



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

czerwiec – lipiec 2014 nr 6–7

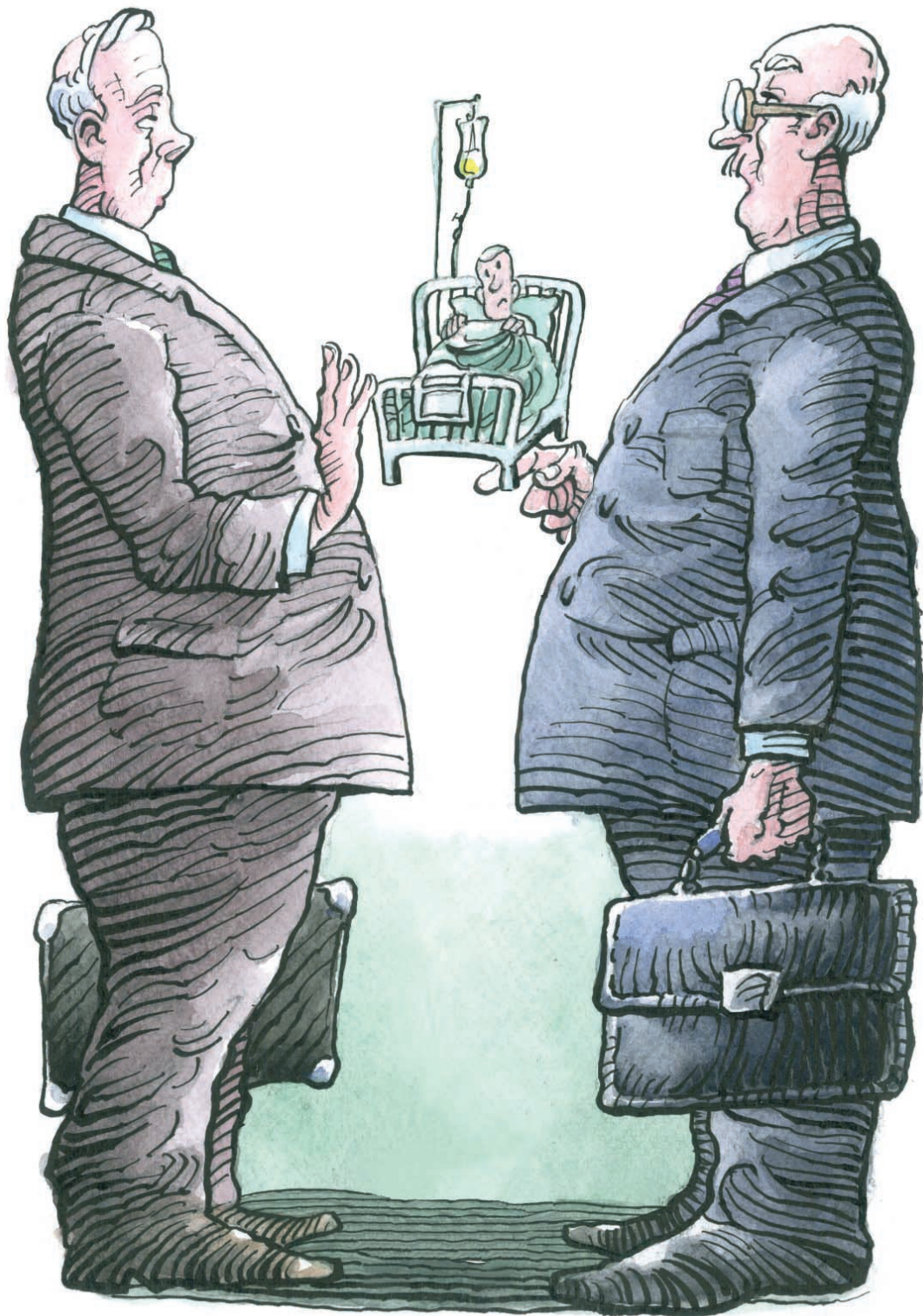
Marek Stopiński

konsultant
wojewódzki
na Mazowszu
w dziedzinie
interny
– Interna
to integracja
w medycynie
[str. 4]

Recepty lekarskie
– zasady
wystawiania
[str. 14]

Byliśmy
na Majdanie
[str. 41]

70. rocznica
Powstania
Warszawskiego
[str. 46]



REKLAMA



SPECJALNA OFERTA

na zakup samochodów hybrydowych dla lekarzy
w Toyota Bielany

tel: 602 704 449 www.toyota-bielany.pl





138 lat poprawy wyników leczenia pacjentów.

Firma Eli Lilly ma długą tradycję w opracowywaniu przetomowych leków stosowanych w leczeniu cukrzycy, chorób nowotworowych i psychicznych.

Firma oferuje także produkty na choroby układu krążenia, zaburzenia erekcji, osteoporozę czy ADHD.

Na całym świecie prowadzimy szereg inicjatyw filantropijnych oraz edukacyjnych. W Polsce stworzyliśmy, m. in., program Cukrzycowych Centrów Edukacji Lilly (cCEL) - nieodpłatnych ogólnopolskich punktów konsultacyjnych dla pacjentów z cukrzycą.

Więcej informacji na:

www.lilly.pl oraz www.ccel.pl

Lilly
Answers That Matter.

Od 1 maja br. lekarze i lekarze dentyści – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zyskują szybką i nieodpłatną pomoc prawną – tego dnia zaczęła obowiązywać umowa między Izbą a kancelarią Dittmajer i Wspólnicy s.k. o porady prawne.

Pod numerem telefonu: 22-647-56-05 dyżurują prawnicy, którzy przez siedem dni w tygodniu, w godzinach 9.00–21.00, będą udzielać porad i konsultacji (do trzech w miesiącu dla jednego uprawnionego lekarza/lekarza dentysty i nie więcej niż 12 w ciągu roku). Kancelaria ma prawo do rejestrowania rozmów oraz archiwizacji korespondencji związanej ze świadczeniem usług.

Każdy członek OIL w Warszawie jest uprawniony do otrzymania, oprócz porady lub konsultacji, dwóch dokumentów

prawnych (opinii, analizy, wezwania do zapłaty, pozwu, odpowiedzi na pozew itp.) w ciągu 12 miesięcy.

Weryfikacją uprawnionego do bezpłatnej pomocy prawnej na mocy wspomnianej umowy będzie podanie numeru prawa wykonywania zawodu.

Zakres świadczeń w umowie obejmuje kwestie prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty (sprawy karne i dyscyplinarne, ochronę dóbr osobistych, obronę przed roszczeniami deliktowymi, z dziedziny prawa pracy itp.), a także inne, niezwiązane z zawodem – z dziedziny prawa rodzinnego, spadkowego, konsumenckiego itp. – jednak poza prawem budowlanym, podatkowym, karnoskarbowym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim). Więcej informacji na temat usług „Prawnik dla lekarza i lekarza dentysty” – na stronie internetowej OIL (www.oilwaw.org.pl).

Pytanie można też wysłać e-mailem na adres: lekarze@dittmajer.pl lub faksem pod numer: 22-820-10-21.

Godziny pracy OIL w Warszawie w lipcu i sierpniu 2014 r.

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

Kasa czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–14.00

Sekcja Windykacji Składek – od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–16.00

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu – od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–16.00

Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich – od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–16.00

20 czerwca 2014 r. OIL w Warszawie będzie nieczynna dla interesantów.

Koleżanki i Koledzy, miło nam poinformować Szanownych Państwa, że od maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępnia pokoje gościnne w budynku przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul. Reytana). Zapraszamy szczególnie lekarzy i lekarzy dentyстів, którzy chcieliby skorzystać z naszej skromnej bazy noclegowej. Do dyspozycji są trzy pokoje dwuosobowe, każdy z osobną łazienką i telewizją kablową.

Naszą propozycję składamy również innym izbom lekarskim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Informacje znajdą Państwo na stronie internetowej OIL w Warszawie: www.warszawa.oil.org.pl.

