



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

kwiecień 2014 nr 4

**Maciej  
Hamankiewicz,**  
prezes NRL  
w nowej  
kadencji  
[str. 5]

XII Krajowy  
Zjazd Lekarzy  
[str. 4]

Recepty  
lekarskie  
– zasady  
wystawiania  
[str. 18]

Zadania  
pełnomocnika  
ds. zdrowia  
lekarzy  
[str. 14]

Będzie bolało  
[str. 9]



**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 dentyistów** Marta Klimkowska-Misiak  
tel. 22-542-83-56

**Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej**  
Julian Wróbel; tel. 22-542-83-31

*asystentki:* 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

*asystentka:* 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. 22-542-83-40, 42

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

**Księgowość** – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35  
Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79  
Agnieszka Stefaniak-Giza; tel. 22-542-83-54

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

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

**Kasa** Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

**Zespół Radców Prawnych**  
koordynator mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło; tel. 22-542-83-28  
mec. Dżyszław Czarnecki; tel. 22-542-83-25  
mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-28  
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. 22-542-83-64  
*prac. biura:* Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

**Okręgowa Komisja Wyborcza**  
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka  
*prac. biura:* Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu**  
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka  
*prac. biura:* Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Ewa Skoneczna  
tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15

**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

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

**Komisja ds. Stażu Podyplomowego**  
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 Dentyistów**  
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak  
*prac. biura:* Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

**Rada Funduszu Samopomocy**  
przewodniczący Roman Olszewski  
*prac. biura:* Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

**Komisja Etyki Lekarskiej**  
przewodniczący Konstanty Radziwiłł  
*prac. biura:* Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

**Komisja Legislacyjna**  
przewodniczący Aleksander Kotlicki; tel. 22-542-83-46  
*prac. biura:* Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

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

**Komisja ds. Pośrednictwa Pracy**  
przewodniczący Andrzej Morliński  
*prac. biura:* Izabella Ziółkowska-Hryciuk, Renata Sobolewska  
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, Izabella 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

**Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy**  
Bohdan Woronowicz; tel. 602-60-77-22  
*prac. biura:* Maria Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-11

**Rzecznik Praw Lekarza**  
*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 Dentyistów**  
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](mailto:m.skolimowska@oilwaw.org.pl)

**Biuletyn Informacji Publicznej**  
Justyna Wojteczek; [bip@oilwaw.org.pl](mailto:bip@oilwaw.org.pl)

**Delegatura Radomska** (26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)  
przewodniczący Julian Wróbel  
*prac. biura:* Joanna Ziembicka-Zięba  
tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30  
pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

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

**Agencja ubezpieczeniowa**  
Emilia Rutkowska; tel. 22-542-83-01  
Małgorzata Kozioł; tel. 22-542-83-06

**Klub Lekarza** – kierownik Tadeusz Pawlikowski  
tel. 22-542-83-82



# Nowe godziny pracy OIL w Warszawie w 2014 r.

Z przyjemnością informuję, że zgodnie z sugestiami lekarzy i lekarzy dentystów, godziny urzędowania niektórych działów Okręgowej Izby Lekarskiej zostały wydłużone. Co do zasady, biuro OIL jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00, ale:

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu**

przyjmuje interesantów w poniedziałki, czwartki i piątki od godz. 9.00 do 16.00,  
a we wtorki i środy od godz. 9.00 do 18.00,

**Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**

– w poniedziałki, czwartki i piątki od godz. 9.00 do 16.00,  
a we wtorki i środy od godz. 9.00 do 18.00,

**Sekcja Windykacji Składek**

– w poniedziałki, czwartki i piątki od godz. 9.00 do 16.00,  
a we wtorki i środy od godz. 9.00 do 18.00,

**Kasa**

czynna jest w poniedziałki od 9.00 do 14.00,  
we wtorki i środy – od godz. 9.00 do 17.00,  
a w czwartki i piątki – od godz. 9.00 do 14.00.

**2 maja 2014 r. (piątek) będzie w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie dniem wolnym od pracy.**

**Zbigniew Gałązka**  
dyrektor Biura OIL w Warszawie

Z okazji Wielkanocy życzymy naszym Czytelnikom  
rodzinnego szczęścia i zdrowia.  
Niech świąteczny czas stanie się okazją odrodzenia tych wartości,  
które są niezbędne dla Waszej pomyślności

redakcja „Pulsu”





Nr 4 (228) kwiecień 2014

Na okładce:  
Prezes NRL Maciej Hamankiewicz  
(fot. M. Jakubiak)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ Nowe godziny pracy Biura OIL	1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ XII Krajowy Zjazd Lekarzy	4
▶ To nie wypali	8
▶ <b>pożegnania</b>	10
▶ <b>trzy pytania do...</b>	14
▶ Lekarzu – nie reklamuj!	17
▶ <b>Recepty lekarskie</b> – zasady wystawiania	18
▶ <b>Antybiotyki: cudowne leki</b> mogą przestać działać	22
▶ <b>Stary, a młody szpital</b> przy Karowej	24
▶ <b>Cukrzyca – problem cywilizacyjny</b>	26
▶ <b>Zdrowie w programach unijnych</b>	29
▶ <b>z Trybunału Konstytucyjnego</b>	30
▶ <b>z Mazowsza</b>	31
▶ Szpital przy ul. Barskiej...	32
▶ <b>składki samorządowe</b>	33
▶ <b>z Delegatury Radomskiej</b>	34
▶ <b>Zlikwidują „Drewnicę”,</b> bo chcą zaoszczędzić?	35
▶ <b>Autorytet może być wartością</b>	36
▶ <b>Pacjent jak zepsuty samochód</b>	39
▶ <b>sport</b>	40
▶ <b>karty historii</b>	43
▶ <b>podróże</b>	44
▶ <b>nowe przepisy prawne</b>	46
▶ <b>felietony:</b>	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	7
▷ Karczewski	7
▷ Cichocka	9
▷ Walewski	16
▷ Jankowska	38
▷ Müldner-Nieckowski	42
▷ SMS z Krakowa	42



# Wiara czyni cuda

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Rozpoczęła się kampania wyborcza do Parlamentu Europejskiego i już widać, że zagadnienia związane z ochroną zdrowia nie będą jej tematem. Szkoda też, że na czołowych miejscach na listach nie ma ani jednego lekarza, chociaż problemy zdrowia w Unii Europejskiej są równie ważne jak inne. Jeszcze parę miesięcy temu spekulowano, że do Brukseli wybierze się Bartosz Arłukowicz. Niestety, nie.

Minister zdrowia zaprezentował swój pakiet antykolejkowy, wzbogacony zamiarem zniesienia limitów w onkologii. Jak zwykle nie podał żadnych szczegółów i jak zwykle poinformował, że ma gotowe projekty ustaw i rozporządzeń, co po kilku dniach okazało się nieprawdą.

Polecam felieton Elżbiety Cichońskiej i wywiad z Bożeną Janicką, lekarzem rodzinnym, które bardzo sceptycznie komentują pomysły ministra. Marek Balicki natomiast, jak zwykle bez znieczulenia, przypomina, że już dziś w Polsce NFZ zobowiązany jest do zapłacenia szpitalowi za świadczenia, niezależnie od limitów, wykonane w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjenta.

Minęło ponad 150 dni od wejścia w życie dyrektywy transgranicznej, a ustawy implementującej ją do polskiego prawa ani widu, ani słychu. Ministerstwo obiecało, że po Nowym Roku, choć spóźniony, właściwy projekt trafi do Sejmu. I znowu – tak jak wcześniej, w przypadku reformy NFZ i wielu innych zmian obiecywanych przez Bartosza Arłukowicza – skończyło się na czczym gadaniu. Próżno też szukać dalszego ciągu słynnych już resortowych założeń do założeń innych ustaw. Całkiem więc prawdopodobne, że pakiet antykolejkowy podzieli los owych szumnie zapowiadanych projektów. Tym bardziej że wprowadzenie tych rozwiązań zapowiadane jest na 2015 r.

W mediach pojawiają się informacje o śmierci kolejnych pacjentów, w tym dzieci. Prawie jednoznacznie odpowiedzialnością we wszystkich takich sytuacjach obarcza się lekarzy. W wielu jednak przypadkach to wadliwie funkcjonujący system ochrony zdrowia w Polsce jest co najmniej współodpowiedzialny.

Niedawno odwołani zostali: minister rolnictwa i rozwoju wsi oraz naczelny lekarz weterynarii, z powodu, w skrócie mówiąc, nieporadzenia sobie z sytuacją po pojawieniu się w okolicach Białowięży dwóch dzików padłych na afrykański pomór świń.

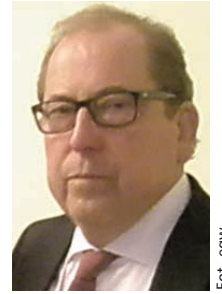
Od dawna jednak z niezrozumiałych przyczyn nic nie jest w stanie naruszyć pozycji złotoustego mieszkańca Pałacu Paca. Ani bezradność pacjentów, brak lekarzy i pielęgniarek, wielogodzinne oczekiwanie tłumów na SOR-ach, ani brak reform. Ani żenujące afery związane z kontraktowaniem świadczeń przez NFZ, ani zarzuty lobbowania, stawiane nie tylko w mediach, ale i na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia, najwyższym urzędnikom resortu i NFZ.

Minister zdrowia stchórzył i nie przyszedł na Krajowy Zjazd Lekarzy. Uczestnikom Zjazdu pozostało wysłuchać konferencji transmitowanej z Kancelarii Premiera, na której – w obecności premiera rządu i w gronie wybitnych onkologów – Bartosz Arłukowicz prezentował, jak w przyszłości zamierza skrócić kolejki po zdrowie. Niektórym pomysłem ministra towarzyszyły salwy śmiechu zgromadzonych na sali delegatów.

Wiemy, że onkolodzy napisali tzw. pakiet onkologiczny i „podarowali” go ministrowi. Ewa Kopacz, marszałek Sejmu, powtarza, że kibicuje Bartoszowi Arłukowiczowi i podkreśla, że jest osobą wierzącą. Ja kibicuję onkologom, by się nie zawiedli na ministrze. Ja również jestem osobą wierzącą, więc powinnam wierzyć w cuda. ■



# XII Krajowy Zjazd Lekarzy



Fot. egw

**Andrzej Sawoni,**  
prezes ORL w Warszawie

**W** sobotę 22 marca 2014 r. zakończył obrady XII Krajowy Zjazd Lekarzy. W czasie trzydniowych obrad przyjęto sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i udzielono absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej VI kadencji. Wybrano prezesa VII kadencji, którym został ponownie Maciej Hamankiewicz. Nasza Izba nie wystawiła kontrkandydata, uznaliśmy, że trzeba dać szansę na drugą kadencję Maciejowi Hamankiewiczowi. Wyzwania przed prezesem ogromne, życzymy odwagi i siły.

Wybory Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zakończyły się wielkim sukcesem Grzegorza Wrony z Poznania – wygrał w pierwszej turze z trzema silnymi kandydatami. Przed nowym rzecznikiem wielkie wyzwanie, działalność Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VI kadencji wzbudziła na Zjeździe głosy krytyczne. Mówiono o przekraczaniu kompetencji, działaniu niezgodnym z ustawą i Kodeksem Etyki Lekarskiej. Trzeba dużego wysiłku, aby te nieprawidłowości naprawić. Jestem przekonany, że Grzegorz Wrona jest w stanie to zrobić.

Wybrano też nową Naczelną Radę Lekarską. Jej skład personalny zapewnia reprezentację wszystkich izb i nie wzbudził wielkich emocji, lecz brakuje w niej młodych lekarzy. Szkoda!

Warto odnotować sukces trojga naszych delegatów w wyborach do Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Jestem głęboko przekonany, że Hanna Wilmowska-Pietrusińska, Paweł Dorosz i Ryszard Stańczak tchną w jej działalność jakże potrzebnego, nowego ducha.

Zaniepokojenie budzi fakt, że w wyborach zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i członków Naczelnego Sądu Lekarskiego z braku kandydatów nie obsadzono wszystkich mandatów. Moim zdaniem niezwykle ważny dla nas pion odpowiedzialności zawodowej przeżywa kryzys, potrzebne są więc śmiałe i radykalne rozwiązania.

Cieszy natomiast fakt, że Zjazd obradował do końca przy bardzo dobrej frekwencji i dużej aktywności delegatów. Do Komisji Uchwał i Wniosków Zjazdu wpłynęło ponad 80 projektów uchwał, stanowisk i apeli. Prawie połowa została przyjęta i stanowi dorobek XII Krajowego Zjazdu Lekarzy. Najważniejsza jest oczywiście uchwała programowa, w której domagamy się zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia, stworzenia korzystnych regulacji podatkowych, w szczególności wprowadzenia zerowej stawki VAT na usługi zdrowotne, stworzenia systemu definiowania i wartościowania procedur i świadczeń medycznych. Za ważne Zjazd uznał również domaganie się zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne, kontynuowanie wysiłków na rzecz utrzymania stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz zabieganie o przekazanie samorządowi lekarzy i lekarzy dentyistów organizacji doskonalenia zawodowego, w tym specjalizacji.

W drugim dniu obrad wysłuchaliśmy konferencji prasowej premiera i ministra zdrowia dotyczącej zniesienia limitów w leczeniu chorych onkologicznych. Wobec braku szczegółowych rozwiązań i informacji, jak te zmiany będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Zjazd nie zajął w tej sprawie merytorycznego stanowiska i zalecił Naczelnej Radzie Lekarskiej zajęcie się nią natychmiast, jak tylko pojawią się propozycje odpowiednich zmian ustawowych. ■

Wszystkich Państwa, którzy chcą otrzymywać „Puls” **TYLKO** e-mailem, prosimy o informację: [pulsmailem@oilwaw.org.pl](mailto:pulsmailem@oilwaw.org.pl)

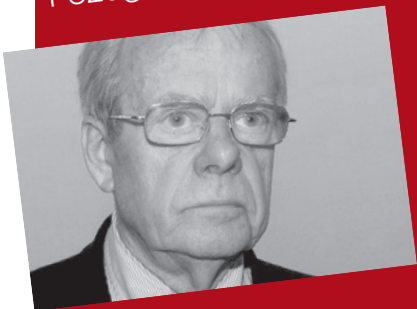
Prosimy o podanie: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, numeru prawa wykonywania zawodu, numeru telefonu.



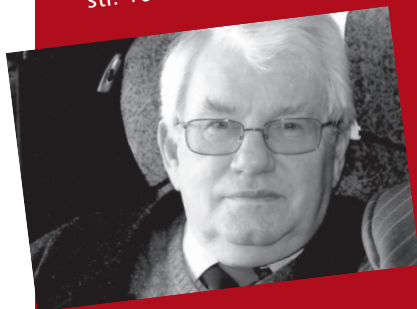
**Cukrzyca – problem cywilizacyjny**

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Edwardem Frankiem, diabetologiem, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii CSK MSW w Warszawie.  
str. 26

**Pożegnania:**



**Prof. dr. hab. med. Zbigniew Rowiński**  
11.12.1935 – 14.03.2014  
str. 10



**Prof. dr. hab. med. Wojciech Maria Kuś**  
15.08.1936 – 25.01.2014  
str. 12

**Recepty lekarskie – zasady wystawiania**  
str. 18



Fotografie: egw

# XII Krajowy Zjazd Lekarzy: czy leci z nami minister?

Wśród tematów poruszanych podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy dwa były wiodące. Zarówno na sali obrad, jak i w kularach dyskutowano następujące kwestie: samorząd lekarski a minister zdrowia i lekarze a media.

Zjazd odbywał się w ciekawym momencie – akurat drugiego dnia obrad minister zdrowia Bartosz Arłukowicz i premier Donald Tusk przedstawili na konferencji prasowej tzw. pakiet kolejkowy. Dzień wcześniej wysłannik Bartosza Arłukowicza, wiceminister zdrowia Igor Radziejewicz-Winnicki, zapewniał, że dla przedstawicieli samorządu drzwi w Ministerstwie Zdrowia są zawsze szeroko otwarte, i deklarował niezmienną chęć dialogu ze środowiskiem lekarskim.

– Mamy do czynienia z kryzysem zaufania do zawodu lekarza (...). Chyba mamy olbrzymi problem z komunikacją – ubolewał. Ale gdy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz pytał, czy lekarze mogą uczestniczyć w prezentacji pakietu, wiceminister odpowiedział, że to nie ministerstwo będzie gospodarzem spotkania i, wymawiając się licznymi obowiązkami, szybko opuścił salę obrad.

Lista żalów do resortu zdrowia jest długa. Maciej Hamankiewicz przypomniał, że nie wiceministrowie, lecz ministrowie zdrowia bywali gośćmi zjazdów lekarskich, zwłaszcza takich, podczas których dokonywano wyborów i podsumowań kadencji. Od kilku lat na obrady „wpada” najwyżej jakiś przedstawiciel resortu. W minionej kadencji tylko cztery razy minister zdrowia spotkał się z Naczelną Radą Lekarską. Prezes NRL podkreślił, że zaproszenie do dialogu złożone przez wiceministra trudno traktować poważnie, jeśli okazuje się, że dialog między rządem a samorządem lekarzy polega przede wszystkim na zarzucaniu tego ostatniego projektami aktów prawnych opracowanych w zaciszu gabinetów, które samorząd ma zaopiniować w jak najkrótszym czasie, bywa, że dosłownie „na wczoraj”.

Tymczasem szeregowi lekarze muszą pracować w warunkach źle funkcjonującego systemu, a przecież za organizację tego systemu nie odpowiada. Nic dziwnego, że były pytania do ustępującej z funkcji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Jolanty Heitzman-Orłowskiej o to, dlaczego z urzędu nie wszczęła postępowania przeciwko Bartoszowi Arłukowiczowi. Nowy rzecznik – Grzegorz Wrona – powiedział, że problem ten wymaga pogłębionej analizy prawnej, i niczego nie wykluczył.

Podczas obrad delegaci obejrzeni na telebimie konferencję prasową premiera i ministra zdrowia, na której prezentowany był tzw. pakiet kolejkowy. Pakiet – o czym przypomniał Maciej Hamankiewicz – nie był w ogóle konsultowany z samorządem lekarskim. Sala reagowała bardzo emocjonalnie, czasami drwiną. Podczas prac nad pakietem nie było dyskusji nad nim, konkretnych propozycji lekarzom nie przedstawiono, więc zgłoszony na Zjeździe wniosek, by nad pakietem nie dyskutować, zyskał zdecydowaną większość głosów. Zjazd przyjął jedynie apel, w którym wyraził rozczarowanie. Delegaci uznali też, że nie ma sensu apelować o odwołanie ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza, ponieważ z pewnością nie odniesie to skutku.



Przepadł również wniosek o zintensyfikowanie działań w dziedzinie polityki medialnej. Wielu delegatów wyrażało przekonanie, że w mediach specjalnie nagłaśnia się dramatyczne wydarzenia, by uczynić lekarzy głównymi winnymi zaistniałej sytuacji. Temat nagonki na lekarzy został też podniesiony w prezentacji jednego z kandydatów na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Artura Hartwicha, który pokazał slajdy z artykułami dotyczącymi lekarzy. – *Można zrobić z lekarzy zwierzę łądowną, ale trudno oczekiwać, by ścigane zwierzę machało z radości ogonem* – powiedział.

Poddano pod głosowanie apel, by Naczelna Rada Lekarska zintensyfikowała swoją politykę medialną.

Jeden z delegatów pytał, czy nie można wykupić artykułu sponsorowanego lub doprowadzić do powstania programu telewizyjnego. Maciej Hamankiewicz mówił zaś w czasie swojego wcześniejszego wystąpienia, że Izba jest otwarta na media, że dziennikarze często dzwonią z prośbą o opinię, komentarz. Apel ostatecznie nie został uchwalony. ■

Justyna Wojteczek

W czasie Zjazdu zostały wręczone odznaczenia samorządu „*Meritus Pro Medici*” dziewięciorgu lekarzy i lekarzy dentyków. W ich gronie znalazła się delegatka z OIL w Warszawie, sekretarz jej Rady, Ewa Miękus-Pączek.

## Po Zjeździe

Kończąca się kadencja była dla nas czasem walki ze skutkami funkcjonowania fatalnego systemu ochrony zdrowia. Na Zjeździe podsumowaliśmy tę walkę, czekając na przybycie ministra Bartosza Arłukowicza. Pan minister się nie pojawił, ale na telebimach obserwowaliśmy propozycje przedstawiane przez niego na konferencji prasowej. Zabieg PR rządowi się udał i być może część osób uwierzyła w mało realistyczne propozycje ministra. Gdyby wszystkie swoje pomysły wprowadził w życie, byłoby to prawdziwe nieszczęście dla chorych. Zapewnił wprawdzie, że ma przygotowane stosowne zmiany w ustawach i rozporządzeniach, ale swoim zwyczajem nikomu ich nie pokazał. Mimo to jest nadzieja, gdyż w parlamencie zasiadają również posłowie i senatorowie będący profesjonalistami medycznymi, może więc tak skonstruowanych pomysłów w życie wprowadzić nie pozwolą. Trudno bowiem wyobrazić sobie, do jakiego zdezorganizowania ochrony zdrowia mogłoby dojść np. przy wprowadzeniu innego koloru skierowań przy najmniejszym podejrzeniu choroby onkologicznej. Zgodnie z wiedzą medyczną lekarz ma obowiązek zachować czujność onkologiczną w przypadku każdego chorego i oczywiście cieszylibyśmy się, gdyby nareszcie można było bez ograniczeń i limitów leczyć wszystkich. Jednak bez zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia tego się zrobić nie da. ■

Dla „Pulsu” prezes NRL Maciej Hamankiewicz

Fot. M. Jakubiak



Fotografie: egw







Fotografie: egw

## O czym dyskutował XII Krajowy Zjazd Lekarzy

**O systemie ochrony zdrowia.** Zjazd wyraził rozczarowanie propozycjami ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza w zakresie rozwiązania problemu kolejek w systemie opieki zdrowotnej i zobowiązał NRL do przygotowania szczegółowego stanowiska w tej sprawie.

**O pieniądzach.** Przegłoszono uchwałę, na mocy której wysokość odpisu finansowego, wnoszonego przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej, będzie wynosić od 1 lipca 2014 r. 15 proc. kwoty składek, jakie wpłynęły na konto tych izb. Dyskutowano o apelu o podwyższenie składki, w celu zapewnienia większego bezpieczeństwa prawnego lekarzy lub objęcia ich korzystniejszym ubezpieczeniem – apel nie zyskał większości.

**O Ukrainie.** Wyrażono solidarność z lekarzami z Ukrainy. NRL została zobowiązana do przeznaczania 50 tys. zł rocznie na udział lekarzy polskiego pochodzenia z Ukrainy w szkoleniach i sympozjach naukowych.

**O podatkach.** NRL została zobowiązana do analizy przepisów podatkowych i podjęcia działań w celu ich zmiany w zakresie opodatkowania lekarzy w związku z udziałem w bezpłatnych obowiązkowych szkoleniach. NRL ma podjąć działania na rzecz zmiany przepisów o podatku VAT, by jego stawka w przypadku usług zdrowotnych wynosiła 0.

**O zatrudnieniu.** NRL ma podjąć działania w celu takiej zmiany jednego z artykułów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, by lekarz mógł zatrudniać innego lekarza w indywidualnej, grupowej lub indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej.

**O kształceniu.** Zjazd domaga się zwiększenia liczby rezydentur i przywrócenia stażu podyplomowego. Delegaci zaapelowali do ministra zdrowia o poprawę warunków kształcenia specjalizacyjnego. Zjazd chce zwiększenia liczby jednostek szkoleniowych na potrzeby specjalizacji z geriatry oraz lepszego finansowania świadczeń geriatrycznych.

**O refundacji leków.** Zjazd poparł obywatelski projekt ustawy refundacyjnej, w którym refundacja leku uwarunkowana jest stanem klinicznym pacjenta i wiedzą medyczną, a nie obwieszczeniem ministra zdrowia, lekarz zaś nie ustala poziomu refundacji leku. ■

jw

## Nasi w Naczelnej Izbie Lekarskiej

### Naczelna Rada Lekarska

1. lek. dent. Marta Klimkowska-Misiak
2. lek. Romuald Krajewski
3. lek. Krzysztof Madej
4. lek. dent. Ewa Miękus-Pączek
5. lek. Ładysław Nekanda-Trepka
6. lek. Konstanty Radziwiłł
7. lek. Mieczysław Szatanek
8. lek. Andrzej Włodarczyk
9. lek. Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie

### Naczelna Komisja Rewizyjna

1. lek. Paweł Dorosz
2. lek. Ryszard Stańczak
3. lek. Anna Wilmowska-Pietruszyńska

### Krajowa Komisja Wyborcza

1. lek. dent. Ewa Miękus-Pączek
2. lek. Ładysław Nekanda-Trepka
3. lek. Tadeusz Pawlikowski

### Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

1. lek. Robert Adamowicz
2. lek. Barbara Baranowicz
3. lek. Jacek Bierca
4. lek. Elżbieta Kidawa
5. lek. Teresa Korta
6. lek. Andrzej Kuźawczyk
7. lek. Krystyna Małecka-Kuźawczyk
8. lek. Jan Świątkowski
9. lek. dent. Anna Tarkowska
10. lek. Lech Żak

### Naczelny Sąd Lekarski

1. lek. Waldemar Kostewicz
2. lek. Tadeusz Młodzianowski
3. lek. Jerzy Nosarzewski
4. lek. Piotr Winciunas
5. lek. Wojciech Zelenay





Marek Balicki

**D**otychczasowe limity finansowe przestaną być przeszkodą w leczeniu pacjentów chorych na raka – zapowiedział premier Donald Tusk w ostatni zimowy weekend. Dodał, że z jego punktu widzenia najważniejsze jest to, by żaden lekarz nie mógł powiedzieć pacjentowi choremu na raka, że nie

będzie leczony, ponieważ istnieje limit finansowy i nie ma na to pieniędzy. Nic tylko przyklasnąć. Na takie słowa szefa rządu w sprawie rozwiązania problemu dostępności opieki zdrowotnej pacjenci i lekarze czekają od dawna.

Diabeł tkwi jednak w szczegółach. Dopóki ich nie poznamy, dopóty trudno ocenić realność i sensowność rządowych zapowiedzi. Ponieważ cykl wydawniczy „Pulsu” wymaga oddania tekstu zanim nastąpi publiczna prezentacja rozwiązań w sprawie kolejek, ich ocenę trzeba odłożyć do następnego numeru. Ale słowa, które już padły z ust premiera i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, pozwalają przynajmniej na stawianie pytań.

Propozycje zniesienia limitów w finansowaniu świadczeń, zwłaszcza tych ratujących życie, zgłaszane są od dawna. Z linii orzeczniczej Sądu Najwyższego wynika jasno, że tam, gdzie mamy do czynienia z warunkami przymusu ustawowego, zapłata szpitalowi należy się zawsze, niezależnie od limitu. Przymus ustawowy udzielenia pomocy jest wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obejmuje to nie tylko bezpośrednio zagrożenie życia, ale także te sytuacje, które wymagają natychmiastowego podjęcia czynności leczniczych, np. złamanie kończyny czy podejrzenie „ostrego brzucha”. Niestety, szpitale nie mają żadnych gwarancji otrzymania w kolejnych miesiącach zapłaty za te świadczenia, jeśli limit został przekroczony. NFZ płaci za nadwykonania tylko wtedy, gdy po półrocznym lub rocznym rozliczeniu pozostają jakieś wolne środki. W ostatnich latach, od czasu wybuchu kryzysu ekonomicznego, sytuacja finansowa NFZ pogorszyła się znacznie i kwota należna za niezapłacone nadwykonania rośnie. Pozostaje zawsze odwołanie się do sądu, ale postępowanie przed sądami trwa w Polsce latami.

