 22-542-83-39 lub e-mailem, pisząc na adres: skladki@oilwaw.org.pl

Roman Olszewski,
skarbnik ORL



WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

(na podstawie uchwały nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 4.04.2008 r.)

- 40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;
- 10 zł dla lekarza/lekarza dentystry emeryta, który:
 - 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
 - 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji emerytalnej,
 - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24 084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- 10 zł dla lekarza/lekarza dentystry rencisty, który ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie lub złoży:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji rentowej;
- 10 zł dla lekarza stażysty, lekarza dentystry stażysty, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.
- Zwolniony z opłat członkowskich może być:
 - 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Prezydium ORL o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
 - a) udokumentuje brak przychodów, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawiania osobą bezrobotną (od – do),
 - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny w biurze Izby lub na stronie internetowej OIL Warszawa),
 - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu (druk dostępny jw.),
 - 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu (druk dostępny jw.).

NA LEKARZU CIAŻY OBOWIĄZEK PISEMNEGO ZGŁASZANIA NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

– **do Rejestru OIL** – o zmianach: miejsca zatrudnienia wraz z informacją dotyczącą potrącania składek członkowskich na OIL w Warszawie, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji, daty przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS), terminu rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego, daty i miejsca rozpoczęcia pracy przez lekarza/lekarza den-

tystę po zakończeniu stażu podyplomowego, rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej, zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentystry emeryta bądź rencistę (oświadczenie);
– **do Komisji Praktyk Lekarskich** – o wyrejestrowaniu praktyki indywidualnej, o zawieszeniu praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

AKTUALNE NUMERY KONT BANKOWYCH OIL W WARSZAWIE

22 1050 1041 1000 0005 0130 9736 – opłata za rejestrację praktyk lekarskich;
39 1240 6247 1111 0000 4979 2205 – spłata pożyczek z Funduszu Samopomocy Lekarskiej

Zakończ się w nowoczesnej radiologii

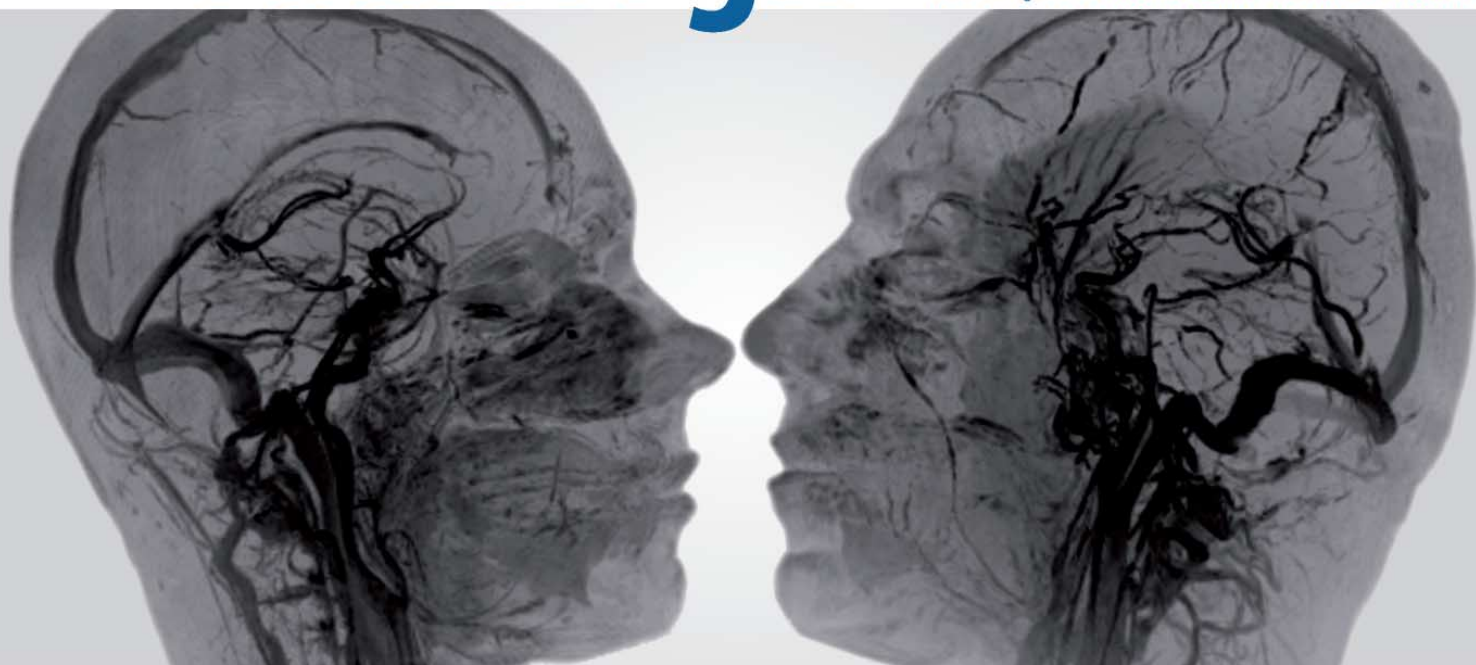


Europejskie
Centrum
Zdrowia
Otwock

telefon: 22 710 30 10

zobacz przykłady badań na:
www.ecz-otwock.pl

3-TESLOWY REZONANS MAGNETYCZNY
128-RZĘDOWY TOMOGRAF KOMPUTEROWY

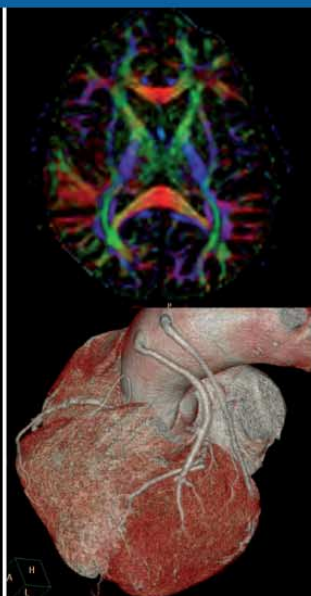
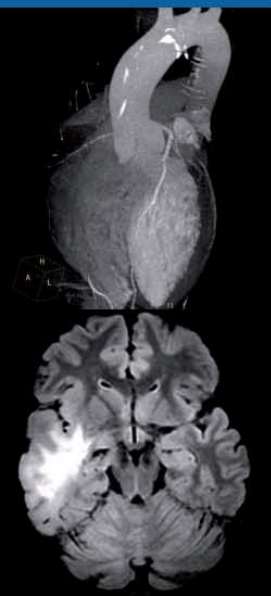


3T MR, 128-MSCT, 3D MG, cyfrowe RTG, USG, BIOPSIJE

Zapraszamy do współpracy: oferujemy pełny zakres badań obrazowych.

Zarejestruj się pod adresem e-mail: puls@ecz-otwock.pl lub telefonicznie pod tel.: 22 710 30 10
Uzyskasz stałe, większe rabaty dla Twoich Pacjentów i Ciebie oraz szereg innych korzyści*

* szczegóły na www.ecz-otwock.pl



10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.04.2014r.

Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.04.2014r.

Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

10% Kupon rabatowy
Diagnostyka Obrazowa
Kupon jest ważny do 31.04.2014r.

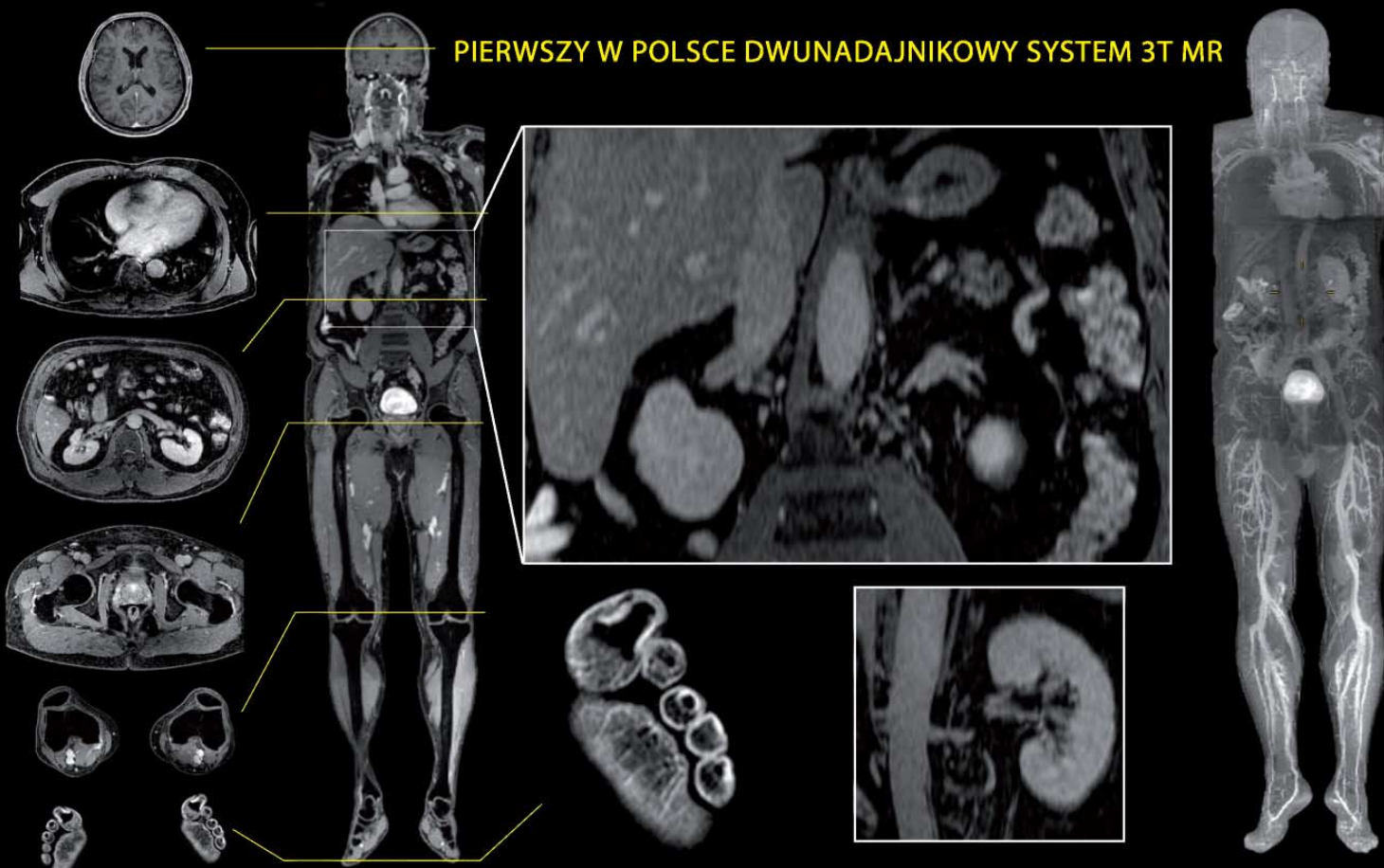
Kupon upoważnia do 10% rabatu na badania: MR, CT, mammografem 3D z tomosyntezą, RTG i USG w ECZ Otwock, ul. Borowa 14/18 Otwock.

- Zadzwoń pod nr 22 710 33 33 i umów się na badanie!
- Pamiętaj, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

Specjalność: serce, piersi, prostata, 3T Total Body MR
Bezpłatne badania TK płuc - program badań przesiewowych

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, Szpital im. Fryderyka Chopina, ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock, call-center 22 710 33 33

PIERWSZY W POLSCE DWUNADAJNIKOWY SYSTEM 3T MR



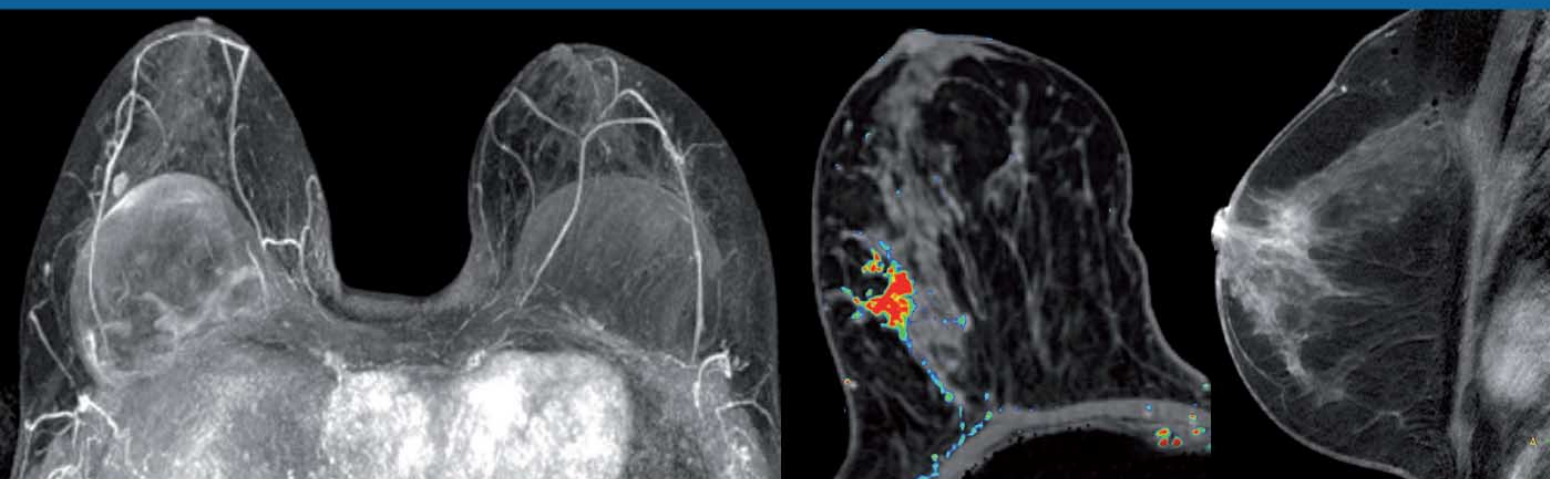
3T Total Body MR

Badanie 3D "Total Body MR" po podaniu środka kontrastowego.

3-Teslowy Rezonans Magnetyczny Philips Achieva 3T TX z technologią MultiTransmit wykonuje 1200 obrazów przekrojów poprzecznych o grubości 1.7mm (po lewej) z rozdzielczością odpowiadającą tomografii komputerowej, lecz bez promieniowania.

Opracowanie protokołu badania i rekonstrukcje wtórne - dr n.med. Łukasz Kownacki, specjalista radiolog; ECZ Otwock.

Oferujemy rzetelnie rozbudowane protokoły badań MR/CT na najwyższym akademickim poziomie. Obsługujemy 3 Kliniki CMKP zlokalizowane w naszym Szpitalu: UROLOGIA, ONKOLOGIA, KARDIOANGIOLOGIA.



3T MR Piersi

Mammografia 3T MR - bez ucisku, bez promieniowania, **możliwość biopsji pod kontrolą 3T MR.**

MR piersi to uzupełnienie innych badań diagnostycznych, wykluczenie wieloogniskowości przed operacją, kontrola wyników leczenia, kontrola w grupie ryzyka, kontrola piersi z implantami.

Prowadzimy program badań genetycznych (diagnostyka w kierunku mutacji genu BRCA-1).



Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, Szpital im. Fryderyka Chopina, ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock, call-center 22 710 33 33

Wszystkie prezentowane badania wykonano w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej ECZ Otwock - Kierownik: dr n.med. Magdalena Gola, specjalista radiolog.

W szpitalu przy ul. Barskiej likwidują oddziały. Czy ma to sens?

Szpitalny Oddział Ratunkowy w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej przy ul. Barskiej w Warszawie uroczyście otwierały władze Mazowsza i rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w grudniu 2008 r. Chwalono się, że oddział spełnia wszelkie wymagania Unii Europejskiej, a na remont pomieszczeń i wyposażenie wydano ponad 9 mln zł. W styczniu 2014 r. oddział zniknął z mapy Warszawy. To nie koniec zmian, są plany, by zlikwidować w tym szpitalu także Oddział Chorób Wewnętrznych.

Z informacji udzielonych przez dyrekcję placówki wynika, że dalsze funkcjonowanie SOR w obecnej postaci nie jest możliwe, z uwagi na brak wystarczającego zabezpieczenia lekarskiego – powiedziała „Pulsowi” rzeczniczka marszałka województwa mazowieckiego Marta Milewska (marszałek jest organem założycielskim szpitala). Dodała, że w miejscu SOR w szpitalu funkcjonować będzie izba przyjęć, „do której również będą mogły przyjeżdżać karetki”. Dyrekcja szpitala, mimo kilkakrotnie składanych próśb, do czasu wydania tego numeru nie odpowiedziała na pytania „Pulsu”.

Na początku stycznia 2014 r. lekarze SOR przy Barskiej nie podjęli się pełnienia dyżurów na Oddziale Ratunkowym. Według byłego już szefa tego oddziału Piotra Łukiewicza (sam złożył wypowiedzenie) doprowadziły do tego działania dyrekcji szpitala, polegające na nieprzedłużeniu umów z radiologami. W efekcie w szpitalu chirurgiczno-urazowym nie było możliwe bieżące wykonywanie diagnostyki obrazowej i jej natychmiastowych opisów.

– Brak lekarzy radiologów, a tym samym niemożność wykonania diagnostyki radiologicznej, oznacza niespełnienie minimalnych wymagań dla SOR, określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia, a co najważniejsze – stanowi zagrożenie dla pacjentów zarówno tego oddziału, jak i pozostałych – tłumaczy Piotr Łukiewicz.

Pacjenci, którzy wymagaliby tomografii komputerowej, mieliby być transportowani na badania do innych placówek. Poproszony o opinię w tej sprawie konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej Grzegorz Michalak uznał „na gruncie praktyki klinicznej”, że transport pacjenta do zewnętrznych ośrodków na podstawową diagnostykę TK

może stanowić w wielu przypadkach realne zagrożenie dla ich zdrowia i życia.

Piotr Łukiewicz twierdzi, że media przedstawiają wiele relacji o tragediach, do których przyczyniły się problemy organizacyjne. W szpitalu przy Barskiej lekarze nie chcieli improvizować i czekać, aż tragedia się zdarzy. Łukiewicz podkreśla, że nie chodzi o pieniądze, chociaż placówka, z powodu kłopotów finansowych, zalega z płatnościami także wobec współpracujących z nią lekarzy.

Kiedy nie udało się zatrudnić radiologów na miejscu, szpital podpisał umowę na opisy diagnostyki obrazowej z podmiotem zewnętrznym. Jednak współpraca nie układała się.

– 7 stycznia wysłanych zostało do opisu około 80 zdjęć RTG. Do godz. 13.00 nie został przysłany żaden opis – mówi Piotr Łukiewicz.

Oszczędności

Jak poinformowała nas Marta Milewska, wartość nadwykonań za zeszły rok w szpitalu to 4,3 mln zł, a o kolejne 7 mln zł za nadwykonania placówka walczy z NFZ w sądzie.