Tel. 22-542-83-82 (pon.–pt. – 8.00–16.00),
t.pawlikowski@oilwaw.org.pl

Tadeusz Pawlikowski

Nasze pokoje gościnne





Nr 6-7 (230-231)
czerwiec – lipiec 2014

Na okładce:

Marek Stopiński, konsultant wojewódzki
na Mazowszu w dziedzinie interny
(fot. P. Wierzchowski)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:	
▶ Prawnik dla lekarza...	1
▶ Nasze pokoje gościnne	1
▶ powiem wprost	3
▶ Interna to integracja w medycynie	4
▶ Cienie i blaski interny	5
▶ Ból trzeba leczyć	10
▶ Recepty lekarskie...	14
▶ Biuletyn ORL	18
▶ Kampania OIL w Warszawie	23
▶ Boję się Pana Boga...	24
▶ Lekarzy mamy dobrych...	25
▶ Zgoda pacjenta na leczenie...	30
▶ etyka	32
▶ Sukces dnia jutrzejszego?	34
▶ Przyszłość Drewnicy	36
▶ z Mazowsza	38
▶ Nowoczesność w Ostrołęce	39
▶ z Delegatury Radomskiej	40
▶ Ukraina	41
▶ karty historii	46
▶ sylwetki	48
▶ muzy i my	50
▶ dla smakoszy	51
▶ podróże	52
▶ literatura i życie	54
▶ sport	56
▶ pożegnania	58
▶ wspomnienie	60
▶ nowe przepisy prawne	61
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	9
▷ Walewski	9
▷ Karczewski	13
▷ Kowal	35
▷ Müldner-Nieckowski	44
▷ SMS z Krakowa	44
▷ Jankowska	45



25 lat bezradności

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

4 czerwca br. minęła, hucznie świętowana, 25. rocznica pierwszych częściowo wolnych wyborów, uważanych za początek przemiany ustrojowej w Polsce. Miło było wysłuchać przemówienia prezydenta USA Baracka Obamy, który dziękował Polsce za jej wkład w odzyskanie wolności przez kraje Europy Wschodniej. Prezydent Obama zauważył także gospodarcze dokonania Polaków i pozytywne zmiany w rozwoju kraju na przestrzeni tych 25 lat.

Zdziwiła mnie natomiast informacja o pancernym samochodzie prezydenta, wyposażonym m.in. w zapas krwi dla amerykańskiego obywatela nr 1. Ta zapobiegliwość służb amerykańskich chyba nie miała nic wspólnego z powszechnymi brakami tego bezcennego leku w Polsce. Bo gdyby tak było, to za kolumną prezydencką zapobiegliwi Amerykanie holowałiby cały szpital, oczywiście z własnym personelem, na wypadek, gdyby trzeba było prezydentowi udzielić pomocy medycznej.

Nie kwestionując korzystnych zmian, które nastąpiły przez te 25 lat, muszę skonstatować, że ominęły one polski system ochrony zdrowia. Wprowadziliśmy system finansowania z Siemaszkowskiego – budżetowego na ubezpieczeniowy, co spowodowało, że zaczęliśmy liczyć koszty. Tylko, czy tylko o to w leczeniu chorych chodzi? Płatnik monopolista, czyli NFZ, który powstał, bo kasy chorych – prowadząc 17 odrębnych polityk zdrowotnych – nie gwarantowały równych, zgodnych z Konstytucją RP możliwości korzystania ze świadczeń medycznych, z braku pieniędzy zapewnia dalsze ograniczanie dostępności tych usług. Prawie wszystkie zarządzenia kolejnych prezesów NFZ, dotyczące warunków zawierania umów o świadczenia medyczne wymyślane są po to właśnie.

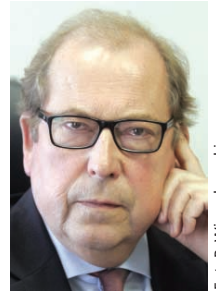
Po 1989 r. nastąpiły w Polsce zmiany, takie jak np. poprawa wyposażenia polskich szpitali w nowoczesną aparaturę, ale i tu nie ustrzeżliśmy się błędów. Po co w Warszawie aż pięć aparatów PET? Czy tomografy komputerowe muszą być w każdym szpitalu, skoro brakuje radiologów (m.in. dlatego niektóre z nich pracują tylko po kilka godzin dziennie i to nie przez cały tydzień)? Brakuje lekarzy, pielęgniarek, a dzięki pomysłom decydentów mamy rosnącą armię bezrobotnych ratowników medycznych!

W ostatnich miesiącach moje kontakty z polską służbą zdrowia zmieniły charakter. Otóż z obiektywnego (tak przynajmniej uważam) recenzenta i obserwatora życia służby zdrowia z dnia na dzień stałam się petentem, czyli rodziną chorego. Na każdym etapie funkcjonowania lub raczej braku prawidłowego funkcjonowania system robi wszystko, aby utrudnić potrzebującemu pomoc medyczną. Ratownik medyczny w karetce pogotowia wiezie chorego do najbliższego szpitala (choć nie ma w nim potrzebnego choremu oddziału, np. neurologii). Na szpitalnym oddziale ratunkowym ciężko chory diagnozowany jest nierzadko przez kilkanaście godzin i to dlatego, że przywiózł go zespół ratownictwa medycznego. Jeżeli przyjdzie na SOR sam lub przywiezie go rodzina, może to trwać jeszcze dłużej lub chory umrze, niezauważony (niedawno o takim zdarzeniu rozwiódł się media). To wynik nadmiernego obciążenia SOR, bo: niewydolny jest POZ i za mało lekarzy pracuje w szpitalnych izbach przyjęć. Gdy chory dostanie się już na oddział (nie zawsze od razu na właściwy, bo często pacjenta kładzie się na pierwszym wolnym łóżku), okazuje się, że brakuje odpowiedniego (np. ortopedycznego) łóżka, materaca przeciwoleżynowego itd.

Funkcjonujący system zmienił mentalność ludzi pracujących w nim w taki sposób, że najważniejsze stały się procedury, pieniądze, a nie chory człowiek. Coraz więcej lekarzy przestaje patrzeć na chorego holistycznie, o co bezskutecznie apelują WHO i autorytety medyczne. To już slogan, ale trzeba mieć bardzo dużo zdrowia, żeby w Polsce chorować. Bezradnie patrzymy na bezradność polityków. ■

Nasze problemy

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie



Fot. P. Wierzchowski



Przywrócić zaufanie
do zawodu lekarza
str. 13



Ból trzeba leczyć
Rozmowa z Jerzym
Jaroszem, specjalistą
w dziedzinach
anestezjologii
oraz medycyny
paliatywnej
str. 10



Kampania
informacyjna OIL
str. 23

Pijany lekarz na dyżurze w pogotowiu ratunkowym, pijana lekarka przyjmuje dzieci, 1 promil, 1,5 promila... itd. Takie informacje stają się wiadomościami dnia w głównych mediach, bulwersują dziennikarzy i społeczeństwo. Trudno się dziwić, kto chciałby być leczony przez nietrzeźwego lekarza. Wykonujemy zawód zaufania publicznego, zapach alkoholu u pracującego lekarza to zaufanie rujnuje. Czy problem nadużywania alkoholu przez lekarzy istnieje naprawdę, czy to tylko sporadyczne przypadki? Badania amerykańskie wskazują, że problem z alkoholem i innymi groźnymi używkami ma 10 proc. środowiska lekarskiego. Czy w Polsce jest podobnie? Niech każdy z nas rozejrzy się wkoło. Według mnie istotą problemu jest tolerancja wobec lekarzy pijących nadmiernie, w pracy, na dyżurze. I nie chodzi o to, aby pijących kolegów napiętnować, ale żeby im pomóc i uniknąć upokarzających dla całego środowiska sytuacji. W naszej Izbie powołałiśmy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, który ma za zadanie pomagać kolegom lekarzom uzależnionym od alkoholu i innych używek. Został nim wybitny specjalista w tej dziedzinie dr Bogdan Woronowicz. Skorzystajmy z jego wiedzy, umiejętności i zapału, aby pomagać lekarzom, którzy wpadli w tarapaty. Próbujmy rozwiązywać te problemy we własnym środowisku, nie angażujemy mediów i głodnych sensacji dziennikarzy. Nie wstyd się leczyć, wstyd być pijanym na dyżurze.

Lekarze zaczynają diagnozować pacjentów przez Internet – donosi codzienna prasa. Cóż, takie czasy, nasze życie przenosi się do „wirtualnego świata” i nie sposób z tym walczyć. W tak ważnej sprawie jak leczenie, potrzebna jest jednak czujność, bo gdy w grę wchodzi zdrowie i życie ludzi, przestrzeganie zasad jest konieczne. A jedną z głównych zasad, zapisanych zresztą w ustawie o zawodzie lekarza, jest to, że wszelkie decyzje diagnostyczne i terapeutyczne mogą być podjęte przez lekarza dopiero po osobistym zbadaniu pacjenta. Jeżeli więc decydujemy się na pracę z pacjentami za pośrednictwem Internetu, pamiętajmy, że możemy tylko doradzać, wskazywać kierunek leczenia lub diagnozowania i że powinno stać za nami duże doświadczenie zawodowe.

Trwają przygotowania do wprowadzenia zmian w medycynie rodzinnej. Wchodząca w czerwcu nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przewiduje, że przychodnię lekarza rodzinnego będzie mógł otworzyć nie tylko specjalista medycyny rodzinnej, ale również internista wspólnie z pediatrą. Problem w tym, czy znajdą się tandemy internistów i pediatrów chętnych do prowadzenia praktyki lekarza rodzinnego i czy znajdą się chętni pacjenci do zapisania się na ich listy. Zmienia się również sposób wyboru lekarza rodzinnego przez pacjentów. W deklaracji wyboru pacjent nie wskaże już lekarza, lecz przychodnię, w której chce się leczyć. Dzięki temu, jeśli lekarz odejdzie z przychodni, będzie można kontynuować leczenie pod opieką innego. Czas pokaże, czy te zmiany spowodują wzmocnienie medycyny rodzinnej, czy staną się początkiem jej rozmontowania.