Dlatego warto zapytać, czy zniesienie limitów będzie obejmowało również świadczenia udzielone w stanie nagłym? Czy w tym celu zostanie zwiększony budżet NFZ i w jak sposób?

Wiemy, że w wielu chorobach nowotworowych liczy się każda chwila (choć nie mieszczą się one w ustawowej definicji stanu nagłego). Ale przecież leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie można odłożyć w żaden sposób. Nawet, gdy limit został przekroczony, bo działa tu przymus ustawowy. Kołdra już dzisiaj jest za krótka. Szpitale ogólne obawiają się, że bez dodatkowych pieniędzy i zmian w sposobie finansowania usług zniesienie limitów w onkologii może prowadzić do zwiększenia nierównowagi finansowej w innych zakresach usług, także w stanach nagłych. I trudno się im dziwić.

Wnioski nasuwają się same. Fragmentaryczne zmiany nie wystarczą, a na dodatek mogą powiększyć stare kłopoty. Potrzebne jest podejście systemowe i partycypacja głównych interesariuszy w przygotowywaniu zmian od samego początku. ■



Fot. P. Wierzbowski

Stanisław Karczewski,  
wicemarszałek Senatu RP

**8** marca, w piątą rocznicę śmierci prof. Zbigniewa Religi, Prawo i Sprawiedliwość zorganizowało w siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego spotkanie wspomnieniowe, poświęcone pamięci tego wielkiego i wyjątkowego człowieka, lekarza, naukowca, polityka.

Swoimi wspomnieniami o Profesorze dzielili się żona Profesora Anna Wolszczuk-Religa oraz syn Grzegorz Religa, a także inni goście, m.in. prof. Marek Krawczyk – rektor WUM, prof. Jerzy Jurkiewicz – gospodarz miejsca, prof. Romuald Cichoń – uczeń Profesora, prof. Stanisław Woś – współpracownik, dr Jan Sarna – przyjaciel i współtwórca Fundacji Rozwoju Kardiologii w Zabrze. Obecni byli współpracownicy Profesora z MZ, wiceministrowie Anna Gręziak i Bolesław Piecha. Prezes Prawa i Sprawiedliwości Jarosław Kaczyński wspominał Zbigniewa Religę jako człowieka wielkiego serca, zaangażowanego bez reszty we wszystko, co robił. Podkreślił, że zapamięta Profesora jako państwowca. W działalności publicznej i politycznej zawsze najważniejszy był dla Niego interes państwa i obywateli.

Przypomniano grudzień 2008 r., kiedy Profesor otrzymał z rąk prezydenta Lecha Kaczyńskiego Order Orła Białego. Wszyscy nie kryli wtedy wzruszenia. Zbigniew Religa był zasłużony nie tylko jako lekarz – wybitny specjalista w swojej dziedzinie, ale także jako działacz społeczny i polityczny.

Anna Wolszczuk-Religa wspominała okres studiów, przelomowy rok 1956, początki pracy i tworzenia Kliniki Kardiologii w Zabrze, gdzie w 1985 r. Zbigniew Religa dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca w Polsce. Mówiła, aby pamiętać o tym, ile dobrego przyniosło to osiągnięcie.

Wszyscy goście zgodnie mówili o niezwykłości Profesora, o jego odwadze, determinacji, konsekwencji i pracowitości. Był to człowiek wielkiej wiedzy i doświadczenia. Cieszył się ogromnym autorytetem i uznaniem, które zbudował swoimi dokonaniem i bogatym dorobkiem, dzięki którym liczone są z Nim w świecie lekarskim, medycznym i politycznym. Budził zaufanie społeczne i nawet przeciwnikom trudno było negować zmiany proponowane przez Profesora. Program, który opracował, bronił się sam. Profesor wiedział, jak powinien funkcjonować system opieki zdrowotnej. Miał plan, docelową wizję, której dziś tak bardzo brakuje rządzącym. Pełniąc funkcję ministra zdrowia, przedstawił program – dziesięć punktów przewidzianych do realizacji przez okres siedmiu lat. Niestety, nie było Mu dane wprowadzić ich w życie.

Zbigniew Religa bardzo wysoko postawił poprzeczkę kolejnymi ministrom zdrowia. Tymczasem oni niweczą Jego cenny dorobek, który powinien być wdrażany w życie. Minister Ewa Kopacz wyrzuciła do kosza wszystkie plany, pomysły, a nawet gotowe ustawy. Stworzyła plan urynkowania służby zdrowia, który na naszych oczach bankrutuje, bo zupełnie się nie sprawdził.

Teraz czekamy na propozycje Bartosza Arłukowicza dotyczące skrócenia kolejek do lekarzy. A przecież kolejki to nic innego jak objaw źle zorganizowanego, źle funkcjonującego i niedofinansowanego systemu. Jeśli propozycje nie będą kompleksowe, niczego nie zmienią. Przewiduję, że minister Arłukowicz przeniesie jedynie kolejki od lekarzy specjalistów do podstawowej opieki zdrowotnej. ■



Fot. egw

# To nie wypali

– mówi lekarz rodzinny **Bożena Janicka**,  
prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

## Jak pani ocenia zmiany zaproponowane przez ministra zdrowia w celu zmniejszenia kolejek?

Planowane przez ministra Arłukowicza propozycje zmian w POZ mają iść dwufalowo, ale przede wszystkim zapowiadane jest zwiększenie zakresu badań diagnostycznych dla lekarzy rodzinnych. To postulat środowiska, zgłaszany od wielu lat. Takie badania, jak echo serca, T3, T4, itp., pozwolą nam szerzej diagnozować i leczyć pacjenta, a nie wysyłać na badania do poradni specjalistycznej. Zmiany te już dawno powinny być wprowadzone do zakresu badań w POZ. Jest tylko problem, jak zostaną sfinansowane, czyli, ile i w jaki sposób NFZ dołoży środków na realizację tej propozycji.

## A jeżeli decydenci nie dołożą pieniędzy?

Jeżeli nie będzie dodatkowych środków finansowych, to – moim zdaniem – nie ma możliwości rozszerzenia żadnego zadania w POZ. Ciągłe o tym mówimy, także ministrowi zdrowia. Stawka kapitacyjna jest za niska i trzeba ją podwyższyć, żeby utrzymać podstawową opiekę zdrowotną na dzisiejszym poziomie. Natomiast jeśli się planuje coś więcej, trzeba za to zapłacić, bo każde dodatkowe badanie diagnostyczne kosztuje. Tak samo jak kosztują dodatkowe nasze konsultacje. Jak pacjent przyjdzie ze złym wynikiem, muszę zlecić leczenie, kontrolę i dodatkowe badania, a to przecież dodatkowe koszty i praca.

## Jak oceniacie proponowane zmiany dla POZ dotyczące pacjentów onkologicznych?

Druga część zapowiadanych zmian obejmuje onkologię. Ma być duże przesunięcie świadczeń w zakresie onkologii do POZ.

Słyszymy o tzw. zielonej karcie onkologicznej, ale dzisiaj nie wiemy, jak będzie prowadzona kwalifikacja do otrzymania tej karty i co ona będzie ze sobą niosła, poza „przeskoczeniem” kolejki. Ta karta ma spowodować, że pacjent nie będzie stał w kolejce do specjalisty, na badania komputerowe, histopatologiczne itd. Pytam więc, jaki będzie standard tej karty i który pacjent ją otrzyma? Kolejne pytania: jak świadczenia dla pacjenta z „zieloną kartą” będą rozliczane? A także świadczenia w POZ dla pacjentów, którzy powrócą po leczeniu onkologicznym. W przypadku wprowadzenia zapowiadanych zmian trzeba będzie opracować standardy postępowania medycznego. Dzisiaj niestety standardów nie mamy, a przede wszystkim nie mamy, co ciągle podkreślam, środków finansowych. Kolejny istotny problem, o którym pan minister zapomina, to brak kadr, które by sprostaly nowym zadaniom POZ. Praca z chorymi na poziomie lekarza rodzinnego była planowana od lat, tylko zapowiadano, że lekarze POZ będą mieli pod opieką nie więcej niż po 1500–1600 pacjentów.

## Rzeczywiście, dużo się mówi o braku lekarzy specjalistów, a jak sytuacja wygląda u lekarzy rodzinnych? Czy tu też mamy lukę pokoleniową?

W tej chwili mamy średnio po 2500–2700 deklaracji pacjentów. Ale zdecydowana większość moich koleżanek i kolegów w małych miejscowościach opiekuje się 3,5–4 tys. pacjentów, a rekordzista – 6 tys., ponieważ nie ma kto przyjść do pracy. Poza tym lekarze w POZ są już mocno wiekowi. Średnia wieku wynosi 60 lat! Powstaje dylemat, kto to wszystko, co proponuje Arłukowicz, będzie robił. Już dziś udzielany 50–70 porad dziennie. Ostatnia nowelizacja



ustawy, dopuszczająca pediatrów i internistów do pracy w POZ, nie rozwiązuje problemu.

### Co może poprawić sytuację?

Nie mamy regulatorów popytu dla pacjenta. Dziś takim regulatorem są jedynie kolejki, którym teraz premier i minister wypowiedzieli wojnę. Jest totalna nadkonsumpcja świadczeń nie tylko w POZ. Jak powinno być? Powinno być współpłacenie. Takie rozwiązanie wprowadzono w krajach przeznaczających na zdrowie dużo więcej pieniędzy niż Polska. Ograniczało to istotnie popyt na świadczenia medyczne.

### Ale na to nie ma zgody polityków...

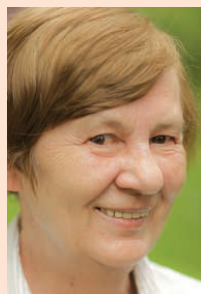
Miała miejsce rozmowa na ten temat w ministerstwie. Odpowiedź jednoznacznie brzmiała: – *A to pani nie wie, że są wybory?* Odpowiadam: – *Jestem lekarzem, nie politykiem. Co mnie obchodzi, że zbliżają się kolejne wybory.*

### Ostatnie pytanie, czy sądzi pani, że to, co proponuje minister zdrowia, się uda?

Moim zdaniem nie, ponieważ cały projekt jest nierealny. Obudzi też u pacjentów bardzo duże oczekiwania w stosunku do POZ i obawiam się, że niestety kolejki przesuną się do POZ. A tego do tej pory właściwie nie było. Od wielu lat obserwujemy, jak skraca się czas przeznaczony przez nas dla pacjenta. Ile ma trwać rozmowa z nim? 10 minut? 15? 20? A gdzie czas na badanie, wypisanie skierowań na badania diagnostyczne, recepty i wreszcie wypełnienie dokumentacji, w tym tej gigantycznej (po wprowadzeniu „zielonej karty” pewnie jeszcze większej) dla NFZ? W tej chwili mamy dla pacjenta 5 minut. Taka jest średnia. Rodzi się następny dylemat, bo jeśli ta średnia ma wynosić tylko tyle, to pakietu, zarysowanego przez Bartosza Arłukowicza, nie da się zrealizować. Potrzebni są ludzie, pieniądze i zmiany systemowe. Poza tym realizacja zmian musi być rozpisana „na nuty”, nie wystarczy sama zapowiedź! Tymczasem nie ma nawet jednej kartki ze szczegółami. Na razie jest tylko wystąpienie dla mediów i opinii publicznej, która te propozycje „kupi”, bo się na szczegółach systemu nie zna. Projekt ten rozbudzi jeszcze dodatkowe oczekiwania i wzrośnie popyt na świadczenia. ■

rozmawiała

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Elżbieta Cichońska

## Będzie bolało

Jeszcze nie wiadomo, jaki będzie skutek walki z kolejkami w systemie ochrony zdrowia, bo minister Arłukowicz pokazał tylko ogólną koncepcję. Prawdziwe efekty można będzie ocenić dopiero, kiedy zobaczymy konkretne zmiany w ustawach, nowe rozporządzenia ministra, idące w ślad za nimi zarządzenia prezesa NFZ i – co najważniejsze – zapisy w kontraktach z placówkami.

Ale wiemy już, z czym się liczą minister i premier. – *Będzie bolało* – przestrzega minister, a premier dodaje: – *To będzie operacja bez znieczulenia*. Doświadczenie pokazuje, że kiedy minister mówi, że będzie lepiej, to mówi, a kiedy przestrzega, że zmiana będzie bolesna, jest to samosprawdzająca się przepowiednia. Pytanie tylko, kogo zabolą najbardziej – chorych, lekarzy, finanse placówek zdrowotnych? I czy efekt końcowy będzie wart tego bólu?

Najbardziej dopracowany w szczegółach pakiet zmian dotyczy onkologii. Jest efektem wielomiesięcznej pracy środowiska onkologów klinicznych. Trafili na dobry moment, bo minister – w obliczu ultimatum premiera – musiał pokazać konkretne działania w walce z kolejkami, więc włączył ich projekty do swoich planów. Ale przecież onkolodzy nie są organizatorami systemu zdrowia. Nie muszą patrzeć na całość, liczyć się ze skutkami dla innych chorych. A minister powinien.

Jeśli jedna grupa pacjentów uzyska dostęp do badań bez kolejki, szef resortu powinien postawić sobie pytanie, czym stanie się to kosztem. Ochrona zdrowia stanowi system naczyń połączonych, jeśli nagle poprawi się w jednym miejscu, w innym się pogorszy. Zwłaszcza przy założeniu, że zmiana ma nastąpić bez dodatkowych środków finansowych, o czym zawiadomił nas premier. Przy nowym podejściu do leczenia raka grupa pacjentów podejrzanym o choroby nowotworowe może się niepomierne rozrosnąć z dnia na dzień. Każdy pacjent będzie chciał korzystać z badań bez kolejki dzięki „zielonej karcie”, a przecież żaden lekarz pierwszego kontaktu nie odważy się jej odmówić na oko, bo nie jest w stanie bez badań wykluczyć tej choroby. Zatem system wygeneruje kolejkę do badań diagnostycznych i wszyscy oczekujący będą mieli priorytet.

Gotowa jestem się założyć, że minister nie oszacował, jak przesunięcie leczenia chorych z nowotworami ze szpitali, które do tej pory wykonywały operacje onkologiczne, do wyspecjalizowanych centrów onkologii wpłynie na dostęp tych chorych do operacji. Czy ośrodki onkologiczne podołają z dnia na dzień tym wszystkim zwiększonym zadaniom? A będą musiały, bo pieniądze na to leczenie zostaną przesunięte. Minister poinformował, że chodzi o 2 mld zł rocznie.

Opieka nad chorymi po zakończonej terapii ma spaść na lekarzy rodzinnych. To dodatkowe olbrzymie zadanie, któremu nie będą w stanie sprostać. Tych lekarzy od lat jest za mało. Co gorsza, dopływ nowych lekarzy rodzinnych w ostatnich latach to wąski strumyk, który nawet nie wypełnia braków wynikających z przechodzenia lekarzy na emeryturę.

– *Zmiana już się zaczęła* – triumfował minister podczas konferencji prasowej, powołując się na świeżo uchwalone poprawki ustawowe, według których internista i pediatra będą mogli wspólnie stworzyć poradnię lekarza rodzinnego. Nie rozumiem tego triumfalizmu. Pediatrzy w POZ pracują od 15 lat. Jedni zrobili dodatkową specjalizację z medycyny rodzinnej tzw. krótką ścieżką, inni są zatrudnieni w POZ przez lekarzy rodzinnych i przyjmują dzieci, tak samo jak przed reformą. Szpitale na dyżury przyjmują pediatrów z łapanki (często emerytów), bo ich brakuje. Zmiana ustawowa nie rozmnoży lekarzy tej specjalności.

Brakuje lekarzy, brakuje pieniędzy, pacjentów przybędzie, a poprawić sytuację mają zmiany organizacyjne. Zmiany organizacyjne są potrzebne, ale zbyt często okazywało się już, że nieprzemysłane w szczegółach zapisy ustaw i rozporządzeń tylko pogarszały los chorego. No cóż, będzie bolało, bo tak nam obiecał minister. Tylko chorych szkoda. ■



**Wojciech Rowiński**  
11.12.1935 – 14.03.2014

**Z głębokim smutkiem przyjęliśmy  
14 marca 2014 r. wiadomość o śmierci  
naszego Nauczyciela i Przyjaciela  
– Profesora Wojciecha Rowińskiego.**

Odszedł pionier i współtwórca polskiej transplantologii, wybitny lekarz i nauczyciel akademicki, chirurg i transplantolog.

Od blisko roku Profesor dzielnie zmagał się z chorobą, o której otwarcie mówił, znosił trudy leczenia i nawroty choroby. Mimo wykorzystania wszelkich metod leczenia, niestety choroba okazała się silniejsza. Już od początku choroby w maju ubiegłego roku, kiedy Profesor musiał zrezygnować z większości swoich zwykłych zajęć, zdawali sobie sprawę, że powstaje ogromna, niemożliwa do wypełnienia luka w naszym środowisku. Dla nas On był tu zawsze, pełen energii, pomysłów, zatroskany o przyszłość transplantologii, o jej rozwój i konieczność stałego działania na jej rzecz. Zawsze pochłonięty pracą.

Był niezwykłą osobowością, uczestnikiem pierwszego w Polsce przeszczepienia nerki 26 stycznia 1966 r. i współtwórcą medycyny transplantacyjnej w kształcie, w jakim znamy ją dzisiaj – wielodyscyplinarnej specjalności medycznej. Najbliżsi współpracownicy Profesora, szczególnie zgromadzeni wokół Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej, której Profesor przewodził i jednoosobowo zarządzał jej szeroką działalnością, zdawali sobie sprawę, jak wiele zależy w tej działalności od Jego osobistej aktywności.

Profesor Wojciech Rowiński był znakomitym klinicystą, znakomitym diagnostą, cierpliwym i życzliwym dla chorych lekarzem. Był też świetnym i lubianym nauczycielem akademickim i wykładowcą, wychowawcą wielu roczników pielęgniarek, lekarzy, lekarzy dentystów na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Uczył medycyny, chirurgii

i transplantologii, ale także uczył myśleć, być otwartym i życzliwym dla chorych, uczył profesjonalizmu.

Profesor od podstaw stworzył Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, rozpoczynając od kilkunastoosobowego Oddziału Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Dzieciątka Jezus (po przeniesieniu klinik chirurgicznych do szpitala przy Banacha w końcu lat 70.) i rozwijając go w wieloosobowy zespół klinicystów dokonujący przeszczepień trzech narządów oraz szerokiego zakresu zabiegów chirurgii ogólnej. Zespołem tym kierował nieprzerwanie ponad 26 lat, do 2006 r., kiedy przeszedł na emeryturę. Był dyrektorem Instytutu Transplantologii ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1995–2004. Aż do maja ubiegłego roku Profesor pełnił funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii klinicznej, będąc pierwszym konsultantem w tej dziedzinie. Pełnił także funkcję przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej – od jej powstania w 1996 r. do 2006.

Profesor Wojciech Rowiński był autorem i redaktorem licznych monografii i podręczników (kilkudziesięciu rozdziałów) i około 300 publikacji naukowych, w większości w impaktowanych czasopismach zagranicznych. Był promotorem kilkunastu doktoratów przygotowanych i obronionych w Klinice, opiekunem kilku przewodów habilitacyjnych i profesorskich. Jego wychowankowie pracują nie tylko w Klinice, ale także w innych szpitalach w kraju i zagranicą.

W roku 1996 Profesor Wojciech Rowiński stworzył angielskojęzyczne czasopismo „Annals of Transplantation” (notowane na liście filadelfijskiej), którego był redaktorem naczelnym do 2007 r. Profesor, dzięki odbytym stażom zagranicznym, wiedzy i autorytetowi, miał rozległe kontakty międzynarodowe. Był członkiem kilku prestiżowych towarzystw naukowych: Międzynarodowego Towarzystwa Transplantacyjnego – ITS, Międzynarodowego Towarzystwa Donacji i Pobierania Narządów – ISODP, Międzynarodowego Towarzystwa Przeszczepiania Trzustki i Wąs Trzustkowych – IPITA, Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Transplantacyjnych (członek zagraniczny z wyboru od 1991 r.) – ASTS/AST, Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Narządów – ESOT, Europejskiego Towarzystwa Badań Chirurgicznych – ESSR, Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem założycielem i członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, członkiem honorowym Czeskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

W latach 2001–2003 pełnił funkcję prezydenta European Society for Organ Transplantation (jako jedyny Polak), w latach 1992–1997 i 1999–2005 wchodził w skład Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, a w latach 2007–2009 był prezesem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Profesor Wojciech Rowiński był także członkiem korespondentem Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, Komitetu Patofizjologii i Komitetu Terapii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk. Uznany i ceniony członek międzynarodowej społeczności transplantologów, był zapraszany na wykłady lub jako *Visiting Professor*, m.in. do Stanów Zjednoczonych.

Za swoją pracę i zasługi Profesor został odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski z Gwiazdą, Krzyżem Oficerskim Orderu Polonia Restituta, Złotym Krzyżem Zasługi. Otrzymał także liczne prestiżowe nagrody i wyróżnienia za działalność naukową i społeczną.



Dzięki Jego kontaktom kilkunastu asystentów odbyło staże w czołowych amerykańskich czy brytyjskich ośrodkach chirurgicznych i transplantacyjnych, co pozwalało na wzbogacanie doświadczenia zespołu i poszerzanie zakresu wykonywanych w Klinice operacji (np. o przeszczepianie wątroby).

Profesor Wojciech Rowiński był też niezwykle aktywny w budowaniu pozycji i struktur transplantologii w kraju i zagranicą. Od początku uczestniczył w tworzeniu ustawy transplantacyjnej i jej aktów wykonawczych, które dały solidne podstawy legislacyjne dla systemu organizacyjnego medycyny transplantacyjnej. We współpracy z czołowymi polskimi transplantologami Profesor przez lata zabiegał o wsparcie instytucjonalne i finansowe ze strony władz państwowych dla medycyny transplantacyjnej. Efektem tych działań był program polityki zdrowotnej Polgraft (2005–2009), a następnie program wieloletni na lata 2011–2020 pod nazwą Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Bez wątplenia ten ważny program nie zostałby ustanowiony bez osobistego zaangażowania i starań Profesora Wojciecha Rowińskiego. Ostatnich kilka lat swojej aktywności Profesor poświęcił utworzeniu Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej oraz programu „Partnerstwo dla Transplantacji”, realizującego m.in. zadania wyżej wspomnianego programu. „Partnerstwo dla Transplantacji” to wielopłaszczyznowy program promujący transplantologię, rozwinięcie i kontynuacja działań, które Profesor realizował już w latach 80., mobilizując kolejne szpitale do włączania się w procesy identyfikacji zmarłych dawców. Zarówno na początku tej działalności, jak i w ostatnich latach wymagało to licznych wyjazdów, spotkań, wykładów i szkoleń budujących potencjał intelektualny i zaangażowanie w pozyskiwanie narządów do przeszczepienia w lokalnych szpitalach. Profesor był także pomysłodawcą i współtwórcą studiów podyplomowych dla koordynatorów transplantacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

O oparciu o tę grupę kilkuset lekarzy i pielęgniarek budowana jest w Polsce sieć koordynatorów pobierania i przeszczepiania narządów.

Nauka, edukacja, wychodzenie do społeczeństwa, organizacja – stałe działanie na rzecz transplantologii przez blisko 50 lat. Nieustanne planowanie i podejmowanie wyzwań – małe spotkania i ogólnokrajowe projekty. Będzie nam bardzo brakowało Profesora Wojciecha Rowińskiego i jego charyzmy.

Odszedł nasz Szef. Profesjonalista, cierpliwy i wymagający, ale nie apodyktyczny – choć – jak lubił powtarzać za jednym ze swoich nauczycieli – „*kiedy proszę, to nie zawsze znaczy, że proszę*”. Uczył nas profesjonalizmu, warsztatu naukowego, uczył nas myśleć i stymulował do działania na rzecz transplantologii nie tylko przy stole operacyjnym. W znacznie szerszym wymiarze. Stwarzał możliwości kształcenia się i rozwoju. Czy potrafiliśmy sprostać tym propozycjom? Czy będziemy potrafili kontynuować rozpoczęte przez Niego projekty?

W pierwszych latach tworzenia Kliniki, w znacznie węższym niż obecnie zespole, bardzo często Profesor spędzał kilkanaście godzin dziennie w Klinice, pytał o chorych, pomagał dyżurnym, przypominał o pisaniu pierwszych artykułów i doktoratów. Czasem też po prostu zaglądał do naszych pokoi i – jeśli nie widział „twórczego zapału” – dobrotliwie przypominał: „*Doba ma tylko 1440 minut, wykorzystaj je mądrze*”.

Pozostaje nam wielka pustka. Odszedł nasz Szef, nasz Przyjaciel.

Żegnaj, Wojtku...

prof. dr hab. n. med. **Roman Danielewicz**

Z ogromnym bólem żegnamy

## **Prof. dr. hab. med. Wojciecha Rowińskiego**

Współtwórcę polskiej transplantologii. Wybitnego Lekarza, Chirurga, Wychowawcę wielu pokoleń lekarzy.  
Wybitnego Humanistę i niezwykle prawego Człowieka.

Pani prof. dr hab. n. med. Joannie Matuszkiewicz-Rowińskiej  
oraz całej Rodzinie i Bliskim Profesora składamy wyrazy głębokiego współczucia

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie  
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wraz z Zespołem  
Przewodniczący i Okręgowy Sąd Lekarski

14 marca 2014 r. odszedł na wieczny dyżur lekarski

## **Prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński**

Członek kolegium redakcyjnego „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”.  
Wielki Autorytet, nasz nieoceniony Przyjaciel i Doradca.  
Autor wielu wspaniałych artykułów, zawsze wierny propagowaniu idei transplantologii.

Profesorze, nikt nam Ciebie nigdy nie zastąpi.

Redaktor naczelna  
wraz z kolegium redakcyjnym i zespołem „Pulsu”

Po wieloletnim zmaganiu się z ciężką chorobą odszedł na zawsze prof. dr hab. **Wojciech Maria Kuś** – wybitny ortopeda – jeden ze współtwórców nowoczesnych metod leczenia operacyjnego stawu kolanowego. Niedościgniony propagator artroskopii w Polsce. Nauczyciel wielu pokoleń lekarzy i specjalistów, których uczył metod operacyjnych, m.in. małoinwazyjnego postępowania operacyjnego.

Był założycielem Sekcji Kolana oraz wieloletnim prezesem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, członkiem wielu towarzystw międzynarodowych. Jego nazwisko należało do czołówki europejskich znakomitości zajmujących się problemami schorzeń stawu kolanowego. Autor i współtwórca wielu podręczników poświęconych temu zagadnieniu.

Z Wojtkiem przeżyliśmy w przyjaźni 55 lat. To bardzo długi okres zarówno w życiu zawodowym, jak i towarzyskim. Był człowiekiem niepospolitym, zawsze z tysiącem pomysłów, żyjącym w ciągłym pośpiechu, a przy tym bardzo wesołym i dowcipnym.

Życie układało Mu się rozmaicie, oprócz sukcesów, szczególnie zawodowych, były też kłopoty i troski, zwłaszcza w codziennym działaniu.