Dalsze plany dyrekcji obejmują likwidację kolejnego nierenownego oddziału. Biuro prasowe marszałka województwa informuje nas, że kierownictwo placówki pracuje nad programem restrukturyzacyjnym. „Rozważana jest koncepcja powrotu szpitala do formy placówki monospecjalistycznej – a zatem szpitala typowo urazowo-ortopedycznego, z rozwiniętą rehabilitacją. Ponieważ Ochota należy do dzielnic dobrze zabezpieczonych medycznie (szpital przy Banacha, Lindleya, z funkcjonującym SOR, Wolski oraz przy Wołoskiej), być może korzystnym rozwiązaniem będzie przeniesienie niektórych świadczeń ze szpitala przy Barskiej do innej, wielospecjalistycznej placówki. W ten sposób Barska mogłaby stać się szpitalem monospecjalistycznym” – czytamy w odpowiedzi biura na pytania „Pulsu”.

Planom likwidacji interny w tym szpitalu zdecydowanie przeciwstawia się konsultant wojewódzki ds. chorób wewnętrznych dla Mazowsza dr Marek Stopiński. – Obecnie nie widzę żadnej możliwości ograniczenia działania tego oddziału, o likwidacji nie wspominając – podkreśla.

I tłumaczy, że liczba łóżek internistycznych w Warszawie jest niewystarczająca, co wielokrotnie było sygnalizowane władzom województwa, miasta i NFZ. Wskutek tej sytuacji oddziały wewnętrzne są przepełnione.

Ten przy ul. Barskiej ma 44 łóżka i stanowi zaplecze dla chorych z Ochoty, Ursusa, Michałowic i okolic, ale spełnia też funkcje konsultacyjne wobec bardzo dużego Oddziału Ortopedii i Traumatologii i Chirurgii w tym samym szpitalu. – Nie wyobrażam sobie funkcjonowania tych oddziałów bez zaplecza internistycznego. Stanowi to zagrożenie dla leczonych w nich chorych ze złożonymi problemami internistycznymi – uważa dr Stopiński. Dodaje, że oddział przy ul. Barskiej jest istotnym wentylem bezpieczeństwa dla Szpitala Wolskiego wobec permanentnego braku miejsc internistycznych w tej jednostce.

Oczywiście na pewno w jakiejś mierze do trudnej sytuacji w placówce przy Barskiej doprowadziło niedofinansowanie oddziałów ratunkowych i chorób wewnętrznych przez NFZ. To oddziały, które w efekcie wyceny płatnika praktycznie w szpitalach w całej Polsce przynoszą straty. W czerwcu zacznie się kontraktowanie na następne lata. Tylko czy coś to zmieni? ■

Justyna Wojteczek

W dniu wysłania „Pulsu” do druku Urząd Marszałkowski poinformował o rezygnacji dotychczasowej dyrektor szpitala Mirosławy Rutkowskiej z pełnionej funkcji.



Fotografie: egw

Duże inwestycje w Szpitalu Klinicznym przy Banacha

Małgorzata Skarbek

W ostatnim czasie Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha w Warszawie pozyskał duże środki finansowe na modernizację i wyposażenie w nową aparaturę kilku swoich jednostek. Jego kierownictwo liczy, że wkrótce nastąpią dalsze korzystne zmiany.

Przede wszystkim dzięki funduszom, otrzymanym w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko” z Unii Europejskiej na lata 2007–2013, bardzo unowocześniliśmy Pracownię Kardiologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologii, kierowanej przez prof. Grzegorza Opolskiego – mówi mgr Ewa Marzena Pełczyńska, dyrektor SPCSK. – Zwiększyliśmy dostępność takich procedur jak leczenie ostrych stanów kardiologicznych, wad strukturalnych serca, poprawiliśmy jakość opieki przed zabiegami koronarografii i po nich, przy zakładaniu stentów itp.

W ramach tej inwestycji, zrealizowanej w ciągu roku kalendarzowego, zakupiono: zestaw angiograficzny z wyposażeniem, zintegrowany z nim sprzęt do ultrasonografii wewnątrzcieńcowej z opcją do wykonywania badań wirtualnej histologii, pompę do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, sprzęt do monitorowania pacjenta, dwa respiratory, dwa defibrylatory, stymulator, aparat EKG, pięć łóżek z wyposażeniem do sali wzmożonego nadzoru, zestaw do hipotermii wewnątrznaczyniowej, przenośny aparat

EKG z kompletem głowic do badań przezprętykowych. Koszt zakupu i montażu wyniósł 6,5 mln zł. Kierownikiem pracowni jest dr n. med. Janusz Kochman.

Obiekty tego szpitala budowano w latach 70., według technologii „pawilon Lipsk”, a to nie był zbyt udany twór architektoniczny, zwłaszcza pod względem szczelności i możliwości utrzymania ciepła. Toteż od wielu lat szpital jest sukcesywnie termomodernizowany. Pierwsze trzy bloki zmodernizowano w latach 2003–2007. Następny projekt przewiduje dokończenie termomodernizacji budynku D oraz ośmiu łączników. Początkowo szpital opłacał wykonanie tych prac z własnych środków, obecnie termomodernizacja kontynuowana jest dzięki dotacji Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska w ramach konkursu „Zielone inwestycje”, w wysokości 2,6 mln zł, oraz pożyczce, którą szpital

będzie spłacał przez 20 lat. Termin zakończenia przedsięwzięcia przewidziany jest na maj 2014 r.

„Zwiększono dostępność takich procedur jak leczenie ostrych stanów kardiologicznych wad strukturalnych serca, poprawiono jakość opieki przed zabiegami koronarografii i po nich, przy zakładaniu stentów itp.

– Przeprowadzenie termomodernizacji to przede wszystkim podniesienie komfortu pobytu pacjentów – mówi mgr inż. Beata Więcko, zastępca dyrektora ds. administracyjno-technicznych. – A to jest wartość nieprzeliczalna na żadne środki finansowe. Ale to także oszczędności w opłatach za ciepło. Aby całkowicie zakończyć termomodernizację, trzeba jeszcze ocieplić budynek E, w którym znajdują się pracownie diagnostyczne i jeden oddział łóżkowy, oraz zmodernizować węzły cieplne. Będziemy występować o środki dotacyjne w ramach kolejnych konkursów NFOŚ „Zielone inwestycje”.



Podniesieniu komfortu pacjentów służyły także kompleksowe remonty niektórych oddziałów, w czasie których tworzy się sale chorych z pełnymi węzłami sanitarnymi, wymieniając wszystkie instalacje (CO, wodne, kanalizacyjne, elektryczne, wentylację, klimatyzację, instalacje gazów medycznych). Po remontach oddziały dysponują salami pacjentów wyposażonymi w węzły sanitarne, nowymi pokojami zabiegowymi i opatrunkowymi. Udało się w ten sposób zmodernizować pomieszczenia Banku Komórek Krwiotwórczych i Krwi Pępowinowej oraz części dwu klinik: Kliniki Hematologii (kierowanej przez prof. Wiesława W. Jędrzejczaka) oraz Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej (kierowanej przez prof. Jacka Szmidta). Fundusze na te cele szpital uzyskał z Ministerstwa Zdrowia, z Narodowego Programu Medycyny Transplantacyjnej. Modernizację w Klinice Hematologii ukończono w 2012 r., kosztowała 2,2 mln zł. Dwie pozostałe – w 2013 r., ich koszt wynosił: 2,2 mln zł – Bank Komórek i 1,26 mln zł – część Kliniki Chirurgii.

W 2013 r. szpital z własnych środków remontował dziesięć węzłów sanitarnych na kilku oddziałach. Stan tech-

niczny tych pomieszczeń, powstałych ponad 30 lat temu, był niezadowalający, daleki od dzisiejszych standardów np. czystości, dostępności dla osób niepełnosprawnych.

Ponadto szpital ubiega się o fundusze z Programu Operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko” UE oraz o środki Ministerstwa Zdrowia na zakup aparatury diagnostycznej dla Zakładu Radiologii, a także sprzętu dla oddziałów pooperacyjnych i oddziałów intensywnej terapii, w tym na kardiologii, m.in. kardiomonitorów, respiratorów, w celu poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki pooperacyjnej.

Do końca 2014 r. można się starać o fundusze z programu PL07 – Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych (Norweski Mechanizm Finansowy oraz Mechanizm Finansowy EOG). Szpital złożył wnioski o przyznanie środków z tych projektów. Chce za nie zwiększyć dostępność diagnostyki i specjalistycznego leczenia osób powyżej 60. roku życia oraz stworzyć oddział łóżkowy przy Zakładzie Medycyny Nuklearnej. ■



Przeszedł do historii medycyny

Małgorzata Skarbek

Powstaje film fabularny poświęcony prof. Zbigniewowi Relidze. Będzie prezentował kilka niezmiernie ważnych lat w życiu znakomitego kardiochirurga. Akcja filmu zaczyna się w Warszawie, w momencie, gdy profesor podejmuje decyzję przeniesienia się do Zabrza. Potem następuje dwuletni okres kończenia budowy i organizacji zabrzańskiej kliniki oraz pierwszych operacji transplantacyjnych. Początkowo operacje te kończyły się tragicznie, aż wreszcie udało się dokonać udanego przeszczepu.

Film powstaje za zgodą żony profesora dr Anny Wajszczuk-Religi i ich dzieci.

Scenariusz jest w miarę wierny, niezmienną istotą rzeczy – mówi dr Anna Religa. – Dla mnie żaden scenariusz nie będzie doskonały, dostatecznie prawdziwy. Ale to film fabularny, zatem musi mieć pewien limit dowolności. Konsultantem jest jeden ze współpracowników męża, a w epizodycznych rolach występują wychowankowie męża.

Droga zawodowa prof. Religi była tak niezwykle bogata i pełna różnych wątków, że faktycznie trudno by było pomieścić je w jednym filmie. Dr Anna Religa także wspomina tylko niektóre.

Najwcześniejsze są związane z okresem studiów. Poznali się bowiem już wtedy, w latach 50. XX w. w Warszawie. Od trzeciego roku medycyny byli parą, a pobrali się podczas stażu przeddyplomowego w 1962 r. Po studiach Anna od razu zaczęła pracę w Zakładzie Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej AM. Tam spędziła całe życie zawodowe, obroniła doktorat (temat pracy: „Wpływ katecholamin w niewydolności mięśnia sercowego”).

– Wykonywałam dużo badań na izolowanych narządach zwierząt – mówi dr Anna Religa. – Pisaliśmy jedne z pierwszych prac na temat betablokerów. Były nawet cytowane w podręcznikach amerykańskich. Potem jeszcze pracowałam nad betablokerami w USA. Pod koniec lat 80. podjęłam działalność dydaktyczną, prowadziłam ćwiczenia i seminaria z fizjologii.

Zbigniew Religa większość stażu spędził na chirurgii, bo od trzeciego roku studiów był zdecydowany na tę specjalizację.

Pierwsze lata pracy charakteryzowały się licznymi zmianami. Najpierw przez trzy miesiące pracował w szpitalu w Wyszkowie, gdzie mieszkał w hotelu pielęgniarskim, i raz w tygodniu dojeżdżał do domu. Potem była służba wojskowa w Sandomierzu i znów dojazdy. W tamtych czasach były one nie lada problemem, np. przepełnionym autobusem do Wyszkowa jechało się trzy godziny. Dowódcą jednostki w Sandomierzu był frontowy pułkownik, sympatyczny i życzliwy. On pomógł młodemu lekarzowi przenieść się do Warszawy, gdzie trafił do jednostki lotniczej na Bemowie.

Po wojsku dr Religa rozpoczął pracę w Szpitalu Wolskim. Z tego okresu utrwalił się w pamięci dr Anny Religi ordynator urologii, dr Józef Dackiewicz, dzięki któremu jej mąż zdobył doświadczenie chirurgiczne z zakresu urologii, a potem przeszedł na chirurgię u prof. W. Sitkowskiego.

Pierwsza połowa lat 70. to znów wyjazdy, tym razem do Stanów Zjednoczonych. Po zdaniu egzaminów Educational Commission for Foreign Medical Graduates dr Religa wyjeżdżał na stypendia do wielu renomowanych klinik, specjalizujących się w chirurgii naczyniowej, m.in. do prowadzonej przez prof. St. Wesołowskiego (Amerykanina polskiego pochodzenia w trzecim pokoleniu, ale dobrze mówiącego po polsku, jednego z pierwszych, który wprowadził grafty) w Mercy Hospital Rock Wille Center na Long Island. Po powrocie dr Religa zaczął wprowadzać operacje naczyniowe, np. tętnic szyjnych, tętnic kręgowych.

Anna Religa też była wówczas na stypendium – w Nowym Jorku, a potem koło Bostonu, ale nie pracowali razem. Dzieło ich 200 mil. Znaleźli jednak okazję do wspólnego objazdu kilku ośrodków medycznych w różnych stanach USA.

– Zastanawialiśmy się nad pozostaniem w USA, bo ja miałam propozycję pracy w swoim szpitalu, przy badaniach przedklinicznych, męża też chciano zatrzymać – wspomina Anna Religa. – Ale wróciliśmy. Część amerykańskich lekarzy traktowała Polaków protekcyjnie i to męża bardzo irytowało. Dwa lata później wyjechał do prof. Adriana Kantrowitza, do Detroit, na rezydenturę na kardiochirurgii w Sinai Hospital. W Detroit mąż miał już wysoką pozycję, pod koniec pobytu był szefem rezydentów. W późniejszych latach utrzymywał kontakty z prof. Kantrowitzem, wspólnie pracowali nad balonem wewnątrzaoortalnym i tzw. łąką zewnątrzkomorową – metodami wspomaganego krążenia w niewydolności serca.



Fot. archiwum rodzinne

Kantrowitz był w Polsce kilka razy. Zmarli prawie w jednym czasie. W Stanach mąż poznał też Argentynkę prof. René G. Favalaro, który pierwszy wprowadził by-passy wieńcowe. Także utrzymywali kontakty, pierwsze prototypy sztucznych komór były wypróbowywane w Argentynie.

Od tych wyjazdów do USA datowała się wielka przyjaźń prof. Religi z Polonią amerykańską. Dzięki niej w Klinice Heart Lung Center w Deborah w późniejszych latach uratowano zdrowie wielu polskim dzieciom. Polonia, a także Barbara Piasecka-Johnson, opłacała pobyt: mieszkania, wyżywienie i transport dzieci i ich rodziców, a prof. Religa oraz jego współpracownicy dojeżdżali i wykonywali operacje, szkolili się w kardiologii dziecięcej.

Było to jednak znacznie później. Na początku lat 80. prof. Religa podjął jedną z najważniejszych decyzji w życiu. Pracował wtedy w Instytucie Kardiologii w Warszawie i uważał, że jest przygotowany do rozpoczęcia zabiegów transplantacyjnych. Prof. Wacław Sitkowski, jego szef, mimo że jak na polskie warunki był otwartym człowiekiem, nie wyrażał zgody na taki krok. Decyzja o przejściu była trudna, ale prof. Religa postanowił przenieść się do Zabrze, które dawało szansę szybkiego rozwoju kardiologii. Pojawiła się też możliwość uzyskania funduszy na rozbudowę ośrodka.

5 listopada 1985 r. zespół lekarzy kierowany przez prof. Religę wykonał pierwszy udany zabieg przeszczepienia serca w Polsce. Ten sukces nie tylko pchnął naszą kardiologię na nowe tory. Sprawił także, że prof. Religa stał się człowiekiem znanym i podziwianym. Socjolog powiedziałby, że „stał się mieszkańcem masowej wyobraźni”. Dalsze jego losy przez

wszystkie następne lata niezmiennie śledziła cała Polska. Kolejne udane operacje, rektorowanie w Śląskiej Akademii Medycznej, powrót do Warszawy – kierowanie najpierw szpitalem MSW, a potem Instytutem Kardiologii. Następnie wejście w politykę, pracę w parlamencie i kierowanie Ministerstwem Zdrowia. Aż po zmaganie się z nieuleczalną chorobą.

Dla dr Anny Religi ważne jest też to, że mąż pozostawił licznych wychowanków. Mówi: – *Wychował całe pokolenie uczniów. Nawet nie potrafię ich wszystkich wymienić, ale wiem, że jest wśród nich dziewięciu profesorów i wielu kierowników klinik. Pozostał też ośrodek w Zabrze, w którym kontynuuje pracę prof. Marian Zembala. Rozbudowuje go w sensie fizycznym – aparaturą, a także rozwija, wprowadzając nowe techniki – np. transplantację płuc, chce się zająć mukowiscydozą.*

Pozostał też dorobek pisany, około 180 publikacji, kilka książkowych – na temat kardiologii dziecięcej i dorosłych, transplantacji.

W ślady ojca poszedł syn Grzegorz, który jest kardiologiem w Aninie. Pracuje także nad sztuczną komorą serca. To jego dodatkowa pasja. Natomiast córka Małgorzata daleko odeszła od zainteresowań rodziny – jest sinologiem, kierownikiem Zakładu Sinologii na UW. Interesuje się literaturą.

– *Mąż zawsze żył tym, co robił w danej chwili. Angażował się maksymalnie – kończy wspomnienia dr Anna Religa. – Tak było, gdy zaczynał pracę. Gdy odszedł z Warszawy, całą energię poświęcił Zabrze. I tak było, gdy odszedł z medycyny, odsunął ją i zajął się polityką.* ■

Z okazji obchodów Światowego Dnia POChP Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zorganizował 36. sesję Szkoły Pneumologii, w całości poświęconą tej ważnej chorobie. Opiekunami naukowymi szkolenia byli: prof. **Wiesław Pierzchała**, prezes-elekt PTChP, prof. **Joanna Chorostowska-Wynimko**, dyrektor ds. nauki Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, prof. **Robert Mróz** z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i prof. **Tomasz Targowski** z Wojskowego Instytutu Medycznego. Podczas uroczystego otwarcia wręczono nagrody 8. Konkursu im. prof. Janiny Misiewicz dla młodych pneumologów. W kategorii prac klinicznych wyróżnienie otrzymał dr **Tomasz Urbankowski** ze Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Pneumologii WUM, którym opiekuje się prof. Joanna Domagała-Kulawik. W dziedzinie prac doświadczalnych najlepszy był artykuł dr. **Adama Szpechcińskiego** z Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej IGiChP, kierowanego przez prof. Joannę Chorostowską-Wynimko.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc – narastający problem zdrowotny

Następnie powitano Honorowego Gościa sesji – prof. Joannę Chorostowską-Wynimko, podkreślając jej wielkie zaangażowanie w badania genetyczne nad niedoborem alfa₁ antytrypsyny, w tworzenie polskich standardów dotyczących tego problemu, prowadzenie badań epidemiologicznych w Polsce i w regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Przypomniano także jej działalność pedagogiczną – edukację lekarzy i wychowanie kilku laureatów Konkursu im. prof. Janiny Misiewicz. Prof. Chorostowska-Wynimko rozpoczęła część naukową sesji wykładem poświęconym patogenezie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Przypomniała wpływ palenia papierosów i innych czynników na rozwój tej choroby. Omówiła zmiany obserwowane na poziomie komórkowym i molekularnym. Wskazywała, jak znajomość tych problemów ułatwia poszukiwanie skutecznych leków. Porównując zaburzenia obserwowane w astmie i w POChP, krytycznie odniosła się do poglądu wygłaszanego przez część alergologów, że POChP to „stara astma”.