Zbliżają się wakacje, życzę więc wszystkim Koleżankom i Kolegom udanych, słonecznych urlopów, które pozwolą choć na chwilę zapomnieć o kłopotach dnia codziennego i dodadzą nam sił do dalszej pracy. ■

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

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



DR N. MED. MAREK STOPIŃSKI,
KONSULTANT WOJEWÓDZKI NA MAZOWSZU
W DZIEDZINIE INTERNY

Interna to integracja w medycynie

Jak ocenia pan stan interny na Mazowszu (kadrę, oddziały, liczbę łóżek)? Czy interna jest „opłacalną” dziedziną medycyny?

Sytuacja w internie nie uległa zmianie na przestrzeni ostatnich lat, a nawet doszło do jej pogorszenia. Najważniejszym problemem jest zapewnienie możliwości leczenia się chorych na oddziałach internistycznych wobec ciągłego braku wolnych łóżek. POZ, a w nim lekarz rodzinny, ma zbyt małe możliwości diagnostyczne, stąd nadmierna liczba chorych kierowanych do szpitala.

Dotyczy to także specjalistyki ambulatoryjnej, która jest słabo finansowana, więc prowadzenie diagnostyki na jej poziomie jest nieopłacalne. Sytuację pogarsza fakt, że system opieki długoterminowej i hospicyjnej jest niewydolny, a notujemy stały wzrost liczby pacjentów w podeszłym wieku,

W 2012 r. wnioski o rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie interny złożyło na Mazowszu łącznie 111 osób, w tym 85 na rezydenturę. Przydzielono tylko 36 rezydentur, 25 osób otworzyło specjalizację w trybie pozarezydenturkim. W roku 2013 wnioski złożyło łącznie 177 osób, w tym na rezydenturę 119. Przydzielono 50 miejsc, 58 osób otworzyło specjalizację w trybie pozarezydenturkim.

z wieloma współistniejącymi schorzeniami, w tym nowotworowymi. To przyczyna przepełnienia oddziałów i permanentnego braku wolnych łóżek na oddziałach internistycznych, a co z tego wynika – częste pojawianie się tzw. dostawek. Najważniejszym zadaniem dla interny, szczególnie podkreślanym przez konsultanta krajowego prof. Jacka Imięę, jest zachowanie liczby łóżek internistycznych na Mazowszu na dotychczasowym poziomie, a w Warszawie nawet zwiększenie ich liczby, ze względu na to, że w ciągu ostatnich pięciu została zmniejszona (w szpitalach: Wolskim, Praskim, a obecnie także w Grochowskim). Oddziały internistyczne są nierentownie i niedofinansowane w stosunku do oddziałów zabiegowych, dlatego wielu dyrektorów szpitali podejmuje decyzje ograniczenia wielkości oddziałów wewnętrznych lub próby przekształcania ich w oddziały specjalistyczne. To polityka błędna i ekonomicznie nieuzasadniona. Na oddziałach wewnętrznych realizowany powinien być podstawowy proces diagnostyczno-leczniczy, ze względu na wzrastającą liczbę pacjentów wieloprofilowych i w podeszłym wieku. Interna na Mazowszu dysponuje mniej więcej 3500 łóżkami, co stanowi około 15 proc. wszystkich łóżek szpitalnych. Brak poprawy finansowania interny może wpłynąć na destabilizację leczenia w całym regionie.

Czy nie martwi pana, że interna – królowa nauk medycznych – jest dzielona na kolejne wąskie specjalizacje? Czy nie pogarsza to opieki nad pacjentami, szczególnie starszymi, mającymi równoległe wiele schorzeń?

Ten podział jest w obecnej medycynie chyba nieunikniony, ale można go powstrzymać choćby przez poprawę finansowania procedur internistycznych. Dla płatnika jest to najbardziej optymalny wybór. W wielu klinikach łóżka specjalistyczne stanowią tylko część oddziału, a pozostałą wypełniają „łóżka internistyczne z kontraktem w zakresie chorób wewnętrznych”. Myślę, że interna obroni się sama, ponieważ jej znajomość leży u podstaw wiedzy specjalistycznej, a stan naszych chorych wieloprofilowych,

często w podeszłym wieku, wymaga znajomości interny. Bez tej wiedzy niemożliwe jest poprawne leczenie, także specjalistyczne. Poza tym chorego należy leczyć kompleksowo.

Myślę tu o leczeniu wieloprofilowym na jednym oddziale, a nie o leczeniu każdego schorzenia zgodnie z profilem specjalistycznym. Chory chce być leczony kompleksowo na jednym oddziale. Sądzę, że ma do tego prawo. Nie rozumie tego płanik, który z jedną hospitalizacją wiąże tylko jedno schorzenie. Wiemy, że tak nie jest, bo wielu chorych wymaga leczenia wielokierunkowego. Nie da się załatwić procesu diagnostyczno-leczniczego na internie, wystawiając płanikowi rachunek za tylko jedno schorzenie, bo prowadzi to do zawężania procesu diagnostycznego, rozbijania go na wiele etapów i dodatkowych niepotrzebnych hospitalizacji.

Jak chciałby pan zachęcić młodych lekarzy do specjalizowania się w tej dziedzinie medycyny?

Nie muszę ich zachęcać, corocznie chce rozpocząć specjalizację z interny na Mazowszu około 100 osób, a w roku ubiegłym zgłosiło się nawet więcej. Interna pozwala spojrzeć na chorego kompleksowo, co daje lekarzowi dużą satysfakcję. Internista ma także prawo wspólnie z pediatrą kierować POZ, co stwarza nowe możliwości pracy. Po zdobyciu doświadczenia na oddziale internista może wykorzystać zdobytą wiedzę kliniczną w tzw. rejonie.

Istotnym elementem jest proces kształcenia specjalistycznego w chorobach wewnętrznych. Jego podstawą powinny być rezydentury dostosowane ilościowo do potrzeb publicznej służby zdrowia. Obecnie przydział rezydentur jest niewystarczający, a część lekarzy rozpoczyna specjalizację w trybie pozarezydenturkim, w ramach umowy cywilnoprawnej (tzn. pozostają na oddziałach szpitalnych na wolontariacie w trakcie specjalizacji). To rozwiązanie jest nieprawidłowe i nie powinno być stosowane. Zniechęca młodych lekarzy, bowiem za pracę nie otrzymują żadnego wynagrodzenia. Dlatego najzdolniejsi podejmują decyzję o wyjeździe z Polski.

Interna powinna stać się specjalizacją priorytetową. Jest podstawą tak potrzebnej integracji w zakresie różnych specjalizacji. ■

pytała
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Pod koniec kwietnia br. odbyła się piąta doroczna konferencja ordynatorów oddziałów wewnętrznych oraz kierowników klinik internistycznych z mazowieckich szpitali „Problemy interny na Mazowszu kwiecień 2014”.

Cienie i blaski interny

Małgorzata Skarbek

W spotkaniu, zorganizowanym przez dr. med. Marka Stopińskiego, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie interny, wzięli udział także: prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy, dr Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie, przedstawiciele władz wojewódzkich i samorządu terytorialnego. Spotkania internistów zawsze odbywają się w pięknym Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach koło Grodziska Mazowieckiego, w którym zgromadzony jest największy zbiór obrazów Józefa Chełmońskiego. Grodzisk obchodzi właśnie Rok Chełmońskiego.

Sytuacja interny od kilku lat jest dramatycznie zła i – niestety – nie zmienia się na lepsze, przynajmniej jeśli chodzi o szpitalne oddziały wewnętrzne. Nadal są nadmiernie obłożone, mają zbyt małą liczbę łóżek, a także lekarzy. W szpitalach powiatowych na niektórych oddziałach zatrudnieni na etacie są tylko ordynator i jego zastępca, a pozostali lekarze są w trakcie specjalizacji na rezydenturze.

Nic też się nie zmieniło w zakresie finansowania. Ponieważ świadczenia internistyczne są nisko wyceniane w kontraktach z NFZ, drastycznie niżej niż świadczenia wysokospecjalistyczne, dyrektorzy szpitali traktują je jak zło konieczne. Nadal pojawiają się zakusy na likwidację oddziałów interny lub ograniczanie liczby łóżek. Ostatnim tego przykładem była próba (na razie nieudana) zamknięcia interny w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. św. Anny przy ul. Barskiej w Warszawie. W tej sprawie zdecydowane stanowisko zajął konsultant wojewódzki dr. med. Marek Stopiński, który uważa, że likwidacja ta miałaby bardzo poważne konsekwencje. Wpłynęłaby bowiem na pogorszenie i tak trudnej sytuacji łóżkowej w szpitalach przy ul. Banacha i przy ul. Kasprzaka.