Kochał ortopedię, ale jego drugą miłością była medycyna sportowa, której poświęcał wiele czasu i pracy. Działalność ta nie ograniczała się do codziennej pracy, ale też obejmowała wiele opracowań i doniesień dotyczących urazów w sporcie i ich leczenia. Przez pewien okres redagowaliśmy (lub prowadziliśmy) w „Przeglądzie Sportowym” cotygodniowy „kącik medyczny” dotyczący podstawowych zasad zapobiegania i postępowania w walce ze schorzeniami i wypadkami specyficznymi dla grupy sportowców, głównie wyczynowców. Uwagi dotyczyły nie tylko tych, którzy sport i rekreację uprawiali, ale też trenerów i opiekunów. Naszym wspólnym osiągnięciem była wydana dwukrotnie „Traumatologia sportowa”, pierwszy w Polsce podręcznik poświęcony specyfice urazów sportowych.

Był pierwszym naczelnym redaktorem i współtwórcą wydawnictwa „Medycyna Sportowa”, oficjalnego periodyku medycznego, który zawiera prace z zakresu medycyny sportowej oraz artykuły i doniesienia najwybitniejszych jej specjalistów. Pismo to wydawane jest z powodzeniem do dziś i cieszy się dużą popularnością w kraju i poza jego granicami.

Przez przeszło pół wieku naszej znajomości i przyjaźni przeszliśmy wiele w naszym życiu. Upadały systemy totalitarne, była straszna II wojna światowa, po której rodzice nasi zostali z „jedną walizką” i wszystko musieli zaczynać od początku. Ale cały ten okres przyjaźni i współpracy, mimo różniących nas charakterów i poglądów, nie spowodował osłabienia naszej przyjaźni i w chwilach ważnych jedności w postępowaniu.

Będzie mi Cię Wojtku bardzo brakowało, Twojego dowcipu, wiedzy i wspólnego działania.

Żegnaj.

**Janusz Garlicki**



## Wojciech Maria Kuś

15.08.1936 – 25.01.2014

Wojciech Maria Kuś urodził się 15 sierpnia 1936 r. w Warszawie, w rodzinie nauczycielskiej. W 1955 r. rozpoczął studia lekarskie na Akademii Medycznej w Warszawie. Jako absolwent odbył staż na Uniwersytecie Karola w Pradze. W 1972 r. uzyskał II stopień specjalizacji z ortopedii i traumatologii, a dwa lata później – stopień doktora nauk medycznych za pracę pt. „Zmiany stawu kolanowego w następstwie złamań górnej nasady kości piszczelowej”.

W 1973 r. został specjalistą II stopnia z zakresu medycyny sportowej. Jednocześnie podjął zaoczne studia w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, które ukończył z wyróżnieniem w 1982 r., zdobywając tytuł magistra.

W 1986 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie oceny ogólnego dorobku i rozprawy habilitacyjnej pt. „Badania doświadczalne nad zastosowaniem włókien węglowych w operacjach odtwórczych narządu ruchu”. Rok później został powołany na stanowisko docenta etatowego Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Warszawie.

W latach 1975–1980 kilkakrotnie odbył szkolenia w Centralnym Instytucie Ortopedii i Traumatologii w Moskwie, Leningradzie oraz Rheinfelden.

Od 1972 r. prowadził ćwiczenia, seminaria i wykłady dla studentów V roku medycyny. Przez wiele lat był wykładowcą i kierownikiem kursów podyplomowych dla lekarzy oraz kursów atestacyjnych, poprzedzających egzamin specjalistyczny na II stopień specjalizacji z ortopedii i traumatologii.

Od 1983 r. był redaktorem naczelnym kwartalnika „Medycyna Sportowa”, członkiem kolegium redakcyjnego kwartalnika „Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie”, dwumiesięcznika „Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska” oraz pisma wydawanego przez Sekcję Chirurgii Kolana Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego „Kolano”, a także „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”. Był członkiem Zarządu Głównego i Prezydium Stowarzyszenia Autorów Polskich.

W latach 1975–1978 wchodził w skład zespołu przygotowującego merytoryczne oceny i opinie programów szkolnego wychowania fizycznego. W tym czasie był ekspertem Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Turystyki oraz członkiem Komisji



Lekarskiej Polskiego Komitetu Olimpijskiego. W 1977 r. wszedł w skład Związkowej Rady Kultury. W 1983 r. minister zdrowia i opieki społecznej powołał Go na członka Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie medycyny sportowej. W 1993 r. otrzymał nominację profesorską.

Od 1979 r. należał do Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Sportowej (International Federation of Sports Medicine). Od 1980 r. był członkiem Prezydium Europejskiego Kolegium Chirurgów Sportowych (Collège Européen de Traumatologie du Sport), a od 1984 członkiem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Kolana i Artroskopii (European Society of Knee Surgery and Arthroscopy), Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej.

Był autorem i współautorem wielu książek i skryptów (m.in. „Wypadek – co robić?” oraz „Uszkodzenia chrząstki kolana”). Opublikował 177 prac naukowych w fachowej prasie zagranicznej i krajowej oraz około 160 artykułów publicystycznych i popularnonaukowych.

Wiele lat pracy zawodowej poświęcił zagadnieniom obrażeń stawu kolanowego. Analizując wyniki terapii na świecie, wprowadził wytyczne leczenia i ustalił sprawdzone metody postępowania, uzupełniając je własnymi nowymi rozwiązaniami. Podsumowaniem tej działalności jest monografia „Urazowe uszkodzenia kolana”.

W 1974 r. prof. Wojciech Maria Kuś wykonał pierwsze artroskopie w Polsce. Doprowadził do powstania w kraju kilku ośrodków artroskopowych, w których wykonano tysiące zabiegów. Wynikiem tej pracy jest książka wydana przez Akademię Medyczną w Warszawie pt. „Artroskopia kolana”.

Kolejną problematyką, której poświęcił wiele uwagi w swojej pracy naukowej i praktyce lekarskiej, była chirurgia sportowa. Spośród wielu Jego prac i książek na szczególną uwagę zasługuje napisana wspólnie z Januszem Garlickim „Traumatologia sportowa” (PZWL, 1978, wyd. II – 1988).

Trzecią grupę Jego zainteresowań stanowiło wprowadzenie do medycyny materiałów węglowych. W 1980 r. z prof. Romanem Pampuchem założył zespół naukowo-badawczy składający się z inżynierów Instytutu Inżynierii Materiałowej Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie i lekarzy Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Warszawie. Wyniki ich badań sprawiły, że wzięli udział w Centralnym Programie Badawczo-Rozwojowym 2.4 „Nowe materiały i ich technologie”, który zawierał specjalną część poświęconą medycynie.

Wyniki ich prac skutkowały wieloma patentami i publikacjami, z których należy wymienić m.in. opracowania książkowe: R. Pampuch, S. Błażewicz, J. Chłopek, A. Górecki, W.M. Kuś, „Nowe materiały węglowe w technice i medycynie” (PWN, Warszawa 1988), W.M. Kuś, „Zastosowanie materiałów węglowych w medycynie” oraz rozdział w książce „Problemy biocybernetyki i inżynierii biomedycznej” pod red. prof. M. Nałęcza (Wyd. Komunikacji i Łączności, Warszawa 1990).

Trzykrotnie otrzymywał nagrodę ministra zdrowia i opieki społecznej i sześciokrotnie J.M. Rektora AM w Warszawie.

Za pracę zawodową i społeczną wyróżniono Go następującymi odznaczeniami: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski – 1984, Złotym Krzyżem Zasługi – 1979, Medalem „Za zasługi dla obronności kraju” – 1985, Odznaką Honorową „Za zasługi dla Warszawy” – 1975, Medalem 40-lecia Polski Ludowej – 1984, Odznaką Przyjaciela Dziecka – 1974, Medalem 100-lecia Sportu, Srebrną i Złotą Honorową Odznaką TKKF – 1978 i 1980 oraz Odznaką Honorową PCK.

kb

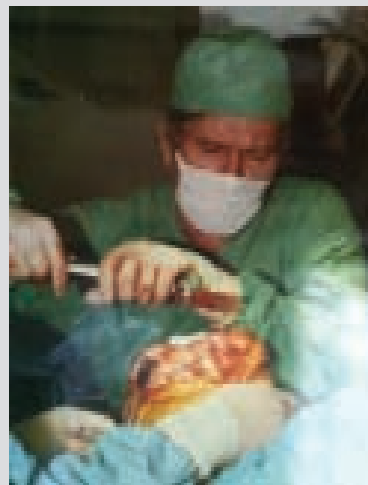
## Nasz Profesorze, Drogi Przyjacielu!

Obserwując Twoje bardzo bogate i pełne inwencji życie, z całym przekonaniem można stwierdzić, iż Twoja aktywność w każdym roku mogłaby wypełnić co najmniej trzy lata życia przeciętnego człowieka. Twój niespożyty zapał, energia i żądza radości życia były i są podziwiane przez nas wszystkich, zjednały Ci życzliwość całego otoczenia.

Jesteś niewątpliwie symbolem epoki lat 80. i 90. XX w. w polskiej ortopedii. Skrót WMK stał się „dobrą marką”. Twoją tajemnicą pozostanie, jak – udzielając się towarzysko na wielu nieformalnych i prywatnych spotkaniach – znalazłeś czas na napisanie kilkuset prac naukowych, kilkunastu książek i setek referatów.

Profesorze, nasz Mistrzu, Przyjacielu! Książd Jan Twardowski mawiał: „Można odejść na zawsze, by stale być blisko”. Uczyłeś nas nie tylko chirurgii, uczyłeś nas, jak zmagać się z codziennymi problemami. Pokazywałeś nam, jak być lekarzem. Uczyłeś nas, jak godnie stawiać czoło codziennym wyzwaniom. Twoja choroba i sposób, w jaki z nią walczyłeś, na zawsze pozostaną w naszej pamięci. Był to mistrzowski pokaz opanowania emocji, pokaz na miarę Wielkiego Chirurga.

Wychowałeś kilka pokoleń chirurgów ortopedów. Mamy wrażenie, że wszyscy Twoi uczniowie byli Twoimi przyjaciółmi. Związałeś się z Oddziałem Chirurgii Kolana, który sam stworzyłeś, który stał się Twoim domem i do końca pozostałeś mu wierny. Nigdy nie zapomnimy Twojego ostatniego dnia w pracy, kiedy powiedziałeś: „Postanowili, że na mnie już czas”. Książd Jan Twardowski napisał: „Kiedy wydaje się, że wszystko się skończyło, wtedy dopiero wszystko się zaczyna” – co w odniesieniu do Ciebie wydaje się takie prawdziwe...



Z dumą na seminariach pokazujemy Twoje zdjęcie z prof. Zdzisławem Salamonom z 1974 r., wykonane podczas pierwszej w Polsce artroskopii stawu kolanowego, którą wprowadziliście chirurgię stawu kolanowego w nową epokę.

To dzięki Tobie powstało Międzynarodowe Towarzystwo Chirurgii Chrząstki Kolana. Organizowałeś sympozja naukowe, publikowa-

łeś liczne prace w specjalistycznych czasopismach, byłeś autorem wielu podręczników dla lekarzy. Słynąłeś z lekkiego pióra. Intensywny postęp w ortopedii jest w znacznym stopniu Twoją zasługą. Z właściwą tylko Tobie łatwością nawiązywałeś współpracę z naukowcami uczelni w kraju i zagranicą. Nieustannie pracowałeś nad ulepszeniem sztuki medycznej. Mobilizowałeś wszystkich swoich podopiecznych do nauki, odkrywania tajemnic medycyny, do publikowania nowinek w imię postępu i dobra ogólnego. Mimo Twojego ogromnego zaangażowania w życie zawodowe, zawsze znajdowałeś czas dla swoich przyjaciół jako wspaniały kompan.

Cześć Twojej Pamięci!

Przyjaciele

# Zadania pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy

Z dr. n. med. **Bohdanem Woronowiczem**, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, specjalistą psychiatrą oraz certyfikowanym specjalistą i superwizorem psychoterapii uzależnień, rozmawia Małgorzata Skarbek.

**Jak pan widzi swoje podstawowe zadania jako pełnomocnika ds. zdrowia? Jakimi osobami będzie się pan zajmował?**

**P**ierwszym, najważniejszym celem będzie zbudowanie zaufania kolegów lekarzy, po to, aby ośmielali się zwracać po pomoc, z pytaniami czy z prośbami o konsultację. Bardzo dobrze wiem, że sprawy dotyczące uzależnienia są traktowane z ogromnym wstydem zarówno w naszym społeczeństwie, jak i w naszym środowisku. Potrzebujący pomocy z tego właśnie powodu odsuwają w czasie moment zgłoszenia się do specjalisty. Osoba uzależniona czy też zaniepokojona swoim piciem wstydzi się problemu i dlatego nie podejmuje kroków w kierunku zmiany swojego stanu.

Moim zadaniem będzie więc przekonywanie tych osób, że picie można zatrzymać, a uzależnienie da się leczyć, że można zdrowieć, a także, że od tego może zależeć ich przyszłość zawodowa, osobista, niekiedy nawet życie. Wielu lekarzy, którzy potrafią cudownie pomagać innym, jest przekonanych, że potrafią pomóc również sami sobie. Niestety, w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych samodzielne powstrzymanie się od picia czy od brania nie jest, na dłuższą metę, możliwe.

Chciałbym też przekonać tych, którzy mają negatywny stosunek do leczenia, że to nie jest nic strasznego. Takie filmy jak „Pod mocnym aniołem” bardzo źle wpływają na ogląd tego, co się dzieje w leczeniu odwykowym. W filmie są niestety pokazane nieprawdziwe warunki terapii, jest ona ośmieszana. Osoby niezdeterminowane zyskują argumenty przeciwko podjęciu leczenia. Twórcy filmu będą mieli na sumieniu niejedną osobę. Trzeba ludziom wytłumaczyć, że jest inaczej, że nie ma czego się bać, że można uzyskać pomoc i odmienić swoje życie.

Chciałbym też nawiązać kontakt z kierownikami jednostek ochrony zdrowia różnego szczebla, którzy są odpowiedzialni za to, co się dzieje na ich terenie. Przydałyby im się szkolenia, które ułatwiłyby identyfikację osób z problemem alkoholowym lub lekowym. Wtedy szefowi łatwiej będzie zmobilizować lub zobligować daną osobę, aby zdecydowała się sięgnąć po pomoc.

Z kierownikami jednostek chciałbym porozumieć się w sprawie wspólnego monitorowania osób, które mają problem i zostały zobligowane do podjęcia leczenia.

Chciałbym przekonać też kolegów, że „solidarność”, polegająca na kryciu osób uzależnionych, działa przeciwko środowisku, a szczególnie przeciwko temu, kto pije, a ma przez kolegów stwarzane alibi, dobre warunki, organizowane zastępstwa, trochę na zasadzie „ja ciebie dzisiaj, bo nie wiadomo, czy ty mnie jutro nie będziesz musiał zastąpić”.

Trzecia kwestia to konsekwentne egzekwowanie obowiązku leczenia się, zgodnie z kontraktem, który będę podpisywać z osobami kierowanymi do mnie w powodu wykroczeń. Będę korzystał ze wszystkich dostępnych środków, aby to zadanie realizować.

Są dwie grupy osób. Pierwsza to ci, którzy z własnej woli zdecydują się na kontakt ze mną z powodu uzależnienia i konieczności leczenia się. Tych na początku na pewno będzie niewielu, bo zahamowania, związane ze wspomnianym już wstydem, przeważają. Im chciałbym zapewnić pełną anonimowość i poczucie bezpieczeństwa.

Druga grupa to osoby po orzeczeniu komisji, zdiagnozowane, zawieszone w prawach wykonywania zawodu lub którym grozi zawieszenie. One, zgodnie z zaleceniami komisji, mają się leczyć. Moja niewdzięczna rola to konsekwentne pilnowanie przebiegu leczenia.

**Jaki jest pana ogląd środowiska, jeśli chodzi o problem uzależnień?**

Nie prowadzono żadnych badań na temat liczby uzależnionych. W innych krajach oblicza się, że w środowisku lekarskim jest ich od 8 do 12 proc. Jeżeli przyjmiemy, że lekarzy i lekarzy dentyków na Mazowszu mamy około 25–30 tys., to nie ulega wątpliwości, że co najmniej 2,5–3 tys. naszych kolegów ma problem z uzależnieniem od alkoholu, leków lub narkotyków. Osoby te, jeżeli nie podejmują leczenia, nie tylko szkodzą sobie, ale też poważnie zagrażają pacjentom. Musimy chronić zarówno kolegów, którzy jeszcze nie widzą swojego stanu i jego konsekwencji, jak i pacjentów, którzy są pod naszą opieką.





Najwięcej jest uzależnień od alkoholu, one najbardziej rzucają się w oczy. Ale szczególnie wśród lekarzy spotkać można liczne uzależnienia od leków. Na pewno sprzyja temu łatwość korzystania z recept. Niekiedy lekarz, który przestaje pić alkohol, a ma dostęp do leków, przyjmuje leki, które wprawiają go w podobny stan, jaki daje alkohol.

#### **Jakimi metodami będzie pan pracował?**

Będę czekał na telefony osób, które chcą się skonsultować. A także będę spotykał się z osobami, które zostały do mnie skierowane przez komisję samorządową. Moim zadaniem nie jest leczenie tych osób, ale konsultacja. Mogę też pomóc w znalezieniu miejsca leczenia.

Organizacja spotkań i leczenia nie będzie łatwa. Osoby szukające pomocy nie będą chciały rozgłosu. Tymczasem spotkanie ze mną w lokalu izby siłą rzeczy nie pozostanie anonimowe. Ponadto skierowanie do placówki finansowanej przez NFZ oznacza ujawnienie tej instytucji osoby leczącej się. Czy nie będzie miało to konsekwencji? Ten problem wymaga jeszcze rozwiązania. Konieczna jest konsultacja z radcami prawnymi. Wszystko, co będę robił i czego wymagał od moich podopiecznych, musi mieć podstawy prawne.

Osoby kierowane na terapię nie mają wyboru. Muszą się jej poddać, jeżeli chcą odzyskać prawo wykonywania zawodu. Moim obowiązkiem będzie monitorowanie przebiegu leczenia i informowanie organów samorządu lekarskiego o tym, czy dana osoba spełnia warunki, które jej postawiono.

Leczenie trwa wiele miesięcy, a czasem lat. Leczenie stacjonarne – około 8 tygodni. Później należy je kontynuować w warunkach ambulatoryjnych przynajmniej rok. ■

#### **Możliwość kontaktu z dr. med. Bohdanem Woronowiczem:**

e-mail: [b.woronowicz@oilwaw.org.pl](mailto:b.woronowicz@oilwaw.org.pl)  
tel.: 602-670-722 lub 22-542-83-08

**Dr med. Bohdan Woronowicz** przed kilku laty drukował w „Pulsie” artykuły na temat uzależnień. Wydał dwie książki „Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu” oraz „Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia” (wydawnictwo Rodzina).

**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

### Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Katowicach Rocznik 1989

Zapraszamy na spotkanie  
z okazji 25. rocznicy  
ukończenia Wydziału Lekarskiego,  
które odbędzie się 13–15 czerwca 2014 r.  
w Hotelu Stok w Wiśle Jaworniki

Zgłoszenia: [www.myabsolwent.pl](http://www.myabsolwent.pl)

Informacje:

Elżbieta Bielińska,  
tel. 601-09-36-51,  
e-mail: [bielinska@inspirecogress.pl](mailto:bielinska@inspirecogress.pl)

Dorota Konieczna-Kujawa,  
tel. 609-04-03-90,  
e-mail: [konieczna@inspirecogress.pl](mailto:konieczna@inspirecogress.pl)

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

**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.



Paweł Walewski

## Woda z mózgu

Fot. G. Press

Media zachłysnęły się historią bohaterskiego lekarza, który przepracował ciurkiem 171 godzin. Tyle wylczyli mu skrupulatni kontrolerzy z Państwowej Inspekcji Pracy, którzy znaleźli powód dla swojego istnienia i podsunęli dziennikarzom znaną w Małopolsce perełkę. Ci zaś bezkrytycznie przekazali ją dalej, wzbudzając – zamiast słusznego w tym przypadku niedowierzania – lęk przed zmęczonymi i przepracowanymi doktorami. Jakoś nikt nie pomyślał, że mamy tu do czynienia raczej z oszustem niż z pracoholikiem pozbawionym wyobraźni. Niechlubny rekordzista ewidentnie kłamał, podpisując w tym samym czasie różne listy obecności, albo – co też niewykluczone i czego wcale nie zabrania prawo – odsypiał na dyżurach godziny spędzone na jawie (czas odpoczynku podczas dyżurów chyba wlicza się do regulaminowych dniówek?). Można epatować społeczeństwo najbardziej zatrważającymi historiami, ale nie wolno robić ludziom wody z mózgu. Tymczasem to u nas coraz częstszy obyczaj.

Lekarze występujący w reklamach suplementów diety i innych specyfików podobnej maści, nagminnie pokazywanych w telewizji, również uczestniczą w tym procederze. To show-biznes, a nie porady zdrowotne – wyznał mi szczerze jeden z doktorów (z dyplomem, choć od lat nie praktykuje), nie zważając na to, że publiczność inaczej odbiera te jego reklamowe oracje w białym fartuchu. Dlatego to również jest robienie wody z mózgu ludziom, którzy święcie wierzą w polecane w reklamach medykamenty, a także dzieciom, które w gabinecie pediatry domagają się „leku skutecznego, smacznego i taniego” (to jest show-biznes, *voilà!*). Nikt nie zdaje sobie sprawy, co jest prawdziwym lekiem, co suplementem, a co wyrobem medycznym. To wie producent, konsument niech pozostanie ciemny jak tabaka w rogu.

Skoro lekceważący stosunek do rzeczywistości mają urzędnicy, dziennikarze i lekarze, czego innego wymagać od polityków? Ministerstwo Zdrowia stale coś obiecuje, potem się wycofuje, następnie znów składa zapewnienia, że pracuje. Kiedy pacjenci wyczekują finału zapowiadanych zmian, jedyna, na jaką mogą liczyć, polega na wymianie ministra. I to jest dopiero mydlenie oczu oraz robienie ludziom wody z mózgu! Wmawianie, że każda nowa ekipa na Miodowej ma program, który zamierza zrealizować. Mijają wybory i z solennych zapewnień nic się nie ostaje, jakby wszyscy zapadli na amnezję.

W każdej dziedzinie ochrony zdrowia można doszukać się absurdów, które zakłámują rzeczywistość i służą doraźnym interesom. Na pewno nie pacjentom. Takie cwaniactwo przemycane po to, by trudniej było zorientować się, gdzie leży prawda. Im bardziej jesteśmy skołowani, tym więcej grzechów uchodzi na sucho. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



**Art. 63 KEL**

1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.
2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

**Z dr n. med. Elżbietą Rusiecką-Kuczałek, zastępcą przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.**

**Ostatnio do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie wpłynęło kilka spraw od Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, dotyczących udziału lekarzy w reklamach leków.**

Jedna ze spraw dotyczy preparatu stosowanego na zmiany zapalne śluzówki jamy ustnej. Jego reklama nie tylko jest pokazywana w różnych stacjach telewizyjnych, ale również emitowana w programach radiowych. Lekarka, która brała udział w reklamie, podczas rozmowy z rzecznikiem powiedziała, że nie wiedziała, iż nie może reklamować leku. Podpisała umowę z firmą na pół roku, a kiedy chciała się z niej wycofać, okazało się, że to niemożliwe i przez te pół roku reklama będzie „szła”. Niestety, lekarze nie są chyba zorientowani, co im wolno. Nie znają też Kodeksu Etyki Lekarskiej, który przecież w punkcie pierwszym art. 63 mówi, że lekarz nie może reklamować wyników swojej pracy, natomiast w punkcie drugim – że nie powinien wyrażać zgody na używanie swojego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych. Przez słowo „nie powinien” rozumiemy, że reklamowanie jakichkolwiek leków jest zdecydowanie niedopuszczalne.

**A reklamowanie innych produktów, np. pralki, soku, samochodu itp.?**

Zgodnie z przepisami KEL lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swojego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych, dotyczy to również reklamy innych niż leki produktów...

# Lekarzu – nie reklamuj!

**Pani doktor, dlaczego w KEL znalazły się takie zapisy? Czym kierowali się jego autorzy?**

Lekarz musi dbać o wizerunek. Musi być autorytetem. Nie powinien się włączać w żadne akcje, które mogą podważać jego autorytet w środowisku i wśród pacjentów. Wiele pokoleń lekarzy pracowało na opinię środowiska lekarskiego. Także na przekonanie, że lekarz musi być bezstronny, a trudno zachować obiektywizm, reklamując niektóre produkty.

**Trafiała też ostatnio do Sądu Okręgowego sprawa lekarza, który reklamuje preparat przeciwkaszlowy...**

Ma on być stosowany przez palaczy. Środowisko lekarskie jest oburzone tą reklamą! Jeśli wieloletni palacz kaszle, jest to sygnał, że należy przeprowadzić diagnostykę, a nie tłumić kaszel, który może być pierwszym objawem choroby



Fot. egw

płuc, łącznie z nowotworem. Reklamowanie przez lekarza takiego leku jest karygodne i niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej.

**Dlaczego lekarze występują w reklamach?**

Myślę, że – po pierwsze – ulegają presji bardzo aktywnych firm farmaceutycznych lub przedsiębiorstw produkujących parafarmaceutyki, np. pasty do zębów. Po drugie, powodem są po prostu pieniądze, które można uzyskać za udział w reklamie. To karygodne i wymaga

oczywiście działań ze strony rzecznika, który kieruje wszystkie takie sprawy do Okręgowego Sądu Lekarskiego. Rzecznik zwykle nie umarza tego typu spraw. Jest to ewidentnie przewinienie zawodowe.

**Czy wcześniej lekarze rzadziej podejmowali się reklamowania jakiś produktów? Czy tego rodzaju spraw do rzeczników i do sądów lekarskich trafiało mniej?**

Myślę, że wcześniej też były, tylko nie przykładano do tego problemu aż tak dużej wagi. W tej chwili bardzo świadomi są pacjenci, świadome jest również społeczeństwo, które więcej wie o leczeniu, o skutkach stosowania różnych leków czy paramedykamentów. Sądzę, że dziś ten aspekt bardziej jest brany pod uwagę. ■



# Recepty lekarskie

## – zasady wystawiania

Dr n. praw. Janusz Jaroszyński  
Dr n. med., mgr farm. Zofia Specht-Szwoch

### Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2011 r., nr 122, poz. 696)
- 2) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich

### Nowelizacje

- 1) Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich
- 2) Rozporządzenie ministra zdrowia z 1 marca 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich
- 3) Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.

#### 1. Czy na receptie należy określać poziom odpłatności?

Jeżeli lekarz wystawi receptę na lek, który znajduje się w obwieszczeniu, i nie określi odpłatności (zostawi puste pole), to poziom odpłatności określi automatycznie apteka. **Taka recepta będzie więc refundowana. Brak zaznaczenia odpłatności skutkować będzie wydaniem leku o jednej lub najwyższej odpłatności!**

**W przypadku leków o dwóch poziomach odpłatności (np. wydawany za 30-proc. odpłatnością i bezpłatnie), jeśli lekarz nie określi poziomu odpłatności, zostanie wydany produkt za 30-proc. odpłatnością.**

W sytuacji, gdy dla leku określony jest tylko jeden poziom odpłatności, nie ma obowiązku jego określania. Jeżeli lek jest wymieniony w obwieszczeniu, recepta zostanie zrealizowana z należną refundacją.