Wykład prof. Tomasza Targowskiego był natomiast przypomnieniem obrazu klinicznego choroby, w którym dominuje przewlekły kaszel i narastająca duszność podczas wysiłku. Profesor przedstawił najczęściej spotykane fenotypy choroby i zależny od nich odmienny przebieg. Zwrócił uwagę na znaczenie zaostrzeń i na czynniki, które je wywołują. Dr **Tadeusz Przybyłowski** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycz-

nego przybliżył słuchaczom zagadnienie badań czynnościowych układu oddechowego u chorych na POChP. Na podstawie konkretnych przypadków klinicznych omówił przydatność i ograniczenie badania spirometrycznego. Wskazał wartość oceny pletyzmograficznej pozwalającej wykryć nadmierne upowietrzenie płuc, które powoduje obniżenie tolerancji wysiłku w tym schorzeniu. Zwrócił uwagę na potrzebę pomiaru gazów krwi tętniczej, który pozwala zróżnicować ostrą niewydolność oddechową od zaostrzenia przewlekłej, a także całkowitą od częściowej. Omówił też pomocne w ocenie stopnia zaawansowania zmiany badania wysiłkowe, takie jak prosty 6-minutowy test marszu i bardziej skomplikowane płucno-sercowe próby wysiłkowe.

Niezwykle pasjonujący wykład na temat nowelizacji zaleceń GOLD 2011 i 2013 wygłosił prof. Władysław Pierzchała. Bardzo krytycznie odniósł się do wiedzy, jaką udało się do tychczas zgromadzić w tym zakresie, wskazując jak dużo jeszcze jest nierozwiązanych problemów, jak słabe są dowody skuteczności wielu zalecanych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Zwrócił uwagę na rozbieżności w poglądach dotyczących POChP wypowiedzianych przez różne międzynarodowe gremia. Uwidocznili słabości obowiązujących zaleceń. Przestrzegali przed niedoskonałymi zapisami, które krępować będą lekarza w wyborze skutecznych metod diagnostycznych lub leczniczych, a równocześnie wykorzystywane będą przez płatnika świadczeń zdrowotnych do naliczania kar umownych. Wszystko to razem bardzo utrudnia lekarzom opiekę nad tymi chorymi i wymaga od nich nieustannego, uważnego śledzenia zmian i unowocześniania swej wiedzy.

Drugą sesję rozpoczął prof. **Andrzej Fal** z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wykładem, w którym przedstawił trudne w praktyce klinicznej zagadnienie nakładania się astmy i POChP. Zdefiniowanie tego problemu od lat jest przedmiotem dyskusji. Nie jest również łatwe leczenie cierpiących na te choroby pacjentów. Do powstania wspomnianego zespołu niewątpliwie przyczyniają się: palenie papierosów, atopia i nawracające zakażenia układu oddechowego. Dr **Patrycja Grabowska-Krawiec** z WIM omówiła problem diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny. Mimo że standardy w tym zakresie nie są skomplikowane, a leczenie często przynosi poprawę, nadal bardzo niewielu lekarzy pierwszego kontaktu, ale też specjalistów, odnotowuje uzależnienie od nikotyny w dokumentacji medycznej, zaleca porzucenie nałogu i proponuje leczenie. Wciąż rekomendowana jest minimalna interwencja antynikotynowa 5 x P (pytaj, poradź, pamiętaj, pomagaj, planuj). Dr Grabowska-Krawiec przypomniała farmakologiczne i nefarmakologiczne metody leczenia uzależnienia od nikotyny.

Prof. J. Chorostowska-Wynimko w swoim drugim wykładzie zdefiniowała rolę wziewnych i ogólnoustrojowych glikokortykosteroidów w leczeniu POChP. Podkreśliła konieczność krótkiego stosowania dużych dawek doustnych glikokortykosteroidów w okresie zaostrzenia choroby, maksymalnie do dwóch tygodni. Po tym okresie zaczyna bowiem narastać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Udowodniony jest wzrost liczby zapaleń płuc u chorych leczonych dużymi dawkami wziewnych glikokortykosteroidów.

W kolejnym wykładzie prof. Robert Mróz przedstawił miejsce inhibitorów fosfodiesterazy w leczeniu POChP. Szczegółowo omówił mechanizm działania tych leków na poziomie komórkowym. Ten trudny aspekt farmakologii pozwala lepiej zrozumieć działanie stosowanych leków. Do znanych od wielu lat preparatów teofiliny w ostatnim czasie dołączyły nowe leki, takie jak roflumilast – innowacyjny lek stosowany już z powodzeniem w POChP.

W swoim drugim wykładzie prof. A. Fal zaprezentował szczególnie ważną w POChP grupę leków rozszerzających oskrzela. Na podstawie najnowszej literatury, niekiedy nawet sprzed kilku dni, wskazał słuchaczom, które leki są szczególnie skuteczne i polecane. Najważniejszą grupą stają się długodziałające cholinolityki. Z powodu niezrozumiałych decyzji administracyjnych polscy pacjenci mają dostęp tylko do jednego z nich. Oczywiście nadal długo- i krótkodziałające betamimetyki są ważnymi lekami, skutecznymi w praktyce klinicznej. Wykład doc. **Dariusza Jastrzębskiego** ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego dotyczył niezwykle ważnego zagadnienia, jakim jest rehabilitacja chorych na POChP, a także pacjentów z rakiem płuca i chorobami śródmiąższowymi płuc. Pomimo ewidentnych dowodów skuteczności takiego postępowania, dostępność tej metody dla polskich chorych jest bardzo ograniczona.

Dr **Jacek Nasiłowski** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego omówił znaczenie nieinwazyjnej wentylacji w leczeniu POChP. U chorych, którzy wymagają hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby, metoda ta pozwala uniknąć intubacji, zmniejsza śmiertelność i skraca czas pobytu w szpitalu. W pewnych przypadkach, ze znaczną hiperkapnią i objawami hipowentylacji, nieinwazyjna wentylacja może być również stosowana przewlekłe u chorych leczonych w domu po zaostrzeniu. Nie ma natomiast danych przemawiających na korzyść stosowania nieinwazyjnej wentylacji rutynowo, u wszystkich chorych z ciężką postacią POChP.

Na zakończenie trzeciej sesji dr **Piotr Dąbrowiecki** z WIM zainteresował słuchaczy problemem zasad aeroterapii. Nie sposób leczyć dziś chorych na choroby obturacyjne układu oddechowego bez gruntownej wiedzy w tej dziedzinie. Na rynku jest bardzo wiele różnego rodzaju aparatów służących do inhalowania i lekarz musi wiedzieć, jak należy się nimi posługiwać. Niezwykle ważne jest staranne wytłumaczenie choremu zasad stosowania poszczególnych urządzeń. Równie duże znaczenie ma sprawdzenie, czy chory dobrze realizuje instrukcje w praktyce, gdyż inhalator źle użyty nie przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Zaprezentowano również teoretyczne podstawy stosowania leków wziewnych.

W ostatniej sesji dr Jacek Nasiłowski przedstawił zasady domowej tlenoterapii. Metoda ta pozwala wydłużyć czas przeżycia pacjenta w POChP w okresie niewydolności oddechowej. Bardzo dobrze rozwijająca się sieć Poradni Domowego Leczenia Tlenem zapewnia chorym na POChP dostęp do stacjonarnych aparatów służących do leczenia tlenem. Niestety, polscy pacjenci są w praktyce pozbawieni możliwości korzystania z przenośnych źródeł dostarczania tlenu, co wyklucza uczestniczenie w szeroko pojętym życiu społecznym. To ewidentna ich dyskryminacja, nie tylko w stosunku do pacjentów w innych krajach, lecz także w porównaniu z cierpiącymi na inne choroby, którzy korzystają w Polsce ze znacznie droższych procedur, np. dializoterapii w przypadku niewydolności nerek.

W kolejnym wystąpieniu przypomniałem aktualny stan wiedzy w dziedzinie szczepień ochronnych chorych na POChP. Zdumiewające jest, że mimo dobrze udokumentowanych dowodów skuteczności i bezpieczeństwa szczepień, które zmniejszają śmiertelność, liczbę zaostrzeń i hospitalizacji, zdecydowana większość polskich chorych na POChP nie jest szczepionych przeciwko grypie i pneumokokom. Zalecenie wykonywania tych szczepień u cierpiących na wspomnianą chorobę znalazło się w światowych, amerykańskich, europejskich i polskich rekomendacjach.

Przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę i POChP, dr **Piotr Dąbrowiecki**, przedstawił rolę edukacji pacjentów w poprawie efektów leczenia. Chory rozumiejący istotę swej choroby, znający sposoby radzenia sobie w różnych sytuacjach ma mniej zaostrzeń i rzadziej trafia do szpitala, a także dłużej i lepiej żyje. Zapracowanym lekarzom w naszym kraju bardzo trudno poświęcić czas na gruntowne szkolenie pacjentów. Dlatego powinny powstać szkoły dla cierpiących na POChP i inne choroby przewlekłe o znaczeniu społecznym. Dobrze przygotowani edukatorzy mogą pomóc lekarzom osiągnąć lepsze wyniki terapeutyczne.

Na koniec zwrócono uwagę, w jaki sposób organizacje pacjentów współpracujące ze środowiskiem medycznym przyczyniają się do poprawy opieki nad chorymi. Uczestniczą one w konsultacjach w Ministerstwie Zdrowia i w NFZ, których celem jest wypracowanie akceptowalnego przez decydentów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na obturacyjne choroby płuc.

Fot. J. Jagodziński



Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko

W ramach obchodów Światowego Dnia POChP Warszawsko-Otowski Oddział PTChP wspólnie z Federacją Stowarzyszeń Chorych na Astmę i POChP zorganizował akcję bezpłatnych spirometrii i konsultacji pneumonologicznych dla mieszkańców Mazowsza. Wzięły w niej udział ośrodki pneumonologiczne w Wojskowym Instytucie Medycznym, Poradnia Pulmonologiczna przy ul. Dąbrowszczaków w Warszawie, Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku, Szpital MSW i Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Zainteresowanie akcją było duże, szczególnie wśród osób z objawami problemów ze strony układu oddechowego. Wśród ponad 200 kompleksowo przebadanych pacjentów u około 60 rozpoznano POChP, nierzadko nawet z ciężką obturacją w badaniu spirometrycznym. Potwierdza to, jak wielkie znaczenie ma ułatwienie chorym dostępu do tych badań i do konsultacji specjalistycznych. ■

Następna sesja Szkoły Pneumologii poświęcona rakowi płuca odbędzie się 15 lutego 2014 r. w sali NOT, przy ul. Czackiego 3/5.

Tadeusz Maria Zielonka
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM,
przewodniczący Warszawsko-Otowskiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Wojewódzki Szpital w Radomiu stał się spółką

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu przestał istnieć. W jego miejsce utworzono spółkę Mazowiecki Szpital Specjalistyczny. Co ta zmiana oznacza dla pacjentów i pracowników placówki?

Szpital zakończył 2013 r. z 30-milionową stratą w budżecie. To była główna przyczyna przekształcenia go w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. Wprowadzenie takiego rozwiązania nakłada bowiem na samorządy ustawa o działalności leczniczej. – *Jeśli placówka ma ujemny wynik finansowy, samorząd województwa musi pokryć deficyt lub ją przekształcić* – przypomina Marta Milewska, rzecznik prasowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego.

Jej zdaniem – dzięki tym zmianom – powinno poprawić się zarządzanie radomskim szpitalem, a także jego sytuacja finansowa. Samorząd województwa już odciążył placówkę, przejmując część zobowiązań w wysokości około 8 mln zł.



Fot. R. Natorski

Czy przekształcenie szpitala w spółkę odczują pacjenci? Według władz Mazowsza nie będzie to dla nich zauważalne. W dłuższej perspektywie ma się nawet zwiększyć liczba hospitalizacji i porad ambulatoryjnych, jak miało to miejsce w innych przekształconych na Mazowszu placówkach (w formie spółek działają już m.in.: Mazowiecki Szpital Bródnowski, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica, Mazowieckie Centrum Stomatologii w Warszawie i Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach).

Dzięki nowej formie organizacyjnej radomski szpital może świadczyć usługi komercyjne, co ma podreperować jego budżet. Ta perspektywa niepokoi polityków PiS. – *Pierwszeństwo będą mieli pacjenci, którzy zapłacą za operacje* – ostrzegął na konferencji prasowej poseł Marek Suski.

Jednak szefostwo Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego zapewnia, że priorytetem pozostaną usługi świadczone w ramach kontraktu z NFZ. – *W innych placówkach przekształconych w spółki skala dodatkowej, komercyjnej działalności jest bardzo niewielka* – tłumaczy Marta Milewska.

Na zmianach nie powinni także stracić pracownicy lecznicy. Zgodnie z ustawą, personel przekształcanego SPZOZ stał się z mocy prawa załogą nowej spółki.

Jednak nie oznacza to pewności zatrudnienia. W poszukiwaniu oszczędności spółka planuje bowiem „wyprowadzenie” niektórych usług poza szpital i zlecenie firmom zewnętrznym np. sprzątnięcia obiektu, prania oraz gotowania posiłków dla pacjentów. Część dotychczasowego personelu może w związku z tym otrzymać wypowiedzenia.

Wysokość kontraktu na 2014 r., jaki radomski szpital podpisał z NFZ, jest bardzo podobna do ubiegłorocznej i wynosi 105 mln zł. Jednak w 2013 r. placówka zrealizowała usługi medyczne za 116 mln zł i z tym problemem będzie musiał zmierzyć się zarząd nowej spółki. Jej prezesem została Luiza Staszewska, która pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. W Radzie Nadzorczej znaleźli się: Mirosław Ślifirczyk (starosta radomski), Jerzy Kacak (mazowiecki wojewódzki inspektor transportu drogowego), Krzysztof Zaliowski (spółka PGE) i Mirosław Szadkowski (dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Ruchu Drogowego w Radomiu). ■

Rafał Natorski

Jak ważny jest zdrowy sen...

Pionierski program diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu jest realizowany w radomskich szkołach podstawowych. Badanie obejmie blisko 2 tys. dzieci.

Brak odpowiedniej ilości tlenu w organizmie i zaburzona struktura snu prowadzą do zakłóceń rozwoju fizycznego i psychicznego oraz wystąpienia chorób układu krążenia. – *Dlatego tak istotna jest wczesna diagnostyka i podjęcie skutecznego leczenia* – tłumaczy Wojciech Kukwa z Fundacji „Zdrowy Sen”, która realizuje projekt.

Radom jest jednym z pierwszych miast, które zdecydowało o przeprowadzeniu badań przesiewowych u dzieci pod kątem zaburzeń oddychania podczas snu. Na początku rodzice otrzymują ulotkę o projekcie oraz nalepkę informacyjną do dzienniczka ucznia. Potem dziecko jest diagnozowane na podstawie ankiety. Rodzice otrzymują informację o stopniu ryzyka występowania u ich dziecka zaburzeń oddychania podczas snu oraz ewentualnej potrzebie konsultacji laryngologicznej lub pediatrycznej.

Do końca grudnia 2013 r. udało się skontrolować uczniów dziewięciu szkół podstawowych, w 2014 przebadane zostaną dzieci z pozostałych radomskich podstawówek. W sumie projekt obejmie 2 tys. młodych ludzi, u których mogą pojawić się zaburzenia oddychania podczas snu. ■ **raf**

Podział środków na leczenie do poprawy

W grudniu 2013 r. w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego w Warszawie z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia zorganizowano spotkanie z udziałem eksperta WHO dr. Nagy Balazsa oraz dyrektor Biura WHO w Polsce dr Pauliny Miśkiewicz, dotyczące algorytmu podziału środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia między oddziały wojewódzkie.

Urząd Marszałkowski podaje, że w ramach umowy o współpracy, zawartej między Europejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia a Ministerstwem Zdrowia na lata 2012–2013, realizowany jest priorytet w zakresie finansowania w ochronie zdrowia. Spotkanie dotyczyło oceny aktualnie wykorzystywanej w Polsce formuły alokacji środków oraz propozycji sposobów poprawy działań w tym zakresie na podstawie międzynarodowego doświadczenia. Z ramienia Zarządu Województwa Mazowieckiego w rozmowach uczestniczył wicemarszałek Krzysztof Grzegorz Strzałkowski, który przedstawił problemy wynikające z obecnego sposobu podziału środków. Dokonywany jest on w oparciu o algorytm określony rozporządzeniem ministra zdrowia. W nowych zasadach nie zostały uwzględnione kwestie różnic wynikających z realnej wysokości składek zdrowotnych płaconych przez mieszkańców poszczególnych województw oraz faktyczne koszty udzielania świadczeń medycznych w województwach. „Od 2010 r. jedynie dzięki uruchomieniu środków z funduszu zapasowego możliwe było zgromadzenie środków finansowych na zrealizowanie niezbędnych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa mazowieckiego. Jednak jest to działanie o charakterze interwencyjnym i nie może być traktowane jako trwałe mechanizm finansowy” – podaje urząd.

Eksperci z WHO prześlą uwagi przedstawicieli samorządu województwa Ministerstwu Zdrowia, by zostały wzięte pod uwagę podczas tworzenia nowego algorytmu podziału środków.

pk

Nowy wojewódzki inspektor sanitarny

Maria Pawlak została powołana na stanowisko wojewódzkiego inspektora sanitarnego w Warszawie.

Zastąpiła Małgorzatę Czerniawską-Ankiersztein, która przeszła na emeryturę. Powołanie wręczył nowemu szefowi mazowieckiej inspekcji sanitarnej wojewoda Jacek Kozłowski. Maria Pawlak jest absolwentką Akademii Medycznej w Lublinie, gdzie ukończyła Wydział Lekarski. Zdobyła specjalizację w zakresie chorób zakaźnych oraz w dziedzinie medycyny rodzinnej. Ukończyła również podyplomowe studia z planowania i zarządzania w ochronie zdrowia. Pracę zawodową rozpoczęła na Oddziale Zakaźnym Szpitala Rejonowego w Kozienicach. Następnie, od 1989 r., przez 11 lat była ordynatorem tego oddziału. Od 2000 r. pełniła funkcję powiatowego inspektora sanitarnego w Kozienicach.

pk

Pracownia rezonansu magnetycznego w Ostrowi Mazowieckiej

W styczniu br. w Szpitalu Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej otwarta została pracownia rezonansu magnetycznego.



Fot. W. Surowiecki

Pracownię w pomieszczeniach szpitala otworzyła zewnętrzna firma z Łodzi. Wyposażono ją w aparat o mocy 1,5 tesli z cewką mammograficzną, co znacznie rozszerza możliwości diagnostyczne szpitala. Personel obsługujący aparat został już przeszkolony i w ciągu kilku najbliższych dni rozpoczyna się badanie pacjentów. Największym problemem pozostaje brak kontraktu z NFZ, ale są czynione starania, aby go uzyskać.

kb

„Pro Masovia”

W listopadzie 2013 r. odbyło się robocze spotkanie kierowników podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego.