Pacjenci trafiający na internę często wymagają wielu badań diagnostycznych, niekiedy kierowani są tam tylko dlatego, że hospitalizacja po prostu przyspiesza wykonanie tych badań. W całej Polsce na internie leczy się chorych w wieku podeszłym i bardzo podeszłym, z wieloma schorzeniami, dla których brakuje miejsc na oddziałach paliatywnych, geriatrycznych, w zakładach opieki długoterminowej. Zarówno wykonywanie licznych badań, jak i leczenie wieloprofilowe sprawiają, że pacjenci tych oddziałów stają się bardziej „kosztowni”. W ostatnich latach wzrosła znacznie liczba pacjentów w bardzo podeszłym wieku – powyżej 80 lat. Na niektórych oddziałach stanowią ponad 20 proc. hospitalizowanych.

Specyfika Mazowsze polega na tym, że dramatycznie brakuje tu łóżek geriatrycznych (36 łóżek według rejestru podmiotów działalności leczniczej) i geriatrów, dlatego zjawisko hospitalizowania osób w podeszłym wieku, z wieloma chorobami, jest jeszcze bardziej nasilone. I to pogłębia trudną sytuację przyjmujących ich oddziałów.

W najbliższym czasie utworzone zostaną nowe łóżka internistyczne w szpitalach Bielańskim (około 15) i Czerniakowskim (około 18). Nie wiadomo jednak, czy NFZ zechce podpisać na nie kontrakty. Ignoruje bowiem starania innych szpitali: Wolskiego (około 20), Attisu (około 10) i szpitala przy ul. Szaserów (około 20), które chcą odtworzyć stracone łóżka internistyczne.

Na Mazowszu powinien być opracowany plan rozwoju opieki hospicyjnej i długoterminowej. Tworzenie tego typu łóżek powinno być priorytetem, ze względu



Dom Pracy Twórczej w Radziejowicach
– miejsce spotkań internistów

Fot. M. Skarbek

na wzrastającą liczbę chorych w bardzo podeszłym wieku i onkologicznych, wymagających opieki na oddziałach wewnętrznych, którzy nie mogą być leczeni w domu.

Bardzo poważnym problemem klinicznym, zgłoszonym przez ordynatorów, jest brak możliwości przenoszenia chorych do specjalistycznych ośrodków. Dyrektorzy wielu zadłużonych szpitali klinicznych, dbając o wynik finansowy, bronią się przed przenoszeniem „trudnych” chorych do ich placówek. W ostatnim roku część ordynatorów z ośrodków powiatowych spotkała się z odmową przyjęcia takich chorych przez szpitale o wyższym stopniu referencyjności.

Dr Marek Stopiński zwrócił uwagę na narastający problem biegunek zakaźnych, głównie spowodowanych infekcją *Clostridium difficile*. Wymaga on systemowego rozwiązania, bo przepełnienie oddziałów wewnętrznych nie sprzyja poprawnemu leczeniu. Problem jest obecnie powszechny, stwarza zagrożenie rozprzestrzenianiem się choroby. Należy stworzyć możliwości leczenia pacjentów na oddziałach zakaźnych, wydzielając łóżka lub pododdziały. Zapewniłoby to lepszą izolację chorych i zmniejszenie zapadalności na biegunkę.

W ostatnim czasie zmieniła się pozycja internistów w podstawowej opiece zdrowotnej – otrzymali takie same uprawnienia jak lekarze rodzinni. Ponadto prof. Jacek Imiela zabiega o kontraktowanie poradni internistycznych.

Zdaniem prof. Imieli priorytety w działalności konsultantów to m.in.: utrzymanie liczby łóżek wewnętrznych, dążenie do podniesienia wyceny procedur internistycznych, stworzenie programu opieki hospicyjnej i geriatrycznej, co odciążałoby oddziały chorób wewnętrznych. Trzeba także inwestować w leczenie ambulatoryjne, przedszpitalne, bo szpitalne jest najdroższe.

Wiele uwagi poświęcono nowemu systemowi kształcenia specjalizacyjnego, modułowego, który ma wejść w życie na jesieni roku bieżącego, ale ciągle nie jest dopracowany. Jego podstawą powinny być rezydentury dostosowane ilościowo do potrzeb publicznej służby zdrowia. Obecnie liczba rezydentur jest niewystarczająca, a część lekarzy rozpoczyna specjalizację w trybie pozarezydentenckim, w ramach umowy cywilnoprawnej (tzn. pozostają na oddziałach na wolontariacie). Takie rozwiązanie jest nieprawidłowe i nie powinno być stosowane. Zniechęca młodych lekarzy, nie otrzymują bowiem żadnego wynagrodzenia za pracę, a najzdolniejsi podejmują decyzję o wyjeździe zagranicę.

W przypadku wprowadzenia modułowego systemu kształcenia akredytację na szkolenie w zakresie interny będą mogły uzyskiwać nawet oddziały wąskospecjalistyczne, pod warunkiem, że hospitalizacje internistyczne będą stanowić co najmniej 20–30 proc. wszystkich przyjęć. Przydział miejsc specjalizacyjnych powinien być proporcjonalny do możliwości oddziału, a także liczby hospitalizacji.

Nie uzgodniono zmian ilościowych i jakościowych w programie modułu internistycznego. Prof. Imiela przekonuje, że moduł internistyczny, trwający trzy lata, powinien kończyć się egzaminem testowym, a nie tylko uzyskaniem podpisu kierownika specjalizacji. Prof. Ryszard Gellert z CMKP, koordynujący prace dotyczące nowego trybu kształcenia, powiedział, że nie ma jeszcze ostatecznej wersji programu modułu internistycznego zaakceptowanego przez MZ. Dobrym rozwiązaniem byłby jak najdłuższy staż lekarza na macierzystym oddziale wewnętrznym. Jego zdaniem nauka na oddziale, na którym się pracuje, da wiedzę i umiejętności praktyczne, „wojaże jej nie przydadzą”. Ponadto nowy system kształcenia nie jest zgodny z wytycznymi Ligi Lekarzy Europejskich w kwestii kształcenia w niektórych specjalizacjach, np. w endokrynologii. Pojawia się więc pytanie, jak będzie z honorowaniem uprawnień naszych lekarzy na Zachodzie?

Prezes A. Sawoni także odniósł się do problemów kształcenia podyplomowego. Izby lekarskie sprawują pieczę nad tym rodzajem szkolenia. Izba warszawska chce intensywniej włączyć się w owe działania, m.in. już organizuje kursy doskonalące, ale chciałaby także uczestniczyć w organizacji kursów specjalizacyjnych, np. ze zdrowia publicznego. Ma ku temu środki techniczne (zaplecze) oraz pieniądze. CMKP odnosi się do tego projektu pozytywnie. Dr Sawoni zaprosił także konsultantów do udziału w dyskusjach na tematy szczególnie ważne dla systemu ochrony zdrowia i środowiska, które warszawska Izba będzie organizować.

Jednym z punktów budzących gorącą dyskusję zebranych była kwestia kontroli szpitali przez NFZ. Zdaniem dyskutantów kontrole są prowadzone jedynie w celu wykazania nieprawidłowości w klasyfikowaniu chorób, udowodnienia, że procedury w ramach nadwykonań nie były realizowane w stanie zagrożenia życia. Dzięki temu NFZ uniknie płacenia za nie. Dyrektor Dariusz Hajdukiewicz zaproponował, aby bronią przeciwko takim działaniom stał się audyt kwestionowanych procedur, wykonany przez lekarzy wskazanych przez konsultantów. Audyt ten może być przed sądem kontrargumentem.

Biorący udział w konferencji prof. Wiesław W. Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha, powiedział, że w zasadzie kontrole są bezpodstawne. Szpital pracuje na zasadzie umowy, strony umowy nie mają prawa kontrolować się nawzajem. Jego zdaniem lepiej zadłużyć NFZ niż szpitale. Stwierdził też, że wykonywanie zawodu lekarza wymaga przede wszystkim odpowiedzialności, nie tylko wiedzy. A nasz system nie uczy odpowiedzialności, która wiąże się z miejscem, praktyką, stażem. Pacjent chce być leczony przez dobrego, odpowiedzialnego lekarza.

Drugi dzień konferencji poświęcony był otyłości. Ekspert z Instytutu Żywności i Żywienia: prof. Longina Kłosiewicz-Latoszek i dr med. Magdalena Białkowska, omówiły problem epidemiologii i leczenia otyłości. Dr hab. Wojciech Lisik przedstawił zasady leczenia bariatrycznego, prof. Tomasz Bednarczuk – zagadnienia otyłości w zespole Cushinga, dr hab. Tadeusz Przybyłowski – zaburzenia funkcji oddechowej w otyłości, a dr hab. Rafał Krenke – zasady leczenia tlenem. Dr Ewa Borek zaprezentowała zagadnienia społecznych kosztów leczenia otyłości i jej powikłań. Mec. Rafał Klimek omówił zagadnienie czasu pracy lekarza.