Jeśli natomiast lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny jest przepisywany poza zakresem refundacji, wówczas osoba uprawniona wpisuje symbol „X” lub „100 proc.”. Dodatkowo w polu

„identyfikator płatnika” wpisujemy „X” w przypadku pacjentów, którzy są nieuprawnieni do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Przykładem może być produkt leczniczy tramadol, który jest wydawany bezpłatnie pacjentom z nowotworem złośliwym, a w innych wskazaniach za 30-proc. odpłatnością.

**Podstawa prawna** – §6 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 2. Jak poprawnie wpisać poziom odpłatności leku występującego w wykazie leków refundowanych w więcej niż jednej odpłatności?

W takiej sytuacji osoba uprawniona:

- wpisuje symbol „P” w przypadku przepisywania tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu,
- nie wpisuje poziomu odpłatności w przypadku przepisywania tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego za najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu,
- wpisuje odpłatność określoną w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych w przypadkach innych niż wskazane wyżej.

**Podstawa prawna** – §6 ust. 1 pkt 6 b i c rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 3. Sposoby określania odpłatności

Odpłatność leków określamy następująco:

- a) B lub równoważne – w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego bezpłatnie,
- b) R lub równoważne – w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością ryczałtową,



- c) 30 proc. – w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 30 proc. limitu finansowania,
- d) 50 proc. – w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 50 proc. limitu finansowania,
- e) 100 proc. – w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego poza zakresem refundacji.

**Podstawa prawna** – §6 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 4. Wystawianie recept – możliwości nadruku treści

Zgodnie z rozporządzeniem, wystawienie recepty polega na czytelnym i trwałym naniesieniu na jej awersie wszystkich danych, które zostały określone w rozporządzeniu. Dotyczy to także wydruku. Ponadto osoba wystawiająca podpisuje się na recepte własnoręcznie. **Można w formie wydruku nanieść na receptę imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu. Nie ma konieczności odbijania pieczęci.**

Poprawki mogą być nanoszone, ale wyłącznie przez osobę wystawiającą receptę, oraz wymagają dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i postawienia pieczętki przy poprawianej informacji.

**Podstawa prawna:** §2 ust. 1 i 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

Należy zauważyć, że na receptce nie można zamieszczać informacji i znaków, które nie są związane z jej przeznaczeniem i mogą stanowić np. reklamę danego produktu.

**Podstawa prawna:** §2 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 5. Dane dotyczące adresu pacjenta i oddziału NFZ

Recepta na leki refundowane musi zawierać m.in. następujące dane:

##### 1) dane dotyczące pacjenta:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano):
  - **miejsca zamieszkania** albo
  - miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo
  - miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej
  - w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję o prawie do świadczeń, albo **siedziby świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej.**

**Nie ma obowiązku podawania kodu miejscowości:**

##### 2) identyfikator płatnika:

- a) został określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia jako **identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy,** a w przypadku:
  - braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ

– osoby bezdomnej – identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby świadczeniodawcy, albo

- b) znak „X” wpisujemy w przypadku pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, albo
- c) wpisujemy symbol instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

**Z rozporządzenia jednoznacznie wynika, że adres zamieszkania świadczeniobiorcy musi być zgodny z identyfikatorem oddziału NFZ.**

**Podstawa prawna** – §3 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 6. Recepty własne, czyli *pro auctore* i *pro familiae*

**Recepty *pro auctore* (lek dla samego lekarza) i *pro familiae* (lek dla małżonka, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa)** są to recepty własne i mogą być wystawiane przez lekarza po zawarciu przez niego odpowiedniej umowy z NFZ. **Jedynie lekarze, którzy wykonują zawód w siedzibie świadczeniodawcy, nie mogą wystawiać tego typu recept.** Istotne znaczenie ma również fakt, czy lekarz wykonuje obecnie swój zawód, czy też nie. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych, umieszcza adnotację *pro auctore* lub *pro familiae*.

**Podstawa prawna** – §3 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 7. Co powinna zawierać recepta na leki nierefundowane?

W sytuacji, gdy na receptce przepisano wyłącznie leki, które nie podlegają refundacji, osoba wystawiająca receptę ogranicza się do zamieszczenia na niej następujących danych:

■ imię i nazwisko pacjenta ■ adres ■ wiek ■ data wystawienia recepty ■ data realizacji recepty ■ nazwa leku (jego postać, ilość, dawka oraz sposób dawkowania) ■ swoje imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

Jeżeli na receptce przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, zawierające w swoim składzie substancje psychotropowe z grup III-P i IV-P oraz leki zawierające środki odurzające z grupy II-N określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, wówczas osoba wystawiająca receptę, oprócz wymienionych danych, zamieszcza na niej także numer PESEL pacjenta lub numer paszportu. Natomiast w przypadku przepisania wyłącznie leku niepodlegającego refundacji, posiadającego kategorię dostępności „Rpw”, trzeba dodatkowo zamieścić unikalny numer identyfikujący receptę.

**Podstawa prawna** – §5 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

#### 8. Nowy rodzaj recept – recepta transgraniczna

Recepta transgraniczna to recepta w rozumieniu przepisu art. 3 lit. k dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Ur. UE L 88 z 4.04.2011, str. 45). Zostaje wystawiona na prośbę pacjenta, który zamierza zrealizować ją poza granicami Polski, w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej.

▶ Na takiej receptce muszą się znaleźć co najmniej następujące dane:

- 1) imię lub imiona i nazwisko pacjenta;
- 2) data urodzenia pacjenta;
- 3) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę;
- 4) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (np. lekarz);
- 5) dane do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę (adres e-mail lub numer telefonu, lub faksu, wraz z prefiksem międzynarodowym);
- 6) dane dotyczące miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego oraz oznaczenie „Polska” albo skrót „PL”;
- 7) nazwa powszechnie stosowana (międzynarodowa) albo nazwa handlowa, jeżeli:
  - a) przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub
  - b) osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych; w takim przypadku na receptce zwięźle podaje powody użycia nazwy handlowej;
- 8) postać leku;
- 9) dawka (moc);
- 10) ilość;
- 11) sposób dawkowania;
- 12) data wystawienia recepty;
- 13) własnoręczny podpis osoby wystawiającej receptę.

Warto zauważyć, że recepta transgraniczna może być napisana w języku polskim. Elementy, które do tej pory nie występowały na „standardowych” receptach, np. adres e-mail, skrót PL, mogą być dopisane ręcznie, aby nie było konieczności zmiany pieczętek lekarskich. Ponadto wszystkie wyżej opisane elementy muszą się znaleźć na receptce, która była wystawiona w innym państwie członkowskim UE, a jest realizowana w Polsce. Recepta transgraniczna może być zrealizowana zagranicą za pełną odpłatnością, mimo przysługujących pacjentowi uprawnień w Polsce. W przypadku, gdyby pacjent rozmyślił się i chciał zrealizować receptę w Polsce, a zawierałaby ona dane niezbędne do refundacji, wówczas ma taką możliwość.

**Podstawa prawna** – rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie recept z 6 listopada 2013 r. oraz komunikat ministra zdrowia z 7 listopada 2013 r.

## 9. Czy można wpisać na receptce nazwę międzynarodową lub chemiczną?

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że nowelizacja rozporządzenia wprowadza możliwość przepisywania leku na receptce z podaniem nazwy powszechnie stosowanej (międzynarodowej) leku albo rodzajowej bądź handlowej nazwy środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub ich nazwy skróconej, która pozwala jednoznacznie określić, który preparat przepisano.

**Podstawa prawna** – §6 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

## 10. Czy na receptce można zamieścić inne informacje?

Na receptce można dodatkowo zamieścić:

- 1) polecenie pilnej realizacji przez zamieszczenie adnotacji „Cito” lub innej równoważnej,
- 2) zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego przez zamieszczenie adnotacji „nie zamieniać” lub „NZ”, przy pozycji leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, którego dotyczy.

**Podstawa prawna** – §6 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

## 11. Jaki jest termin realizacji recepty?

Termin realizacji recepty to:

- 1) **30 dni** od daty jej wystawienia – reguła,
- 2) **7 dni** od daty jej wystawienia – antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego,
- 3) **120 dni** od daty jej wystawienia – leki, środki spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy,
- 4) **90 dni** od daty jej wystawienia – preparaty immunologiczne wytwarzane dla pacjenta.

W przypadku przepisania na receptce więcej niż jednego leku termin realizacji recepty liczony jest indywidualnie dla każdego z nich.

**Podstawa prawna** – §17 ust. 1–5 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept. ■

## Krajowe oferty pracy

na 18 marca 2014 r.  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	5	dermatologia	5	laryngologia	4	onkologia	2	radioterapia onkolog.	1
andrologia	1	diabetologia	3	medycyna paliatywna	1	ortopedia	7	rehabilitacja med.	7
anestezjologia	3	endokrynologia	4	medycyna pracy	5	ortopedia dziecięca	1	reumatologia	6
audiologia i foniatria	1	epidemiologia	1	medycyna ratunkowa	2	pedagogia	1	stomatologia	6
lekarz bez spec.	4	endokrynologia dziec.	1	medycyna sportowa	1	pedagogia specjalna	1	stomatologia chirurg.	4
chirurgia naczyniowa	3	gastroenterologia	3	medycyna rodzinna	21	pediatria	21	stomatologia dziec.	1
chirurgia ogólna	8	geriatria	2	neonatologia	2	proktologia	1	stomatologia endodon.	1
chirurgia dziecięca	4	ginekologia-endokryn.	1	neurochirurgia	1	psychiatria	8	stomatologia ortodon.	4
chirurgia onkologiczna	1	ginekologia i poł.	5	neurologia	13	psychiatria dziecięca	1	stomatologia periodon.	2
chirurgia plastyczna	1	instruktor S.I.	1	neurologia dziecięca	4	psychiatria sądowa	1	stomatologia protetyka	4
choroby płuc	4	kardiocirurgia	1	neurologopedia	1	ortopedia	6	urologia	4
choroby wewnętrzne	20	kardiologia	5	okulistyka	8	psychologia kliniczna	1	USG	3
choroby zakaźne	2	kardiologia dziecięca	1	okulistyka dziecięca	2	radiologia	6		

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





# BEZPIECZNY LEKARZ

REKLAMA

Witaj w kolejnym odcinku cyklu BEZPIECZNY LEKARZ. Razem z Doktorem INTEREM zgłębiamy tajniki prawa w zawodzie lekarza. Kolejne przypadki spraw sądowych, które prezentujemy, pokazują, jak złożone bywają sytuacje prawne i jak ważne jest odpowiednie wsparcie i ochrona ubezpieczeniowa. Zachęcamy do lektury i wyciągania własnych wniosków – opisane przypadki wydarzyły się naprawdę.

**DR INTER:** *Koleżanki i Koledzy, wielokrotnie spotykamy się z pytaniami o zasadność kupowania ubezpieczeń zawodowych w pakiecie, w celu zapewnienia wszechstronnej ochrony. Nie mamy wątpliwości, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej jest dla Was podstawową ochroną podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednak coraz częściej skomplikowane sprawy sądowe, a także wysokość roszczeń pacjentów sprawiają, że samo ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie jest wystarczającym wsparciem. Kluczowe staje się Wasze przygotowanie do procesu, a także pomoc prawną, którą zapewnia ubezpieczenie ochrony prawnej.*

**Ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej to produkt, który gwarantuje lekarzowi zwrot kosztów zatrudnienia adwokata bądź radcy prawnego oraz kosztów sądowych – zarówno w przypadku, kiedy pozwany jest lekarz, jak i w przypadku, kiedy to on chce pozwać kogoś o odszkodowanie.**

*Ale czyż nie jest tak, że obowiązkowe ubezpieczenie OC również zapewnia zwrot kosztów prawnych? Tak, lecz w bardzo ograniczonym zakresie (tylko koszty zastępstwa procesowego). Ponadto zwrot kosztów musi mieścić się w zakresie sumy gwarancyjnej polisy. Jeżeli odszkodowanie zasądzone pacjentowi będzie na tyle wysokie, że wyczerpie sumę gwarancyjną, ubezpieczyciel nie będzie miał środków, żeby pokryć dodatkowe koszty sądowe. Przeanalizujmy to zjawisko na przykładzie.*

W jednym ze szpitali pacjentka w 26. tygodniu ciąży urodziła dziewczynkę. Dziecko przyszło na świat w wyniku operacji cesarskiego cięcia i przez niemal 3 miesiące przebywało na oddziale noworodków i wcześniaków. W tym czasie czterokrotnie konsultowane było przez okulistę, który nie stwierdził żadnych nieprawidłowości. Po wypisaniu ze szpitala, podczas wizyty kontrolnej w poradni okulistycznej, rozpoznano u dziewczynki retinopatię wcześniaczą w zaawansowanym stadium (w jednym oku – III stopień, w drugim stopień III przechodzący w IV). W poradni okulistycznej stwierdzono, że z uwagi na zbyt późne wykrycie choroby nie ma szans na uratowanie wzroku dziecka.

Rodzice pozwali okulistę zatrudnionego w szpitalu na kontrakcie, zarzucając mu, że brak prawidłowej diagnozy spowodował dalszy rozwój retinopatii wcześniaczej, prowadzący do niemal całkowitego zniszczenia narządu wzroku. Kolejny zarzut opierał się na twierdzeniu, że lekarz nie zastosował żadnej z metod mogących zahamować rozwój choroby, zwłaszcza zaś suplementacji witaminy A i E oraz zmniejszenia intensywności oświetlenia. W efekcie prze-

ciwko lekarzowi został wniesiony pozew, w którym rodzice w imieniu dziewczynki domagali się odszkodowania wysokości 43 tys. zł, zadośćuczynienia w wysokości 260 tys. zł oraz ustalenia odpowiedzialności na przyszłość na wypadek konieczności wystąpienia o rentę. Dodatkowo wnosili też o zasądzenie kosztów procesu od lekarza.

Okulista twierdził, że postępował z należytą starannością i z zasadami sztuki, a retinopatia związana jest z bardzo wczesnym urodzeniem się dziecka (26. tydzień) i jego niską wagą. Powoływał się na najnowsze badania i publikacje w zakresie okulistyki.

Obecnie nadal toczy się postępowanie sądowe, trudno więc przewidzieć, do którego ze stanowisk przychyli się sąd. Niemniej jednak ta sprawa pokazuje, jakie ryzyko finansowe niesie dla lekarza posiadanie wyłącznie obowiązkowego ubezpieczenia OC.

**Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych ubezpieczyciel pokrywa koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu cywilnym, jednak do wysokości sumy gwarancyjnej. W aktualnej sytuacji prawnej oznacza to, że limit odpowiedzialności na jedno zdarzenie wynosi, zgodnie z rozporządzeniem ministra finansów, 75 tys. euro, czyli nieco ponad 300 tys. zł. Jeżeli odszkodowanie i zadośćuczynienie zostałyby przez sąd zasądzone w pełnej wysokości, suma gwarancyjna uległaby wyczerpaniu. Tym samym koszty prawnika i koszty sądowe musiałyby ponieść sam lekarz.**

⇒ Ubezpieczenie ochrony prawnej zabezpiecza lekarza m.in. przed opisaną sytuacją. To dodatkowe ubezpieczenie, które tworzy rodzaj tarczy ochronnej na wypadek konieczności poniesienia kosztów sądowych, takich jak wynagrodzenie pełnomocnika, koszty zatrudnienia prawnika drugiej strony, koszty biegłego, stawieństwa świadków, opłaty sądowe. Mogą one w jednej sprawie sięgnąć nawet kilkunastu tysięcy złotych.

⇒ INTER Polska oferuje ubezpieczenie ochrony prawnej w przystępnej cenowo pakiecie wraz z ubezpieczeniem OC. Eksperti INTER Polska przygotowują dla Ciebie ofertę uwzględniającą ryzyko związane z miejscem i formą wykonywania zawodu. Odpowiednio dobrana ochrona ubezpieczeniowa pozwoli Ci bez lęku zajmować się tym, co najważniejsze – ratowaniem zdrowia i życia pacjentów!

**inter**  
UBEZPIECZENIA

**Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.**  
Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa  
[www.interpolska.pl](http://www.interpolska.pl)  
[www.bezpiecznylekarz.pl](http://www.bezpiecznylekarz.pl)

# Antybiotyki: cudowne leki mogą przestać działać

Z prof. dr hab. n. med. **Walerią Hryniewicz**, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, rozmawia Justyna Wojteczek.

**Od dłuższego już czasu trwa kampania Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, skierowana zarówno do pacjentów, jak i do lekarzy. Czy rzeczywiście jest potrzebna?**

**P**ewnie, że tak, bo lekooporność stała się jednym z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego na całym świecie. Musimy zmienić nasze myślenie i działanie, bo inaczej niedługo nie będzie czym leczyć zakażeń bakteryjnych.

**Jak do tego doszło?**

Zachłysłeniśmy się fantastycznym działaniem antybiotyków. Nic dziwnego, bo umierających przywracały do życia i zdrowia. Penicylina została nazwana cudownym lekiem.

Warto wiedzieć, że już dawno zaobserwowano, że bakterie nieźle bronią się przed antybiotykami. Pierwsze były gronkowce, wytwarzające beta-laktamazy, czyli enzymy, które inaktywują penicylinę. Ale na rynek wchodziły kolejne antybiotyki, o coraz szerszym spektrum działania, o coraz mniejszych działaniach niepożądanych, więc nie przywiązywano do tego należytej wagi.

Dopiero mniej więcej dziesięć lat temu świat wziął zagrożenie lekoopornością na poważnie. To wtedy rządy krajów, dla których zdrowie publiczne jest sprawą wielkiej wagi, a także organizacje międzynarodowe, zaczęły myśleć o przeciwdziałaniu szkodom. Teraz powstają kolejne wytyczne, które mają na celu z jednej strony zapewnienie skuteczności leczenia, a z drugiej dbałość o to, by nie doprowadzać do dalszego powstawania i szerzenia się lekooporności. Niestety, największym problemem jest to, że antybiotyki stosuje się wszędzie: u ludzi, zwierząt, w produkcji zwierzęcej i roślinnej. Dlatego oporne bakterie są powszechne, znajduje się je nawet w organizmach dzikich zwierząt.

**Czy pani zdaniem lekarze są świadomi tego problemu?**

Jest chyba trochę lepiej, choć mam obawy, czy zdążymy z upowszechnieniem wiedzy w tym zakresie, zanim nie będziemy mieli czym leczyć. Problem w tym, że lekooporność rozprzestrzenia się znacznie szybciej niż powstają nowe leki. Świat się skurczył, bo dużo podróżujemy. W odległych krajach, jak Indie czy Chiny, antybiotyki zaczęto stosować na szeroką skalę, a w zakupie nie ma praktycznie żadnych ograniczeń, poza finansowymi. Pacjenci biorą je na własną rękę, w niewłaściwych dawkach, często niepotrzebnie. Tak właśnie powstaje nowe źródło wielolekoopornych szczepów.

Pobyty we wspomnianych krajach może spowodować, że osoba podróżująca zostanie skolonizowana lub zakażona wielolekoopornymi szczepami i przywiezie je do Europy. To może się zdarzyć nawet temu, kto tam nie chorował ani nie korzystał z usług służby zdrowia. To właśnie

z Azji przywleczono do Europy bakterie, które wytwarzają najgroźniejsze karbapenemazy, czyli enzymy niszczące wszystkie antybiotyki beta-laktamowe, w tym karbapenemy, które do niedawna uchodziły za leki ostatniej szansy.

**Może więc było trochę racji w tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia domagał się robienia posiewów i antybiogramów?**

Bardzo bym chciała, by u wielu pacjentów przed zleceniem antybiotyku lekarze pobierali materiał do badania mikrobiologicznego. Diagnostyka mikrobiologiczna powinna być jednak należycie refundowana, żeby lekarz mógł po nią sięgać i nie obarczać tymi kosztami pacjenta. Powszechna interpretacja wcześniejszych przepisów była jednak błędna i poczyniła sporo szkód. Nie można zapominać, że w większości wypadków antybiotyk musi być podany natychmiast, zwłaszcza w ciężkim zakażeniu. Monitorujemy zużycie antybiotyków i okazało się, że według danych z NFZ spadło ono w 2012 r. o połowę. Dane z rynku aptecznego, obejmujące także leki nierefundowane, pokazały, że spożycie się nie zmieniło – lekarze po prostu wypisywali recepty pełnopłatne, aby uniknąć kar. Z pewnością nie jest to korzystne dla pacjentów i, co gorsza, nie podlega monitorowaniu przez NFZ lub inne jednostki podległe ministrowi zdrowia. Jest także niezgodne z dyrektywą UE, którą Polska jest zobowiązana wdrażać.

Innym problemem z tego samego okresu jest bezwzględny wymóg wypisywania leków zgodnie ze wskazaniem rejestracyjnym. To zwłaszcza w przypadku antybiotyków jest nonsensem, bo wiele z nich zostało zarejestrowanych kilkanaście lub kilkadziesiąt lat temu i, choć są potwierdzone dane kliniczne o możliwości ich szerszego zastosowania, niewielu producentów zmieniło dokument rejestracyjny. Posłużę się przykładem amoksyliny. Do niedawna – i tak stanowi ChPL – stosowaliśmy ją w dawce trzy razy po 500 mg dla osoby dorosłej. W tej chwili, by uzyskać efekt terapeutyczny, dawkę musimy podwoić. Na tym przykładzie widać, że zastosowanie tego leku zgodnie z ChPL nie tylko naraża pacjenta na kłopoty zdrowotne, ale jeszcze jest niekorzystne epidemiologicznie.



## Co z tym można zrobić?

Protestować, co niniejszym czynię!

### **Pani profesor, w ramach Programu Ochrony Antybiotyków bada pani występowanie pneumokoków. Jak w Polsce wygląda teraz sytuacja, jeśli chodzi o te drobnoustroje?**

Cały czas je monitorujemy, bo należą do najgroźniejszych patogenów człowieka. Polska jest ewenementem w Europie: mamy najwyższy procent szczepów opornych na makrolidy. To skutek masowego nadużywania azytromycyny. Jako antybiotyk podawany krótko i w jednorazowej dawce, jest ona wygodna zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Niestety, nadużywanie doprowadziło do niekorzystnej sytuacji, zwłaszcza że mamy tu oporność krzyżową z klindamycyną. Zatem nadużywając azytromycyny, eliminujemy z terapii nie tylko wszystkie makrolidy, ale jeszcze linkozamidy i streptograminy.

Co do zwalczania pneumokoków: mamy laboratoryjne potwierdzenie, że dzięki zastosowaniu bardzo wysokich dawek amoksycyliny w razie zakażenia pneumokokami jest bardzo duża szansa na uzyskanie skuteczności terapeutycznej w leczeniu infekcji zarówno dolnych, jak i górnych dróg oddechowych. Gorzej z zakażeniami inwazyjnymi, ponieważ obserwujemy wysoki odsetek szczepów opornych na penicylinę. Co więcej, u pneumokoków izolowanych z zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych widzimy skojarzoną oporność na penicylinę, cefalosporyny i meropenem.

Jeśli więc podejrzewamy pneumokokowe zapalenie opon mózgowych, podejmujemy terapię skojarzoną cefalosporyną III generacji z wankomycyną, a po uzyskaniu wyniku antybiogramu możemy ją modyfikować. Możemy zastosować penicylinę, bo to wspianały lek, ale tylko po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Coraz częściej w razie pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musimy sięgać po wankomycynę z rifampicyną, a nawet niezarejestrowany w tym wskazaniu linezolid, którego skuteczność w tej postaci infekcji wykazano w publikacjach i badaniach mikrobiologicznych. ChPL nie powinna być jedynym naszym źródłem wiedzy w sytuacjach, gdy mamy obowiązek ratować życie pacjenta. To terapia na ratunek. Na szczęście takie przypadki są ciągle rzadkie.

### **A jak się sytuacja przedstawia, jeśli chodzi o meningokoki i gronkowce?**

Do niedawna niemal 100 proc. meningokoków było wrażliwych na penicylinę, w tej chwili zaczynamy obserwować rosnącą populację szczepów o obniżonej wrażliwości. Bardzo starannie ją monitorujemy, bo – jak wynika z naszych badań – powoli ulega ona zmianie. Na szczęście cefalosporyny III generacji są ciągle skuteczne.

Co do gronkowców złocistych, to pojawiły się w środowisku pozaszpitalnym szczepy odporne na metycylinę (MRSA), do niedawna typowe dla szpitala. Ich leczenie jest bardzo trudne, ale – w przeciwieństwie do typowych szczepów szpitalnych – MRSA są często wrażliwe na antybiotyki spoza grupy beta-laktamowych, a więc kotrimoksazol, klindamycynę itd.



Fot. egw



## Antybiotyki:

cudowne leki  
mogą przestać działać

### ► Jakie są pani wskazówki dla praktykujących lekarzy w kwestii antybiotykoterapii?

Po pierwsze: wiedza! Czasy są takie, że lekarz musi na bieżąco uzupełniać swoją wiedzę, także na temat zakażeń, nowoczesnych metod ich wykrywania i aktualnych rekomendacji terapeutycznych. Na stronie internetowej Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków można znaleźć wiele informacji ([www.antybiotyki.edu.pl](http://www.antybiotyki.edu.pl)). Warto przypadki niepowodzeń terapeutycznych konsultować z mikrobiologiem i farmakologiem klinicznym.

Apeluję o to, żeby prowadząc terapię, myśleć o przyszłości, mieć na uwadze lekooporność, na pojawienie się której, a zwłaszcza rozprzestrzenianie, lekarze mają duży wpływ. Starajmy się prowadzić, jeśli tylko to możliwe, terapie celowane, czyli na podstawie antybiogramu, ale zawsze z uwzględnieniem parametrów PK/PD. Istnieje też kilka podstawowych zasad w praktyce lekarskiej, których przestrzeganie jest niezbędne w prowadzeniu rozsądnej antybiotykoterapii.

A zatem: zebranie bardzo dobrego i wnikliwego wywiadu kliniczno-epidemiologicznego na temat przebytych zakażeń, współistniejących schorzeń, poprzednich antybiotykoterapii, infekcji wśród domowników, łącznie z uzyskaniem informacji, czy pacjent lub ktoś bliski przebywał ostatnio w szpitalu, dokąd podróżował, jakie przeszedł szczepienia itp. Trzeba pacjenta dokładnie zbadać. Musi się do badania rozebrać, bowiem może już mieć pierwsze wybroczyny rozpoczynającej się sepsy meningokokowej. O terapii antybiotykiem decydujemy tylko wtedy, gdy zaobserwujemy odpowiedni zespół objawów klinicznych. Odosobniony kaszel lub gorączka czy ból mięśni nie oznaczają zakażenia. Antybiotyk należy podawać w odpowiedniej dawce, nie za niskiej i nie za wysokiej. Podawanie zbyt niskich dawek to bowiem pierwszy krok do powstawania opornych szczepów.

Nie należy niepotrzebnie przedłużać terapii, której czas różni się w zależności od postaci, ale także od etiologii zakażenia. Na przykład meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczymy siedem dni, a wywołane przez *Listeria monocytogenes* co najmniej 21 dni. Konieczne jest przekazywanie pacjentowi zrozumiałej informacji o konieczności ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich.

Podsumowując, w przypadku pacjenta z podejrzeniem zakażenia lekarz, przed przepisaniem antybiotyku, musi sobie odpowiedzieć na szereg pytań: czy to zakażenie bakteryjne i czy wymaga antybiotykoterapii, jaka jest najbardziej prawdopodobna etiologia i jaki najczęstszy wzór lekooporności patogenu bakteryjnego, który spowodował zakażenie, czy wybrany antybiotyk penetruje do miejsca, w którym toczy się zakażenie, i w jakiej dawce należy go podać. Na końcu lekarz upewnia się, że pacjent zastosuje się do jego zaleceń. ■



# Stary, a młody przy Karowej

O działalności, inwestycjach i planach Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie mówi prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski, kierownik II Kliniki Położnictwa i Ginekologii w tej placówce.