Stało się ono okazją do uhonorowania Medalem Pamiątkowym „Pro Masovia” Ewy Łagońskiej, dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Marszałek Adam Struzik, wręczając odznaczenie, podziękował pani dyrektor za długoletnią owocną współpracę i efektywne zarządzanie trudnymi sprawami z zakresu zdrowia i polityki społecznej. Podkreślił, że właśnie dzięki jej wiedzy, praktyce, zaangażowaniu i w wielu przypadkach determinacji szpitale mazowieckie pracują na poziomie godnym XXI w. Ze względu na swe doświadczenie zawodowe i zaangażowanie wniosła znaczący wkład w pracę Urzędu Marszałkowskiego, a jej postawa budzi szacunek i uznanie zarówno klientów urzędu, jak i współpracowników, stając się wzorem do naśladowania. Ewa Łagońska jest z wykształcenia lekarzem internistą, geriatrą. Pracowała jako lekarz, kierownik przychodni i zastępca dyrektora ds. opieki zdrowotnej w zespołach opieki zdrowotnej w Łodzi, Płocku i Skierniewicach, później w Krajowym Związku Kas Chorych jako dyrektor departamentu świadczeń zdrowotnych. Od 23 kwietnia 2001 r. swoją drogę zawodową związała z Urzędem Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego w Warszawie.

pk

Protest przed siedzibą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

W grudniu ub.r. pracownicy Szpitala Powiatowego w Wołominie oraz mieszkańcy powiatu wołomińskiego protestowali przed siedzibą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zdaniem przedstawicieli placówki propozycja kontraktu NFZ to rozbój monopolisty wobec Szpitala Powiatowego w Wołominie. Szpital wołomiński, który swoim zasięgiem obejmuje największy powiat Mazowsza (prawie ćwierć miliona mieszkańców), ma kontrakt na poziomie zawartych z placówkami opiekującymi się 100-tysięczną populacją.

W opinii protestujących problem 8 mln zł za nadwykonania w 2013 r., wynikający z hospitalizacji pacjentów w trybach nagłych, NFZ chce rozwiązać przez przelewanie z pustego w próżne. Na 2014 r. fundusz proponuje zmniejszyć kontrakt chirurgii o 0,9 mln zł, ortopedii – o 1 mln zł, okulistyki – o 0,6 mln zł. W zamian ma zwiększyć finansowanie oddziałów generujących nadwykonania, za które w świetle prawa i tak musi zapłacić. Protestujący żądali zwiększenia kontraktu na leczenie szpitalne, szczególnie w zakresie chorób wewnętrznych, neurologii i intensywnej terapii, przynajmniej do wysokości nadwykonań wynikających z realizacji procedur nagłych. Sprzeciwili się ograniczaniu kontraktu w obszarach zabiegowych i planowych. Apelowali do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o ponowne zweryfikowanie propozycji aneksu dotyczącego świadczeń medycznych dla Szpitala Powiatowego w Wołominie na 2014 r. i przyznanie racjonalnie wycenionego kontraktu. ■ **pk**



Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zaprasza do Domu i Klubu Lekarza w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54.

Klub, czynny codziennie w godz. 12.00–22.00, jest otwarty dla środowiska lekarskiego Warszawy w celu odbywania posiedzeń naukowych, szkoleniowych, spotkań kulturalnych i towarzyskich oraz imprez okolicznościowych. Restaurację w Klubie Lekarza prowadzi kucharz warszawski Sylwester Puchta, który zaprasza na degustację kuchni polskiej i nie tylko.

Ponadto dysponujemy czterema pokojami gościnnymi oferowanymi w niskich cenach lekarzom i ich rodzinom.

Tel.: 22-822-23-42, 22-823-96-82, 22-823-96-83; e-mail: rezerwacja@klublekarza.pl

Sprzedam nowoczesny NZOZ stomatologia w centrum Bytomia (woj. śląskie) wraz z lokalem o pow. 113 mkw. NZOZ trzystanowiskowy, radiowizjografia, rtg punktowe, panoramiczne, lampa Beyond. 20 lat tradycji – duża baza pacjentów. Kontrakt z NFZ. Tel. 502-22-25-02.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Radomiu, 26-600 Radom, ul. Czachowskiego 21A **zatrudni** na stanowisku lekarza orzecznika ZUS lekarzy posiadających II stopień specjalizacji. Istnieje możliwość podjęcia zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy. Tel. 48-385-63-67

Odstąpię gabinet zabiegowy – ginekologiczny. Wilanów – Śródmieście. Powód: zmiana gabinetu. Dr E. Siwik – tel.: 501-10-34-56.

Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Tomaszów Maz., ul. Jana Pawła II 35, **zaprasza do współpracy** lekarzy: specjalistów I i II stopnia, lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych w ramach równoważnika jednego etatu przeliczeniowego oraz w ramach dyżurów medycznych – na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Proponujemy atrakcyjne warunki współpracy. W sprawie zatrudnienia należy skontaktować się z prezesem zarządu. Tel. 44-725-71-34 lub bezpośr. 44-725-71-31.

Ginekologiczna Poradnia Lekarska (Warszawa-Praga) zatrudni: **lekarzy ginekologów** w trakcie specjalizacji (od czwartego roku) oraz **kierownika medycznego**. www.Poradnia-Lekarska.pl Zadzwonić. Warto. **Tel. 533-66-99-55**



Moje gender

Janina Jankowska

Bolą już uszy od decybeli w mediach na temat *gender*. Najczęściej rozmówcy wykrzykują swoje kwestie jednocześnie. Dziennikarze tak zręcznie dobierają gości, by słuchacz nic z tego nie mógł zrozumieć. Posłanka Kępa z prof. Senyszyn, księża, profesorowie, feministki, o co tu chodzi? W dodatku *gender* stał się papierkiem lakmusowym. Jesteś za – reprezentujesz postęp, jesteś przeciw – ciemnogród. Biskupi piszą list duszpasterski do wiernych. Grupa naukowców pisze list do biskupów. Mam wrażenie, że jedni mówią o czym innym niż drudzy.

Gender to kierunek badań czy ideologia? A może jeszcze coś więcej?

Z *gender*, jako kierunkiem badań na socjologii, spotkałam się wiele lat temu. Zainteresowała mnie tym zagadnieniem przyjaciółka, socjolog, prof. Aldona Jawłowska. Ot, badania zachowań kulturowych związanych z rolą mężczyzny i kobiety w różnych społeczeństwach, w różnych epokach. Ciekawe. Kierunek badań nie walczył z nikim, nie był przedmiotem ataku Kościoła. Po prostu nowe narzędzia opisu społeczeństwa. Co się stało? Dlaczego tak zinstrumentalizowano naukę? Czynią to feministki i atakujący *gender* hierarchie Kościoła katolickiego. Myślę, że chodzi tu o coś innego.

Sprawę wyjaśnia pojęcie *gender mainstreaming*, tj. instrument polityki równościowej przyjęty jako strategia międzynarodowa w 1995 r. przez Światową Konferencję ONZ na Pekińskiej Platformie Działania. Zatem pojawiają się pojęcia „instrument”, „polityka” i „strategia”. UE uznała *gender mainstreaming* za mechanizm wdrażania polityki równości szans kobiet i mężczyzn we wszystkich obszarach działania wspólnoty (Traktat Amsterdamski, 1997). Równość ekonomiczna kobiet i mężczyzn – brzmi dobrze. Całe życie, pracując na równorzędnych stanowiskach, zarabiałam mniej niż faceci. I w socjalizmie, i w wolnej Polsce. Nawet w XXI w., jako szefowa Studia Reportażu i Dokumentu, pod względem wysokości wynagrodzenia byłam na końcu listy kadry kierowniczej Polskiego Radia. Przyznam, że nie czułam się w tym męskim towarzystwie mniej kompetentna. Muszę uczciwie powiedzieć, że nie byłam gorzej traktowana czy niedoceniana, ale zarabiałam mniej.

Dlatego idea „osiągnięcia równości kobiet i mężczyzn we wszystkich obszarach życia społecznego, politycznego i ekonomicznego”, którą głosi *mainstreaming gender* jest mi teoretycznie bliska.

Problem tkwi jednak w dalszych dokumentach, które szerokiej publiczności w Polsce nie są dobrze znane. Art. 2 i 3 Traktatu Amsterdamskiego potwierdzają wcześniejsze zobowiązania Komisji Europejskiej do wdrażania (ładnie brzmiącej, ale dość niejasnej) strategii „w obszar działań polityki państwa”. A w marcu 2010 r. Komisja Europejska zobowiązała się również do włączenia problematyki równościowej do nowej Strategii dla Europy 2020. Czy znamy tę strategię? Powstała mapa drogowa dla osiągania równości między kobietami i mężczyznami, w której – oprócz wyrównania szans na rynku pracy (słusznie!), równego udziału kobiet i mężczyzn w życiu społecznym, politycznym i w instytucjach unijnych – jest uwzględnione wyrównanie ról społecznych i walka ze stereotypami. W jaki sposób? Czy jako stereotyp traktuje się tradycyjną rodzinę? – ma prawo zapytać polski obywatel. Szkoda, że nasi europosłowie nie informują opinii publicznej w kraju o tych dokumentach, nie tłumaczą, co one w praktyce znaczą. Wszak dotyka to polityki wewnętrznej państw członkowskich, które w ramach tej strategii muszą dokonać u siebie „transformacji struktur społecznych i instytucjonalnych”, walczyć ze stereotypami we wszystkich dziedzinach, z edukacją włącznie. Jak? Historia przedszkola w Opolskiem budzi uzasadniony niepokój.

To już nie jest kierunek badań naukowych, nawet nie ideologia, to jest już coś więcej. A dokładnej wiedzy na ten temat nie ma nawet Kościół katolicki, który myli pojęcia kierunku badań z dyrektywami unijnymi. Polscy socjologowie ograniczyli się do obrony przedmiotu swoich naukowych zainteresowań. Jakby nie było strategii wdrażania *gender mainstreaming* w obszar działań polityki państwa.

A tu życie pokazuje konkrety. Są projekty rezygnacji w ustawodawstwie zachodnim z pojęć „matka” i „ojciec” na rzecz „rodzic pierwszy, rodzic drugi”. Firma handlowa Marks & Spencer ogłasza, że zabawki będą neutralne pod względem płci, grupa Let Toys Be Toys od roku apelowała do sprzedawców, by przestali ograniczać wyobraźnię dzieci, promując określone zabawki jako produkty tylko dla dziewczynek lub wyłącznie dla chłopców. W Anglii i Irlandii zmiany etykiet zapowiadają m.in. Tesco, Sainsbury’s, Boots i TK Maxx. Domy towarowe Harrods i Hamleys już w 2013 r. zastąpiły różowe i niebieskie etykiety czerwono-białymi.

Tymczasem prof. Lew Starowicz twierdzi, że relatywizowanie tożsamości płciowej na wczesnym etapie rozwoju dziecka wprowadza w jego życie chaos. Brak stałych punktów, których dziecko potrzebuje, by rozpoznawać świat (co dobre, co złe), może owocować w przyszłości poważnymi zaburzeniami osobowości. Kto słucha wybitnego polskiego seksuologa? ■

SPROSTOWANIE

Do artykułu „Sprawa Jasia O.” („Puls” nr 8–9/2013) wkradły się dwa błędy, za co przepraszam.

Prof. Andrzej Radzikowski, pediatra ze Szpitala Klinicznego przy ul. Działdowskiej w Warszawie, nie jest biegłym Zakładu Medycyny Sądowej UM we Wrocławiu.

Natomiast w wypowiedzi prof. Wojciecha Służewskiego na skutek niefortunnego przedstawienia wyrazów doszło do pewnej nieścisłości. Prawidłowa wypowiedź Pan Profesora brzmiała: „*Ból stawów, wysoka gorączka i późniejszy wynik CRP wskazują, że już wtedy się zaczęło*”.

Co do innych zastrzeżeń dr Ewy Zienkiewicz-Komorowskiej, zastępcy rzeczniczki odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie, do treści artykułu – kwestionowane sformułowania znajdują potwierdzenie w dokumentacji z procesu lekarzy oskarżonych w związku ze śmiercią Jasia O.

Helena Kowalik



Fotografie: archiwum szpitala

W Otwocku odrodzenie

Ewa Dobrowolska

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Adama Grucy w Otwocku obchodził w listopadzie minionego roku 40-lecie. Jego historia sięga jednak znacznie dalej niż do 1973 r.

Początki

Ośrodkiem wypoczynkowym i uzdrowiskiem stał się Otwock już w końcu XIX w. Łagodny mikroklimat, z powietrzem przesyconym balsamicznym zapachem sosen, sprawił, że zaczęto tu leczyć głównie choroby płuc i dróg oddechowych. Podczas nasilenia epidemii gruźlicy w latach drugiej wojny światowej i powojennych jej zwalczaniem zajmowało się kilkanaście miejscowych szpitali i sanatoriów. W 1948 r. wybudowano też tzw. Wioskę Szwajcarską, która stanowiła dar Szwajcarii dla dzieci, ofiar wojny, chorych na gruźlicę układu oddechowego oraz pozapłucne postaci tej choroby.

Obecny Szpital Kliniczny funkcjonował najpierw jako Sanatorium im. Janka Krasickiego, a następnie szpital ortopedyczno-urazowy. Od końca lat 50. oddział gruźlicy kostno-stawowej ówczesnego sanatorium nadzorowali wyznaczeni przez prof. Adama Grucę pracownicy Warszawskiej Kliniki Ortopedycznej, a kierował nim doc. Stefan Malawski, uczeń prof. Grucy. Opracowania naukowe systemu leczenia operacyjnego gruźlicy kostno-stawowej autorstwa doc. Malawskiego i jego zespołu zostały nagrodzone przez VI Wydział Nauk Medycznych PAN, a ich skuteczność w praktyce sprawiła, że ośrodek zyskał miano „polskiej szkoły leczenia gruźlicy kostno-stawowej w Otwocku”. Opracowano systemowe metody leczenia m.in. stawów biodrowego i kolanowego oraz kręgosłupa z porażeniem lub niedowładami, doprowadzając niekiedy nawet do ustępowania niedowładów, co w środowisku medycznym przyjmowano z niedowierzaniem, a okazało się faktem wiarygodnie udokumentowanym i opublikowanym. Ówczesnym konsultantem sanatorium był prof. Adam Gruca i to pod jego kierunkiem wdrażaniem modyfikacji leczenia operacyjnego zajmowali się docenci: Romualda Serafinowa, Stefan Malawski i Jerzy Sowiński.

Pod jednym dachem

Sanatorium funkcjonowało w trudnych warunkach. Chory przebywali w kilku budynkach rozsianych po okolicach Otwocka, w niektórych brakowało zaplecza i odpowiednich warunków dla chorych z upośledzeniem narządu ruchu, inne, drewniane, stanowiły zagrożenie pożarowe. Od dawna zabiegano o budowę nowego gmachu. Budowa ruszyła w 1959 r. Pod koniec 1965 r. zaczęto sukcesywnie, w miarę postępu prac, przenosić pacjentów z Wioski Szwajcarskiej, potem Anielina i Świdra do nowego budynku w Otwocku, przy ul. Konarskiego 13, mieszczącego 720 łóżek. Dopiero po trzech latach wszyscy pacjenci sanatorium znaleźli się pod jednym dachem, chociaż prace w sześciopiętrowym budynku trwały aż do 1971 r. Dyrektorem sanatorium został doc. Stefan Malawski.

We wczesnych latach 70. stwierdzono tendencję spadkową gruźlicy kostno-stawowej. Zwiększyła się z kolei liczba nieswoistych zapaleń narządu ruchu, przypadków choroby zwyrodnieniowej, wad wrodzonych, nowotworów. Życie wymusiło zmianę profilu leczenia. W 1973 r. sanatorium przekształcono w Wojewódzki Zespół Traumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji. Dyrektorem został doc. dr hab. Bogolub Sotirov, zastępcami: dr Edward Michalski – ds. traumatologii i prof. Stefan Malawski – ds. ortopedii. Osiągnięcia kliniczne zespołu, nowe metody operacyjne i bogaty dorobek naukowy stanowiły podstawę do zmiany statusu szpitala. W 1975 r. minister zdrowia przekazał placówkę Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, jako Szpital Kliniczny nr 2. W 1981 r. dyrekcja CMKP powołała do życia Klinikę Ortopedii, mianując jej kierownikiem prof. Stefana Malawskiego. Po dziesięciu latach Profesora zastąpiła na tym stanowisku prof. Alicja Kiepuska-Branicka, kolejnym kierownikiem był prof. Kazimierz Rapała, obecnie kliniką kieruje prof. Wojciech J. Marczyński. Po histo-

rycznych zmianach w kraju, w 1991 r., szpital zyskał nowego patrona – Janka Krasickiego zastąpił Adam Gruca, co stanowiło afirmację najlepszej tradycji i dokonań tego ośrodka.

Pokazowa placówka

Wspaniały klimat Otwocka, dobre warunki szpitalne, nowoczesne wyposażenie, a przede wszystkim wysoki poziom profesjonalny personelu medycznego były gwarancją pomyślnych wyników leczenia potwierdzonych licznymi publikacjami naukowymi. Począwszy od lat 40. XX w., leczyło się w Otwocku, do 2007 r., blisko 220 tys. pacjentów. Przez wiele lat przeważali chorzy na gruźlicę kostno-stawową, potem ośrodek zdominowali pacjenci z chorobami narządu ruchu, zwyrodnieniami, obrażeniami pourazowymi, nowotworami, chorobami cywilizacyjnymi, a przede wszystkim ze schorzeniami kręgosłupa.

Od końca lat 50. w sanatorium, później w szpitalu klinicznym, prowadzono dydaktykę podyplomową – najpierw w ramach Studium Doskonalenia Lekarzy, następnie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Specjalizację w ortopedii i traumatologii narządu ruchu uzyskało 59 lekarzy, doktoryzowało się 25, były też dwie habilitacje. Organizowano sympozja, konferencje, zjazdy, kongresy, również międzynarodowe.

Od 1970 r. otwocki ośrodek stał się obiektem reprezentacyjnym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Zwiedzały go liczne delegacje rządowe, m.in. z RFN, ZSRR, USA, Korei, Chin, a także z WHO. Szpital odwiedziło też wielu lekarzy ortopedów z 24 krajów świata, w tym wybitni specjaliści ze Stanów Zjednoczonych, Anglii i Związku Radzieckiego.

„Z perspektywy lat można powiedzieć, że otwocki ośrodek ortopedyczny chlubnie pełnił swoją rolę – podsumowuje prof. Wojciech Marczyński, obecny dyrektor ds. nauki i szkolenia





oraz kierownik Kliniki Ortopedii. – *Przed laty szpital przyczynił się w dużej mierze do likwidacji epidemii gruźlicy kostno-stawowej, jako placówka medyczna zajął poczesne miejsce w działalności naukowej i dydaktycznej, utrzymywał szerokie kontakty naukowe ze środowiskiem naukowców zagranicą. Wymierne zasługi prof. Stefana Malawskiego dla rozwoju ośrodka znalazły wyraz w licznych wyróżnieniach i godnościach. Warszawska OIL nadała prof. Malawskiemu odznaczenie „Laudabilis”, a PTL – „Zasłużony – Polskie Towarzystwo Lekarskie”. Profesor otrzymał też doktorat honoris causa Akademii Medycznej w Lublinie.*

Nowe otwarcie

Podczas wielu lat działalności otwocki ośrodek ortopedyczny miewał lepsze i gorsze okresy. W 2007 r. dyrektorem naczelnym został dr n. med. Mieczysław Błaszczuk. – *Zasiadając w dyrektorskim fotelu, zastałem w szpitalu wspaniałą kadrę pracującą w rozpadającej się infrastrukturze – mówi dyrektor. – Najbardziej dotkliwy był brak aparatury diagnostycznej w laboratorium i aparatury do diagnostyki obrazowej. Trzy aparaty radiologiczne i jeden ultrasonograf stanowiły całe wyposażenie. A przecież była to ortopedia kliniczna. Szpital miał też 5 mln zł długów. Trzeba było rozpocząć pracę u podstaw: przede wszystkim wyjść z długów i przygotować program organizacyjno-modernizacyjny. No i zdobyć środki finansowe na jego realizację.*



Najpierw jednak utworzono dwie nowe kliniki, obecnie są więc cztery:

Klinika Ortopedii z pięcioma oddziałami; 181 łóżek; kierownik prof. dr hab. Wojciech Marczyński.