Do osiągnięć ostatniego roku w internie należy zaliczyć wprowadzenie trzyletniego modułu internistycznego w programie kształcenia, a także przyznanie internistom praw do samodzielnej pracy w POZ (w połączeniu z pediatrią). ■

Zakończ się w nowoczesnej radiologii

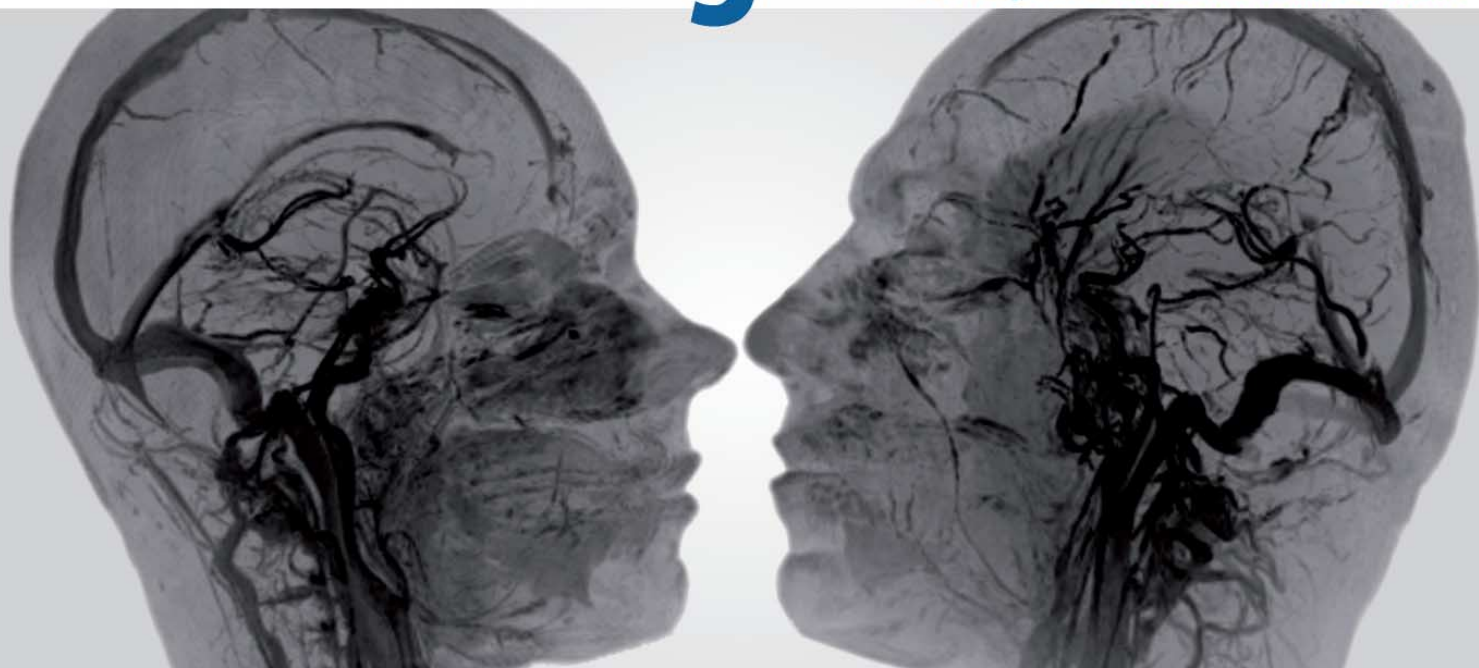


Europejskie
Centrum
Zdrowia
Otwock

telefon: 22 710 30 10

www.ecz-otwock.pl

3-TESLOWY REZONANS MAGNETYCZNY
128-RZĘDOWY TOMOGRAF KOMPUTEROWY

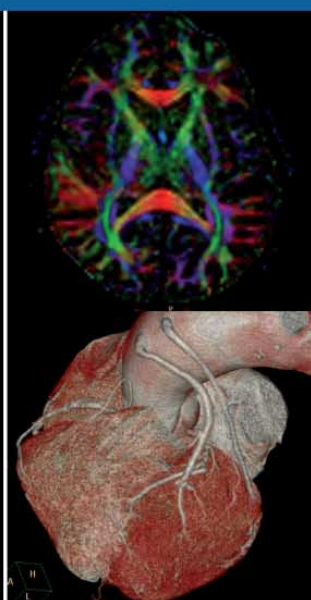
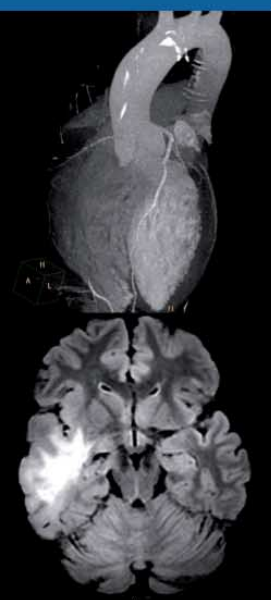


3T MR, 128-MSCT, 3D MG, cyfrowe RTG, USG, BIOPSJE

Zapraszamy do współpracy: oferujemy pełny zakres badań obrazowych.

Zarejestruj swoją praktykę pod adresem e-mail: puls@ecz-otwock.pl lub telefonicznie pod tel.: 22 710 30 10.

Uzyskasz specjalne, większe rabaty dla Ciebie i Twoich Pacjentów oraz wiele innych dodatkowych korzyści!



10% Kupon rabatowy

Diagnostyka Obrazowa

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

- Zadzwonić pod nr 22 710 33 33 i umówić się na badanie!
- Pamiętać, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

Kupon jest ważny do 30.09.2014 roku.



10% Kupon rabatowy

Diagnostyka Obrazowa

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

- Zadzwonić pod nr 22 710 33 33 i umówić się na badanie!
- Pamiętać, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

Kupon jest ważny do 30.09.2014 roku.



10% Kupon rabatowy

Diagnostyka Obrazowa

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

- Zadzwonić pod nr 22 710 33 33 i umówić się na badanie!
- Pamiętać, aby na badanie zabrać KUPON i dowód osobisty!

Kupon jest ważny do 30.09.2014 roku.