**M**amy ściśle określony profil zainteresowań medycznych. W położnictwie jest to cukrzyca w ciąży, nadciśnienie w ciąży, choroby tkanki łącznej i zagadnienia związane z cholestazą wewnątrztrętrową w ciąży, a ponadto porody przedwczesne. Jesteśmy szpitalem trzeciego stopnia referencyjności, więc tego typu porodów mamy trochę więcej. Związane jest to z algorytmem postępowania w przypadku zagrożenia porodem przedwczesnym. W ramach położnictwa zajmujemy się też badaniami nad różnego rodzaju suplementacją u kobiet w ciąży, m.in. nienasyconymi kwasami tłuszczowymi. To obecnie dość popularny kierunek badań. W najbliższych miesiącach ukończymy zbieranie materiału dotyczącego oznaczeń kwasów nienasyconych u kobiet ciężarnych, co będzie stanowić podstawę pracy naukowej.

W profilu ginekologicznym zajmujemy się trzema obszarami zagadnień. Pierwszym jest uroginekologia i efektywność poszczególnych metod stosowanych w leczeniu. To dziedzina, w której pojawia się dużo rozwiązań. Ich mnogość dowodzi, że tak naprawdę są niedość skuteczne efektywne. Stąd badania ich skuteczności. Druga część zainteresowań to choroby szyjki macicy i zakażenia HPV. Trzeci kierunek stanowi onkologia ginekologiczna, zwłaszcza nowotwory jajnika. W tej materii mamy kilka publikacji teoretycznych, a zbieramy materiały z badań klinicznych w różnych aspektach. Od strony teoretycznej to przede wszystkim doświadczalne prace dotyczące działania różnego rodzaju preparatów, chemio-terapia i poszukiwanie czynników wpływających na skuteczność terapii u poszczególnych osób.



# y szpital



Rozważamy także aspekt ważny z punktu widzenia pacjentów – szukamy przyczyny częściej występujących powikłań. Są kobiety lepiej i gorzej znoszące chemioterapię. Wkrótce będzie skończony doktorat na ten temat. Usiłujemy znaleźć odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się dzieje. Kolejne zagadnienie onkologiczne to: chemioterapia a funkcja układu krzepnięcia; zbieramy materiały. Dużą część działalności naszego ośrodka, kierowana przez prof. Joannę Dangel, dotyczy kardiologii płodowej.

Przez jakiś czas prowadziliśmy, wspólnie z Politechniką Warszawską, prace nad nowym aparatem do monitorowania kobiet ciężarnych. My możemy zająć się tylko częścią medyczną, techniczna pozostaje w gestii partnerstwa z politechniki i wymaga dużej wiedzy oraz doświadczenia. Chwilowo mamy problem z kontynuacją prac, ale liczę, że wrócimy do nich.

Skończyliśmy prace, finansowane z grantu, w zakresie roli infekcji wirusowych w poronieniach zagrażających i dokonanych. Udało nam się przeprowadzić badania, zakończone doktoratem, dotyczące penetracji antybiotyków do płynu owodniowego, łożyska i płodu. Były prowadzone z Państwowym Instytutem Weterynaryjnym w Puławach, ośrodkiem doskonale wyposażonym, badającym m.in. skażenia żywności. Wiedza na temat tego, którą drogą podawane leki działają najskuteczniej w zakażeniach w czasie ciąży, jest istotna z praktycznego punktu widzenia. Prowadzimy kursy podyplomowe dla lekarzy.

Ponadto w szpitalu przy ul. Karowej działają jeszcze dwie kliniki. Klinika Endokrynologii Ginekologicznej, kierowana przez prof. dr. hab. n. med. Stanisława Radowickiego, jest jedynym w regionie ośrodkiem uniwersyteckim opiekują-

cym się kobietami z zaburzeniami hormonalnymi. Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, kierowana przez prof. dr. hab. n. med. Marię Katarzynę Borszewską-Kornacką, kontynuuje wcześniej rozwinięte w tej placówce badania peri- i neonatologiczne. Stanowią one istotny wkład w polepszenie wyników opieki nad wcześniakami. Szpital, w którym ratowane są najmniejsze (również poniżej 1000 g) i najbardziej chore noworodki, jest uznanym ośrodkiem perinatologicznym, oferuje również kompleksową opiekę rehabilitacyjną dla najmłodszych. Od października 2013 r. odbywa się tu zdalne konsultowanie badania echa serca noworodków urodzonych przy Karowej ze specjalistami z klinik kardiologii i kardiochirurgii CZD.

Szpital od początku swej działalności, ponad 100 lat temu, spełniał rolę edukacyjną, odbywali tu staże absolwenci Wydziału Lekarskiego UW, działała Miejska Szkoła Położnych. Szkoła ta zachowała swoją funkcję nawet w czasie okupacji. Obecnie placówka również służy kształceniu studentów WUM.

W Szpitalu im. ks. Anny Mazowieckiej pracowało wielu znakomitych uczonych, m.in. prof. Ireneusz Roszkowski, uznany za prekursora nowoczesnego położnictwa i ginekologii. Powstał tutaj jeden z pierwszych oddziałów patologii ciąży oraz pracownia embriologii doświadczalnej, eksperymentalnie stosowano ultrasonografię. Lekarze z Karowej byli jednymi z pierwszych w Polsce, którzy zastosowali próżnościąg podczas porodu, metodę graficznego zapisu tętna płodu, laparoskopię, a także wykonywali operacje z użyciem lasera.



Fot. archiwum szpitala

Obecnie szpital jest rozbudowywany. Przybędzie ponad 1700 mkw. powierzchni, a 1/3 dotychczasowej zostanie przebudowana i unowocześniona. Celem zmian jest dostosowanie warunków udzielania świadczeń do obowiązujących wymogów, zwiększenie liczby łóżek, poprawa warunków pracy i leczenia. Od strony ul. Dobrej powstaje nowy, czterokondygnacyjny budynek, w którym znajdą się oddziały: ginekologiczny, mikrochirurgii ginekologicznej, onkologii ginekologicznej oraz patologii ciąży. Dzięki temu pozostałe oddziały też zyskają więcej miejsca, a specjalistyczna poliklinika wróci na parter budynku. Zmieni się wygląd reprezentacyjnego wejścia do szpitala, izba przyjęć zyska przestronny, szklany pawilon. ■

Oprac. mkr

# Cukrzyca – problem cywilizacyjny

Z prof. dr. hab. n. med. Edwardem Frankiem, diabetologiem, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii CSK MSW w Warszawie, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

**Coraz więcej mówi się publicznie o cukrzycy jako o problemie społecznym. Czy jest to rzeczywisty problem, czy też marketing firm farmaceutycznych?**

Cukrzyca jest rzeczywistym problemem. Na pewno około 3 mln ludzi w Polsce ma cukrzycę lub wkrótce na nią zachoruje. Częstość powikłań cukrzycy jest duża, prowadzą często do kalectwa albo zgonu, a przynajmniej do znacznego zwiększenia wydatków na leczenie tych chorych. Ponieważ dobre wyrównanie cukrzycy (rozumiane nie tylko jako wyrównanie glikemii, ale także ciśnienia tętniczego i dyslipidemii) zmniejsza liczbę powikłań, należy do niego wszystkimi środkami dążyć. I tutaj interesy firm farmaceutycznych zbieżne są z interesem chorych.

**A co ze środkami niefarmakologicznymi?**

Cała „epidemia” cukrzycy typu 2 spowodowana jest oczywiście głównie otyłością. Zatem zmniejszenie wagi jest naturalnym środkiem przeciwcukrzycowym. Szkoda tylko, że koszty i wysiłek wkładany w odchudzanie są często niewspółmierne do efektów. Chorzy stosują rozmaite diety, płacąc często więcej niż musieliby zapłacić za leki przeciwcukrzycowe, a efekty nie są oszałamiające. Oczywiście ograniczenie ilości pokarmu zawsze powoduje zmniejszenie wagi, ale ludzie raczej nie chcą tego zaakceptować, przynajmniej na dłuższą metę.

**Czyli nie ma żadnej diety-cud?**

Gdyby to było takie proste, gdyby taka dieta była, wszyscy bylibyśmy szczupli. Jak mówiłem, ograniczenie kalorii jest na dłuższą metę trudne. Diety eliminacyjne u części chorych przynoszą dobre efekty, ale dłużej stosowane prowadzą do niedoborów. Efekt jo-jo po zaprzestaniu stosowania diety jest ogólnie znany. Natomiast życie chorego na cukrzycę wiąże się oczywiście ze stałymi ograniczeniami dietetycznymi i jeśli chory tę dietę „cukrzycową” stosuje, to kłopoty z glikemią są o wiele mniejsze.

**A wysiłek fizyczny?**

Jest najlepszym środkiem naturalnie zwiększającym insulinowrażliwość. Kiedy w latach 90. XX w. pracowałem na stypendium w Niemczech, nie udawały nam się kłamy euglikemiczne służące do badania insulinowrażliwości. Wyniki wychodziły raz takie, raz inne, i nie mogliśmy dojść, dlaczego tak jest. W końcu się zorientowaliśmy. Otóż część cho-

rych przyjeżdżała na badania na rowerze. I u tych chorych insulinowrażliwość wzrastała tak bardzo, że wyniki były nie do interpretacji. Musieliśmy załatwić łóżko, żeby chorzy noc przed badaniem spędzili w szpitalu, zakazaliśmy im przyjeżdżania do szpitala na rowerze nawet dzień wcześniej. Dopiero to spowodowało, że udało się ustandaryzować wyniki.

Gdyby wszyscy jeździli na rowerze, pewnie cukrzyca byłaby znacznie mniej i byłaby lepiej wyrównana. Niestety, regularne uprawianie wysiłku fizycznego też jest trudne i wielu ludzi nie jest w stanie tego robić.

- W 2013 r. na Mazowszu istniało dziesięć oddziałów lub pododdziałów o profilu diabetologicznym, w tym osiem dla osób dorosłych i dwa dla dzieci. Liczba łóżek jest wystarczająca.
- Liczba poradni, które miały kontrakty na świadczenia diabetologiczne, jest wystarczająca.
- 160 tys. chorych na cukrzycę pozostaje pod opieką lekarzy pierwszego kontaktu. Około 1 tys. lekarzy POZ sprawuje opiekę nad ww. grupą chorych.
- Liczba diabetologów – 146.
- Podmioty lecznicze są dobrze rozmieszczone.
- Laboratoria diagnostyczne rozmieszczone są w województwie niesymetrycznie, ale małe laboratoria współpracują z dużymi.
- Leczenie nerkozastępcze jest w pełni zapewnione. W 2011 r. u 1181, a w 2012 u 1059 chorych na cukrzycę prowadzono leczenie nerkozastępcze. Zmniejszyła się liczba osób dializowanych, co jest tendencją ogólnoeuropejską.
- Nie jest w pełni zapewniona pomoc dla chorych z powikłaniami ocznymi w cukrzycy (laseroterapia).
- Nadal nie jest rozwiązany problem leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Liczba dużych amputacji u chorych na cukrzycę w 2012 r. wynosiła 446, a leczonych zachowawczo z powodu zespołu stopy cukrzycowej w szpitalu – 461.
- Zapewniono wystarczająco liczną kadrę pielęgniarską.
- Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga zmian (jest zaniżone). Nadal wycena punktu jest zbyt niska zarówno w kontraktach szpitalnych, jak i w kontraktach leczenia ambulatoryjnego.



## Jaki jest obecnie dostęp pacjenta do diabetologa?

To zależy od regionu, w niektórych regionach jest lepszy, w innych gorszy. Ale generalnie nie jest zły. Diabetologia nie została wymieniona przez Ministerstwo Zdrowia wśród specjalizacji, które wiążą się z dużymi kolejkami. To mnie cieszy, bo choć mam bardzo dobrą opinię o polskich lekarzach rodzinnych, uważam, że nie są w stanie przejąć wszystkich zadań placówek diabetologicznych. W takich poradniach jest cała infrastruktura: lekarze specjaliści, pielęgniarki diabetologiczne edukujące chorych, dietetycy, psychologowie, konsultacje nefrologiczne, okulistyczne itp. Jeśli trzeba np. szkolić chorego albo rozpocząć insulinoterapię, i chce się to robić dobrze, należy stworzyć do tego system. Trudno to zrobić w POZ, która ma całą masę innych obowiązków.

Chcę przez to wszystko powiedzieć, że moim zdaniem, jeżeli przerwujemy opiekę nad chorymi na lekarzy rodzinnych, to – przy całej mojej wierze w ich kompetencje i dobre chęci

– z niektórymi trudniejszymi chorymi nie będą sobie w stanie poradzić.

## Czy jest jakieś światełko w tunelu, które pozwoliłoby nam wierzyć, że wzrost zachorowań na cukrzycę zostanie ograniczony?

Odpowiedź na to pytanie podzieliłbym na dwie części. Jedną to część dotycząca cukrzycy typu 2. Na razie częstość zachorowań na cukrzycę wzrasta, szczególnie w krajach rozwijających się, bo wzrasta dobrobyt, a z nim – częstość otyłości. Ten proces mogłaby zahamować tylko wojna. Sądzę, że wolimy jednak wszyscy otyłość.

Nie chcę przez to powiedzieć, że nie powinniśmy, jako lekarze, zachęcać pacjentów do zachowań prozdrowotnych. Warto to robić, nawet jeśli efekty są mierne. Szczególnie warto byłoby wprowadzić system edukacyjny (a nie krótkotrwałe „akcje”) w szkołach.



Fot. archiwum

Poza tym wiadomo, że u chorych wysokiego ryzyka możemy zmniejszyć częstość rozwoju cukrzycy typu 2 przez zastosowanie zarówno środków nefarmakologicznych, jak i farmakologicznych. Wydaje się, że każdy lek przeciw cukrzycowy zastosowany tak wcześnie zmniejsza częstość rozwoju cukrzycy. Wyniki badań potwierdzają to np. dla akarbozy, metforminy, rosiglitazonu, a nawet dla insuliny glarginy (opublikowane niedawno badania ORIGIN). Zastosowanie jakiegokolwiek środka wymaga jednak postawienia rozpoznania, co z kolei wymaga stałego systemu badań przesiewowych.

### Co w takim razie z cukrzycą typu 1?

Częstość cukrzycy typu 1 też wzrasta i wiele wysiłku wkłada się w badania nad zapobieganiem jej i leczeniem, szczególnie dlatego, że ze względu na młody wiek chorych w chwili rozpoznania wystąpienie powikłań jest o wiele bardziej prawdopodobne.

Leczenie immunosupresyjne wydawałoby się oczywistym sposobem zapobiegania tej chorobie autoimmunologicznej i leczenia jej, ale badania kliniczne nie potwierdziły jego skuteczności. Najskuteczniejsze wydaje się obecnie przeszczepienie komórek macierzystych krwi obwodowej. Tego typu zabiegi wykonuje w Polsce prof. Wiesław Jędrzejczak w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jest to niezmiernie ciekawy pomysł. Chodzi o to, że cukrzyca typu 1 jest chorobą z autoagresji. Jeżeli zatem usunie się te autoreaktywne, „autoagresywne” klony limfocytów, proces niszczenia trzustki powinien się zatrzymać. Jeżeli zrobi się to na tyle wcześnie, że w trzustce pozostaje jeszcze sporo niezniszczonych komórek beta (czyli w praktyce zaraz po postawieniu rozpoznania), to wydzielanie insuliny może utrzymywać się na poziomie wystarczającym, żeby chory pozostał „insulinoniezależny”, żeby nie musiał otrzymywać insulinoterapii.

W praktyce okazało się, że nie u wszystkich jest to realne. Podsumowaliśmy teraz z prof. Jędrzejczakiem wyniki piętnastu chorych po trzech latach obserwacji (nasza klinika zapewnia tym chorym opiekę diabetologiczną). Siedmiu z piętnastu chorych, czyli prawie 50 proc., nie otrzymuje insuliny. To dużo i mało zarazem. Dużo, dlatego, że takich efektów nie osiągnięto u chorych na cukrzycę typu 1 za pomocą żadnego innego leczenia immunosupresyjnego. Mało,


- Epidemia cukrzycy na świecie nasila się. Według Światowej Federacji Chorych na Cukrzycę w 2013 r. na świecie cierpiało na nią 388 mln ludzi.
- W większej liczbie przypadków występuje nasilenie przewlekłych powikłań cukrzycy, takich jak zawały serca, niewydolność krążenia oraz nerek, ślepotą, lub pojawia się konieczność amputacji kończyn dolnych, a to z kolei zwiększa liczbę hospitalizacji, które są zwykle dwukrotnie dłuższe.
- Koszty leczenia powikłań cukrzycy są czterokrotnie wyższe niż leczenie cukrzycy bez powikłań, a leczenie zespołu stopy cukrzycowej jest droższe ośmiokrotnie.

dlatego, że przy tej agresywnej jednak procedurze chcieliby się, żeby dobre efekty występowały u wszystkich.


Przymierzamy się także obecnie, żeby we współpracy z prof. Piotrem Trzonkowskim z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego rozpocząć podawanie chorym tzw. regulatorowych limfocytów T, uzyskanych od chorych i namnożonych w hodowli pozaustrojowej. To jest trochę podobna metoda, która zmniejsza niszczenie komórek beta wysp trzustkowych, tak samo niewymagająca podawania leków immunosupresyjnych, mniej inwazyjna niż przeszczepienie komórek macierzystych, ale też jej efekty wydają się być słabsze. Dlatego chcielibyśmy zastosować ją u nieco innych chorych – z cukrzycą typu LADA, albo u chorych z przeciwciałami przeciwtrzustkowymi, u których nie rozwinęła się jeszcze cukrzyca typu 1. To tacy chorzy, u których destrukcja komórek beta jest mniejsza i efekt leczenia może będzie lepszy. ■


- Na Mazowszu w 2012 r. liczba znanych chorych na cukrzycę wynosiła 276 473. Do tej liczby należy dodać około 350 tys. osób (30 proc.) z cukrzycą znaną i nieznaną.
- Nadal istnieje konieczność zwiększenia liczby zatrudnionych specjalistów z diabetologii – do 200, a także pielęgniarek edukacyjnych – ze 120 do 300. Liczba miejsc akredytacyjnych jest wystarczająca. Obecnie specjalizację odbywa 38 osób. Nie ma wolnych miejsc rezydentkich.

- Dodatkowe informacje – na podstawie raportu za 2013 r. konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii prof. dr. hab. n. med. Waldemara Karnafela **egw**



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.szpzo.pl, e-mail: dyrektor@szpzo.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 SZPZO 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. Gilarńska 23,
- Przychodnia Rodzinna ul. Otwocka 1.


**SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO NASZYCH PRZYCHODNI**  
[www.szpzo.pl](http://www.szpzo.pl)  
infolinia tel. 22 619-78-76



**PROGRAM REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Mazowsze.**  
serce Polski



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



# Zdrowie w programach unijnych

**Promowanie współpracy, lepsza koordynacja projektów oraz więcej pożyczek, a mniej dotacji – to główne zmiany w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020. Z ogólnej kwoty – około 3,8 mld euro – sporo środków może być przeznaczonych na ochronę zdrowia. Pierwsze wnioski będzie można składać na przełomie roku 2014/2015. Warto się do tego przygotować.**

Kończy się już finansowanie projektów na lata 2007–2013 z programów unijnych. Jeśli chodzi o poprawę infrastruktury w ochronie zdrowia, a zatem o modernizację pomieszczeń i zakup sprzętu medycznego, zrealizowanych ich zostało 36. Koszy wyniosły 326 mln zł, z czego 250 mln zł stanowiło dofinansowanie Unii Europejskiej.

Skorzystały także praktyki lekarskie oraz podmioty mniejsze niż szpitale. – *Praktyki lekarskie funkcjonują jako przedsiębiorstwa i najczęściej korzystały z funduszy dla nich przeznaczonych. Zwłaszcza dotyczyło to informatyzacji, czyli usprawniania zarządzania za pomocą IT. Tu zrealizowano 51 projektów za prawie 91 mln zł – wyjaśnia dyrektor Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych Mariusz Frankowski.*

I tak, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Warszawa Ursynów, dzięki unijnemu wsparciu kwotą 1,1 mln zł, z informatyzowano obieg dokumentów, wprowadzono podpis elektroniczny, system umożliwiający całodobową i całoroczną, bezobsługową rejestrację medyczną oraz uruchomiono portal dla pacjentów.

Jak mówi dyrektor Frankowski, najwięcej spośród praktyk lekarskich korzystały z unijnych funduszy praktyki dentystów. – *To może wynikać z faktu, że stomatologia – ze względu na dostęp, jakość oraz standard wyposażenia – zwiększyła popyt na swoje usługi na rynku prywatnym, a właściciele mają środki na wkład własny – dodaje.*

W najbliższej perspektywie praktyki lekarskie będą mieć szanse na pieniądze unijne. Zdaniem Mariusza Frankowskiego zmieni się jednak forma finansowania. – *Do tej pory było sporo dotacji. Teraz będą to raczej nisko oprocentowane pożyczki lub pożyczki z możliwością umorzenia ich części. Należy się spodziewać, że dotacje będą przeznaczane na działalność badawczo-rozwojową lub zakup sprzętu wysokiej technologii. A zatem beneficjent będzie musiał udowodnić m.in., że sprzęt, który chce nabyć, jest innowacyjny, nie ma podobnego w regionie, a jego zakup przyczyni się do zwiększenia dostępu do usług zdrowotnych – tłumaczy.*

Niemale środki, około 153,6 mln euro, przewidywane są na wsparcie e-zdrowia i informatyzacji w ramach programu II – Wzrost e-potencjału Mazowsza. Ten cel może być ważny dla lekarzy, bo choć wszystko wskazuje, że obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zostanie oddalony o 3 lata, należy się spodziewać, że po tym okresie nie będzie już możliwe prowadzenie dokumentacji

medycznej w formie papierowej. Podmioty, posiadające kontrakt z NFZ, będą mogły ubiegać się o dotację lub korzystać z instrumentów inżynierii finansowej na informatyzację i e-zdrowie.

Mariusz Frankowski przyznaje, że w poprzedniej edycji RPO WM krytyka ze strony Komisji Europejskiej dotyczyła przede wszystkim niedostatecznej koordynacji inwestycji lub w ogóle jej braku. Zdarzało się, że sąsiadujące ze sobą szpitale zaopatrywały w dodatkowy sprzęt takie same oddziały. – *Będziemy więc dążyć do tego, żeby nie dublować inwestycji w tym samym regionie czy na tym samym obszarze – podkreśla dyrektor.*

Współpraca pomiędzy różnymi podmiotami jest realizowana najlepiej w formule klastrów, czyli grup powiązanych ze sobą przedsiębiorstw, instytucji lub innego rodzaju organizacji, które działają na tym samym terenie. Klustry najczęściej tworzone są w celu podejmowania współpracy, która przez wykorzystywanie wspólnych zasobów pozwala uczestnikom budować trwałą przewagę konkurencyjną. W praktyce klastrów tworzony jest przez podmiot zwany inicjatorem, który bardzo często później zajmuje się koordynacją przedsięwzięcia.

W RPO WM, w części zawierającej diagnozę sytuacji na Mazowszu, znajduje się gorzkie stwierdzenie: „*Na Mazowszu przedsiębiorstwa nie wykazują znacznego zainteresowania klastrami ani inicjatywami klastrowymi*”. W najbliższej perspektywie władze regionu będą starały się wzmocnić zaufanie firm do klastrów i promować współpracę między różnymi podmiotami. W ramach różnych programów chyba najwięcej pieniędzy przeznaczonych jest właśnie na ten cel.

Do tej pory w branży medycznej na terenie Mazowsza powstały dwa klustry – obydwa prowadzone przez Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN. Jeden z nich to zainicjowany przez Instytut klastr zajmujący się leczeniem bólu. Unijne dofinansowanie ma być wykorzystane na adaptację pomieszczeń oraz m.in. zakup sprzętu do badań. Projekt przewiduje wdrażanie i komercjalizację technologii, usług i produktów innowacyjnych.

– *Bez problemu mogą sobie wyobrazić klustry z udziałem na przykład dentystów, który będzie się rozwijał dzięki możliwości współpracy z jakąś jednostką badawczo-rozwojową i producentami sprzętu czy materiałów – mówi dyrektor.*

Dla ochrony zdrowia przeznaczone też będą środki w ramach programów przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu i biedzie. Unia będzie finansować m.in. poprawę dostępności do usług zdrowotnych lub wspierać programy wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka zagrożonego niepełnosprawnością.

Program został już przyjęty przez władze Mazowsza. 10 kwietnia ma zostać wysłany do Komisji Europejskiej. Negocjacje z KE potrwać zapewne do jesieni. Mariusz Frankowski przewiduje, że pierwsze wnioski będzie można składać w grudniu 2014 lub w styczniu 2015 r. Do tego czasu Mazowiecka Jednostka Wdrożeniowa zajmie się m.in. doskonaleniem oprogramowania informatycznego. Planowana jest całkowita eliminacja dokumentów papierowych z procedury ubiegania się o projekt i w okresie jego realizacji. ■

Justyna Wojteczek

**Przepisy, które nie gwarantują lekarzom prawa do występowania przed komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych ani do odwoływania się od ich orzeczeń, są zgodne z Konstytucją RP – orzekł Trybunał Konstytucyjny na rozprawie w marcu br.**

Przepisy te (art. 67i ust. 2 oraz 67j ust. 7) są zawarte w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Naczelna Rada Lekarska domagała się we wniosku, złożonym do TK, uznania ich za niekonstytucyjne.

– *Orzeczenie komisji może wiązać się ze stwierdzeniem, że zachowanie lekarza nie było prawidłowe. Zdarza się, że taki lekarz nie ma możliwości udziału w postępowaniu przed komisją, nie może też odwołać się od jej orzeczenia* – mówił prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Zdaniem NRL narusza to prawo lekarzy do sprawiedliwej rozprawy przed sądem, a niekorzystne orzeczenie może naruszać ich dobre imię. NRL wskazywała też, że czasem do błędu w zdarzeniu medycznym dochodzi nie z winy lekarza, lecz z powodu uchybień organizacyjnych, a pracodawca może ukrywać ten fakt przed komisją orzekającą.

Trybunał zgodził się, że pominięcie lekarzy w procedurze przed komisją orzekającą nie ulega wątpliwości. – *Nie oznacza to jednak naruszenia przysługującego im prawa do sądu* – powiedziała w uzasadnieniu do wyroku sędzia sprawozdawca Małgorzata Pyziak-Szafnicka.

TK podkreślił, że istotą przepisów o wojewódzkich komisjach ds. orzekania o zdarzeniach medycznych jest ich pozasądowy tryb postępowania, oderwany od ustalania winy. – *Czy można oczekiwać, żeby organ pozasądowy spełniał kryteria niezależnego sądu powszechnego?* – pytała sędzia. Argumentowała, że w sądzie zasiadają odpowiednio w tym celu wykształceni prawnicy, którzy mają gwarancję niezależności i niezależności, a stronom postępowania przysługuje prawo odwołania się do wyższej instancji. – *Komisja wojewódzka orzekająca o zdarzeniach medycznych na pewno nie jest sądem w rozumieniu konstytucji i w związku z tym nie może być oceniana jak sąd* – mówiła sędzia.