Klinika Chirurgii Urazowej Narządów Ruchu i Ortopedii z trzema oddziałami; 103 łóżka; kierownik prof. dr hab. Stanisław Pomianowski.

Klinika Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej z dwoma oddziałami: dziecięcym i dorosłych; 88 łóżek; kierownik dr hab. Jarosław Czubak, profesor CMKP.

Klinika Ortopedii i Chorób Zapalnych Narządu Ruchu; 26 łóżek;

kierownik dr hab. Jacek Kowalczewski, profesor CMKP.

Fundusze pozyskiwano z różnych źródeł: Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Zdrowia, z Unii Europejskiej, także z fundacji Polsat i Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy Jerzego Owsiaka. Zadłużenie powoli się zmniejszało, dyrektor przystąpił więc do modernizacji szpitala mającej dostosować go do wymogów unijnych. Zaczął od Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Laboratorium. Obecnie radiologia pracuje już w systemie cyfrowym. W latach 2009–2012 utworzono pracownie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i densytometrii, został też zakupiony aparat rentgenowski telekomando i dwa aparaty USG. Laboratorium, przeniesione do wyremontowanych pomieszczeń, mogło znacznie rozszerzyć zakres wykonywanych badań. Równocześnie w różnych częściach szpitala trwał remont. W pomieszczeniach po starej pralni utworzono Centralną Sterylizatornię. Zmodernizowano siedem sal operacyjnych i oddział pooperacyjny, zaadaptowano nieużywane pomieszczenia na cztery nowe sale, utworzono izbę przyjęć ostrego dyżuru urazowego z własną salą operacyjną. Wraz z dostosowywaniem do wymogów unijnych Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej wyposażano ją w niezbędny sprzęt diagnostyczny.

W efekcie modernizacji szpitala, utworzenia dodatkowych sal operacyjnych, zainstalowania urządzeń diagnostycznych, systemów wentylacji i klimatyzacji znacznie wzrosło zapotrzebowanie na energię elektryczną. Trzeba się było zabrać za całkowitą przebudowę zasilania elektrycznego szpitalnych obiektów: doprowadzenie nowych linii zasilających, modernizację rozdzielni, przebudowę stacji transformatorowej, montaż nowego agregatu prądotwórczego, niezbędnego w przypadku braku zasilania z sieci.

Przeobrażanie szpitala w nowoczesną placówkę trwało pięć lat. Efekty zostały szybko docenione. Oprócz nagród z dziedziny ortopedii pojawiły się wyróżnienia za skuteczność zarządzania i wyniki finansowe. „Gepard Biznesu” dla szpitala i dyrektora. „Buława” w konkursie Potęgi Biznesu za wysoką wartość rynkową. „Diament FORBES 2013”. Pierwsze miejsce w rankingu „Pulsu Biznesu” i „Medical Tribune”.

– *Najważniejsze dla nas, lekarzy, są codzienne podziękowania i radość wyleczonych, których jest wielu – podkreśla dyrektor Błaszczuk.*

Plany wykraczają znacznie poza modernizację i remonty. – *Chcemy, żeby to była ortopedia numer jeden na Mazowszu – mówi dyrektor. W ubiegłym roku rozpoczęła się, zakrojona na szeroką skalę, rozbudowa szpitala. Trwają prace przy budowie bloku diagnostycznego z izbą przyjęć, wielopoziomowego parkingu z lądowiskiem dla helikopterów oraz pawilonu rehabilitacyjnego ze 120 łózkami. Ogółem szpital ma 443 łóżka, a wkrótce przybędzie dalszych 156.*

Zwiedzając szpital i plac budowy, trudno się oprzeć wrażeniu, że coś się jednak w służbie zdrowia udaje zrobić. ■



Fot. archiwum Termedia

Sukces Roku 2013

Kapituła XIV Konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2013 – Liderzy Medycyny miała wyjątkowo trudne zadanie, ze względu na rekordową liczbę zgłoszeń.

Tytuł Osobowości Roku przyznano Krystynie Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”.

W kategorii Lider Roku zwycięzcą został prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Wśród wyróżnionych z województwa mazowieckiego znalazł się m.in. prof. nadzw. dr hab. Janusz Heitzman, kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W dziedzinie Działalność Charytatywna zwyciężyła Fundacja Ewy Błaszcyk „Akogo”.

W kategorii Media – Dziennikarstwo Informacyjne i Edukacyjne wśród wyróżnionych znalazła się Joanna Stankiewicz z Informacyjnej Agencji Radiowej. ■

mkr

Krajowe oferty pracy

dla specjalności lekarskich **na 21 stycznia 2014 r.**

alergologia	8	neurologia	9
anestezjologia	2	neurologia dziecięca	3
audiologia i foniatria	1	okulistyka	6
lekarz bez specjalizacji	5	onkologia	2
chirurgia naczyniowa	3	ortopedia	6
chirurgia ogólna	2	ortopedia dziecięca	1
chirurgia onkologiczna	1	pediatria	10
chirurgia plastyczna	1	proktologia	1
choroby płuc	5	psychiatria	5
choroby wewnętrzne	18	psychiatria dziecięca	2
dermatologia	5	ortopedia	6
diabetologia	4	pedagogika	1
dietetyka	1	psychologia	1
endokrynologia	6	radiologia	4
gastroenterologia	5	radioterapia onkologiczna	1
geriatria	4	rehabilitacja medyczna	4
ginekologia-endokrynologia	1	reumatologia	6
ginekologia i położnictwo	6	stomatologia	3
hematologia	1	stomatologia chirurg.	3
instruktor S.I.	1	stomatologia dziecięca	1
kardiocirurgia	1	stomatologia ortodoncja	4
kardiologia	5	stomatologia periodontologia	1
kardiologia dziecięca	1	stomatologia protetyka	1
laryngologia	4	urologia	3
medycyna paliatywna	1	USG	4
medycyna pracy	5		
medycyna ratunkowa	1		
medycyna rodzinna	15		
medycyna sportowa	2		
nefrologia	3		
neonatologia	2		
neurochirurgia	2		

Andrzej Morliński,
przewodniczący
Komisji
ds. Pośrednictwa Pracy



Biurowo Pośrednictwa Pracy, tel./faks: 22-542-83-30; praca@oilwaw.org.pl



01-756 WARSZAWA, ul. PRZASNYSKA 11/U1B
tel. 22 639 30 41 / 22 639 30 42; fax 22 639 30 40
www.pphudruk.com.pl
e-mail: info@pphudruk.com.pl; recepty@pphudruk.com.pl

WYKONUJEMY:

- Druki dla wszystkich placówek medycznych
- Recepty z kodem kreskowym lub bez
- Koperty z nadrukiem lub bez
- Pasporty techniczne sprzętu medycznego
- Książki
- Papier firmowy
- Wizytówki
- Druki wg indywidualnego wzoru

Zapraszamy do sklepu internetowego!
sklep.pphudruk.com.pl

lub do siedziby naszej firmy
znajdującej się przy ul. Przasnyskiej
widocznej na mapce



REKLAMA

Dedykacja, według Kopalińskiego – to przypisanie, poświęcenie komuś swego utworu, stwierdzone odpowiednią wzmianką.

Dedykacje

cz. 1

Jerzy Borowicz

Na swej długiej już życiowej drodze spotkałem wielu znanych ludzi – lekarzy, pisarzy, poetów, dziennikarzy, a także polityków. Byli wśród nich autorzy książek, od wielu dostałem egzemplarze z dedykacją. Dedykacje to coś, co stwarza bardziej osobistą więź między autorem a czytelnikiem. Wpadłem na pomysł, aby wykorzystać je jako główny motyw notek o losach tych autorów. Zacznę od lekarzy.

Prof. Jan Nielubowicz – dedykacja w podręczniku „Chirurgia kliniczna”:

„Kochanemu koledze Jerzemu Borowiczowi ze szczerym podziękowaniem za liczne dowody życzliwości i przyjaźni. Wszystkiego najlepszego. Jan Nielubowicz, 3 I 81”.

Prof. Nielubowicz był niekwestionowanym autorytetem chirurgicznym. Moja (jako radiologa) z Nim współpraca polegała na tym, że oprócz tego, że uczestniczyłem w tzw. kominakach, wydawałem Profesorowi slajdy, którymi posługiwał się w czasie wykładów. Bank slajdów w Zakładzie Radiologii zorganizował prof. Zgliczyński, a ja byłem jego „kustoszem”. Slajdy wydawałem za pokwitowaniem. Prof. Nielubowicz nigdy się temu nie sprzeciwiał, wręcz przeciwnie – chwalił mnie za to. O prof. Nielubowiczu można pisać dużo. Postać niezwykła. Jest patronem naszej izby lekarskiej. Niestety już nie żyje.

Prof. Stefan Wesołowski – człowiek legenda, wielki urolog o niespożytej energii i ogromnym poczuciu humoru. Spotykałem się z Nim również prywatnie i zawsze, po każdej rozmowie, czułem się dowartościowany i szczęśliwy. Wydał kilka książek. W jednej z nich, noszącej tytuł „Lata dojrzałe”, napisał dedykację:

„Wielce szanownemu i drogiemu dr. med. Jerzemu Borowiczowi z najlepszymi życzeniami S. Wesołowski. Warszawa 29 XII 2008 r.”.

O prof. Wesołowskim pisałem wielokrotnie w „Pulsie”. Niestety już nie żyje.

Prof. Leszek Ceremużyński – doskonały kardiolog i dydaktyk. Łączyła mnie z Nim zarówno praca w klinice prof. Zdzi-

śława Askanasa, jak i przyjaźń w życiu prywatnym. Niesłychanie skrupulatny i pracowity, myślący lekarz. Byłem na promocji Jego książki (znakomitej) „Medycyna, świat i ludzie” w Klubie Księgarza na Rynku Starego Miasta 15 października 2009 r. Ofiarował mi egzemplarz z dedykacją:

„Drogiemu Jurkowi ku pamięci miłych pięknych lat. Leszek, 15 X 2009”.

Niestety Leszek kilka tygodni po promocji zginął w tragicznym wypadku samochodowym.

Prof. Artur Dziak – znakomity ortopeda i traumatolog. Przyjaźnimy się od zawsze. Mój „osobisty” przyjaciel. Łączy nas zamiłowanie do ładnych kobiet i jazzu. Artur wydał tyle książek, że mógłby otworzyć antykwariat. Ostatnio wyszła prze-zabawna „Zagrajcie mi, niechaj cofnie się świat”. Jeden z pierwszych egzemplarzy dostałem z dedykacją:

„Panu doktorowi Jerzemu Borowiczowi »Ojcu Chrzestnemu tej książki« z prośbą o przyjęcie. Warszawa 21 VI 2013. A. Dziak”.

Wyjątki z tej książki były publikowane w „Pulsie”.

Prof. Andrzej Januszewicz – autorytet w dziedzinie choroby nadciśnieniowej. Kulturalny, uprzejmy i uczynny lekarz, syn prof. Włodzimierza Januszewicza, recenzenta mojej pracy doktorskiej. Dostałem od niego książkę pt. „Nadciśnienie tętnicze” z dedykacją:

„Bardzo drogiemu Panu Doktorowi z prośbą o przyjęcie. Andrzej Januszewicz, 29.4.97”.

Prof. Januszewicz (junior) jest obecnie szefem Kliniki Nadciśnieniowej Instytutu Kardiologii w Aninie, ma ładną i miłą żonę (moją koleżankę po fachu), świetnego lekarza radiologa.

Prof. Jerzy Szczerbań – znany chirurg, były rektor WUM, wielki erudyta i znakomity gawędziarz. Przyjaźnimy się od kilkudziesięciu lat i zawsze możemy na siebie liczyć. Uczeń prof. Nielubowicza. Byliśmy razem w Benghazi, gdzie Jerzy pełnił funkcję *visiting profesor*. Niekwestionowany autorytet w dziedzinie nadciśnienia wrotnego. Wydał książkę „Nadciśnienie wrotne”, której jeden egzemplarz dostałem z dedykacją:

„Drogiemu przyjacielowi z prośbą o przeczytanie i aprobatę. Autor. Benghazi, styczeń 1979”.

Jerzy od kilku lat jest na emeryturze. Walczy z przewlekłą chorobą, ale się nie daje i zawsze tryska humorem. Wychował swojego następcę, prof. Marka Krawczyka, który obecnie jest rektorem WUM. ■

O starości i głupocie

Niektórzy urzędnicy NFZ wykazują swoiste poczucie humoru, a ich pisemne uzasadnienia pewnych istotnych dla pacjenta spraw przypominają kiepskie dowcipy. Taki dowcip dotyczył mojej (i żony) osoby.

U schyłku siódmej dekady życia, jak to u „wapniaków” bywa, mój układ mięśniowo-szkieletowy zaczął trzeszczeć jak nie-naoliwiona maszyna. Straciłem nieco apetyt, co gorsze wódka i inne alkohole przestały mi smakować. Również rzadziej ogładałem się za dziewczynami i siłą rzeczy spoglądałem tylko na żonę, która również miała dolegliwości wspomnianego wyżej układu.

W tej sytuacji udaliśmy się do lekarza podstawowej opieki (bardzo dobrej internistki), aby po wykonaniu niezbędnych badań uzyskać skierowanie na leczenie sanatoryjne (*nota bene* pierwszy raz w życiu). Pełni optymizmu złożyliśmy

wnioski w odpowiednim okienku w NFZ. Otrzymaliśmy numer sprawy i kazano nam czekać na odpowiedź. Nadeszła po prawie 20 (*sic!*) miesiącach, oczywiście (nie z naszej winy) negatywna. Kazano nam złożyć nowe wnioski z aktualnymi badaniami: „NFZ prosi o weryfikację zasadności skierowania przez uprawnionego lekarza oraz o ponowne przesłanie w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania do oddziału wojewódzkiego NFZ” i dalej: „weryfikacja skierowania nie wiąże się ze zmianą kolejki na liście oczekujących”.

Nie mamy żadnej gwarancji, że ponowne skierowania nie będą leżeć w szufladzie „kompetentnego” urzędnika przez następne 20 miesięcy. Oczywiście nie będziemy już zawracać głowy lekarce POZ i oszczędzimy jej czas i nasze zdrowie. A kości dalej trzeszczą. ■

Jerzy Borowicz



Zaraziciel

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Ostatnio w prasie pojawiło się słowo *kształtciciel*, znalazłem też podobne i nas interesujące: *zaraziciel*. Reakcja kilku osób na ich pojawienie się była znamienna, bo potępiająca: „A cóż to za okropne neologizmy?”, ale że wyrazy takie jak *nauczyciel*, *krzewiciel*, *marzyciel*, *doręczyciel* czy *zbawiciel* są poprawne, nikt nie miał wątpliwości.

Zatem neologizmy, nowotwory językowe? Nic podobnego. Zarówno *kształtciciel*, jak i *zaraziciel* są w polszczyźnie od wieków, występują w dawnych słownikach (np. u Samuela Lindego) i zostały utworzone według klasycznego wzorca słowotwórczego.

Końcówka *-iciel*, *-yciel* wyznacza znaczenie: 'który czyni to, o czym mowa w temacie wyrazu'. Nauczyciel uczy, krzewiciel krzewi, marzyciel marzy, doręczyciel doręcza, zbawiciel zbawia, kształtciciel kształci lub kształtuje, zaraziciel zaraża.

I to mogłoby być w tej sprawie wszystko, gdyby nie pewne zjawisko towarzyszące pojawianiu się wyrazów „nieznanych”. Nieznanych komu? Osobom, które nie znają. Niektóre takie osoby mają zwyczaj uważać, że słowo nie istnieje albo jest niepoprawne tylko dlatego, że one go nie znają.

Jeśli ktoś nigdy nie widział Krzyża Południa, chętnie powie, że to wymysł. Ale są tacy, którzy byli na drugiej (dla nas dolnej) półkuli i widzieli. Co więcej, Krzyż Południa odszedł znad Europy pięć wieków temu, ponieważ przechyliła się oś Ziemi. Całkiem niedawno był więc jeszcze widoczny. Czy z tego powodu powinien powstać spór o istnienie Krzyża Południa, czy raczej należałoby postąpić inaczej? Osoba, która widziała to zjawisko, pojedzie na półkulę południową, w jasną noc obfotografuje niebo i uzyska dowód. Osoba przecząca zwykle tego nie robi, bo wie, że obowiązkiem dowodzenia, że czegoś nie ma, nieraz bywa niewykonalny. Tak jak ci, którzy są zmuszani do wykazania, że nie są wielbłądami. Istnieje jednak do wykorzystania funkcja arbitra lub publikacji źródłowej. Może wypadaloby jednak zaufać tym, którzy oglądali ów Krzyż na własne oczy? W odniesieniu do wyrazów wystarczyłoby skorzystać ze słownika. Ale nie, przeczący będą twierdzili, że mają rację, choć nie mają zamiaru sprawy badać. Dumni sprawdzać nie muszą.

Są też postawy pośrednie. Niektórzy starają się wymyślić własną „teorię”. Panchronizm (ponadczasowiec) *człowiek jednej książki* (łac. *homo unius libri*) był eufemizmem używanym przez św. Tomasza z Akwinu do nazywania nieuków. Wielu nie wie, jaki jest sens tego wyrażenia, więc z domysłu twierdzi, że chodzi o 'człowieka, który napisał jedną książkę' albo 'człowieka, który jest znany dzięki jednej książce'. A przecież istnieje słownik Czesława Jędraszki „Łacina na co dzień”, są też słowniki frazeologiczne i poradnie językowe.

Są też postawy pośrednie. Niektórzy starają się wymyślić własną „teorię”. Panchronizm (ponadczasowiec) *człowiek jednej książki* (łac. *homo unius libri*) był eufemizmem używanym przez św. Tomasza z Akwinu do nazywania nieuków. Wielu nie wie, jaki jest sens tego wyrażenia, więc z domysłu twierdzi, że chodzi o 'człowieka, który napisał jedną książkę' albo 'człowieka, który jest znany dzięki jednej książce'. A przecież istnieje słownik Czesława Jędraszki „Łacina na co dzień”, są też słowniki frazeologiczne i poradnie językowe.