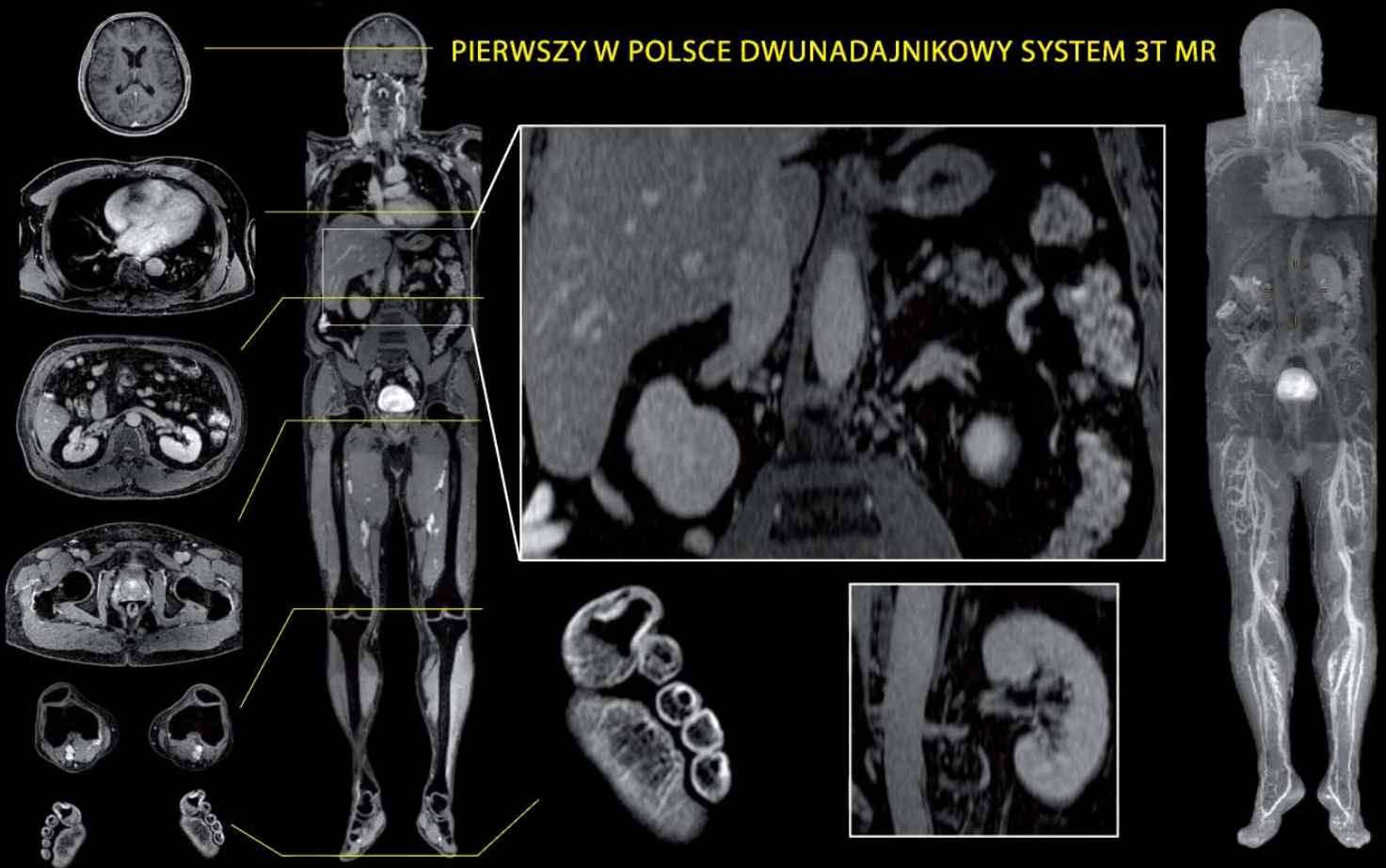


Specjalność: serce, piersi, prostata, 3T Total Body MR

Bezpłatne badania TK płuc - program badań przesiewowych

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

PIERWSZY W POLSCE DWUNADAJNIKOWY SYSTEM 3T MR



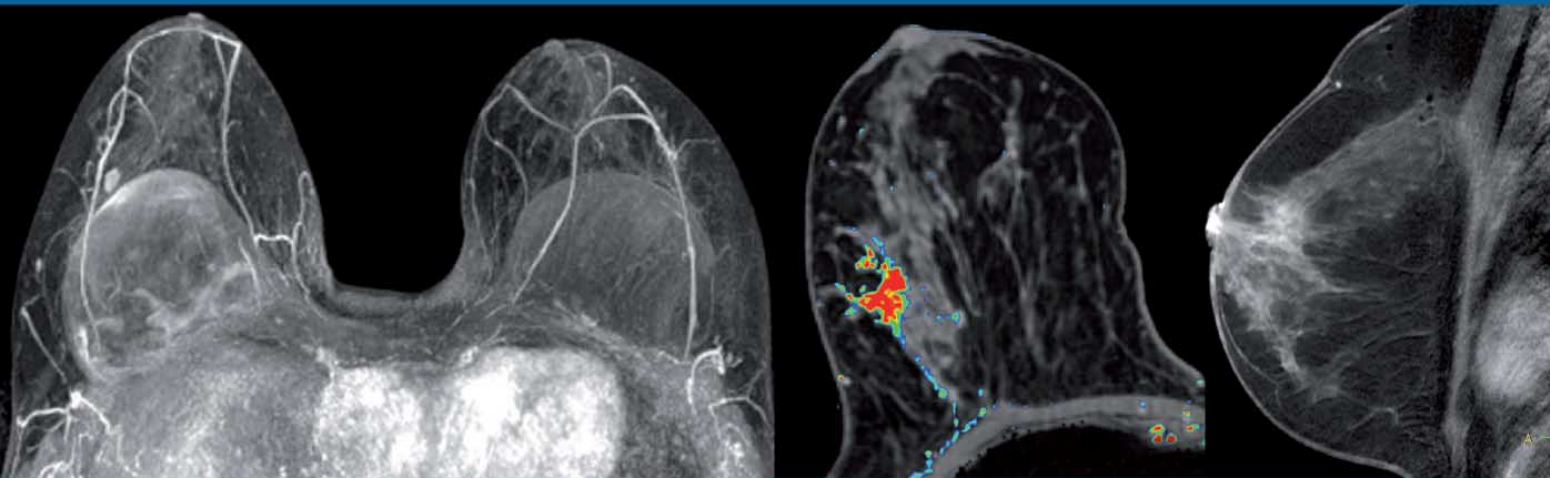
3T Total Body MR

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

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

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

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



3T MR Piersi

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

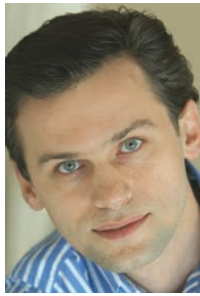
MR piersi to uzupełnienie innych badań diagnostycznych, wykluczenie wieloogniskowości przed operacją, kontrola wyników leczenia, kontrola w grupie ryzyka, kontrola piersi z implantami.

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



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

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



Paweł Walewski

Na ratunek

Fot. G. Press

Gdy na jednej z tras szybkiego ruchu zdarzył się karambol spowodowany zamgleniem, dyspozytorzy pogotowia też działali jak we mgle. Wzywali i odwoływali karetki, chaotycznie dzielili się strefami wpływów, zabrakło koordynatora akcji na miejscu. System ratownictwa jest tak skonstruowany, że powinien działać sprawnie, niezależnie od miejsca i warunków atmosferycznych. Ale nie pierwszy raz mieliśmy do czynienia z sytuacją, kiedy do katastrofy doszło na granicy powiatów i wszystko zaczęło się sypać. W sezonie wakacyjnym, wzmożonych wyjazdów oraz częstszych wezwań do wypadków, służby ratownicze muszą reagować perfekcyjnie. Niestety, raz po raz dowiadujemy się o źle przeprowadzonej akcji ratunkowej. Co nas czeka tego lata?

Jakiś czas temu, aby przeżyć zawał w Polsce, trzeba było go zaplanować o właściwej porze i we właściwym miejscu, by pomoc była skuteczna. Dziś całodobowe dyżury w ośrodkach, gdzie można udrożnić zatkaną tętnicę, są normą w całym kraju, a karetki pogotowia wyposażono nawet w modemy do przesyłania danych wprost na specjalistyczne oddziały. Mamy jeden z najlepiej działających w Europie systemów ratowania zawałowców, ale niech nikogo nie zmyli ten sielankowy obraz. W dużej mierze zawdzięczamy go Narodowemu Funduszowi Zdrowia, gotowemu płacić wysokie stawki za ratowanie życia tych chorych. A i tak często się zdarza, że karetka zamiast bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej wiezie pacjenta do najbliższej izby przyjęć, skąd dopiero po kilku godzinach przewożony jest we właściwe miejsce.

Sytuacja wygląda jeszcze gorzej, jeśli przyjrzeć się wyposażeniu niektórych SOR i rozmieszczeniu szpitali powiatowych, do których powinny jak najszybciej trafiać ofiary katastrof. Ratownictwo było przez pewien czas oczkiem w głowie władz lokalnych, ale gdy przycichły debaty wokół szczegółów ustawy, zapał do zmian wyparował. Wyparowały też pieniądze, które potrzebne są jak kropłówka podtrzymująca przy życiu omdlałego pacjenta. Słabym punktem systemu pozostaje w dalszym ciągu praca dyspozytorów stacji. Otrzymali w maju nowe algorytmy, mające ułatwić podejmowanie decyzji, ale czy starczy im wyobraźni, by wśród setek zgłoszeń znaleźć te najpilniejsze? Ministerstwo Zdrowia wciąż nie pokusiło się o rozsądną akcję społeczną, informującą, czym powinna być medycyna ratunkowa. Tylko w ten sposób można zmienić ludzkie przyzwyczajenia. Na razie na 1 mln 700 tys. zgłoszeń odebranych przez Centra Powiadamiania Ratunkowego było zaledwie 300 tys. wezwań do osób, które rzeczywiście potrzebowały pomocy. Reszta telefonów pod numer 112 była lekkomyślną zabawą. Reszta pomogą rozporządzenia, helikoptery ani ofiarni ratownicy, jeśli wzywającym brakować będzie wyobraźni i zdrowego rozsądku. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Marek Balicki

Zakończyły się konsultacje projektów pakietu kolejkowego ministra Arłukowicza. Nie wiadomo jeszcze, w jakim zakresie zostaną uwzględnione uwagi i propozycje zgłoszone przez partnerów społecznych. Wiadomo tylko, że zebrało się ich całkiem sporo.

Pisałem w kwietniowym „Pulsie”, w oczekiwaniu na propozycje konkretnych rozwiązań, że diabeł tkwi w szczegółach. Nie spodziewałem się wówczas, jak prorocze będą te słowa. Wprawdzie część rozwiązań została przez środowiska medyczne oceniona pozytywnie, ale zdecydowana większość spotkała się z krytyką, czasami druzgocącą. Wynika z niej, że utrzymanie najbardziej kontrowersyjnych propozycji może wręcz prowadzić do zaprzepaszczenia zakładanych celów pakietu.

Naczelna Rada Lekarska stwierdziła wprost, że pakiet kolejkowy nie umożliwi skrócenia kolejek, a proponowane rozwiązania nie przyniosą ulgi ani pacjentom, ani lekarzom, bo są niedoprecyzowane i niedofinansowane. Zagrożenia dostrzega również Polskie Towarzystwo Onkologiczne kierowane przez prof. Jassemę. Onkologów niepokoi mechanizm uprzywilejowania pacjentów z podejrzaniem nowotworu przez wyposażenie ich w tzw. kartę leczenia onkologicznego. Ich zdaniem może on rodzić wiele problemów, od konstytucyjnych przez finansowe aż do psychologicznych. Onkologom i lekarzom rodzinnym nie podoba się też pomysł nowych rozwiązań o charakterze kontrolnym i represyjnym w stosunku do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, związanych z wprowadzeniem karty. Dominują obawy, że taki sposób stygmatyzacji pacjentów nowotworowych może spowodować więcej szkód niż przynieść korzyści.