Sędziowie nie podzielili też stanowiska lekarzy, że orzeczenie komisji może naruszać ich dobre imię. Przypomnieli, że komisje mają prawo przesłuchiwać świadków, a przy wydawaniu orzeczenia posiłkują się również opiniami biegłych. – *Czy opinia jednego lekarza narusza dobre imię drugiego?* – pytał retorycznie podczas rozprawy jeden z sędziów.

Trybunał podkreślił, że komisja nie orzeka o winie. Natomiast jeśli pacjent nie jest usatysfakcjonowany jej orzeczeniem, ma prawo złożyć roszczenie do sądu powszechnego. W tym postępowaniu lekarze mają zagwarantowane wszelkie prawa.

## Bez udziału lekarza

TK odniósł się też do kwestii nierównego traktowania lekarzy, którzy nie mają zagwarantowanego prawa do udziału w postępowaniu przed komisją, i kierujących szpitalem oraz ubezpieczycieli, którzy to prawo mają.

Zdaniem TK zarzut nierównego traktowania nie jest słuszny. Jak tłumaczyła sędzia sprawozdawca, uzasadniając wyrok, lekarze nie są bowiem w tym postępowaniu stroną i – co ważniejsze – nie mają obowiązku zapłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia w razie stwierdzenia szkody. Sędziowie uzasadniali, że procedura postępowania przed komisją nie jest związana z ustaleniem ewentualnej winy lekarza. Podczas rozprawy radca prawny reprezentujący NRL, prof. Marek Chmaj, odpowiedział przecząco na pytanie TK, czy możliwe jest dochodzenie przez pracodawcę roszczenia regresowego w stosunku do lekarza w razie niekorzystnego dla szpitala wyniku postępowania przed komisją orzekającą.

Przy okazji tej rozprawy TK rozważał, czy Naczelna Rada Lekarska ma prawo występować ze skargą konstytucyjną w imieniu lekarzy w razie uznania naruszenia ich interesów. Odpowiedź na to pytanie była twierdząca. Według prof. Chmaja to pozytywny efekt tego orzeczenia. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest ostateczny. ■

**Justyna Wojteczek**



Fot. P. Hart-Dyke

## 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



## Jubileusz w Sierpcu

**7 lutego br. w odbyła się uroczystość obchodów 85-lecia sierpeckiego szpitala.**

Z okazji jubileuszu marszałek województwa mazowieckiego Adam Struzik wyróżnił szpital w Sierpcu Medalem Pamiątkowym „Pro Masovia” za wybitne zasługi i całokształt działalności na rzecz województwa mazowieckiego oraz wręczył dyplomy uznania za zasługi na rzecz ochrony zdrowia 29 pracownikom placówki. Szczególne podziękowania od Doroty Kowalkowskiej, dyrektora SPZZOZ, zostały przekazane na ręce dr. Stefana Kośmidra, wieloletniego dyrektora szpitala i ordynatora Oddziału Chirurgicznego. Podczas uroczystości liczni darczyńcy przekazali dyrektorowi SPZZOZ prezenty finansowe, z przeznaczeniem na wyposażenie Oddziału Pediatrycznego, a Renata Przybyłowska, dyrektor Ogniska Pracy Pozaszkolnej w Sierpcu, podarowała osiem obrazów przedstawiających krajobrazy powiatu sierpeckiego. Dyrektor placówki zaprezentowała i podsumowała projekt pt. „Rozwój e-usług medycznych oraz wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego w SPZZOZ w Sierpcu” oraz przedstawiła kolejny projekt pt. „Rozwój e-usług medycznych w SPZZOZ w Sierpcu”, na wykonanie którego uzyskano dotację z funduszy europejskich w ramach II etapu informatyzacji SPZZOZ w Sierpcu. **pk**

## Sukces mazowieckich ratowników

**28–31 stycznia br. w Szczyrku odbyły się IX Międzynarodowe Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym.**

Załoga Powiatowej Stacji Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego, w której składzie znaleźli się: Łukasz Wasik, Jakub Fąderski i Jakub Pawlak, zajęła 4. miejsce w klasyfikacji generalnej zawodów. W mistrzostwach wzięło udział 58 zespołów z całej Polski oraz m.in. z Litwy, Ukrainy, Turcji, Grecji i Estonii.

Rywalizowano w pięciu konkurencjach, które wymagały od zespołów ratownictwa medycznego nie tylko wiedzy medycznej, ale również umiejętności radzenia sobie ze stresem i presją czasu. **pk**

## Siedlecki szpital promuje zdrowie

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o. został przyjęty do Krajowej i Międzynarodowej Sieci Szpitali i Placówek Promujących Zdrowie HPH.**

Sieć Szpitali i Placówek Promujących Zdrowie powołała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona). Zadaniem szpitala

jest teraz rozpowszechnianie promocji zdrowia w środowisku szpitalnym oraz na obszarze objętym przez placówkę działaniem profilaktyczno-terapeutycznym. Szpitale członkowskie obligatoryjnie realizują standardy HPH. Siedlecka placówka ma teraz prawo do używania nazwy Szpitala Promującego Zdrowie w Krajowej i Międzynarodowej Sieci Szpitali i Placówek Promujących Zdrowie HPH oraz postępowania się logo sieci. Certyfikat członkowski został podpisany przez prof. Hanne Tonnesen, dyrektora WHO-CC, i jest ważny przez okres czterech lat (2013–2017). **pk**

## Ruszyła budowa Centrum Hydroterapii

**W lutym formalnie rozpoczęła się budowa Konstancińskiego Centrum Hydroterapii, które powstanie w Parku Zdrojowym. Budowa ma się zakończyć w 2015 r.**

W 2011 r. Ministerstwo Skarbu Państwa sprzedało konstancińskie uzdrowisko Uzdrowiskom Polskim Funduszowi Inwestycyjnemu Zamkniętemu Aktywów Niepublicznych, który został powołany przez Bank Polskiej Spółdzielczości SA oraz Nałęczowskie Towarzystwo Inwestycyjne SA. Umowa sprzedaży obowiązuje obecnego właściciela do realizacji nowych inwestycji na terenie uzdrowiska. Budowa Centrum Hydroterapii miała się rozpocząć wcześniej, ale uzdrowisko miało problemy z pozyskaniem finansowania. Całkowity koszt inwestycji szacowany jest na ponad 36 mln zł, z czego 8,8 mln zł ma przekazać UE.

Uzdrowisko Konstancin Zdrój podpisało już umowę z generalnym wykonawcą, którym została firma Warbud. Prace budowlane formalnie rozpoczęły się 10 lutego. **pk**

## Walka z bólem

**Koalicja na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” zebrała anonimowe opinie ludzi cierpiących z powodu bólów nowotworowych z Warszawy i Łodzi. Z ankiety wynika, że powtarzają się przypadki odmowy leczenia bólu ze strony lekarzy.**

Odmowa często jest uzasadniana stwierdzeniami: „Rak musi boleć”, „Trzeba nauczyć się z tym żyć”. Ale 3/4 respondentów stwierdza, że ich ból nie jest wystarczająco uśmierzany i ma to duży wpływ na życie zawodowe i prywatne. Pacjenci sądzą, że przyczyną niechęci do przepisywania leków przeciwbólowych – opioidów – są bariery administracyjne i światopoglądowe, m.in. obawa przed uzależnieniem chorych od narkotyków.

Tymczasem – jak mówi dr Jadwiga Pyszkowska, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej – refundacja analgetyków i ich dostępność jest pełna, a chorzy cierpią i narażeni są na działanie nieskutecznych leków, z obciążeniem przewodu pokarmowego, nerek czy wątroby. Stosowanie Zasad Drabiny Analgetycznej WHO jest obowiązkiem lekarzy wobec pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym w każdej sytuacji klinicznej i bez względu na rokowanie. Analgetyki opioidowe stosuje się ze wskazań natężenia bólu, a nie ze względu na rodzaj choroby i przyszłość pacjenta. **mkr**

# Szpital przy ul. Barskiej w Warszawie

– głos w dyskusji, ciąg dalszy

Nawiązanie do artykułu Justyny Wojteczek pt.: „W szpitalu przy ul. Barskiej likwidują oddziały. Czy ma to sens?”, „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls” nr 2, luty 2014

Tekst Justyny Wojteczek jest jednym z wielu opublikowanych ostatnio, które dotyczą poważnych trudności szpitala przy ul. Barskiej w Warszawie. Trudności te były łatwe do przewidzenia i narastały od wielu lat, a wynikają głównie z braku jakiegokolwiek próby restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych w Warszawie i dostosowania ich oferty do dynamicznie zmieniających się potrzeb ludności.

Przed 1999 r. Wojewódzki Szpital Schorzeń Narządu Ruchu przy ul. Barskiej był jedną z wielu placówek w stołecznym województwie warszawskim, dla których organem założycielskim był Wojewoda Warszawski. Od 1999 r., na skutek błędnego przyporządkowania szpitali do organów założycielskich (reformy premiera Buzka), został przypisany Samorządowi Wojewódzkiemu (decydowała nazwa „Wojewódzki”).

W latach 90. XX w. okrzepły szpitale wojewódzkie w województwach okalających Warszawę (płockim, radomskim, ciechanowskim, ostrołęckim i siedleckim) i w każdym z nich działał wojewódzki oddział chirurgii urazowej, co ograniczyło znacznie obszar działalności szpitala na Ochocie (praktycznie do tej warszawskiej dzielnicy).

Jednocześnie szpital przy Barskiej jest dosłownie otoczony dużymi kompleksami szpitalnymi (przy ulicach: Banacha, Lindleya, Wołoskiej). Trzy wymienione szpitale kliniczne świadczą na wysokim poziomie usługi opieki krótkoterminowej, z jednym wyjątkiem.

Otóż przy ul. Banacha nie ma oddziału (kliniki) chirurgii urazowej, co wpływa na znaczne ograniczenie możliwości tej placówki w zakresie udzielania kompleksowych świadczeń pacjentom z urazami wielonarządowymi. Zorganizowanie przy ul. Banacha filii Kliniki Ortopedycznej z Lindleya od dawna jest potrzebą chwili. Potrzebą niestety całkowicie lekceważoną przez dyrekcję szpitala, która w tym samym, lutym numerze „Pulsu” chwali się wieloma inicjatywami w zakresie modernizacji, jednak z pominięciem najważniejszego problemu – uruchomienia przynajmniej 35–40 łóżek o profilu chirurgii urazowej. W tej samej placówce Klinika Laryngologii ma 140 łóżek, co pozostawiam bez komentarza.

W Warszawie od lat występuje ogromny deficyt łóżek o charakterze długoterminowym, czyli oddziałów rehabilitacyjnych (narządu ruchu, rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej). Szpital przy Barskiej jest wymarzonym obiektem do stworzenia nowoczesnego zaplecza rehabilitacyjnego dla szpitali przy ul. Banacha i przy ul. Lindleya. Od zaraz może przejąć taką funkcję.

Do rozważenia pozostaje przekazanie przez Samorząd Wojewódzki szpitala przy Barskiej Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, za przykładem wielu podobnych rozwiązań w kraju (Bydgoszcz, Kraków itp.). W przypadku przyjęcia takiego rozwiązania potrzebny nadal Oddział Wewnętrzny szpitala przy ul. Barskiej może zostać przeprofilowany na Klinikę Geriatrii z dziennym oddziałem geriatrycznym, a pozostałe oddziały (chirurgii i ortopedii) na oddziały rehabilitacyjne stacjonarne i dzienne, z akcentem na rehabilitację neurologiczną (choroby naczyńiowe mózgu stanowią już drugą przyczynę zgonów, a niewielki oddział rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu Wolskim jest wykorzystany w 180 proc.!).

Podobne rozwiązanie powinno być od dawna zastosowane na Pradze Północ, gdzie sukcesywnie modernizowany Szpital Praski powinien pełnić funkcję placówki opieki krótkoterminowej, a sąsiedni szpital (dawny kolejowy) przy ul. Brzeskiej – funkcję placówki opieki długoterminowej (lustrzane odbicie propozycji dla szpitala przy Barskiej).

Problem jest stale ten sam: dwa organy założycielskie (w przypadku Pragi Północ – Urząd Miasta i Samorząd Województwa). Już na tych przykładach widać, jaką barierę w optymalizacji wykorzystania szpitali w Polsce stanowi nieszczęsny podział na tak wiele organów założycielskich.

Ale i w tej trudnej sytuacji istnieje możliwość działania. Możliwość tę posiada wojewoda mazowiecki, przy którym funkcjonuje Zespół Specjalistów Wojewódzkich. To do tych specjalistów należy dokonywanie oceny sytuacji i przedstawianie wojewodzie wniosków mających na celu m.in. racjonalne wykorzystanie zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Gdyby tego rodzaju działania były podejmowane wcześniej, można by uniknąć niepotrzebnego zadłużenia jednostki oraz nieuzasadnionego finansowania zaplecza zabiegowego i diagnostycznego szpitala przy ul. Barskiej. ■

Maciej Murkowski



Fot. P. Hart Dyke



# 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 zaksięgowania 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 zgłoszenia 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 przeka-  
zywać 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 za okres wnioskowany (zaśw. o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania 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 CIĄŻY 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

# Miliony na inwestycję w Pionkach



**To** miasto ludzi starszych i dlatego taka inwestycja jest tutaj niezwykle potrzebna – przekonuje Aleksander Gawlik, dyrektor szpitala w Pionkach, gdzie powstanie nowoczesny zakład opiekuńczo-leczniczy dla blisko 90 pacjentów.



Fot. R. Natorski

Niewielkie miasteczko położone w sercu Puszczy Kozienickiej, około 20 kilometrów od Radomia, bardzo kiepsko zniosło transformację ustrojową po 1989 r. i wprowadzenie gospodarki rynkowej. Duże bezrobocie, skutkujące odpływem młodych ludzi, spowodowało, że najliczniejszą grupę mieszkańców Pionek stanowią dziś osoby powyżej 70. roku życia.

To dlatego zakład opiekuńczo-leczniczy jest tak potrzebną inwestycją. – *Pionki są miastem ludzi starszych. Placówka będzie wyposażona w nowoczesny sprzęt, a pensjonariusze znajdują się pod opieką lekarzy fachowców* – wyjaśnia Aleksander Gawlik, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Starania o budowę ośrodka trwały ponad pięć lat. Sprawa nabrała przyspieszenia, gdy okazało się, że projekt może liczyć na wsparcie z funduszy unijnych. Pod koniec lutego 2014 r. dyrektor SPZZOZ podpisał długo oczekiwaną umowę z władzami województwa mazowieckiego w sprawie

dofinansowania inwestycji. Pionki otrzymają z Regionalnego Programu Operacyjnego 8,6 mln zł, czyli 77 proc. wartości projektu, oszacowanej na 11,3 mln zł. 2,2 mln zł dołoży powiat radomski, a 500 tys. zł wygospodarowały ze swojego budżetu władze Pionek.

– *Będzie to największa inwestycja w dotychczasowej historii powiatu radomskiego. Jesteśmy zapóźnieni we wszystkich dziedzinach i naszą intencją jest, żeby jak najwięcej złotych trafiło na ziemię radomską* – tłumaczy Leszek Ruszczyk, wicemarszałek województwa mazowieckiego.

Placówka ma być gotowa w maju 2015 r., już ogłoszono przetarg, który wyłoni wykonawcę prac. Zakład opiekuńczo-leczniczy powstanie w sąsiedztwie pionkowskiego szpitala, przy ul. 15 Stycznia. W nowoczesnej placówce o powierzchni ponad 2,4 tys. mkw. jednorazowo znajdzie pomoc 86 pensjonariuszy – osoby w podeszłym wieku wymagające opieki pielęgniarstwa, lekarskiej oraz wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności bytowych, a także pacjenci po przebytych chorobach, wskutek których wymagają całodobowej opieki.

Na pensjonariuszy będą czekać dobrze wyposażone pokoje 1- i 2-osobowe, a także świetnie przygotowany personel. Szacuje się, że zatrudnienie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym znajdzie 36 lekarzy, pielęgniarzek, opiekunek oraz rehabilitantów. Żywność mają zapewniać dwie niezależne firmy cateringowe, co zagwarantuje bezpieczeństwo dostaw.

Władze samorządowe zapewniają, że „*Inwestycja pozwoli na poszerzenie działalności szpitala, podniesie jakość wykonywanych badań, co przełoży się na wzrost konkurencyjności zakładu w stosunku do innych jednostek ochrony zdrowia w rejonie*”.

Budowa ZOL wpisuje się także w kompleksową modernizację pionkowskiego szpitala. Jest już gotowy projekt przebudowy placówki, teraz jej kierownictwo rozpoczyna starania o pozyskanie funduszy. ■

Rafał Natorski

## Poznaliśmy Lekarza Roku



Fot. archiwum

Chirurg i onkolog **Krzysztof Jakubowski** zdobył tytuł Lekarza Roku 2013 w regionie radomskim. Plebiscyt już po raz ósmy organizowała redakcja „Echa Dnia”.

W tegorocznym konkursie udało się pobić rekord liczby oddanych głosów – było ich blisko 29 tys. Laureatów plebiscytu poznaliśmy podczas uroczystości w radomskim Zespole Szkół Muzycznych.

Zwycięzcą konkursu okazał się Krzysztof Jakubowski, specjalista chirurg onkolog, od 1996 r. ordynator Oddziału Chirurgii w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach. Zajmuje się też medycyną estetyczną. Jak tłumaczy swoją popularność? – *Po prostu trzeba być człowiekiem* – mówi skromnie Krzysztof Jakubowski.

Wśród radomskich lekarzy w plebiscycie triumfował Sławomir Narożnik, ordynator Oddziału Wewnętrzny i Endokrynologiczno-Internistyczny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Podczas gali wręczono także zaszczytne odznaczenia. Medal *Laudabilis* otrzymała doktor Anna Korczyńska-Roguś, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Medale im. Doktora Jerzego Moskwy trafiły do zasłużonych lekarzy: Wiesława Drożdżikowskiego, Krystyny Gameckiej-Stanisławek, Lucjana Kupisa, Spirydiona Kutły oraz Jana Kwiatkowskiego. ■ **raf**



# Zlikwidują „Drewnicę”, bo chcą zaoszczędzić?

Radni Sejmiku Województwa Mazowieckiego podejmą w kwietniu br. decyzję o dalszym finansowaniu budowy nowego budynku, do którego ma się przenieść Mazowieckie Centrum Psychiatrii Drewnica Sp. z o.o. w Ząbkach. Jeśli budowa się nie rozpocznie, to w 2016 r. szpital przestanie istnieć.

Wszystko przez oszczędności, których część radnych Sejmiku Województwa Mazowieckiego upatruje w zaniechaniu budowy nowego budynku „Drewnicy” – napisano na portalu Rynekzdrowia.pl.

Ząbkowski szpital, jak podaje branżowy portal, mieści się w zabytkowych, ponad 100-letnich budynkach, które nie nadają się ani do remontu, ani do dalszego prowadzenia działalności leczniczej. Dlatego już kilka lat temu zapadła decyzja o budowie nowego obiektu. Ma być zlokalizowany na 12-hektarowej działce przyległej do szpitala. Koszt budowy wynosi około 177 mln zł.

Dr Anna Trochimowicz ze Stowarzyszenia „Nowa Drewnica”, które skupia głównie pracowników szpitala w Ząbkach, mówi portalowi, że budowa została rozpoczęta, prowadzi ją spółka powołana do budowy szpitala, która działa od 2009 r. Teraz sejmik powinien podjąć decyzję o kolejnej dotacji dla spółki.

Przedstawicielka stowarzyszenia dodaje, że Urząd Miasta Ząbki zatwierdził przeznaczenie na działalność leczniczą wszystkich działek związanych ze szpitalem. Jedna ma być sprzedana na pokrycie części kosztów budowy.

Radni Ząbek nie chcą zmienić przeznaczenia działek, dopóki nie ruszy budowa nowego obiektu szpitalnego. Boją się, że jeśli wcześniej zmienią przeznaczenie gruntów, to mazowiecki samorząd sprzeda je i nie wybuduje szpitala.

Jeśli nie będzie nowego budynku szpitala, to w 2016 r. „Drewnica” zostanie zlikwidowana. Wszelkie pozwolenia



Fot. archiwum szpitala

na użytkowanie budynków przez szpital (m.in. od sanepidu, straży pożarnej) są aktualne do 2016 r. W ciągu dwóch lat trzeba też dostosować go do wymogów Ministerstwa Zdrowia.

Rozmówczyni portalu podaje, że na inwestycję wydano już kilka milionów złotych z publicznych pieniędzy. O sprawie informowane było nawet Centralne Biuro Antykorupcyjne, bo zwolennicy budowy obawiali się, że coś niedobrego mogło się wydarzyć, ze względu na fakt, że szpitalne grunty mają dużą wartość.

Prezes „Drewnicy” Waldemar Giza uważa z kolei, że oszczędzanie na budowie tego szpitala to kolejny przejaw dyskryminacji osób chorych psychicznie.

Prof. Jacek Wciórka, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, mówi portalowi Rynekzdrowia.pl, że w Ząbkach powinien powstać nowoczesny ośrodek psychiatryczny zapewniający kompleksową opiekę pacjentom z okolicznych powiatów i prawobrzeżnej Warszawy. ■ **pk**



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*

**Przeznacz 1% podatku**

**KRS nr: 0000250527**

nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

**www.proseniore.pl**



Fot. egw

# Autorytet może być wartością

Tadeusz Tołłoczko

Niemal bezpośrednio po studiach pracowałem w jednym ze szpitali w charakterze wolontariusza. Ordynator oddziału, uznawany za lekarski autorytet, zorganizował ogólnokrajową konferencję na temat klinicznych aspektów nauki Pawłowa. Sala wykładowa była przepełniona. Wierzyłem w naukę, a także w każde słowo ludzi nauki. Skrupulatnie robiłem notatki. Podczas przerwy pielęgniarka poinformowała ordynatora, że operowana przez niego poprzedniego dnia chora (będąca żoną jakiegoś VIP-a) nagle zasłabła. Bardzo nerwowy przebieg miała dyskusja przy łóżku chorej. Jeden z doświadczonych lekarzy zwrócił ordynatorowi uwagę, że tok jego rozumowania wcale nie przebiega torami nauki Pawłowa. Zdenerwowany ordynator podniesionym głosem odpowiedział: – *W nosie mam pana i pańskiego Pawłowa*. W rzeczywistości bardziej dosadnie określił, w której części swego ciała chciał umieścić uczonego z jego nauką i asystentem. Wówczas dostałem intelektualnej i psychicznej zapaści.

Załamano się moja nieograniczona wiara w nieskazitelną naukę i naukowe autorytety, co mi zostało do dzisiaj, choć niegdyś ich stwierdzenia uznawałem za „prawdę objawioną”. Dziś opisane wydarzenie uważam za przestępstwo, zwłaszcza wobec wchodzącej w świat nauki i medycyny młodzieży.

Przed laty, jako docent, wielokrotnie proszony byłem przez kolegów chirurgów o podjęcie się funkcji obrońcy w uczelnianej komisji dyscyplinarnej lub odpowiedzialności zawodowej. Na uczelni przewodniczącym takiej komisji był znany wówczas profesor, powszechnie (i przeze mnie również) uważany za autorytet w zakresie swojej dyscypliny klinicznej. Z natury rzeczy nie znał odmiennych niż w czasach jego młodości warunków pracy w izbie przyjęć. Mimo to jego niesłuszne opinie, choć wydawane w dobrej wierze, o problemach tam zaistniałych, uznawane były za właściwe i ostateczne. Tak więc ja, młody docent, czasami przegrywałem z nim w różnych sprawach nie tyle merytorycznie, ile ze względu na magię autorytetu. Zrozumiałem wówczas, że są osoby, które (cytuję za Leonem Kołakowskim) „zawsze mają słuszne poglądy na wszystko” oraz, że mieć rację w odniesieniu do twierdzeń autorytetu, jest co najmniej potencjalnie niebezpieczne.

Te zdarzenia i wiele, wiele innych, których byłem świadkiem, sprawiły, że stale dręczył mnie problem istoty, zna-

czenia i wartości autorytetu w życiu osobistym i zawodowym każdego człowieka, a w nauce i medycynie w szczególności.

Autorytet osoby lub instytucji jest wyrazem prestiżu i uznania ich pozytywnego społecznego znaczenia w oparciu o cenione w danej wspólnotce wartości. Stałymi kryteriami oceny są: wiedza, profesjonalizm, moralność, prawdomówność, bezstronność, będące wyrazem mądrości. Autorytet (od łac. *auctor*) to ten, kto powiększa dobro własnym wysiłkiem twórczym. Kto nie pomnaża dobra, nie może być uznany za autorytet (*augere* – powiększać). Mnożenie dobra jest kryterium bezwzględny. Jednakże autorytet, a nawet czysty profesjonalizm, nie mogą być nigdy odzwierciedlone od prawdy i dobra, a więc również od sumienia i moralności.

Osoba uznana za autorytet (łac. *auctoritas* – powaga, znaczenie) obdarzana jest szacunkiem, respektem, zaufaniem, posłuchem i wywiera intelektualny wpływ na bieżące problemy życiowe lub naukowe, będąc pozytywnym wzorcem uczciwego sposobu bycia i życia. Szacunek dla autorytetu jest w głównej mierze wynikiem głoszonej przez niego prawdy, sprzeciwu wobec kłamstwa i koniunkturalizmu, zgodności postępowania z głoszonymi zasadami oraz głębokiej wiedzy naukowej i życiowej mądrości. Kłamstwo i jego tolerowanie wykluczają pojęcie autorytetu.

Mądrość prawdziwego autorytetu polega na całkowitym wyzbyciu się tendencji do zajmowania pozycji autorytarnej, żądającej, czy nawet tylko oczekującej, poddaństwa, dyspozycyjności lub uwielbienia, zwłaszcza ze strony uczniów. Autorytet jest zawsze świadom swojej godności i wartości. Moi bezpośredni nauczyciele chirurgii i życia: prof. Jan Nielubowicz oraz oxfordczycy Max Sanderson i Miles Hardie, byli dla mnie niewątpliwymi autorytetami, ale żaden z nich nie żądał akceptacji jego twierdzeń, wręcz zmuszali mnie do ich przemyślenia i krytycznej oceny. Ich zaufanie zyskiwałem nie przez potakiwanie i wychwalanie ich myśli, działań i decyzji, ale przez analityczną refleksyjność.

Współcześnie, z powodu wysokiej specjalizacji, pojęcie autorytetu, z jego wszechstronnymi umiejętnościami, stopniowo zatracza sens i znaczenie. Niektórzy superspecjaliści z bardzo wąskich dziedzin nauki czują się także superspecjalistami w zakresie etyki. Współcześnie nie ma jednak autorytetu „od wszystkiego”. Dawny autorytet ojca w rodzinie, jako źródła wiedzy, został skutecznie zniwelowany przez

” Załamano się moja nieograniczona wiara w nieskazitelną naukę i naukowe autorytety, co mi zostało do dzisiaj...”

” Znaczenie wypowiedzi autorytetu jest ważne nie ze względu na osobę mówiącego, lecz ze względu na wartość i zgodność z prawdą wypowiedzianej myśli.”



komputer, radio i telewizję. Jednak zdaniem prof. Kołakowskiego wychowanie całkowicie pozbawione autorytetu, tradycji i dogmatu kończy się nihilizmem.

Autorytet pracownika naukowego oceniany jest w dwóch aspektach: poznawczym i etycznym. Nie wynika ani z posiadania formalnych tytułów, ani z zajmowania wysokich stanowisk. Nie można go zadekretować ani wymusić. Trzeba nań swymi myślami i czynami zapracować.