Co do *zaraziciela* ('tego, który zaraża') oraz znanego z dawnej literatury medycznej *zakaziciela* ('tego, który zakaża') – szkoda, że ich zapomniano. Byłoby pożądanym, aby znowu stały się terminami. Mają wielkie zalety: są jednowyrazowe i precyzyjne znaczeniowo, łatwo się je wymawia. ■



Poszukując sensu

Zupełnie nie wiem, komu i na co był potrzebny nowy Dworzec Główny PKP w Krakowie. Całe przedsięwzięcie, zrealizowane kosztem 130 mln zł, przypomina jako żywo pociągi Pendolino. PKP chwali się, że będzie to pierwszy dworzec w całości zlokalizowany pod torami i peronami. Taki sukces jest mi całkowicie obojętny, bo nie wiedziałem, że się ścigamy na chowanie dworców pod perony. Natomiast nowym problemem Krakowa jest fakt, że dotychczasowego dworca, stojącego na

powierzchni ziemi, nie można schować, bo to zabytek z 1847 r. Trwa więc konkurs pomysłów, co z nim zrobić.

Nowy dworzec ma być uruchomiony już w lutym 2014 r. Uprzedzam warszawiaków i innych podróżnych, bo – sądząc po obecnym stanie – PKP jako żywo, korzystając ze środków UE, wzięło sobie za wzór Gdynię. Tam nie sposób gdziekolwiek trafić i nikt z obsługi nie orientuje się w topografii. Personelu resztą z zasady nie ma. A że z podziemi nie widać nawierzchni, pozostaje zadowolnić się supermarketem Biedronka, bez którego dworzec nie mógł się obejść. W ostateczności jest jeszcze winda na dach, do taksówek. Pozostałe wyjścia to labirynt Minotaura. Po „zimnych termach” w Lidzbarku Warmińskim mamy kolejne twórcze dokonanie.

A w krakowskiej medycynie jest dokładnie tak samo jak w całym kraju. Nie ma przychodni specjalistycznej ani ogólnej, gdzie nie kłębiłyby się tłumy, które dematerializują się dopiero około 13.30, kiedy lekarze przemierzają się gdzie indziej, a pacjenci knują podstępnie, jakby zapisać się na badanie w 2020 r. Atmosfera się zagęszcza. A nasz niezastąpiony minister zdrowia zupełnie się pogubił, nie wiedząc kogo reprezentować: premiera, opozycję, ministra finansów, NFZ, pacjentów, lekarzy, pielęgniarki, farmaceutów, związki zawodowe, towarzystwa naukowe, a może izby lekarskie? Izba jednak chyba nie lubi, bo się czepiają, o czym za moment.

Izby nabierają właśnie powietrza przed wyborczą rundą finałową w Warszawie, smakując porażki i sukcesy regionalne. W Krakowie, po aferze z opublikowaniem przez „Rzeczpospolitą” informacji – na podstawie danych Instytutu Zdrowia Publicznego UJ – o uśmiercaniu przez polskich lekarzy od 7 tys. do 23 tys. pacjentów rocznie (z czego instytut się wycofał), kolejnym impulsem przyspieszającym krwiobieg okazał się wydykt Sądu Apelacyjnego w Warszawie, który przyznał rację Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie w procesie o pokrycie przez Ministerstwo Zdrowia środków wydanych przez izbę w 2007 r. na wykonanie zadań przejętych od administracji państwowej. Nie jakieś tam 30 proc., lecz całości. Wyrok jest ostateczny. Krakowska Izba Lekarska wszczyną sądowe dochodzenie roszczeń za pozostałe lata, a inne izby w kraju lada chwila pójdą w jej ślady. I tak minister doczekał się tego, o co sam się prosił. Teraz czeka na pochwałę premiera.

A my wszyscy czekamy na zimę, która gdzieś utknęła w ramach efektów cieplarnianych. ■

Wasz Cyrulik z Rynku Głównego



Fot. archiwum

Kolega z wojska

Maciej Wierzyński

ZKarolem Modzelewskim łączy mnie rok urodzenia i Studium Wojskowe Uniwersytetu Warszawskiego. W połowie lat 50.

– trzeba dodać: ubiegłego wieku – tuż przed Październikiem, Karol, jako student historii, a ja, jako student geologii, raz na dwa tygodnie od siódmej rano podlegaliśmy obróbce przez musztrę. Jej celem było uczynienie z nas oficerów rezerwy Ludowego Wojska Polskiego.

Szefem Studium Wojskowego był pułkownik Sznepf, a oficerem, który zapadł mi w pamięć, bo wyróżniał się gorliwością w uświadamianiu nam, jak marnym jesteśmy materiałem na żołnierzy, kapitan Rucinski. Chyba już na pierwszych zajęciach bystre oko kapitana Rucinskiego wyłowiło mnie, mimo że stałem na szarym końcu w drugim szeregu. Kapitan zawołał w moim kierunku: – *Wy tam, student! Co się tak uśmiechacie*. Mnie wcale nie było do śmiechu, bałem się szczerze kadry szkoleniowej Studium Wojskowego. Oficerowie zatrudnieni w studium to byli głównie emeryci albo inne elementy, z którymi regularna armia nie wiedziała co zrobić, jednak dla mnie byli to przedstawiciele peerelowskiego aparatu przemocy, czyli według dzisiejszej nomenklatury – resortów siłowych. Wiadomo, do czego służą władzy resorty siłowe: mają przemówić społeczeństwu do rozsądku, kiedy wszystkie inne sposoby komunikowania się władzy z narodem zawiodą. Zachowanie Karola wskazywało, że zupełnie się ich nie bał. Bardzo mu tego zazdrościłem.

Karol Modzelewski, mój kolega z wojska, jest autorem wydanej ostatnio autobiografii: „Zajeżdźmy kobyłę historii. Wyznania poobijanego jeźdźca”. Przeczytałem ją, jak się to mówi – jednym tchem, a czytając, porównywałem swój życiorys z życiorysem Karola Modzelewskiego. Wyróżniliśmy w różnych środowiskach, w różny też sposób przechodziliśmy przez te same epoki historyczne.

Karol Modzelewski jest jedną z najważniejszych postaci powojennej Polski. Uporczywym uczestnikiem politycznych buntów, które niczym kamienie milowe znaczyły historię PRL od października 1956 przez marzec 1968, aż po rewolucję „Solidarności”. Ilekroć wkraczał do działalności publicznej, robił to na całego i w rezultacie ponad osiem lat spędził w więzieniu. Stawia go to w ścisłej czołówce więźniów politycznych PRL – w epoce poststalinowskiej, w czasach gomułkowskiej małej stabilizacji, kiedy mało komu przychodziło do głowy się buntować. Kiedy jeszcze nie istniała opozycja, KOR, ROPCiO ani drugi obieg, Karol Modzelewski razem z Jackiem Kuroniem napisali „List otwarty do partii”. Dostali za to odpowiednio: trzy i trzy i pół roku więzienia. W tym czasie najodważniejszych stać było jedynie na „List 34”, którego autorzy w słowach oględnych protestowali przeciw ekscesom cenzury. Nie piszę tego, żeby pomniejszyć doniosłość manifestacji, jaką był „List 34”, ale żeby podkreślić odwagę Modzelewskiego i Kuronia. Ja sam, kiedy Kuroń i Modzelewski pisali swój list, byłem początkującym dziennikarzem w „Polityce”. Kuronia i Modzelewskiego podziwiałem, ale zupełnie nie wierzyłem w skuteczność tego, co robią. Byłem przekonany, że część świata, w której żyjemy, jest nieodwracalnie skazana na los sowieckiego satelity, imperium radzieckie będzie coraz potężniejsze,

a wraz z nim trwać będzie ustrój realnego socjalizmu. Wszystko, na co można było liczyć, to przejściowe i krótkie odwilże, po których z powrotem partia przykręci śrubę. Przekonanie, że partię można nakłonić do głębokich reform – a tak sądzili autorzy „Listu otwartego” – wydawało mi się gruntownie sprzeczne z doświadczeniem.

Karol Modzelewski wychował się w rodzinie komunistycznej. Urodził się w Moskwie. Ojczym, którego traktował jak ojca, był ministrem spraw zagranicznych Polski Ludowej w latach 1947–1951. Karol, choć należał do kasty uprzywilejowanej, szybko dostrzegł sprzeczność między obietnicą zawartą w marksizmie a ponurą rzeczywistością. *„Wszczęliśmy bunt przeciw systemowi z tego powodu, że deptał on w praktyce ideały, które w teorii głosił. Byliśmy (...) podobni do heretyków gotowych zwalczać Kościół w imię Ewangelii”*.

Środowisko, z którego ja się wywodziłem, w partyjny Kościół ani marksistowską Ewangelię nigdy nie wierzyło. Ustrój panujący w Polsce od 1945 r. uważało za wrogi, narzucony siłą z zewnątrz. Zbudowany na fundamencie strachu, wzbudzanego przez policję polityczną. Ale wrogość do ustroju nie była równoznaczna z gotowością do otwartych aktów sprzeciwu. Andrzej Friszke tak opisuje środowisko, z którego wywodzili się marcowi „Komandosi”: *„PRL była ich państwem, rodzice je współtworzyli i nim rządzili. Nie bali się aparatu władzy i jego przedstawicieli, przynajmniej do czasu, co wyróżniało ich wśród kolegów, którzy z niekomunistycznych domów wynieśli przestrożę, aby uważali i nie nadstawiali karku”*. Pochodziłem z takiego domu. PRL nie była moim państwem. Mój odruch buntu i niezgody ograniczał się do marzenia, aby od PRL się uwolnić. Jak? Po prostu wyjechać. Zrealizowałem ten zamiar w 1984 r.

A jednak drogi moje i Karola Modzelewskiego skrzyżowały się jeszcze raz, tak jak kiedyś na Studium Wojskowym UW. Niedługo po Okrągłym Stole, kiedy Karol Modzelewski sprawował godność senatora, kierowałem warszawskim biurem Radia Wolna Europa. Przeprowadziłem z nim kilka wywiadów. Dziwił mnie krytyczny stosunek do reform Balcerowicza, ja byłem ich entuzjastą i nie rozumiałem, że człowiek, który chciał zmieniać system, nie sprzyja jego likwidacji. A Modzelewski był po prostu konsekwentny. Był demokratą, cieszył się z wolnej Polski, ale Polska jego marzeń nie była Polską kapitalistyczną. Dla mnie reformy Balcerowicza były częścią ogólniejszego planu odzyskiwania przez Polskę podmiotowości. Miałem za sobą pięć lat pobytu w Stanach Zjednoczonych, podczas których zarabiałem m.in. jako taksówkarz, a moja żona trudniła się sprzątaniami. Była to twarda szkoła życia i zapewne przejście przez nią wyrobiło we mnie przekonanie, że każdy powinien odpowiadać za siebie. Za swoją przyjąłem amerykańską dewizę: co cię zabije, to cię wzmocni. Ale mój podziw dla Karola Modzelewskiego się nie zmienił. Polska byłaby lepsza, gdyby miała więcej takich ludzi jak Karol Modzelewski. Ale także takich jak Leszek Balcerowicz. Nie uważam, że możliwa jest synteza ich poglądów. Domyślam się nawet, że moi bohaterowie nie byłiby szczęśliwi z ustawiania ich koło siebie. Uważam natomiast, że brakuje nam ludzi myślących niezależnie, prawych i niekoniunkturalnych. ■



Fot. archiwum Ryn

Medycyna w oku kamery

Filmy medyczne zdobywają coraz większą popularność. Dla lekarza, który nagrywa film z operacji, stanowi on doskonałą dokumentację pracy, dla adeptów sztuki medycznej – lekcję, która często jest daleko bardziej skuteczna niż tradycyjny przekaz z podręcznika, wykładu czy nawet obserwacji zabiegu. Problemem jest tylko znalezienie czasu, który lekarz może poświęcić zarówno na oglądanie, jak i przygotowywanie filmów.

W 2013 r. w Rynie odbył się pierwszy w Polsce Festiwal Filmów Medycznych (o zwycięzcach pisaliśmy w poprzednim numerze). Jego pomysłodawca – prof. **Tadeusz Wróblewski** (na zdjęciu) z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM w Warszawie, jest byłym prezesem Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich i redaktorem naczelnym kwartalnika „Videosurgery and other miniinvasive techniques. Wideochirurgia

i inne techniki małoinwazyjne”. Ciekawostką było to, że na festiwalu jury oceniało nie tylko zawartość naukową prezentowanych filmów, ale – na równi – ich wartość artystyczną.

– *Uczestniczyłem w setkach sympozjów i konferencji, podczas których przedstawiano typowe prezentacje, wykłady i slajdy. Trochę mnie zaczęło to nużyć i stąd wziął się pomysł festiwalu, a nie sympozjum czy konferencji* – mówi profesor.

Festiwal z pewnością nudny nie był, bo zdecydowana większość uczestników siedziała na sali i z ciekawością oglądała, jak koledzy radzą sobie w pokazywanych sytuacjach.

– *Chirurgia to dziedzina, której nie da się nauczyć tylko z podręczników. To nie podręczniki, zdjęcia czy wykłady dały mi najwięcej, tylko obraz filmowy* – tłumaczy prof. Wróblewski, który kręcenie filmów medycznych podpatrywał u znakomitych chirurgów podczas pracy we Francji.

– *Tworzyły się całe biblioteki filmów. Wracałem do nich i zdarzało się, że dopiero po którymś kolejnym obejrzeniu filmu rozumiałem, o co temu wytrawnemu operatorowi chodziło – że ten mały, niepozorny ruch był kluczowy w danym momencie. Doszedłem więc do wniosku, że film to najlepsza forma edukacji.*

Szef Kliniki Hematologii w warszawskim szpitalu przy ul. Banacha prof. Wiesław Jędrzejczak słynie ze swoich wykładów. Zawsze stara się je tak urozmaicić anegdotami, akronimami i nawiązaniami, by nie były nudne i by słuchający jak najwięcej z nich zapamiętał. Być może łatwo to osiągnąć w przekazie filmowym, kiedy film jest odpowiednio zmontowany i z dobrym podkładem muzycznym. Pewnie ten cel przyświecał organizatorom festiwalu, gdy uznali, że pięć punktów będzie przysługiwać za zawartość naukową prezentowanego filmu, a pięć – za wartość artystyczną.

Dodatkowym atutem festiwalu było to, że filmy prezentowali ich autorzy, którzy w danym zabiegu czy zabiegach przynajmniej asystowali, a najczęściej – zabieg wykonywali. Można im było zatem bezpośrednio po prezentacji filmu zadawać pytania, dzięki czemu miały miejsce ciekawe dyskusje.

Z prawnego punktu widzenia

Były prezes ORL w Warszawie Mieczysław Szatanek, ginekolog, ma już pokaźny zbiór filmów z operacji, jakie przeprowadził. Mówi, że gromadzenie takich filmów ma walor dokumentujący pracę. Zwycięzca nagrody publiczności festiwalu w Rynie dr Stanisław Koziel twierdzi, że zawsze chciał być filmowcem i robiąc filmy medyczne, realizuje dwie pasje: medycynę i film.

Ale to nie wszystkie aspekty przydatności filmowania zabiegów. Coraz częściej przecież dochodzi do konfliktów między lekarzem a pacjentem. Prawnicy nie mają wątpliwości, że film dokumentujący przebieg operacji może być doskonałym dowodem w sprawie.

Drogocenny czas

Wartość edukacyjną medycznych filmów już dawno zauważyły uczelnie, ale dostrzegli ją również przedsiębiorcy. Są serwisy internetowe, które zawierają tysiące filmów, a przy niektórych uczelniach medycznych działają profesjonalne studia montażowe. Lekarz może więc albo sam ślęczeć po nocach i montować film z „surówki”, albo robić to razem z fachowcami od montażu.

Potem trzeba tylko znaleźć czas na podziwianie swoich dzieł. Lub wysłać je na festiwal. Następny – prof. Wróblewski ma nadzieję – już w roku bieżącym. ■

Justyna Wojteczek



Górale Tybetu

Jacek Walczak

Buddyzm, Lhasa, dalajlama – czy rzeczywistość jest zgodna z wyobrażeniami o tych nazwach podróżników przybywających do Tybetu? Na ogół największe wrażenie robi pierwsze spotkanie z mroczną świątynią Dżokhang w centrum starej Lhasy. Nieustannie napływający tłum pielgrzymów wędruje zgodnie z ruchem wskazówek zegara po najdłuższej z tras wokół najważniejszej świątyni. Pielgrzymi mieszają się z turystami, artystami i osobami przybyłymi w nieznanymi celach. Wzdłuż całej drogi niezliczone stragany z miejscowymi dewocjonaliami. W ofercie kolorowe chorągiewki modlitwne, różnej wielkości młynki, wysadzone cennymi kamieniami czaszki jaków i masa dziwacznych przedmiotów o tajemniczym przeznaczeniu. Wędrówka kończy się przed głównym wejściem do świątyni, skąd dochodzi zapach kadzidełek. Ostatni fragment wierni pokonują, co rusz rzucając się na ziemię plackiem, bijąc czołem za

każdym ruchem. Dla przybyszy spoza Azji to widok niezwykle egzotyczny.

Wstrząsający jest los narodu tybetańskiego i jego status mniejszości we własnym kraju po zaanektowaniu terytorium przez Chiny.

Przyczyny obecnej sytuacji sięgają bardzo odległych czasów. Potężny król Tybetu Songcen Gampo w VII w. podejmował odważne wyprawy wojenne. Opanował znaczną część północnych Chin, królestwa Żangzung i Tuyuhun. Dla uniknięcia zagrożenia cesarz Chin i król Nepalu oddali mu za żony swoje córki. Gampo pod ich wpływem przeszedł na buddyzm i nakazał budowę świątyni Dżokhang w Lhasie. We wnętrzu umieszczono posąg Budy (Jowo Rinpoche) – dar córki chińskiego cesarza. To miejsce jest do dzisiaj najważniejszym świętym miejscem dla Tybetańczyków. Choć nie od razu nowa religia została w pełni zaakceptowana. Niezbędna była pomoc mnichów przyby-

łych z Indii. Mimo królewskiego poparcia, buddyzm nie był religią dominującą, ciągle popularne były stare wierzenia. Lamaizm, nowa odmiana buddyzmu tybetańskiego, zawiera zatem liczne elementy, rytuały pierwotnych religii, koncepcji metafizycznych i doktryn filozoficznych. Dotyczy to zwłaszcza rozbudowanej liturgii, mającej też źródła w ezoterycznym tantryzmie pochodzącym z Indii. Stopniowo władza świecka ulegała osłabieniu, rosły zaś wpływy mnichów. Zawieruchy religijno-polityczne sprawiały, że okresy świętości przeplatały się z upadkami. Ogromne znaczenie dla umocnienia się buddyzmu w Tybecie miało panowanie Mongołów. Wtedy dopiero zebrano i uporządkowano teksty buddyjskie. Zrodziły się nowe szkoły, z których Gelugpa (cnotliwi) najmocniej zaznaczyła się w dalszej historii lamaizmu w Tybecie. Jej przywódca Congkapa (1357–1419) przywrócił surowe reguły życia klasztornego. Mnisi znowu zaczęli nosić trady-



Fotografie: J. Walczak



cyjne żółte szaty. Szkołę tę nazwano „Żółtymi Czapkami”, w odróżnieniu od konkurencyjnej – „Czerwonych Czapek”. Wraz z epoką Gelugpa, za chińską protekcją, pojawiła się tradycja dalajlamy. Od tej pory Dalajlama jest najważniejszym przywódcą duchowym Tybetańczyków, choć od 1959 r. zmuszony jest przebywać na emigracji.