Najwięcej wątpliwości budzi sprawa finansowania. Dr Krzysztof Łanda, szef fundacji Wath Health Care, zwrócił uwagę, że zlikwidowanie kolejek tylko do najważniejszych świadczeń będzie kosztować 5 mld zł. Jego zdaniem reforma bez pieniędzy możliwa jest tylko na papierze. Tymczasem rząd nie przewidział żadnych dodatkowych środków.

Paradoksem jest, że wszyscy zgadzają się co do tego, że kolejki do lekarzy muszą być krótsze i onkologia powinna być jednym z priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Kontrowersje zaczynają się wtedy, gdy analizuje się szczegółowo propozycje Ministerstwa Zdrowia.

Jaka jest tego przyczyna? Powtórzenie po raz kolejny przez ministerstwo głównych błędów w procesie stanowienia prawa. Modelowo powinien on składać się z czterech etapów: analizy problemu, który ma być poddany regulacji, prac nad założeniami do ustawy, prac nad samym projektem aktu prawnego oraz badań skutków ustawy w dwa – trzy lata od wejścia jej w życie. Każdy etap powinien obejmować konsultacje społeczne. Tymczasem minister Arłukowicz znów poszedł na skróty i od razu przeszedł do projektu ustawy. Pominął dwie fazy poprzedzające i związane z nimi konsultacje, nie wykorzystując tym samym wielkiego potencjału środowisk medycznych. I rezultat mamy opłakany. Okazało się nie tylko, że diabeł tkwi w szczegółach, ale również, że co nagle, to po diable. Może więc warto zacząć prace nad pakietem kolejkowym od początku? ■

Ból trzeba leczyć

Z dr. n. med. **Jerzym Jarozem**, specjalistą w dziedzinach anestezjologii oraz medycyny paliatywnej, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Panie doktorze, dlaczego trzeba leczyć ból?

Zyjemy w epoce, kiedy cierpienie, zwłaszcza długotrwałe, nie jest akceptowane. Poza tym – z medycznego punktu widzenia – ból jest zjawiskiem najczęściej związanym z urazem lub chorobą i kiedy spełni swoją rolę fizjologiczną, czyli rolę ostrzegawczą, przestaje być potrzebny. Są sytuacje, w których jest wyjątkowo niekorzystny. Na przykład ból pooperacyjny utrudnia rekonwalescencję, gojenie, przez to, że nie można się ruszać, ogranicza aktywność, powoduje nadmierny wysiłek metaboliczny i tlenowy. Oczywiście najgorsza sytuacja (wtedy ból bezwzględnie musi być leczony) to dolegliwości przewlekłe. Wtedy ból zaczyna być chorobą i to dominującą w życiu pacjenta. Dla chorego głównym pragnieniem staje się pozbycie się bólu, który odbiera radość życia, a przecież dobra jakość życia w tym przypadku ma największe znaczenie. Typowym przykładem jest choroba nowotworowa i ból związany z nowotworem. Właśnie w onkologii, w chorobie nowotworowej, powstało pojęcie *total pain*, czyli ból całościowy, wszechogarniający. Opisuje ono wiele aspektów składających się na to, że chory żyje w bólu i cierpieniu. Są tu elementy bólu fizycznego, który uniemożliwia normalne funkcjonowanie czy pracę, a poza tym lęk, depresja, złość wynikające z braku pomocy i tego, że nie można się od bólu wyzwolić. Najlepszym tłumaczeniem na język polski byłoby: „ból totalitarny”.

Czy polscy lekarze chcą i potrafią leczyć ból?

Można zapytać, czy medycyna potrafi leczyć ból. I tak, i nie. Dysponujemy metodami, które pozwalają uśmierzyć ból i utrzymać go na jakimś poziomie kontroli, natomiast wyleczenie z bólu przewlekłego raczej nie jest możliwe, tak jak nie potrafimy wyleczyć wielu innych chorób przewlekłych. Mam na myśli takie choroby jak choroba niedokrwienna serca, cukrzyca lub różnego typu kalectwa. Jeśli ktoś nie ma nogi, nie jesteśmy w stanie tego wyleczyć, ale możemy złagodzić skutki kalectwa i przywrócić chorego do czynnego życia. Ból ostry potrafimy leczyć, bo umiemy go radykalnie uśmierzyć na jakiś czas, a potem i tak najczęściej samoistnie ustąpi. Mowa tu o bólu pourazowym, pooperacyjnym, bólu porodowym, bólu zęba itp. Do leczenia takich bólów mamy leki przeciwbólowe, stosujemy blokady. To metody związane z anestezją, czyli ze znieczuleniem, dzięki którym możemy całkowicie wyeliminować ból, odczekać aż przejdzie. W przypadku bólu przewlekłego sytuacja jest nieco inna. Uważam, że w większości bóle przewlekłe trzeba zaliczyć

Leczenie przeciwbólowe odzwierciedla stan mentalności społecznej, rozwoju cywilizacyjnego. Tylko państwa rozwinięte widzą słabych, natomiast w krajach mniej rozwiniętych panuje pogląd, że łatwiej takich chorych nie zauważać. Z kolei ci chorzy niezauważani – zajęci swoimi problemami – nie potrafią, nie mają siły wywalczyć swoich praw.

do chorób nieuleczalnych, z którymi chorzy muszą żyć, a naszą rolą jest pomoc, by życie z chorobą było możliwe najlepsze. Większość bólów przewlekłych ma charakter nawrotowy – przychodzą i po jakimś czasie odchodzą, np. bóle kręgosłupa. Bóle kręgosłupa są najczęstszymi bólami przewlekłymi, obok bólów głowy – głównie neuralgii, bólów migrenowych. Z chorobami tymi potrafimy sobie doradzić, ewentualnie zapobiegać nawrotom, nie lecząc jednak ich przyczyny.

Jak rozwój medycyny zmienił walkę z bólem – począwszy od metod radykalnych, operacyjnych, do takich, jakie są stosowane obecnie, czyli mniej inwazyjnych?

Przed laty duża część medycyny zabiegowej miała na celu leczenie bólu, chociażby operacje odnawiające narządy jamy brzusznej, operacje na rdzeniu kręgowym i mózgu. Niszczyło się ważne struktury anatomiczne, jakby nie biorąc pod uwagę skutków ubocznych, bo ból był problemem dominującym. Okazało się jednak, że te metody są nie tylko okaleczające, ale też nieskuteczne. U pacjentów po operacjach odnawiających dochodziło po pewnym czasie do powrotu dolegliwości lub powstania „nowych” bólów neuropatycznych. Ból neuropatyczny powstaje w wyniku uszkodzenia lub przecięcia nerwów. Przecięcie nerwów daje zatem dobry efekt doraźny. Efekt długofalowy jest jednak niekorzystny, bo układ nerwowy potrafi się adaptować do nowych sytuacji i wynajdować obejścia, które najczęściej powodują w późniejszym okresie jeszcze większe bóle niż przed operacją. Dlatego obecnie operacji przecięcia rdzenia czy nerwów i innych destrukcyjnych metod w leczeniu przeciwbólowym praktycznie się nie stosuje. Raczej wykorzystywane są metody stymulacyjne, czyli nie niszczy się struktur nerwowych, lecz raczej stosuje stymulację, wszczepiając elektrody w rdzeń kręgowy lub w struktury mózgu. Koncepcja leczenia przez destrukcję struktur układu nerwowego odeszła lub raczej znacznie się zmieniła, bo liczymy się z możliwościami adaptacyjnymi układu nerwowego, o których wcześniej mówiłem. Poza tym duże zabiegi operacyjne są trudne i obciążone licznymi powikłaniami. Obecnie w leczeniu bólu farmakoterapia zdominowała inne metody.

Jakie grupy leków są dziś preferowane?

Mamy erę opioidów, które były przez jakiś czas napiętnowane i w pewnym sensie ciągle jeszcze są.



Słusznie?

Zupełnie nieślusnie. Patrick Wall, jeden z najwybitniejszych badaczy fizjologii bólu, powiedział, że za najbardziej haniebny epizod w dziejach medycyny można uznać to, że lekarze dali się ponieść masowej histerii związanej z narkomanią i zapomnieli o korzyściach, jakie odnoszą chorzy z leczenia opioidami.