Autorytety, nawet te najprawdziwsze, zawsze jednak w różnym stopniu uzurpowały i przyznawały sobie prawo i prerogatywy w głoszeniu prawdy. A przecież w twierdzeniach autorytetów wyraża się tylko większe prawdopodobieństwo prawdy. Przyczynia się do tego potęga ich zawodowej wiedzy. Dlatego znaczenie wypowiedzi autorytetu jest ważne nie ze względu na osobę mówiącego, lecz ze względu na wartość i zgodność z prawdą wypowiedzianej myśli. Jednakże bywa i tak, że myśl wypowiedziana przez przeciętnego rozmówcę, mimo że wartościowa, jest niedoceniana lub wręcz ignorowana.

Niewątpliwie w wielu sytuacjach samodzielność myślenia wymaga nie tylko odwagi, ale i wsparcia. To rozum, a nie gazetowa reklama jakiejś osoby, powinien wskazać wybór autorytetu, który pomoże znaleźć, oparte na prawdzie i moralności, rozwiązanie ujawniających się problemów. Zadaniem gazety jest przekazywanie informacji, a nie inspirowanie wyboru autorytetu. Należy zdawać też sobie sprawę, że w odniesieniu do opinii jednego autorytetu można bardzo często znaleźć całkiem odmienne twierdzenie innego, równie szlachetnego umysłu.

## Zasadnicze cechy i zadania autorytetu

Prawdziwy autorytet usiłuje doszukać się sensu i prawdy również w nieudolnie sformułowanej myśli. Nawet wypowiedziana przez adwersaży w dyskusji fałszywa teza nie dyskredytuje go w oczach prawdziwego autorytetu. Odwrotnie, autorytet pomaga dyskutantowi precyzyjniej zdefiniować myśl, aby lepiej wyrażała istotę sprawy i była łatwiej zrozumiana. Wynika to z faktu, że prawdziwy autorytet pragnie dotrzeć do prawdy, a nie odnieść tylko polemiczne zwycięstwo. Autorytet dyskredytujący oponenta jest z założenia autorytetem fałszywym.

To do autorytetów odnieść można powiedzenie starożytnych Rzymian: „*Sapientia vanitatem exiit mentibus*” („*Mądrość potrafi wyzwolić myśl z marności*”). Prawdziwa mądrość potrafi również w mowie prostych, a nawet myślowo błędzących ludzi odkryć myśl i sens, a takiej możliwości pseudoautorytety nawet nie dostrzegają. U nas znane jest stwierdzenie, że nie ma tak przeciętnego człowieka, od którego największy mędrzec nie mógłby się jeszcze czegoś nauczyć. Rola rzeczywistego autorytetu polega również na przymuszaniu do samodzielnego myślenia i nauczaniu, jak, a nie co, mamy myśleć.

Dodatkową cechą autorytetu musi być odwaga, świadome podejmowanie ryzyka mówienia prawdy, choć to bywa zwykle niebezpieczne. Jakże często, mimo oczywistego przekraczania zasad moralnych w życiu publicznym czy naukowym, nawet najwyższe autorytety milkną. „*Qui tacet videtur ubi loqui potuit ac debuit*” („*Ten kto milczy, wydaje się zgadzać tam, gdzie mógł i powinien był mówić*”).

Czy można być autorytetem, zwłaszcza „autorytetem moralnym”, jeśli się toleruje łamanie praw moralnych, obyczajowych czy zwykłej przyzwoitości i nie reaguje na społeczną krzywdę i zło? ■

## Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej ad vocem

**D**oktor Tadeusz Maria Zielonka w marcowym numerze „Pulsu” zaprezentował druzgocącą krytykę art. 51G Kodeksu Etyki Lekarskiej, a właściwie ocenił negatywnie cały kodeks. Musiałem na taki artykuł zareagować. Zajmuję się od wielu lat problematyką odpowiedzialności zawodowej i wiem, jak w praktyce wygląda egzekwowanie kodeksu.

Odnosnie do komentarza do art. 51G należy stwierdzić, że kolega Tadeusz Zielonka postrzega firmy farmaceutyczne z perspektywy XIX-wiecznego dzikiego kapitalizmu. Według niego dla firm liczy się tylko zysk, nieważne, za jaką cenę i bez względu na zagrożenia dla pacjentów i dla firmy. Autor artykułu pomija takie istotne dla firm czynniki, jak dążenie do wiarygodności, budowanie wizerunku (PR), a wreszcie koszty prawne i finansowe ewentualnych działań pozaprawnych. Tadeusz Zielonka nie wspomina o regulacjach opracowanych przez firmy farmaceutyczne, o charakterze zbliżonym do zapisów KEL. Polecam zapoznanie się z opracowanym przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Kodeksem Dobrych Praktyk Marketingowych Przemysłu Farmaceutycznego.

Jeśli chodzi o rolę państwa w kontroli nad dopuszczaniem niewłaściwych środków leczniczych, zapewniamy, że niezrzetelność badań leków, prowadząca do zagrożenia dla pacjentów, podlega oczywiście karze zgodnie z przepisami kodeksu karnego. Tak więc lekarz, który swym działaniem doprowadzi do uszczerbku zdrowia pacjenta, poniesie odpowiedzialność karną.

W dalszej części artykułu Tadeusz Zielonka poszukuje ukrytych spisków i zagrożeń ze strony prawników firm. Takie sformułowania sugerują własne (tzn. autora tekstu) przykre doświadczenia. Warto byłoby je przedstawić, gdyż przykłady historii zza oceanu są ciekawe, ale niewystarczające. Odnosnie do stwierdzenia kolegi o braku pomocy ze strony Izby lekarzom realizującym zalecenia KEL, przydałoby się przedstawienie przykładów, a nie jedynie domniemań.

Najbardziej zasmuciły i zbulwersowały mnie przekonania Tadeusza Zielonki o okropnej sytuacji panującej wśród naukowców, ogarniętych „niegodziwością” i prezentujących „postawy nieetyczne”. Są to przykre i niedopuszczalne insynuacje i pomówienia. Żadne z opublikowanych stwierdzeń nie może być oparte na sugestjach i przypuszczeniach. Proszę podać dowody i przekazać do OROZ.

Podsumowując, tekst przedstawia naukowców uniwersyteckich jako „pazerne doktory”, a Kodeks Etyki Lekarskiej – jako „kartki papieru”, w domyśle: bez wartości. Dr Tadeusz M. Zielonka dotacza do niedawno wypowiadających się dr. G.L. i etyka filozofa, polityka Jana Hartmana. Mam na myśli wywiad w „Newsweeku” pt. „Pazerne doktory” i wypowiedzi medialne prof. Hartmana. Zachęcam dr. Zielonkę do korzystania z procedur obowiązujących w systemie odpowiedzialności zawodowej. Najsukuteczniejszą metodą zwalczania nieprawidłowości jest nie narzekanie, lecz zgłaszanie znanych i konkretnych przykładów do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. ■

**Zbigniew Czernicki**  
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej





# Nie chciałam o Ukrainie, ale nie mogę inaczej

Janina Jankowska

**K**iedy piszę te słowa, Rosja i Zachód decydują w zacisznych gabinetach o nowym podziale wpływów w naszej części świata. Ukraina jest miejscem, na którym dokona się rekonstrukcja. A to znaczy, że w praktyce runęła stabilność Europy, którą cieszyliśmy się po rozpadzie Związku Radzieckiego.

Jest jeden pozytyw tej sytuacji. Wreszcie możemy pisać o Rosji wprost, bez dawnego mrugania okiem lub obawy, że zostanie się zaliczonym do „ludu smoleńskiego”. To zawdzięczamy Majdanowi.

Wydarzenia ostatnich miesięcy biegną błyskawicznie. Rosja faktami dokonany naruszyła integralność państwa ukraińskiego. Spowodował to jeden człowiek, Władimir Władimirowicz Putin, który pokerowo złamał podstawowe normy prawa międzynarodowego. Parlament jednego państwa przegłosował prawo do przekroczenia granic innego państwa. Zachód ostupiał. Krym w praktyce przejęły wojska rosyjskie. – *Jakie wojska? Dziś mundury można kupić w każdym sklepie z militariami* – cynicznie kpił Putin na konferencji prasowej. – *Ot, mieszkańcy Krymu bronią się przed banderowcami*. Dalszy ciąg znamy. Referendum, euforia krymskiej ludności rosyjskiej i prośba o włączenie do Federacji Rosyjskiej. Zachód papierowo grozi przyszłymi sankcjami, bo wiadomo, że interesy z Rosją są dla głównych graczy UE ważniejsze.

A w Rosji? Tam wyrwanie Ukrainie Krymu integruje naród, przynajmniej większość. Budzi się duma mieszkańca wielkiego i silnego państwa, którego upokorzył rozpad ZSRR. My sobie kpimy w sieci i na Facebooku z marszu ludzików w czerwonych kurteczkach, trzymających czerwone sztandary z sierpem i młotem. Prowadzi ich niejaki Kurginin, były KGB-owiec, dziś trochę intelektualista, politolog i putinowski dziennikarz. A na czele marszu „służbowi” wyszkolonym krokiem, ale dalej zwyczajni obywatele, gospodynie domowe i emeryci. Poczuli się dowartościowani. Uczestniczą w misji odrodzenia Wielkiej Rosji. W państwowym kanale TV *Rassija* szaleje propaganda. Słuchamy, oglądamy i oczom nie wierzymy. Ukraina w chaosie, nacjonaliści u władzy, na ulicach napady, kradzieże i mordy na niewinnych Rosjanach. Nacjonaliści, faszyci, szkoleni w Polsce i na Litwie, opanowali Majdan, dokonali przewrotu w Kijowie, teraz sięją zamęt. Kierują wszystkim spece z USA. Ale nie kpimy, to jest rosyjska świadomość, Putin rozpałił w rodakach nadzieję, poczucie godności i dumy narodu wielkiego, imperialnego, który zawsze bohatercko przeciwstawia się zgniliźnie Zachodu. Zajrzyjmy do historii.

Zaczyna się w XV w., od oddzielenia Cerkwi moskiewskiej od Konstantynopola w momencie, gdy istniała szansa na unię chrześcijaństwa, tj. połączenie Kościołów wschodniego i rzymskiego (unia florencka). To pierwsze odrzucenie przez Moskwę unii z Zachodem, także pierwszy przypadek, gdy Moskwa wpływa na historię Europy. Stąd bierze się psychologia moskiewskiego, a później rosyjskiego prawosławia. Są inni, lepsi. Mają poczucie budowania prawdziwego imperium chrześcijańskiego. Cerkiew moskiewska szła własną drogą, coraz bardziej uzależnioną od autokratycznej władzy świeckiej – cara. Inna mentalność, pasywnizm, podporządkowanie władzy świeckiej, zgoda na rolę raba, wzmacniana ascezą i nakłanianiem do wyrzeczeń. Łatwo też przyjęła reformy Piotra I, który patriarchat Cerkwi zastąpił „Świątobliwym Synodem Rządzącym” powoływanym i w praktyce kierowanym przez cara. Dał też Cerkwi liczne przywileje. Dlatego prawosławie rosyjskie wychowywało do pokory wobec władzy, uczyło czcić cara, przestrzegało przed wszelkim buntem. Misja rosyjskiego prawosławia złała się z państwem, które swoje poczucie siły i suwerenności czerpało z charakteru imperialnego. Ten kraj zawsze będzie dążył do uzależniania od siebie innych. Tu tkwi odpowiedź na często dziś zadawane pytanie: dlaczego Putin wkroczył na Krym? Rosja nosi w sobie potrzebę poszerzania swoich wpływów, inaczej ma poczucie, że traci suwerenność. Demokracje zachodnie powinny zrozumieć te historyczne uwarunkowania i znaleźć na nie odpowiedź.

Prawosławie ukraińskie przeszło inną drogę. Dla uzasadnienia prawa odrębności Ukrainy od Rosji musimy cofnąć się do czasu rozkwitu Akademii Mohylańskiej w Kijowie (1635 r.), nurtu chrześcijaństwa uformowanego w odmiennej, zachodniej atmosferze, czerpiącego z rzymsko-wiedeńsko-krakowskiej Europy. Długo bym o tym mogła pisać. Zachęcam do lektury, z której czerpię tę wiedzę. *Szańce kultur* Bohdana Cywińskiego, analiza dziejów 12 narodów imperium carskiego do 1917 r., które walczyły o zachowanie swojej tożsamości. Dziś wiele z nich ma już swoją państwowość. Jednak Rosja nigdy nie daje za wygraną. Zawsze toczy grę o wpływy. Genialną dyplomacją, świetnie zorganizowanymi służbami i prostym zabiegiem: słowa oddziela od czynów. Ma potrzebę kontrolowania strefy historycznych wpływów.

Radziłabym wszystkim politykom, naszym i zachodnim, aby zapoznali się z tą lekturą. ■



## Podziękowanie

Panu Doktorowi **Wojciechowi Molendzie** ze Szpitala Praskiego serdeczne podziękowanie za leczenie syna składa matka – lekarz dentysta Halina Kreft.



# Pacjent jak zepsuty samochód?

**Niewdzięczny temat. W czasie wyraźnego, chyba nieprzypadkowego, wysypu wiadomości o zgonach dzieci, kobiet i osób starszych, którym medycy nie potrafili (a nuż „nie chcieli”?) zapobiec, stan lekarski powinien zewrzeć szeregi i nie tylko wskazywać znane mu niedomogi organizacji i finansowania służby zdrowia, ale także podkreślać poświęcenie i fachowość lekarzy.**

Pisanie o tym, co szwankuje, kiedy pełen niepokoju pacjent oddaje się w ręce wybawiciela (a nuż oprawcy?) w białym kitlu, wydaje się w tej sytuacji działaniem bardzo nie na czasie. Jednak temat ten nurtuje mnie od lat, a problem wydaje się raczej narastać niż zanikać. Z pewnością nie ujmują go statystyki, bo jak go w nich ująć? Zadowolenie lub niezadowolenie z wizyty u lekarza może dałoby się uwzględnić w ankietach, ale określenia te są z różnych powodów bardzo ogólne i bardzo mylące. Tak się jednak stało, że zły los wkręcił wielu moich znajomych i członków rodziny w tryby maszyny służby zdrowia, umożliwiając mi spojrzenie od strony pacjenta. Nie sądzę, żeby te doświadczenia, zbyt często przykre, były wynikiem statystycznej anomalii. Wyczulony na sprawę, zacząłem wypytywać znajomych. Ich wrażenia okazały się podobne.

Aby uniknąć nieporozumień, muszę wyjaśnić, że nie myślę tu jedynie o fachowości, o trafności zapisanego leku czy efekcie zabiegu. Coraz częściej używamy terminu „umiejętności miękkie” i właśnie o nie mi chodzi.

Dla niektórych z nas, lekarzy, jest to zawracanie głowy. Inni uznają, że owe umiejętności są może i ważne, ale w warunkach pośpiechu i zmęczenia nie ma na ich wykorzystanie czasu. Są jednak i tacy, którzy opanowali je świetnie i cieszą się powodzeniem u pacjentów, nawet jeśli w oczach kolegów nie błyszczą wybitną fachową wiedzą. To może dowodzić, że odpowiedni stosunek do pacjenta jest ważnym elementem wykształcenia zawodowego, a nie wymysłem przeczulonych humanistów.

Mam nikłą nadzieję, że to, o czym piszę, dotrze do części lekarzy w tym zakresie niewykształconych (może niektórzy jednak czytają „Puls”), ale nie mam raczej nadziei, że zmienię ich postępowanie, bo „czym skorupka za młodu nasiąknie...”. Wiem oczywiście, że wielu moim kolegom sprawa ta leży na sercu. Wiem, że wielu młodych lekarzy oczekuje wskazówek, a starszym jakoś nie udaje się podejść do zagadnienia systemowo, bo obowiązkowych szkoleń dla lekarzy stażystów w dziedzinie umiejętności miękkich nie wprowadzono w życie. Szkolenia też nie są rozwiązaniem idealnym, ale, jako powszechne, gwarantowałyby pewien postęp, bo ileż zła bierze się ze zwykłej niewiedzy. Rzecz jasna w tej dziedzinie przykład przełożonych, których chciałoby się nazywać mistrzami, ma największe znaczenie, ale znaleźć ich coraz trudniej. No cóż, na obyczaje narzekano zawsze, teraz, w czasie szybkich przemian, też chce się wołać: „o tempora! o mores!”.

Zbyt często zetknięcie z placówką medyczną nie uspokaja chorego, co byłoby stanem pożądanym, a nawet idealnym, lecz powoduje dodatkowe napięcia, które pacjent na ogół musi tłumić w sobie, aby się nie narazić. Ci, co emocji nie tłumią, są nieznośnym utrapieniem personelu, czasem, choć nie zawsze, bezradnego w obiektywnie trudnych warunkach. Jednak nie o błędach systemowych chciałem pisać, lecz o chwili, kiedy pacjent wreszcie styka się z lekarzem.

Kojąca dłoń lekarza, kojąca słowo... Czy to jeszcze istnieje? A może jest niepotrzebne, jeśli wymagający „klient” myśli o sobie jak o zepsutym samochodzie lub komputerze, a o lekarzu – jak o sprawnym mechaniku (informatyku)? Mam wrażenie, że nawet wśród „zimnych” intelektualistów taka postawa jest rzadka.

Niestety, zdarza się ona u wysokiej klasy medycznych specjalistów.

Znany ośrodek, lista wywoływanych kolejno pacjentów.

– Siąść. Proszę patrzeć w okular.

Badanie trwa chwilę.

– Pani doktor, a co to za badanie?... – wyjawia swe niepokoję starsza pani.

– Proszę nie mówić.

Po chwili:

– Tu są recepty, następna wizyta w dniu...

– Proszę następną osobę – otwiera drzwi na korytarz pielęgniarka.

Niemożliwe, zmyślane? Zapewniam, że nie, i że jest to raczej norma.

Młody lekarz powiedział mi kiedyś, że na przykład w izbie przyjęć nie ma czasu, aby porozmawiać z pacjentem. Nieprawda, nadal dyżuruję i wiem, czy rzeczywiście nie ma czasu na uśmiech, na drobny gest zainteresowania, na kilka słów rzeczowego wyjaśnienia, jeśli potrzebne, albo po prostu zapewnienia, że się staramy, o ile nie jesteśmy pewni, że „będzie dobrze”. To samo w poradni specjalistycznej, gdzie zawsze znajdzie się czas na kilka niezmiernie dla pacjenta ważnych słów pouczeń, pochwały, otuchy, słów przez niektórych jakby zupełnie zapomnianych. To nie jest czułośćkowość, tylko jedna z ważnych umiejętności lekarza. Jesteśmy zmęczeni, niedospani, robimy swoją robotę często w napięciu, często z wątpliwościami, więc trudno wymagać odczuwania pozytywnych emocji. Ale wtedy powinny zadziałać właściwe odruchy, które, jak wspomniałem, powinny wynikać z naszych lekarskich umiejętności. Umiejętność postępowania nie z zepsutym urządzeniem, lecz z człowiekiem, nie jest prosta. Oczywiście duże znaczenie ma psychologiczne wyczucie, często idące w parze z doświadczeniem, ale też z minimum wiedzy. Dlatego warto tego uczyć, przede wszystkim studentów i młodych lekarzy. ■



Krzysztof Schreyer



## Śladami Justyny, Kamila i Zbigniewa

Podnieceni sukcesami naszych złotych olimpijczyków z Soczi lekarze z całego kraju licznie stanęli na starcie VIII Zimowych Igrzysk Lekarskich na niełatwych stokach Kotelnicy i Czarnej Góry, nieopodal Zakopanego. Nielicznej ekipie ze stolicy i Mazowsza przewodziły multimedalistki Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk i Małgorzata Salamonowicz. Jeszcze raz lekarze dowiedli, że potrafią być prawdziwymi ambasadorami zdrowego stylu życia. ■ *ms*



VIII Zimowe Igrzyska Lekarskie w Zakopanem  
Fotoreportaż Marka Stankiewicza





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

# Dedykacje **cz. 2**

**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. W poprzednim numerze „Pulsu” przytoczyłem dedykacje od lekarzy, teraz zacytuję te, które napisali artyści, pisarze i dziennikarze.

**Krzysztof Teodor Toeplitz.** Moje skromne pióro nie jest w stanie spisać wszystkich dokonań Krzysztofa na niwie kultury i sztuki. Czuję się po prostu za mały. Krzysztof – erudyta i chodząca encyklopedia, posługiwał się czystą i piękną polszczyzną. Zналиśmy się praktycznie od urodzenia. Okupacyjny Żoliborz, Siostry Zmartwychwstanki (okupacyjna szkoła), później gimnazjum Batorego. W jednej z ostatnich swoich książek, pt. „Najkrótsze stulecie”, napisał mi Krzysio następującą dedykację:

*„Czy wiesz Jurku Borowiczu kochany, że ze wszystkich ludzi, których znam, Ciebie znam najdłużej? że razem przeżyliśmy 2/3 tego najkrótszego stulecia? Ogromnie serdecznie. Krzysztof T.T. 16.12.2000”.*

Krzysztof zmarł kilka lat temu po dramatycznej walce z nowotworem.

**Stanisław Podemski** – znakomity znawca prawa, dziennikarz „Polityki” i komentator telewizyjny, nieporównany gawędziarz. Przyjaciół domu. Mieszkaliśmy po sąsiedzku na Saskiej Kępie. Staś przychodził do mnie na serial o bohaterze ZSRR Szyrlicu i dawał od razu świetne komentarze. Oczywiście przynosił zawsze buteleczkę, aby lepiej zrozumieć tego bohatera. Przyjaźniliśmy się do Jego ostatnich dni. Nieubłagana choroba Parkinsona zakończyła Jego życie kilka lat temu. Zdążył dać mi swoją książkę, „Pitawał PRL-u”, z dedykacją:

*„Zaglądaj do tej książki i wspominaj wówczas swojego przyjaciela. Staszek, 7.10.2009, Warszawa”.*

**Krystyna Gucewicz** – dziennikarka, krytyk sztuki, satyryk, niepokojny duch. Poetka kochająca życie z wzajemnością. Kryśka nigdy nie zapomina zapraszać nas na swoje wieczory autorskie. Mam od niej zbiór wierszy, pt. „Z miłości”, z dedykacją:

*„Iwonie i Jerzykowi, żeby zawsze kochali bardziej, a nie mniej. 2003. Kryśka”.*

**Ryszard Marek Groński** – satyryk, dramaturg, felietonista tygodnika „Polityka”, encyklopedia polskiego kabaretu. Za przyjaźniony z nami od lat kilkudziesięciu. Dostałem od niego jedną z ostatnich książek, pt. „Proca Dawida – kabaret w przedśionku piekiel”, z dedykacją:

*„Iwonie i Jurkowi z przyjaźnią przez lata. Najszczerzej R. Marek Groński. Warszawa 26 V 2007”.*

**Antoni Marianowicz** – chodząca encyklopedia i inteligencja. Miał ogromne poczucie humoru. Pisarz, poeta, satyryk, dziennikarz. Życzliwy recenzent niektórych moich publikacji. Znany tłumacz amerykańskich wodewili. Lubił śmiać się z siebie. Jego odejście to niepowetowana strata dla polskiej kultury. Spowinowacony z Antonim Słonimskim, o którym poniżej. Przebywanie w Jego towarzystwie zawsze nobilitowało. Ofiarował mi swoją ostatnią książkę, pt. „Wyciąg na szklaną górę”, z dowcipną dedykacją:

*„Drogi Jurku, choćbyś mnie przeświecił od stóp do głów, nie znajdziesz niczego prócz przyjaźni. Najserdeczniej Kazimierz (często używał drugiego imienia), 12 XI 02”.*

**Antoni Słonimski.** Pisać cokolwiek o Antonim Słonimskim to duże ryzyko. Dlatego nie piszę. Jest to postać pomnikowa i mój prywatny Nobel dla polskiej kultury i patriotyzmu. Miałem zaszczyt siedzieć koło Niego i udzielać mu porady lekarskiej. W nagrodę dostałem książkę, pt. „Wieża Babel”, z następującą dedykacją:

*„Panu doktorowi Jerzemu Borowiczowi tę staroświecką budowę przekazuję do dalszego dźwigania wzwyż. Naiwny autor A. Słonimski, kwiecień 1972”.* Książkę tę przechowuję jak relikwię. ■

## XI Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie w klasie Omega

**Morzyczyn, jezioro Miedwie 6–8.06.2014 r.**

Zgłoszenie z potwierdzeniem wpłaty wpisowego należy przesłać pocztą, faksem lub e-mailem do **9 maja 2014 r.**

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie,  
71-332 Szczecin, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11,  
tel./faks: 91-487-75-61

**Kontakt:** Halina Teodorczyk, tel. 604-416-864,  
e-mail: halte@wp.pl

Halina Ey-Chmielewska, tel. 601-576-160,  
e-mail: eychmielewska@wp.pl

Kamila Sidor, tel./faks 91-48-77-561, 784-02-99-24,  
e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl



Fot. K. Stankiewicz

## Sukcesy więcej niż sportowe

Na Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem w 2013 r. **Krzysztof Schreyer** zdobył w swojej kategorii wiekowej srebrny medal w biegu na 5 tys. m, złote w pływaniu na 50 i 100 m stylem klasycznym oraz brązowy w badmintonie. W Biegu Niepodległości na 10 km zajął drugie miejsce. Kondycji, a zwłaszcza zapału w propagowaniu zdrowego stylu życia, można mu pozazdrościć. **kb**



## Totum pro parte

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Gdyby Wojciech Oczko (1537–1599) napisał dzieło o kile pt. „Przymiot” (Kraków, 1581) po łacinie, to jest w języku obowiązującym w całym XVI-wiecznym świecie, prawdopodobnie zostałby nazwany największym syfilidologiem w historii. Być może świat nie musiałby czekać dwustu lat na prace szkockiego lekarza Beniamina Bella (1749–1806), który wysunął tezę, że kiła (choroba francuska, franca, przymiot) i rzeżączka (wiewiór) to dwie różne choroby. Inny Szkot, John Hunter (1728–1793), nie wykonałby ryzykownego doświadczenia (1786), polegającego na podaniu sobie ropy pobranej z cewki moczowej chorego, który miał objawy klasycznej (w dzisiejszym rozumieniu) rzeżączki.

Hunter zachorował na obie choroby jednocześnie i nabrał przekonania, że jest to ostateczny argument za prawdziwością wielowiekowego sądu, iż kiła i rzeżączka są wywoływane przez ten sam patogen. Opisał chorobę jako zespół o bardzo bujnej symptomatologii i niezwykle zróżnicowanym przebiegu. Choroby weneryczne potraktował scalająco, popełniając błąd logiczny *totum pro parte* (całe zamiast części), tą samą charakterystyką ogólną obdarzył każdą z osobna.

Oczko jednak opisał kiłę w taki sposób, że inteligentny czytelnik z powodzeniem mógłby odróżnić francę, wiewiór i wrzód miękki, ale ta wiadomość do Szkocji nie dotarła. Sebastian Patrycy z Pilzna (1554–1626) kilkanaście lat po Oczce napisał wprawdzie już po łacinie dzieło o kile „De natura, causis, symptomatis morbi gallici eiusque curatione quaestio” (Kraków, 1591), podsumowujące ówczesną wiedzę, ale zagubił szczegóły diagnostyczne starszego kolegi. Zapewne niedokładnie czytając, uznał je za mało ważne, a od siebie nie dodał niczego istotnego. Trzeba było dopiero XIX-wiecznej bakteriologii, żeby nozologia tych jednostek chorobowych została ustalona ostatecznie.