Po upadku cesarstwa chińskiego w 1911 r. Dalajlama odmówił posłuszeństwa Republice Chińskiej i ogłosił niepodległość Tybetu (1912 r.). Nie uchroniło to Tybetu od zapędów kolonialnych nie tylko Chin, ale także Rosji i Wielkiej Brytanii.

W wolnym Tybecie wszelkie próby reform niemal we wszystkich dziedzinach

życia spotkały się ze zdecydowanym sprzeciwem buddyjskich mnichów. Zapanowała represyjna teokracja oparta na pańszczyźnie. Większość mężczyzn pozostała mnichami. Nie było świeckich szkół, administracji ani armii. Tybet nie był wtedy krajem liberalnej demokracji, jak sądzi wielu ludzi z Zachodu.

W 1950 r. przywódca chińskich komunistów Mao Zedong nakazał zajęcie Tybetu. Roszczenia terytorialne Chin uzasadniały wysoce wątpliwymi argumentami. Do upadku chińskiej dynastii Qing Dalajlama był duchowym nauczycielem cesarza, który w zamian chronił Tybet przed wrogami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Stąd tłumaczenie ochrony Tybetu i konieczności jego podporządkowania Chinom.

Szacuje się, że w wyniku chińskiej inwazji poniosło śmierć 1,2 mln Tybetańczyków. Niemal wszystkie klasztory (około 6 tys.) zostały splądrowane i zniszczone. Podczas rewolucji kulturalnej nie zatrzymano się nawet przed posągami Jowo ze świątyni Dżokhang. Najcenniejszy dla Tybetańczyków przedmiot ze złota wywieziono do Pekinu i przetopiono. Propaganda chińska zarzuca Tybetańczykom brak wdzięczności za zbudowane drogi, szkoły, szpitale, lotnisko, fabryki...

Tybetańczycy ciągle uznawani są za najbardziej przyjacielski i gościnny naród na świecie, jak to buddyści i do tego górale. ■

Grażyna Pacocha



Błysk w oku.
Światło, strzała.
Już wiesz,
to się stanie.
Pragnienie, marzenie,
tęsknota, dreszcz.
Może ostatni poryw
i już nigdy, nikt.

Piszę ten wiersz nie dla pieniędzy,
dla przyjemności
bo ktoś chce go czytać,
bo o to prosi

przestanę pisać
gdy poczuję,
że moje słowa ranią
zamiast być radością.



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Więcej: www.miesiecznik-puls.org.pl (Nowe przepisy prawne)

25 listopada 2013 r. zostało opublikowane w DzU z 2013 r. poz. 1379 obwieszczenie ministra zdrowia z 29 lipca 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.

25 listopada 2013 r. zostało opublikowane w DzU z 2013 r. poz. 1367 obwieszczenie ministra zdrowia z 4 września 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych.

25 listopada 2013 r. weszła w życie ustawa z 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2013 r., poz. 1245.

System EudraVigilance jest system wymiany informacji o działaniach niepożądanych, o których mowa w art. 24 ust. 1 rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego Europejską Agencję Leków (Dz.Urz. UE L 136 z 30.04.2004).

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.

Działania niepożądane produktów leczniczych zgłasza się prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu, ze szczególnym uwzględnieniem działań niepożądanych dotyczących: produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną – dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w dowolnym państwie w okresie 5 lat poprzedzających zgłoszenie, produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych, produktów leczniczych zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą, terapii nowymi postaciami farmaceutycznymi produktów leczniczych, produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazanie, przypadków, gdy działanie niepożądane produktu leczniczego stało się powodem zastosowania innego produktu leczniczego, procedury medycznej lub sposobu leczenia stosowanego u pacjenta, wystąpienia działania w trakcie ciąży lub bezpośrednio po porodzie.

Zgłoszeń działań niepożądanych produktów leczniczych mogą dokonać osobie wykonującej zawód medyczny, prezesowi urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu także pacjenci, ich przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie faktyczni.

Zgłoszenie pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego zawiera: inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie, imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia, w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, adres miejsca wykonywania tego zawodu, podpis osoby zgłaszającej, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną, w zakresie produktu leczniczego co najmniej: a) nazwę produktu, którego stosowanie podejrzewa się o spowodowanie tego działania niepożądanego, b) opis wywołanego działania niepożądanego. Osoby wykonujące zawód medyczny zgłaszają ciężkie niepożądane działania produktów leczniczych w terminie 15 dni od dnia uzyskania informacji o ich wystąpieniu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Wojskowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane przekazywać prezesowi urzędu kopie zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych. Lekarz jest obowiązany zgło-

sić prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego. Lekarz dokonuje zgłoszenia zgodnie z ustawą z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r. nr 45, poz. 271, ze zm.).

Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, prezesowi urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu, działań niepożądanych, zgodnie z ustawą – Prawo farmaceutyczne.

3 grudnia 2013 r. został opublikowany w DzU z 2013 r., poz. 1426, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 15 października 2013 r. (sygn. akt P 26/11).

Dotyczy niezgodności z konstytucją art. 79c ust. 3 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (DzU z 2010 r. nr 185, poz. 1243 ze zm.), w brzmieniu obowiązującym od 12 marca 2010 r. do 19 lipca 2011 r., przez to, że przewiduje niepodlegającą miarkowaniu karę pieniężną w wysokości 10 000 zł za nieterminowe przekazanie zbiorczego zestawienia danych o odpadach.

5 grudnia 2013 r. zostało opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1447, obwieszczenie ministra zdrowia z 4 lipca 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

5 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1445.

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunki ich realizacji określa załącznik do rozporządzenia.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

5 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1347.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całociągowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpienia psychicznego, duchowego i socjalnego.

Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: stacjonarnych w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej, domowych w hospicjum domowym dla dorosłych

Cd.
na
str.
42

Zaproszenie



W ramach kontynuacji tradycji Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza na uroczystą mszę świętą w dniu św. Apolonii – patronki lekarzy stomatologów, która zostanie odprawiona 9 lutego (niedziela) 2014 r., o godz. 18.00, w Parafii pod wezwaniem Niepokalanego Poczęcia NMP w Warszawie, ul. Przy Agorze 9.

Poza komunikacją własną proponuje się dojazd metrem do stacji Młociny, następnie około 10-minutowy spacer ulicą Przy Agorze, w kierunku Lasku Bielańskiego.

Po mszy świętej o godz. 19.00 odbędzie się spotkanie integracyjne lekarzy dentystów. ■

Marta Klimkowska-Misiak
wiceprezes ORL,
przewodnicząca Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Podziękowanie



W listopadzie 2013 r. byłam pacjentką w II Klinice Chorób Płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, pod opieką **dr Anny Stokłosa**, specjalisty chorób wewnętrznych i chorób płuc.

Mam 75 lat, jestem osobą cierpiącą na wiele schorzeń. Pani doktor od początku wykazywała podziwu godną cierpliwość i chęć pomocy. Wytłumaczyła mi, jakim badaniom zostaną poddana. Sposób, w jaki pani doktor rozmawiała ze mną, sprawił, że bez wahania oddałam się pod jej opiekę.

Po każdym badaniu pani doktor przychodziła, aby przedstawić i wytłumaczyć mi wyniki.

W swoim życiu spotkałam wielu lekarzy. Spośród nich wielu zasługuje na miano lekarza z powołania. Ale zdecydowanie wśród nich znalazłaby się dr Anna Stokłosa. Jej cierpliwość, chęć niesienia pomocy, umiejętność kojącego wpływu na chorego może być wzorem do naśladowania dla młodych, początkujących lekarzy. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc może być dumny z tego, że ma w swoich szeregach tak dobrego lekarza. ■

Czesława Sawicka

Program Klub Lekarza

Warszawa, ul. Raszyńska 54

1.03.2014 r., sobota, godz. 19.00 – Zabawa ostatkowa z muzyką na żywo.

Śpiewa Anna Kacperska-Wisznia, akompaniuje Andrzej Borowik.

Koszt: 120 zł od osoby. Informacje: tel. 691-854-673, 22-822-23-42

5.03.2014 r., środa, godz. 18.00 – „Wileński Kaziuk i inne kresowe kiermasze, jarmarki... dawniej i dziś”.

Prelekcja: Katarzyna Węglicka (historyk sztuki)

12.03.2014 r., środa, godz. 18.00 – „W tańcu z wiosną”. Spotkanie z poezją Grażyny Kowalskiej.

Przy fortepianie prof. Aleksander Żukowski.

19.03.2014 r., środa, godz. 18.00 – „Sierpniowe dziewczęta 44”. Spotkanie z pisarką Patrycją Bukalską

(spotkanie przeniesione z terminu planowanego pierwotnie na 19.02.2014 r.).

26.03.2014 r., środa, godz. 18.00 – „Spotkajmy się z muzyką”.

Koncert studentów Wydziału Wokalno-Aktorskiego Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina w Warszawie.



FUNDACJA
PRO SENIORE



im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY NAM POMAGALI
Fundacja „Pro Seniore” jest organizacją pożytku publicznego

Przekaż 1% podatku

KRS nr: 0000250527

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

www.proseniore.pl

lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy oraz świadczenia udzielane przez pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, leczenie innych objawów somatycznych, opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej, opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie pacjentów do hospicjum stacjonarnego lub na oddział medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują: porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu, w tym również dla pacjenta, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego, porady psychologa i świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu pacjenta.

Porada to świadczenie obejmujące badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych, zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych, zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta, poradę lekarską, poradę psychologiczną lub wizytę psychologa, zabieg pielęgniarstwa lub wizytę pielęgniarki w domu pacjenta.

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych.

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są: przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u pacjenta jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 2. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

12 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1386.

Świadczenia terapeutyczne to działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację,

Turnus rehabilitacyjny to zorganizowany, trwający nie dłużej niż 14 dni, pobyt poza miejscem udzielania świadczeń gwarantowanych, obejmujący leczenie i intensywną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi i znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego, w ramach określonego programu terapeutycznego.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: stacjonarnych: a) psychiatrycznych, b) leczenia uzależnień, c) w izbie przyjęć, dziennych: a) psychiatrycznych, b) leczenia uzależnień, ambulatoryjnych: a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego), b) leczenia uzależnień.

Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji określają załączniki do rozporządzenia. Świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, odpłatne wyżywienie oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, nie częściej niż raz na 12 miesięcy, w ramach: świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń nerwicowych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży, realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz świadczeń rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, realizowanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień, świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych, świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia realizowanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego), świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, programu substytucyjnego.

Warunkiem realizacji turnusu rehabilitacyjnego jest przedstawienie przez świadczeniodawcę Narodowemu Funduszowi Zdrowia: – programu psychoterapeutycznego, opinii o spełnieniu wymogów sanitarno-epidemiologicznych w pomieszczeniach, w których będą realizowane świadczenia w ramach turnusu rehabilitacyjnego,

NFZ 00-613 Warszawa,
ul. Chałubińskiego 8

W sprawach dotyczących Narodowego Funduszu Zdrowia prosimy dzwonić do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

- Wystawianie recept refundowanych 22-582-81-51
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 22-582-84-08
- Wystawianie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego 22-582-84-30, 31, 32
- Podstawowa opieka zdrowotna 22-582-80-49
- Promocja zdrowia 22-582-80-20, 18

- Ratownictwo medyczne 22-582-80-18
- Ambulatoryjne świadczenia spec. 22-582-80-12
- Leczenie szpitalne 22-582-80-26
- Programy terapeutyczne (lekowe) 22-582-81-17
- Skargi i wnioski 22-480-43-43
- Rzecznik prasowy 22-582-80-40
- Lecznictwo uzdrowiskowe 22-480-43-70, 71, 72

Informacja ogólna 22-572-63-73

– wykazu osób uczestniczących, terminu turnusu rehabilitacyjnego, wykazu personelu realizującego świadczenia. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

17 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1413.

Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku:

- 1) porad specjalistycznych – określa załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) badań diagnostycznych – określa załącznik nr 2,
- 3) procedur zabiegowych ambulatoryjnych – określa załącznik nr 3,
- 4) świadczeń w chemioterapii – określa załącznik nr 4,
- 5) innych świadczeń ambulatoryjnych – określa załącznik nr 5.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, o których mowa w pkt 1–3 i 5, stosuje się do świadczeń w chemioterapii.

W zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne.

Świadczenia gwarantowane obejmują czynności diagnostyczno-lecznicze, w tym badanie pobranego materiału biologicznego, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

W przypadkach wynikających ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowane są udzielane w domu świadczeniobiorcy.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r., a w zakresie świadczenia gwarantowanego – porada specjalistyczna rzadkie wrodzone wady metabolizmu u dzieci, od 1 stycznia 2015 r.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie posiadają gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w lokalizacji, o którym mowa w części dotyczącej pozostałych wymagań zawartych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, są obowiązane spełnić ten wymóg w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2014 r.

18 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 12 grudnia 2013 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1581.

Studia doktoranckie trwają nie krócej niż 2 lata i nie dłużej niż 4 lata. Kierownik studiów doktoranckich przedłuża, na wniosek doktoranta, okres odbywania studiów doktoranckich o okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego, określonych w kodeksie pracy. Kierownik studiów doktoranckich może przedłużyć okres odbywania studiów doktoranckich, zwalniając jednocześnie doktoranta z obowiązku uczestniczenia w zajęciach, w przypadku:

- czasowej niezdolności do odbywania tych studiów spowodowanej chorobą,
- konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny,
- konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem do 4. roku życia lub dzieckiem o orzeczonej niepełnosprawności – łącznie nie dłużej niż o rok.

Kierownik studiów doktoranckich, po zasięgnięciu opinii opiekuna naukowego lub promotora, może przedłużyć okres odbywania studiów doktoranckich, zwalniając jednocześnie doktoranta z obowiązku uczestniczenia w zajęciach, w przypadku

konieczności prowadzenia długotrwałych badań naukowych, łącznie nie dłużej niż o 2 lata.

Jednostka organizacyjna uczelni albo jednostka naukowa zapewnia doktorantowi przez cały okres studiów doktoranckich opiekę naukową i wsparcie w samodzielnej pracy badawczej, sprawowane przez opiekuna naukowego.

Opiekunem naukowym może być nauczyciel akademicki albo pracownik naukowy, posiadający co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie danej lub pokrewnej dyscypliny naukowej oraz dorobek naukowy opublikowany w okresie ostatnich 5 lat.

Zajęcia dydaktyczne na studiach doktoranckich mogą prowadzić nauczyciele akademicy posiadający aktualny dorobek naukowy, opublikowany w okresie ostatnich 5 lat.

Stypendium doktoranckie przyznaje rektor uczelni albo dyrektor jednostki naukowej, po zaopiniowaniu przez komisję doktorancką jednostki organizacyjnej uczelni albo jednostki naukowej.

Stypendium doktoranckie na pierwszym roku studiów doktoranckich może być przyznane doktorantowi, który osiągnął bardzo dobre wyniki w postępowaniu rekrutacyjnym.

Stypendium doktoranckie na drugim roku i kolejnych latach studiów doktoranckich może być przyznane doktorantowi, który:

- terminowo realizuje program studiów doktoranckich,
- wykazuje się zaangażowaniem w:
 - a) prowadzeniu zajęć dydaktycznych w ramach praktyk zawodowych albo
 - b) realizacji badań naukowych prowadzonych przez jednostkę organizacyjną uczelni albo jednostkę naukową;
- w roku akademickim poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie stypendium doktoranckiego wykazał się znaczącymi postępami w pracy naukowej i w przygotowywaniu rozprawy doktorskiej.

Doktorant składa wniosek o przyznanie stypendium doktoranckiego do kierownika studiów doktoranckich.

Stypendium doktoranckie jest przyznawane na okres 12 miesięcy i wypłacane co miesiąc.

Stypendium doktoranckie jest przyznawane niezależnie od otrzymywanych przez doktoranta:

- świadczeń ze środków funduszu pomocy materialnej dla studentów i doktorantów oraz stypendium ministra za wybitne osiągnięcia, o którym mowa w przepisach ustawy z 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym,
- stypendium doktorskiego, o którym mowa w przepisach ustawy z 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytułach naukowych oraz o stopniach i tytułach w zakresie sztuki.

W przypadku przedłużenia okresu odbywania studiów doktoranckich rektor uczelni albo dyrektor jednostki naukowej może przyznać stypendium doktoranckie na ten okres.

W przypadku skreślenia doktoranta z listy uczestników studiów doktoranckich zaprzestaje się wypłaty stypendium doktoranckiego z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym decyzja o skreśleniu stała się ostateczna.

Doktorantowi otrzymującemu stypendium doktoranckie, który ukończył studia doktoranckie w terminie krótszym niż określony w akcie o utworzeniu tych studiów oraz uzyskał wyróżniającą ocenę rozprawy doktorskiej, za okres pozostały do terminu ukończenia studiów doktoranckich wypłaca się środki finansowe w wysokości stanowiącej iloczyn kwoty otrzymywanego miesięcznie stypendium doktoranckiego oraz liczby miesięcy, o które został skrócony okres odbywania studiów doktoranckich, nie większej jednak niż 6 miesięcy.

Doktorant odbywający studia doktoranckie w uczelni może złożyć wniosek o przyznanie zwiększenia stypendium.

Zwiększenie stypendium przyznaje rektor uczelni, po zaopiniowaniu przez komisję wniosku o przyznanie zwiększenia stypendium. Zwiększenie stypendium może być przyznane:

- na pierwszym roku studiów doktoranckich – doktorantowi, który osiągnął bardzo dobre wyniki w nauce w trakcie studiów drugiego stopnia albo jednolitych studiów magisterskich lub w postępowaniu rekrutacyjnym,



Marek Pertkiewicz
17.02.1947 – 5.12.2013

Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim AM w Warszawie Marek Pertkiewicz podjął pracę w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej AM w Warszawie w 1972 r. na stanowisku asystenta. W 1975 r. uzyskał specjalizację I stopnia, a w 1979 – specjalizację II stopnia z chirurgii ogólnej. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1980 r., na podstawie pracy pt.: „Dalsze losy chorych leczonych z powodu krwotoków z górnego odcinka przewodu pokarmowego o nieustalanej przyczynie”, i został awansowany na stanowisko adiunkta.

Już w początkowym okresie pracy w klinice wyróżniał się niestandardową opieką nad pacjentami i poszukiwaniem możliwości poprawy wyników leczenia chorych z powikłaniami pooperacyjnymi, u których tradycyjne metody postępowania, polegające najczęściej na kolejnym zabiegu operacyjnym, płynoterapii i podawaniu antybiotyków, zbyt często nie pozwalały na osiągnięcie pożądanego rezultatu. Już w 1975 r. Marek Pertkiewicz, jako pierwszy w Polsce, zaczął stosować komplek-

sowe leczenie wysokich pooperacyjnych przetok z zastosowaniem całkowitego żywienia pozajelitowego. W roku 1998 w pracy habilitacyjnej pt.: „Leczenie żywieniowe pooperacyjnych przetok przewodu pokarmowego” przedstawił wyniki leczenia. Opracowane przez Niego zasady kompleksowego leczenia przetok stały się podstawą opracowania standardów postępowania zalecanych w Polsce.