Uderzający jest błąd Huntera. Zastosował rozumowanie, które często postrzegamy w języku ludzi kierujących się przesłankami naiwnymi. W jednej z dzisiejszych gazet czytamy: „Pałac b. prezydenta Janukowycza kosztował niewątpliwie miliony, wszystko w tym domostwie ocieka złotem i ma dużą wartość materialną”. Tymczasem to niepełnie prawda. Znalaziono tam mnóstwo tandety, taniocy, bez gustu gromadzonej i zestawianej w żaloszne konfiguracje. Dla (jak się okazało chwilowego) właściciela nie cena miała znaczenie – miał je wygląd przedmiotów. Bogacz nie liczy każdego grosza, a władca zapomina, na czym polega zwyczajność. Dziennikarz rozumował metodą *totum pro parte*: „Jeśli obiekt jest znacząco droższy niż inne obiekty danej kategorii, to i jego części muszą być odpowiednio kosztowniejsze”. Jak to, każdy gwóźdź wbiły w ścianę?

Można rozumować i odwrotnie, *pars pro toto* (część zamiast całości): „Jeśli jestem młody, to i moja rodzina jest młoda”. „U zdrowego pacjenta nie da się stwierdzić żadnej patologii”. Czasem mogą to być zdania zachęcające, ale niekoniecznie mądre. ■

http://www.lpj.pl



## Pamięć historyczna

PKP nie jest instytucją cieszącą się szczególną renomą, ale żeby frustracja sięgnęła ucieczki do podziemi,

tęgo bym się nie spodziewał. A tymczasem stało się. Dworzec Główny w Krakowie zniknął fizycznie z powierzchni ziemi, o czym spieszę powiadomić wybierających się do dawnej stolicy. Brak też śladów tzw. *entrée*, czyli wejścia, które od strony śródmieścia zostało schowane w galerii, a jakże, handlowej.

Decyzja zapadła w 1974 r., w chwili uruchomienia Dworca Centralnego w Warszawie, skąd robotnicy mieli być przeniesieni do Krakowa. Pewną niespodziankę sprawił po drodze parking, który otworzono na dachu, nad peronami, i to się sprawdza, jeśli windy działają. Natomiast „resztę”, czyli nowy Dworzec Główny, oddano w lutym 2014 r. Szczegóły są imponujące: 10 tys. mkw., 28 kas biletowych (niekoniecznie czynnych), 25 wyjść na perony, 10 wind, 15 ruchomych schodów, 5 peronów, 12 torów, 14 punktów gastronomicznych i... „Biedronka”, żebyście Państwo nie zapomnieli, gdzie jesteście.

Dawny obiekt Dworca Głównego w Krakowie stanął w 1847 r. na działce znanego lekarza chorób wewnętrznych, dwukrotnego rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, Macieja Józefa Brodowicza. Jego Magnificencja dożył 95 lat, pozostawił unikalny opis 4580 chorób zdiagnozowanych ówczesnie, pisał poezje, a najwyższe świadectwo swoim umiejętnościom diagnostycznym wystawił, wysyłając bileciki pożegnalne znajomym, w przeddzień własnej śmierci. Czy są jeszcze tacy rektorzy?

Sięgając ponownie w przeszłość, pragnę donieść, że opodal Błoń w Krakowie wyburzono właśnie biurowiec dawnego Petroinformu i dzięki temu odsłonięto w całej krasie dom Józefa Piłsudskiego, przy Olean-drach, skąd 6 sierpnia 1914 r. wymaszerowała (po wolność dla Polski) I Kompania Kadrowa. A problem w tym, że nabywcy działki po biurowcu chcą na niej wznieść nowy, drażniący asymetryczny obiekt, jeszcze bardziej niż Petroinform zasłaniający ustanowione tutaj Muzeum Czynu Powstańczego. Jest ono ponadto okupowane przez aktualnego następcę Naczelnika, komendanta naczelnego Legionistów Polskich, Krystiana W., który się tutaj wprowadził nielegalnie. I co jest warta przeszłość Naczelnika, skoro każdy robi, co chce?

Czas na krakowską medycynę. Przysługujące jej miejsce muszę tym razem oddać stomatologii. Najpierw odbył się „Krakdent”, czyli 22. Międzynarodowe Targi Stomatologiczne, które pobiły dotychczasowy rekord wystawców (312). Drugą znaczącą imprezą stomatologiczną z aspiracjami był zorganizowany pod koniec marca II Kongres Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, a od 10 do 12 kwietnia trwał XII Kongres Stomatologów Polskich, uważany za najważniejsze krajowe forum lekarzy dentyków. ■

Wasz Cyrulik z Rynku Głównego



# Moje adresy cz. 2

*„Pisz tak, jak byś pisała dla siebie,  
nie myśl o nikim, co będzie czytał”.*  
Zofia Nałkowska

## Irena Ćwiertnia

Między ogródkiem Hoovera a skwerem z pomnikiem wieszczka znajdowała się przelotowa uliczka, na której w latach 30. pojawiły się taksówki. W moim wczesnym dzieciństwie, w latach 1925–1927, dziadziś Jan wynajmował na okres kilku miesięcy willę w Konstancinie. Następowala generalna przeprowadzka na tzw. letniaki. Konnym wozem jechały materace, pościel, leżaki i wiele przedmiotów koniecznych do prowadzenia gospodarstwa. Dziadziś z moją mamą, Niną, i służącą pozostawali w Warszawie. Podczas lata na świeże powietrze wyjeżdżała ze mną babcia. Towarzyszyła nam zawsze kuzynka dziadka, Irenka, dziewczynka w tym samym wieku co ja. Razem chodziliśmy podziwiać wspaniałą posiadłość z dużą drewnianą willą, należącą do starszego felczera Stanisława Mrozowskiego, który był nauczycielem dziadka. Odwiedzałyśmy miejscowego masaży, by delektować się świeżymi, ciepłymi blutwurstami.

Po przyjeździe do Warszawy w świąteczne dni udawałam się z mamą lub babcią do parku Łazienkowskiego. Chojny dla mnie dziadziś pewnego poranka wręczył mi monetę pięciozłotową. Miała wtedy dość znaczną wartość i została przeznaczona na wyprawę z babcią do Łazienek. Aby przyjemność była pełna, miałyśmy pojechać dorożką. Dziadziś wiedział, że uwielbiam jazdę konną przez ulice Warszawy. Po spacerze w ogrodzie miałyśmy udać się do cukierni na smakowite lody i drożdżowe ciastka. Byłam tym projektem zachwycona. Tak się cieszyłam, że z radości skakałam w pokoju, w dłoni trzymając monetę. W pewnej chwili, gdy fikałam koło otwartego okna, pieniądz wysunął mi się z ręki i spadł na trotuar. Narobiłam wielkiego rwetusu. Służąca zbiegła szybko z drugiego piętra, za nią pobiegła babcia, ale obcy znalazca był szybszy. Moneta przepadła i wycieczka nie mogła się odbyć.

Z dziadziśiem Janem bardzo lubiłam spacerować wzdłuż Krakowskiego Przedmieścia. Dochodziliśmy aż do kościoła Świętego Krzyża. Przed nim zatrzymywałam się obowiązkowo. Koło świątyni stali lub klęczeli starcy z wyciągniętymi rękami, oczekujący na jałmużnę. Udało mi się zawsze uprosić dziadka o kilka drobnych monet, które składałam w oczekujące dłonie. Na moje małe nóżki była to daleka wyprawa, toteż w drodze powrotnej odpoczywałam przed pałacem Radziwiłłów, w którym mieściło się Prezydium Rady Ministrów. Wejścia na teren pałacu strzegli policjanci z szablami u boku oraz cztery olbrzymie kamienne lwy z 1821 r. Zatrzymywałam się koło nich i dalej nie chciałam iść. Domagałam się, aby dziadziś zatrzymał dorożkę. Z trudem przekonywałam mnie, że nasz dom jest już widoczny i że za chwilę będziemy w mieszkaniu.

Dochodziliśmy do pałacu Wessla. Od 1874 r. znajdowała się tu siedziba Poczty Saskiej. Przed pałacem siedzieli na ławkach weterani z powstania styczniowego. Czekali na zlecenia. Roznosili pilne listy, prezenty lub kwiaty. Byli ubrani w granatowe uniformy ze świeącymi guzikami. Ich czapki miały amarantowe otoki. Zawsze uśmiechnięci, chętnie wykonywali otrzymane zlecenia. Na parterze pałacu Wessla znajdował się duży sklep kolonialny, z wejściem od ul. Trębackiej. Był bardzo dobrze zaopatrzone w zagraniczne towary spożywcze. Dziadziś przed świętami kupował w nim

wina węgierskie lub reńskie, słodkie daktyle w podłużnych pudełkach, figi i inne łakocie.

Byłam dzieckiem bardzo żywiołowym, psotnym, pełnym niesamowitych pomysłów. Potrafiłam do rosółu wpuścić kostkę mydła, naszykowane do gotowania pierogi powrzucać do popielnika. W mieszkaniu dziadków nie było instalacji gazowej. Babcia bała się gazu i zatrucia. W kuchni palenisko było zasilane węglem, który z mozołem przynosił, dźwigając na plecach ogromny wiklinowy kosz, kosztujący 5 zł – pracownik ze składu opałowego z ul. Bednarskiej. Za moje psoty i złośliwe pomysły byłam karcona przez mamę przygotowaną w tym celu różgą, wiszącą na widocznym miejscu. Najczęściej było więcej mojego wrzasku niż wymierzonych kar. Niesamowity raban robiłam wtedy, gdy cała rodzina udawała się wieczorem do teatru. Nie chciałam położyć się do łóżka, wyciągałam z szafki wszystkie garnki i tłuczki. Urządzałam prawdziwy jazz-band.



W takich chwilach jedyną ucieczką była ukochana „Babkietajka” Józia. Służąca nie mogła sobie ze mną poradzić, aż do czasu, gdy zmęczona wyczynami, kładłam się i usypiałam.

W maju 1926 r. Józef Piłsudski dokonał zamachu stanu, obalił rząd Witosza. Na ulicach stolicy rozległy się strzały. Przerazona hukami, ukryłam się pod dużym dębowym stołem. Dornownicy czekali z obawą na powrót dziadka. Z racji swojego zawodu, posiadając zaświadczenie z 1920 r. potrzebne do wykonywania funkcji felczera – całe dnie był zajęty niesieniem pomocy rannym. W ciągu trzech dni walk w Warszawie było ponad tysiąc rannych i czterystu zabitych. ■





Fotografie: J. Walczak



Jacek Walczak

*O Pradžapati! Nikt inny prócz ciebie  
Tych wszystkich bytów nie ogarnie sobą.  
Spełń, co żądamy od ciebie wśród ofiar,  
Spraw, byśmy byli władcami bogactwa!*

(fragment z hymnów Rigwedy,  
tłum. Franciszek Michalski)

Rigweda to najstarszy hinduski zbiór świętych teksów wedyjskich. Wymieniony w nim jest także Pradžapati, pierwotna istota, nieokreślone bóstwo, którego nie można jednak odnaleźć w przebogaty zdobieniach świątyń znacznej części Azji. W późniejszych wierzeniach boska trójca zastąpiła Indre – pradawnego stwórcę. Brahma, Wisznu i Siwa stali się uosobieniem jednej niebiańskiej siły.

Kampucza, Kambodża, Khmer i Angkor to nazwy odnoszące się zasadniczo do jednej cywilizacji południowo-wschodniej Azji. Czasy jej największej świetności zaczęły się około 802 r., kiedy Jayavarman II podporządkował sobie rozliczne plemiona khmerskie. Późniejsze przekazy mówią, że król przybył z Jawy (Indonezja), gdzie przez pewien czas przebywał na dworze władców z dynastii Sailendras i to bynajmniej nie jako gość, lecz więzień. Musiał tam żyć otoczony duchem buddyźmu, który zresztą zrodził się z hinduizmu, gdyż przejął z niego wiele idei i doktryn. Król Jayavarman II pierwszą siedzibę założył u stóp świętej góry Phnom Kulen, tworząc zręby imperium khmerskiego, od początku mocno opartego na hinduizmie. Imperium, bardziej znane jako Angkor Period, kojarzone jest z najstawniejszym obec-

nie obiektem – Angkor Wat. Ponoć ta największa budowla sakralna na świecie zbudowana została w początkach XII w. przez króla Suryavarmana II, jako jego własne mauzoleum poświęcone Wisznu. Król bowiem uważał się za wcielenie bóstwa. Świątynia jest niezwykle bogato zdobiona motywami wziętymi wprost z mitologii hinduizmu. Khmerskim władcóm sen z oczu spędzał problem nieśmiertelności, gdyż uważali się za bogów. Stąd bardzo popularny motyw „wzburzenia oceanu mleka”, którego efektem miał być cudowny eliksir nieśmiertelności. W magicznym procederze nie mogło zabraknąć ważnych, mitycznych postaci, z Wisznu, Siwą, Brahmą i Lakshmi na czele. W tradycji buddyjskiej są często przedstawiane. Wspaniały kompleks nie został zmieniony na świątynię buddyjską, oparł się też skutkom burz historii i agresywnej przyrody. Przetrwał w niezłym stanie do dzisiaj.

Cały rejon Angkor to kilkadziesiąt zespołów budynków, głównie sakralnych, każdy o odmiennej i niezwykłej urodzie. Jednak prawdziwym klejnotem w koronie khmerskiej sztuki w Angkor jest Cytadela Piękności (Banteay Srei), zwana też Cytadelą Kobiet. Niektórzy twierdzą, że delikatnie wyczelowane rzeźby, które zdobią mury, mogły być wykonane





jedynie ręką kobiety. Budowę rozpoczęto w 967 r., ale nie król był zleceniodawcą. Tę jedną z nielicznych niekrólewskich świątyń zbudował Yajnavaraha, guru, prawdopodobnie nauczyciel i doradca późniejszego króla Jayavarmana V.

Do najmniejszych w rejonie Angkor należy hinduistyczna świątynia poświęcona Siwie. Do otoczonego murami kompleksu prowadzą dwie bramy – wschodnia i zachodnia. Liczne rzeźby wykonane zostały w różowym piaskowcu. Są niewielkie, przedstawiają głównie scenki z mitologii hinduizmu. Najłatwiej rozpoznać wizerunki Indry na trzygłowym słoniu, Siwy dosiadającego świętego byka Nandiego i małżonki Siwy – Umy, oraz Narasimby – Wisznu pod postacią lwa. Podobnie jak w świątyniach królewskich, i tu nie mogło zabraknąć bibliotek. Są dwie, także niezwykle bogato zdobione. Centralną część tworzą trzy wieże dekorowane żeńskimi i męskimi bóstwami. W północnej wieży można się doszukać wizerunku najwyższego sędziego Yamy, a obok – Wisznu zabijającego demona. Galerie płaskorzeźb przy środkowej wieży opowiadają mityczne historie. Z sankryckiego eposu Ramayany pochodzi scena porwania przez Ravane żony księcia Ramy. Inna galeria przedstawia prawdopodobnie sceny historyczne. Mimo upływu lat, nie wszystkie znaczenia tych scen zostały odczytane.

Prace restauracyjne w kompleksie zaczęły się w 1927 r., kiedy Kambodża była jeszcze pod protektorem Francji. Szef tego projektu, Andre Malreaux, został aresztowany w Phnom Penh za próbę kradzieży rzeźb i dekoracji z Banteay Srei. O ironio, był potem ministrem kultury w rządzie Charles'a de Gaulle'a. Główne prace prowadzili Francuzi także po odzyskaniu przez Kambodżę niepodległości.



Większość rzeźb w ruinach świątyń to kopie, bowiem oryginały przechowywane są w National Museum w Phnom Penh. Mimo to zwiedzających zadziwia stan i skala kompleksu. Zapewne odległość ponad 30 km od najbliższego miasta, Siem Reap, i gęsta dżungla uchroniły to miejsce przed zniszczeniem i kradzieżami. ■





# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

**1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur, opublikowane w DzU z 2013 r., poz. 1485.**

Usługi w zakresie opieki zdrowotnej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, są zwolnione z podatku od towarów i usług na podstawie art. 43 ustawy o podatku VAT.

Na żądanie nabywcy usługi (pacjenta) lekarz jest obowiązany wystawić fakturę dokumentującą sprzedaż zwolnioną, jeżeli żądanie jej wystawienia zostało zgłoszone w terminie 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca, w którym wykonano usługę bądź otrzymano całość lub część zapłaty.

Faktura dokumentująca świadczenie usług zwolnionych z podatku VAT na podstawie art. 43 ustawy powinna zawierać:

- a) datę wystawienia,
- b) numer kolejny,
- c) imiona i nazwiska lub nazwy podatnika i nabywcy usług oraz ich adresy,
- d) nazwę (rodzaj) usługi,
- e) zakres wykonanych usług,
- f) cenę jednostkową usługi,
- g) kwotę należności ogółem,
- h) wskazanie przepisu ustawy, zgodnie z którą podatnik stosuje zwolnienie od podatku:

**art. 43 ust. 1 pkt 18** ustawy o podatku od towarów i usług – usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze,

**art. 43 ust. 1 pkt 18a** ustawy o podatku od towarów i usług – usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, świadczone na rzecz podmiotów leczniczych na terenie ich przedsiębiorstw, w których wykonywana jest działalność lecznicza; **dotyczy udzielania przez lekarzy świadczeń kontraktowych,**

**art. 43 ust. 1 pkt 19** ustawy o podatku od towarów i usług – usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczone w ramach wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry; **dotyczy niewymienionych wyżej przypadków, w tym udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego praktykę lekarską.**

W przypadku usług, które nie zostały zwolnione z podatku od towarów i usług na podstawie art. 43 ustawy (np. opracowania opinii przez lekarzy biegłych sądowych), ale korzystają ze zwolnienia na podstawie art. 113 ustawy, ze względu na nieprzekroczenie kwoty 150 000 zł za te usługi w poprzednim roku podatkowym, faktura dokumentująca świadczenie tych usług powinna zawierać dane, o których mowa w pkt a–g.

**13 stycznia 2014 r. zostało opublikowane w M.P. z 2014 r., poz. 19, obwieszczenie prezesa Rady Ministrów z 21 listopada 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia prezesa Rady Ministrów w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia.**

**31 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 23 stycznia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych oraz niektórych mieszanin, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 145.**

**3 lutego 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 159, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 17 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.**

**5 lutego 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 174, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 6 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.**

**7 lutego 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 177, obwieszczenie ministra zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.**

**18 lutego 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 213, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 10 stycznia 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową.**

**19 lutego 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 stycznia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 168.**

W skład agencji wchodzi następujące komórki organizacyjne: Biuro Kadr, Biuro Księgowości, Biuro Prezesa, Wydział Oceny Technologii Medycznych, Wydział Obsługi Rady Przejrzystości, Samodzielne Stanowisko Pracy Rzecznika Prasowego, Samodzielne Stanowisko Pracy Rady Prawnego, Samodzielne Stanowisko Pracy do spraw Audytu Wewnętrznego.



**19 lutego 2014 r. weszła w życie ustawa z 13 grudnia 2013 r. o ustaleniu i wypłacie emerytur, do których prawo uległo zawieszeniu w okresie od 1 października 2011 r. do 21 listopada 2012 r., opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 169.**

Ustawa określa zasady ustalenia i wypłaty emerytury, do której prawo zostało zawieszane na podstawie art. 28 ustawy z 16 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o finansach publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU nr 257, poz. 1726 ze zm.) w okresie od 1 października 2011 r. do 21 listopada 2012 r. Zawieszona emerytura przysługuje emerytowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- nabył prawo do emerytury przed 1 stycznia 2011 r.,
- jego prawo do emerytury zostało zawieszane na podstawie wyżej wymienionych przepisów w związku z kontynuowaniem przez niego po 30 września 2011 r. zatrudnienia bez uprzedniego rozwiązania stosunku pracy z pracodawcą, na rzecz którego wykonywał je bezpośrednio przed dniem nabycia prawa do emerytury.

Przepisy ustawy nie mają zastosowania do emerytów, których roszczenia z tytułu wypłaty zawieszanej emerytury zostały zaspokojone na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. Mają oni jednak prawo do odsetek po złożeniu wniosku o ich wypłatę od zasądzonej kwoty.

W celu obliczenia kwoty zawieszanej emerytury sumuje się emerytury w wysokości, w jakiej przysługiwałyby w okresie od 1 października 2011 r. do 21 listopada 2012 r., z uwzględnieniem ich waloryzacji.

Kwota zawieszanej emerytury, obliczona w sposób określony wyżej, przysługuje wraz z odsetkami ustalonymi w wysokości odsetek ustawowych, określonej przepisami prawa cywilnego. Odsetki przysługują do dnia wejścia w życie ustawy.

Emerytowi, który do 31 października 2011 r. nie osiągnął wieku emerytalnego – 60 lat dla kobiet albo 65 lat dla mężczyzn – kwotę zawieszanej emerytury ustala się po rozliczeniu emerytury za lata 2011 i 2012.

Podstawę obliczenia emerytury ubezpieczonym urodzonym po 31 grudnia 1948 r., do której prawo ustalono po 31 grudnia 2012 r., ustala się ponownie, jeżeli po przyznaniu tej emerytury nastąpiła wypłata wcześniej przyznanej, zawieszanej emerytury.

Ponowne ustalenie podstawy obliczenia emerytury polega na pomniejszeniu podstawy obliczenia emerytury, określonej w decyzji organu rentowego ustalającej prawo do emerytury, o kwotę wypłaty zawieszanej emerytury w wysokości przed odliczeniem zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych i składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Wypłata zawieszanej emerytury następuje na wniosek emeryta.

Emeryt, który pobierał wcześniejszą emeryturę, do wniosku o wypłatę zawieszanej emerytury jest obowiązany dołączyć zaświadczenie o wysokości przychodów osiąganych w latach 2011–2012.

Wniosek o wypłatę zawieszanej emerytury składa się do organu rentowego.

Organ rentowy wydaje decyzję w sprawie ustalenia i wypłaty zawieszanej emerytury w terminie 60 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do jej wydania.

Emeryci, w przypadku których wypłata zawieszanej emerytury została ustalona na podstawie prawomocnego wyroku sądu, w którym sąd nie orzekł o odsetkach albo roszczenie o odsetki zostało oddalone, mogą złożyć wniosek o wypłatę odsetek od zasądzonej kwoty:

- do dnia wypłaty – w przypadku gdy wypłata zawieszanej emerytury nastąpiła przed dniem wejścia ustawy w życie,
- do dnia wejścia ustawy w życie – w przypadku gdy wypłata zawieszanej emerytury nastąpiła po dniu wejścia ustawy w życie.

Organ rentowy zawiesza postępowanie w przypadku, gdy emeryt przed dniem wejścia w życie ustawy złożył odwołanie do sądu od decyzji tego organu w przedmiocie wypłaty kwoty zawieszanej emerytury.

Organ rentowy podejmuje na wniosek emeryta postępowanie zawieszane z przyczyny, o której mowa wyżej, w przypadku gdy sąd wydał prawomocne orzeczenie kończące postępowanie w tej sprawie.

**27 lutego 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 3 lutego 2014 r. w sprawie programu szczepień ochronnych dla żołnierzy zawodowych oraz sposobu rejestracji przeprowadzanych szczepień ochronnych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 198.**

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

OKRĘGOWA  
IZBA LEKARSKA  
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:  
orange • Mobile • PLAY • Plus • netia & tp

Usługa świadczona jest przez firmę:  
**MATERNA**  
Communications

Program szczepień ochronnych dla żołnierzy zawodowych określa załącznik do rozporządzenia.

Świadczeniodawca wykonujący szczepienia ochronne żołnierzy zawodowych dokumentuje realizację szczepienia przez odnotowanie ich w dokumentacji medycznej prowadzonej w punkcie szczepień oraz w Międzynarodowej Książeczce Szczepień.

Świadczeniodawca wykonujący szczepienia ochronne żołnierzy zawodowych przekazuje informację o wykonaniu szczepienia ochronnego do jednostki organizacyjnej wojskowej służby zdrowia wyznaczonej przez szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, podległej ministrowi obrony narodowej, w terminie siedmiu dni od dnia jego wykonania.

W informacji zamieszcza się następujące dane:

- imię, nazwisko i PESEL szczepionego żołnierza zawodowego,
- nazwę choroby, przeciw której jest wykonywane szczepienie,
- nazwę szczepionki i numer jej serii,
- informację o rozpoczętym cyklu szczepienia ochronnego, z terminem podania kolejnych dawek szczepionki.

W przypadku gdy świadczeniodawcą jest Służba Wywiadu Wojskowego i Służba Kontrwywiadu Wojskowego, w informacji nie zamieszcza się danych personalnych żołnierza.

Główny Inspektor Sanitarny Wojska Polskiego, ze względu na zmianę sytuacji epidemiologicznej lub postęp wiedzy medycznej, może zalecić wykonanie dodatkowych szczepień ochronnych. Zalecenia głównego inspektora sanitarnego Wojska Polskiego ogłasza się w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Ministra Obrony Narodowej.

W ramach realizacji programu szczepień ochronnych dla żołnierzy zawodowych dopuszcza się stosowanie szczepionek poliwalentnych i skojarzonych.

Dane o szczepieniach ochronnych żołnierzy zawodowych objęte informacją o wykonaniu szczepienia ochronnego gromadzi się w Centralnym Rejestrze Szczepień Żołnierzy Zawodowych.

Minister obrony narodowej, na wniosek szefa jednostki organizacyjnej właściwej do spraw zdrowia, podległej ministrowi obrony narodowej, wyznaczy jednostkę organizacyjną wojskowej służby zdrowia do prowadzenia rejestru.

**20 marca 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra środowiska z 27 lutego 2014 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 274.**

Rozporządzenie określa wzory wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat, a także sposób przedstawiania tych informacji i danych.

Wzór wykazu zawierającego zbiorcze zestawienie informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Wzór wykazu zawierającego informacje o ilości i rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza, dane, na podstawie których określono te ilości, oraz informacje o wysokości należnych opłat określa załącznik nr 2, w tym m.in.:

- Tabela A – charakterystyka źródeł powstawania substancji wprowadzanych do powietrza,
- Tabela C – wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza z kotłów o nominalnej mocy cieplnej do 5 MW, opalanych węglem kamiennym, koksem, drewnem, olejem lub paliwem gazowym, dla których nie jest wymagane pozwolenie na wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza albo pozwolenie zintegrowane,
- Tabela D – wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza z procesów spalania paliw w silnikach spalinowych.

Wykazy prowadzi się w postaci papierowej lub elektronicznej, w układzie tabelarycznym.

Podmiot korzystający ze środowiska przedkłada wykazy w postaci papierowej albo elektronicznej.

Wykazy przedkładane w postaci elektronicznej są:

- wnoszone na elektroniczną skrynkę podawczą właściwych organów,
- opatrzone bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu albo przy użyciu profilu zaufanego elektronicznej platformy usług administracji publicznej. ■

**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-Kuczalek, Danuta Samolczyk-Wanyura, Mieczysław Szatanek, Tadeusz Tołłoczko, Andrzej Włodarczyk **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichońska, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Beata Kozyra-Lukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, 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.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do adyustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



**HONDA**

The Power of Dreams

# NOWY CR-V



Opiekujecie się nami,  
teraz my zatroszczymy się o Was

**Koniecznie zapytaj o szczegoły:**

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](mailto:salon@autowest.pl)



Autowest Sp.j. - autoryzowany dealer Hondy  
ul. Juliusza Konstantego Ordona 5  
01-237 Warszawa  
[www.autowest.pl](http://www.autowest.pl)





---

W obiektywie  
prof. Marka  
Nowackiego

---