W 1983 r. Marek Pertkiewicz i Krystyna Majewska, jako pierwsi w Polsce, rozpoczęli żywienie pozajelitowe chorych w domu (żpd). Dobre wyniki leczenia, rozwiązanie problemów organizacyjnych związanych z dostarczaniem preparatów i sprzętu do żywienia do domów pacjentów mieszkających w całej Polsce, zapewnienie pełnego bezpieczeństwa pacjentom sprawiły, że w 1990 r. żpd zostało oficjalnie uznane przez MZ i OS, które powierzyło Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Żywienia AM w Warszawie obowiązek konsultowania, leczenia i kwalifikowania chorych z zespołem krótkiego jelita do żywienia pozajelitowego w domu i sprawowania nadzoru nad tym leczeniem. Zadania tego podjął się dr Pertkiewicz. Opracowany przez Niego i realizowany ze współpracownikami model żywienia pozajelitowego w domu, którym objęto kilkuset chorych mieszkających w całej Polsce, okazał się być nie tylko skuteczny, ale również całkowicie bezpieczny, m.in. dzięki temu, że każdy pacjent miał numer prywatnego telefonu Marka Pertkiewicza i mógł telefonować o każdej porze dnia i nocy.

W uznaniu zasług dla rozwoju żywienia pozajelitowego w warunkach domowych w Polsce Marek Pertkiewicz został zaproszony do udziału w pracach kierowanego przez Van Gossum międzynarodowego zespołu zajmującego się problematyką żpd w Europie.

W 2005 r. został zatrudniony na Wydziale Nauki o Zdrowiu WUM jako kierownik Samodzielnej Pracowni Żywienia Klinicznego w Szpitalu im. W. Orłowskiego. W 2007 r. otrzymał stanowisko profesora nadzwyczajnego WUM. Kierowana przez Marka Pertkiewicza klinika przejęła wszystkie sprawy związane z prowadzeniem żpd w Polsce. Obecnie pod opieką liczącej 30 łóżek kliniki pozostaje około 300 chorych żywionych pozajelitowo w domu, a rocznie leczy się w niej około 600 chorych.

Marek Pertkiewicz zajmował się nie tylko działalnością leczniczą i szkoleniową. Był głęboko zaangażowany w tworzenie struktur organizacyjnych warunkujących rozwój leczenia żywieniowego w Europie i w Polsce. Był członkiem-założycielem ESPEN utworzonego w 1979 r. w Sztokholmie. Był współzałożycielem i sekretarzem utworzonej w 1986 r. Sekcji Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, przekształconej w 1998 r. w Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, którego prezesem był przez osiem lat. W tym czasie z Jego inicjatywy zostały opracowane i opublikowane Standardy Żywienia Pozajelitowego i Żywienia Dojelitowego (PZWL 2005), a w rok później ukazał się pierwszy numer oficjalnego pisma PTŻPiD pt.: „Postępy Żywienia Klinicznego”, którego był inicjatorem i redaktorem naczelnym. Pomagał w utworzeniu krajowych towarzystw żywienia pozajelitowego i dojelitowego w Czechosłowacji i na Litwie. Był honorowym członkiem Czechosłowackiego Towarzystwa Lekarskiego im. Purkiniego i Węgierskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Był lekarzem niezwykłym, oddanym chorem, dla których był opiekunem, doradcą i przyjacielem. Takim Go zapamiętamy.

Prof. dr hab. med. Bruno Szczygieł

Przyszliśmy tu, Marku, aby towarzyszyć Ci w ostatniej drodze. Odszedłeś tak wcześnie. Tyle planów, zaprogramowanych zajęć i przedsięwzięć nie będzie już zrealizowanych. Wielka szkoda, żal i ogromny smutek.

Prof. Marka Pertkiewicza poznałem 34 lata temu. Był chirurgiem, zajmował się żywieniem pozajelitowym ciężko chorych pacjentów. Z podziwem obserwowałem jak całe dni i noce doglądał swoich chorych i wraz z najbliższymi współpracownikami wypełniał ogromne płachty papieru – zleceń lekarskich oraz wyników badań; nie było jeszcze komputerów.

Żywienie pozajelitowe było Jego pasją. Pasją było ratowanie życia chorem w skrajnie ciężkim stanie. Był jednym z pionierów żywienia klinicznego w Polsce.

W Klinice Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu, którą założył i kierował od 2005 r., stworzył największy w Europie Ośrodek Żywienia Pozajelitowego w Warunkach Domowych. Tam też z sukcesem leczył łącznie ponad 4 tys. chorych.

Prof. Marek Pertkiewicz był autorem polskich i europejskich programów kształcenia oraz podręczników z zakresu



Anna Kościółek
29.08.1929 – 2.12.2013

W 1947 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, które ukończyła w roku 1952. W latach 1952–1955 pracowała jako lekarz rejonowy w Ożarowie i we Włochach, natomiast od 1953

do 1966 r. – na I Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Praskiego. W roku 1967 rozpoczęła pracę w przychodni specjalistycznej Szpitala Praskiego, w którym pracowała jako alergolog do roku 1976. W latach 1976–1986 była pracownikiem Poradni Schorzeń Alergicznych przy ul. Kondratowicza.

Prawo prywatnej praktyki uzyskała w 1960 r. i nieprzerwanie do 2000 r. pracowała w gabinecie lekarskim przy ul. Kubusia Puchatka.

Specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych (I stopień) uzyskała w 1955 r., natomiast II stopień w 1964. Była jednym z pierwszych lekarzy, którzy w latach 70. uzyskali specjalizację z alergologii.

Zawsze pracowała samodzielnie i nie była związana organizacyjnie z żadnym z ośrodków alergologicznych. Nie miała „bezpośrednich” nauczycieli. Potrzebne wiadomości uzyskiwała, biorąc udział w różnego

rodzaju spotkaniach naukowych. Była klasycznym przykładem tzw. *selfmade* specjalisty.

Nazywaliśmy Ją, z ogromną dozą sympatii, „Samotnym Białym Żaglem” (w 1936 r. ukazała się powieść Walentyna Katajewa pod tym tytułem).

Była osobą przemiłą, ciepłą, bezkonfliktową, życzliwą dla pacjentów i kolegów lekarzy, zawsze gotową pomóc każdemu w trudnej sytuacji. Wszyscy Jej pacjenci, a było ich tysiące, otrzymywali zielone zeszyciki, w których skrupulatnie odnotowywała objawy choroby i przebieg leczenia. Zielony zeszycik był takim hasłem: Jestem (lub byłem) pacjentem dr Anny Kościółek.

Z ogromnym żalem żegnaliśmy Ją 9 grudnia 2013 r. na cmentarzu w Wólce Węglowej.

Prof. dr hab. med.
Wacław Droszcz



28 lutego minie rok, odkąd odszedł od nas mój Mąż

Zygmunt Malewski

ginekolog, położnik, cytolog, absolwent Akademii Medycznej w Warszawie z 1967 r. W służbie zdrowia przepracował 44 lata. Przez większość swojego zawodowego życia związany był ze Szpitalem Ginekologiczno-Położniczym przy ul. Inflanckiej w Warszawie.

Był sumiennym, solidnym lekarzem. Wszystkiemu, co robił, oddawał się bez reszty.

Był wszechstronnie uzdolniony, obdarzony fenomenalną pamięcią.

Miał rozległą wiedzę i różnorodne zainteresowania.

Często mówiono o Nim, że jest człowiekiem renesansu.

Zmarł w wieku 70 lat, pokonany przez ciężką chorobę.

Pozostanie zawsze w pamięci mojej i moich bliskich.

Magdalena Jacobi-Malewska

żywienia klinicznego. Był autorem licznych prac naukowych, publikowanych w większości w zagranicznych czasopiśmie medycznych.

Był współtwórcą i wieloletnim prezesem Polskiego Towarzystwa Żywności Poza- i Dojelitowego.

W latach 2008–2011 przewodniczył Komisji Żywności Klinicznej i Patologii Metabolicznych Komitetu Patofizjologii Klinicznej Wydziału VI Nauk Medycznych PAN. Był członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Za działalność naukową Profesor był wyróżniany nagrodami ministra zdrowia i rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a przez prezydenta RP został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Prof. Marek Pertkiewicz został uhonorowany tytułem: „Lekarz Niezwykły”, przyznawanym przez pacjentów za po-

średnictwem miesięcznika „Zdrowie”, oraz tytułem „Dobry Anioł” przyznawanym przez fundację TVN „Nie jesteś sam”. Z tych ostatnich nagród był najbardziej dumny.

Straciliśmy wspaniałego przyjaciela i kolegę. Twój chorzy, Marku, stracili wielkiego, bezinteresownego lekarza, pełnego skromności, oddania i troski. Lekarza, który dobro pacjentów stawiał ponad wszystko.

Panie Profesorze, Marku, na zawsze pozostaniesz w naszych myślach i sercach.

W imieniu Wydziału Nauk o Zdrowiu – nauczycieli akademickich i studentów oraz całej społeczności akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pragnę złożyć najgłębsze wyrazy współczucia: żonie Małgorzacie, córkom: Asi i Marysi, bratu Jankowi i całej rodzinie Zmarłego.

Prof. Piotr Małkowski

– na drugim roku i kolejnych latach studiów doktoranckich – doktorantowi, który wyróżnił się osiągnięciami w pracy dydaktycznej lub badawczej albo osiągnięciami artystycznymi w roku akademickim poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie zwiększenia stypendium.

Minimalna wysokość kwoty zwiększenia stypendium wynosi 800 zł. Doktorant otrzymuje elektroniczną legitymację doktoranta, której wzór stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

20 grudnia 2013 r. został opublikowany w DzU z 2013 r., poz. 1612, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 10 grudnia 2013 r. (sygn. akt U 5/13).

Dotyczy niezgodności z konstytucją §44 pkt 6 oraz §57 pkt 5 załącznika nr 2 do rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych z 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych (DzU nr 79, poz. 349, ze zm.) w zakresie, w jakim powodują uznanie policjanta za całkowicie niezdolnego do pełnienia służby z powodu zachorowania na przewlekłe zapalenie wątroby oraz zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) bez względu na stan zdrowia, a także §44 pkt 6 oraz §57 pkt 4 i 5 załącznika nr 3 do wym. rozporządzenia w zakresie, w jakim powodują uznanie strażaka za całkowicie niezdolnego do pełnienia służby z powodu stwierdzenia nosicielstwa wirusa HIV, zachorowania na przewlekłe zapalenie wątroby oraz zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) bez względu na stan zdrowia.

21 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1462.

Przepisy rozporządzenia określają, iż pozostały personel stanowią: osoba pracująca na stanowisku pomocy dentystrycznej posiadająca średnie wykształcenie oraz przeszkolenie zawodowe lub osoba, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała: tytuł zawodowy asystentki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie asystentka stomatologiczna, tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie higienistka stomatologiczna, osoba, która ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku higiena dentystryczna lub ukończyła studia wyższe na innym kierunku studiów o specjalności higiena dentystryczna (stomatologiczna) i uzyskała tytuł licencjata lub osoba, która rozpoczęła po 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu higieny dentystrycznej, obejmujące co najmniej 1688 godzin kształcenia z zakresu higieny dentystrycznej, i uzyskała co najmniej tytuł licencjata.

Wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji określa w przypadku: świadczeń ogólnostomatologicznych – załącznik nr 1 do rozporządzenia, świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia – załącznik nr 2, świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym – załącznik nr 3, świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – załącznik nr 4, świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii – załącznik nr 5, świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży – załącznik nr 6, świadczeń protetyki stomatologicznej – załącznik nr 7, świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki – załącznik nr 8, świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej – załącznik nr 9, profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia – załącznik nr 10.

Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 11.

Dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do ukończenia 16. roku życia oraz dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia

18. roku życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień, znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, z wyłączeniem procedury wizyty niepowiązanej z innymi świadczeniami gwarantowanymi (pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6. roku życia).

Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym, które ukończyły 18. rok życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują znieczulenie ogólne i kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień.

W odniesieniu do kobiet w ciąży dokumentem potwierdzającym uprawnienia do dodatkowych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych jest karta przebiegu ciąży.

Świadczeniobiorcy zgłaszającemu się z bólem świadczenia gwarantowane są udzielane w dniu zgłoszenia.

Świadczenia gwarantowane są udzielane w pomieszczeniach świadczeniodawcy.

W zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

21 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1610.

W rozporządzeniu ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (DzU poz. 1386) wprowadza się następujące definicje lekarza w trakcie specjalizacji:

- w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych to lekarz, który rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych to lekarz, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Ponadto w załączniku nr 7 do rozporządzenia w tabeli w lp. 5 w pkt 9 w kolumnie 3 w ust. 1 pkt 1 oraz w lp. 7 w kolumnie 3 w ust. 1 pkt 1 wprowadza się sformułowanie – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, który posiada co najmniej 3-miesięczny staż pracy w podmiotach leczniczych prowadzących leczenie osób uzależnionych.

24 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1480.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych lub domowych.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.

Świadczenia gwarantowane obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psy-

chologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki.

Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności – skalą Barthel, otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3. roku życia nie dokonuje się oceny skalą Barthel.

Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 pkt lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Oceny dokonuje:

- przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,
- w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego, za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez: zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, pielęgniarską opiekę długoterminową domową. Świadczenia gwarantowane, o których mowa wyżej, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się: kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań świadczeniobiorcy, kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych: a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy, b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 4. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

25 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 20 listopada 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1492.

25 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 12 listopada 2013 r. w sprawie zniesienia niektórych komisji lekarskich w Straży Granicznej oraz zmiany rozporządzenia w sprawie utworzenia oraz organizacji komisji lekarskich w Straży Granicznej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1500.

26 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1511.

W rozporządzeniu ministra zdrowia z 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (DzU nr 237, poz. 1420) przepisy dotyczące całodobowego ładowiska wchodzą w życie 1 stycznia 2017 r.

26 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1505.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne.

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji określa załącznik do rozporządzenia.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

27 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 6 listopada 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1524.

27 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1522.

Porada lekarska rehabilitacyjna to świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: 1) ambulatoryjnych, które obejmują: lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna), fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny), 2) domowych, które obejmują: poradę lekarską rehabilitacyjną, fizjoterapię domową (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny), 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, osób z dysfunkcją narządu wzroku, kardiologiczną, pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subteraneoterapii, 4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną, kardiologiczną. Skalę opartą na skali Rankina określa załącznik nr 2. Wykaz procedur medycznych oraz wykaz jednostek chorobowych charakteryzujących świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych określa załącznik nr 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, określa załącznik nr 4. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w pkt 3, są udzielane świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. Świadczenia gwarantowane, o których mowa

w pkt 4, są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r.

27 grudnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1520.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

- świadczenia gwarantowane, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- badania diagnostyczne oraz leki lub wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych,
- świadczenia w chemioterapii,
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych.

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 określonego 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.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia.

Świadczenia gwarantowane w chemioterapii są udzielane przy zastosowaniu leków, dla których ustalono kategorię dostępności refundacyjnej – lek stosowany w chemioterapii, zgodnie z przepisami ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU nr 122, poz. 696, ze zm.), lub leków sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r. nr 45, poz. 271, ze zm.) zawierających

substancje czynne z rozpoznaniem według ICD-10 określone w załączniku nr 2.

Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określa załącznik nr 3.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2014 r., przepisy rozporządzenia, o których mowa:

- 1) w załączniku nr 3 w części I w lp. 8 i w załączniku nr 4 do w lp. 10, w części chirurgia naczyniowa (dotyczy tętniaków aorty obejmujących tętnice trzewne i nerkowe), stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 lipca 2014 r.
- 2) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I (hematologia – leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, onkologia i hematologia dziecięca), stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2015 r.

Do świadczeń gwarantowanych:

- o których mowa w pkt 1, udzielanych przed 1 lipca 2014 r.,
- o których mowa w pkt 2, udzielanych przed 1 stycznia 2015 r.,
- innych niż określone w pkt 1 i 2, udzielanych przed 1 stycznia 2014 r.

stosuje się przepisy dotychczasowe.

1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1565.

Ustala się wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej oraz pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027, ze zm.), wraz z określeniem:

- 1) limitów ich finansowania ze środków publicznych i wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie,
 - 2) kryteriów ich przyznawania,
 - 3) okresów użytkowania,
 - 4) limitów cen ich napraw
- stanowiący załącznik do rozporządzenia.

1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 grudnia 2013 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1715.



Fundacja Lekarska
PRO SENIORE
im. Lekarzy Poległych i Pomordowanych
w czasie II Wojny Światowej



OKRĘGOWA
IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza

POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWONIĄC POD NUMER:
704 277 577

Koszt każdego jednorazowego połączenia wynosi 2,03 zł netto (2,50 zł z VAT)

Usługa dostępna dla abonentów sieci:



Usługa świadczona jest przez firmę:



HONDA

The Power of Dreams

NOWY CR-V



Opiekujecie się nami,
teraz my zatroszczymy się o Was

Koniecznie zapytaj o szczegóły:

tel: + 48 22 665 93 23, wew. 100
+ 48 600 912 700 - Anna Koma
+ 48 600 912 500 - Stanisław Dzwonkowski
e-mail: salon@autowest.pl



Autowest Sp.j. - autoryzowany dealer Hondy
ul. Juliusza Konstantego Ordona 5
01-237 Warszawa
www.autowest.pl

*Majówka 2014
Premiery w IDF
Boże Ciało 2014 i inne...*



Serdecznie zapraszamy na specjalistyczne szkolenia dla lekarzy organizowane na następujących destynacjach:

- **Tajlandia, Malezja, Singapur** (26 III–6 IV 2014)
- **Japonia - Kraj Kwitnącej Wiśni** (26 IV–8 V 2014)
- **Tunezja** (1–8 V 2014)
- **Parki Narodowe USA** (9–21 VI 2014 lub 9–26 VI 2014)
- **Portugalia - Atlantycka Księżniczka** (16–23 VI 2014)
- **Bułgaria - Słońce nad Varną** (4–11 VII 2014)

Pozostałe oferty i szczegółowe programy dostępne na stronie: www.idf.net.pl

Zapraszamy do udziału!



Symposium z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej

pod patronatem Fundacji do walki z nowotworem jamy ustnej



20-21 III 2014

Warszawski Uniwersytet Medyczny - ul. Żwirki i Wigury 61

W programie między innymi:

- Wykrywanie chorób ogólnoustrojowych i onkologicznych w jamie ustnej pacjenta.
- Prawidłowa dokumentacja leczenia - jak uniknąć procesu sądowego?
- Jak zarobić pieniądze w gabinecie stomatologicznym w warunkach wciąż rosnącej konkurencji?
- Odpowiedzialność cywilna lekarzy, gabinetu i personelu ilustrowana ciekawymi przypadkami prawnymi.

Szczegółowy program dostępny na stronie www.idf.net.pl

Wszyscy Lekarze Stomatolodzy uczestniczący w Symposium biorą udział w losowaniu. Główną wygraną będzie asystor stomatologiczny, w dowolnie wybranym kolorze.

Zgłoszenia: IDF Sp. z o.o.
Tel.: 22 868 36 93, 506 097 598, idf@idf.net.pl