Do roku 1986 te same lub podobne leki, które wykorzystywano w leczeniu bólu, kojarzono ze zjawiskiem narkomanii, co miało niewątpliwie negatywny wpływ na stosowanie opioidów w leczeniu bólu. Dopiero rok 1986 przyniósł przełom w historii medycyny bólu, bo wtedy opublikowano instrukcję WHO: „Cancer pain relief”, wzywającą rządy i organizatorów służby zdrowia we wszystkich krajach świata do przywrócenia właściwego miejsca opioidom i do ich racjonalnego stosowania w leczeniu przeciwbólowym. Instrukcja zalecała stosowanie tej grupy leków w leczeniu bólów nowotworowych. Podobne zasady wkrótce przeniesiono do leczenia innych, nienowotworowych bólów przewlekłych, chociaż z pewnymi ograniczeniami. Nastąpił powrót do farmakoterapii, spowodowany nowym spojrzeniem na ból i na właściwości leków. Dzisiaj poziom leczenia przeciwbólowego w skali światowej mierzy się użyciem opioidów w danym kraju.

Jak to wygląda u nas?

Fatalnie. Kiedy mierzyliśmy zużycie opioidów w kraju *per capita*, liczby – nawet bardzo niskie – nie przemawiały

do wyobraźni i nie bardzo zdawaliśmy sobie sprawę jak jesteśmy zacofani. Ostatnio zaproponowano, aby oceniać rzeczywiste zużycie opioidów w odniesieniu do prawdopodobnych potrzeb. Zużycie leków jest na bieżąco monitorowane. Potrzeby można obliczyć na podstawie danych epidemiologicznych. Jeśli podzieli się ilość rzeczywiście zużytego w kraju leku przez liczbę chorych na nowotwory, z AIDS, z urazami, czyli takich, u których powinny być stosowane leki opioidowe, żeby skutecznie leczyć ból, to otrzymuje się pewien współczynnik. Można go nazwać „współczynnikiem adekwatności”. Współczynnik pozwala porównywać sposób stosowania opioidów w różnych krajach. Przyjęto, że prawidłową wartością, określoną jako 1, jest średnia z 20 najlepiej rozwiniętych krajów świata. Dla Polski współczynnik adekwatności wynosi 0,2. Oznacza to, że zużywamy 5 razy mniej opioidów niż powinniśmy. Co jeszcze gorsze, w ostatnim pięcioleciu obserwujemy dalszy spadek zużycia.

Z tego wynika, że jesteśmy w ogonie świata, a na pewno Europy. Czy przyczyną są bariery administracyjne i dość restrykcyjne przepisy dotyczące wydawania tego typu preparatów, czy może złe kształcenie lekarzy?

Wymieniła pani główne czynniki, które się rozpatruje, oceniając przyczyny występowania tzw. barier w stosowaniu leków opioidowych. W Polsce bariery administracyjnej praktycznie nie ma. Dostępność leków opioidowych, szczególnie dla najbardziej potrzebujących, jest wystarczająca. ►

Ból trzeba leczyć

▶ Nie ma także bariery finansowej, ale tylko dla chorych na nowotwory i kilka wybranych zespołów bólowych. Obowiązujące przepisy ciągle jeszcze stygmatyzują leki opioidowe. Wcześniej były to różowe recepty, teraz recepty nie są różowe, tylko białe, ale od razu rejestrowane – NFZ przede wszystkim kontroluje ordynację tych leków. W każdym razie stygmat leczenia opioidami istnieje. Może nie taki jak np. na Ukrainie, gdzie w zeszłym roku widziałem akcję „leki za kratami”, ale jednak istnieje. U nas nie ma krat, tylko sejfy do przechowywania...

I to blokuje lekarzy?

Tak, blokuje. Nawet jeśli są mentalnie przygotowani do stosowania opioidów. Samo dysponowanie taką receptą i bycie rozliczanym na specjalnych zasadach stawia na cenzurowanym, więc niektórzy lekarze nie chcą mieć takich recept i nie mają. Chociaż powinni, bo to moralny obowiązek.

W Polsce zatem o barierach administracyjnych trudno mówić, to byłaby przesada. Jest za to bariera psychologiczna. My to nazywamy opioidofobią albo opiofobią, lękiem przed stosowaniem leków opioidowych, przekonaniem, że opioidy są złem same w sobie, że pacjent zostanie narkomanem. Takie przekonanie istnieje. A także przekonanie, że opioidy są symbolem porażki leczenia, zwiastunem zbliżającej się śmierci...

Czy jest to także blokada dla pacjentów?

Tak, ale część chorych już domaga się opioidów. Bardzo dużo się zmieniło w świadomości pacjentów. Było wiele akcji propagujących ideę walki z bólem, więc nastawienie się zmienia. Mamy kontakty ze światem, Internet. Dopominanie się o leczenie przeciwbólne jest coraz powszechniejsze. Pacjenci już się nie wstydzą, jak jeszcze kilka lat temu, wiedzą, że im się coś należy i mają prawo upomnieć się u lekarza o właściwe leczenie.

Największą barierą w Polsce jest nadmierna fragmentaryzacja medycyny. Nikt się nie czuje odpowiedzialny za chorego, nie ma spojrzenia holistycznego na proces leczenia. Nie powinno być tak, że tylko specjalista onkolog lub specjalista medycyny paliatywnej potrafią i chcą walczyć z bólem. Na szczęście coraz częściej lekarze rodzinni przepisują opioidy, chociaż zbyt często jeszcze na wyraźne żądanie chorego.

Czy to oznacza, że lekarz rodzinny to wąskie gardło w leczeniu bólu?

Trochę tak, bo – jak mówiłem – nikt się nie czuje odpowiedzialny. Chory na raka przestaje być pacjentem swojego lekarza rodzinnego, jest „przesyłany” do onkologa, onkolog „wysyła” go do „paliatywnego”, by ten coś z tym bólem zrobił.

Czy na przykład lekarz rodzinny nie mógłby przepisać leku zaleconego przez onkologa?

Oczywiście, że mógłby i powinien. Jestem współautorem zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych w onkologii. Znajduje się w nich rozdział dotyczący leczenia bólów nowotworowych, z preambułą mówiącą, że każdy chory na raka ma prawo oczekiwać i domagać się prawidłowego leczenia bólów związanych z jego chorobą, należytej uwagi dla jego problemów i uzyskania leczenia objawowego od każdego leczącego go lekarza. Jest też powiedziane, że każdy lekarz ma obowiązek znać podstawowe zasady leczenia przeciwbólowego.

A zna? Wracamy do pytania, czy lekarze mają odpowiednią wiedzę?

W okresie studiów szkoleń jest za mało. I to jest błąd, bo nie chodzi tylko o pokazanie zasad drabiny terapeutycznej, w której są dwie czy trzy grupy leków.

Chodzi o pokazanie, że chorych trzeba leczyć nie tylko na te choroby, które powodują wystąpienie bólu, ale że trzeba leczyć przeciwbólno. Innymi słowy, nauczyć holistycznego, ukierunkowanego na chorego, a nie na chorobę podejścia do zawodu.

Takie są wymagania współczesnej medycyny i cywilizacji, w której żyjemy.

Czy leczenie bólu to umiejętność, czy specjalizacja? Gdzie na Mazowszu znajdują się poradnie leczenia bólu?

Leczenie bólu nie jest w Polsce specjalizacją ani nawet umiejętnością, a powinno być, bo wówczas lekarze byłby zainteresowani zdobyciem takiej umiejętności, takiego certyfikatu. Wiem, że samorząd lekarski optował za takim rozwiązaniem.

Na Mazowszu jest wiele poradni leczenia bólu. Najczęściej prowadzone są przez anestezjologów, neurologów, chirurgów. Wymienię tylko te najstarsze. Jako pierwsza powstała poradnia przeciwbólowa w szpitalu klinicznym WUM przy ul. Banacha, założona przez prof. Bohdana Kamińskiego i Macieja Borzęckiego. Długą historię ma poradnia w warszawskim Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej, założona przez mojego przyjaciela Macieja Hilgera. Muszę przypomnieć także poradnię w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. Roentgena. Ta poradnia, założona przeze mnie w 1986 r., była pierwszą poradnią leczenia bólu dla chorych na nowotwory. Była też „bazą medyczną” powstającego w latach 80. ruchu hospicyjnego w Warszawie. Tradycję poradni Centrum Onkologii staram się obecnie wskrzesić i kontynuować w poradni otwartej w Hospicjum Onkologicznym przy ul. Pileckiego. ■

” Dysponujemy metodami, które pozwalają uśmierzyć ból i utrzymać go na jakimś poziomie kontroli, natomiast wyleczenie z bólu przewlekłego raczej nie jest możliwe, tak jak nie potrafimy wyleczyć wielu innych chorób przewlekłych.

” Dla chorego głównym pragnieniem staje się pozbycie się bólu, który odbiera radość życia, a przecież dobra jakość życia w tym przypadku ma największe znaczenie.



Fot. P. Wierzbowski

Stanisław Karczewski
wicemarszałek Senatu RP

Przywrócić zaufanie do zawodu lekarza

Z przeprowadzonego i opublikowanego przez Reader's Digest badania European Trusted Brands wynika, że Polacy największym zaufaniem darzą zawody związane z ochroną życia i zdrowia. Jednak bardzo istotnie spadło zaufanie do lekarzy. Deklaruje je jedynie 57 proc. ankietowanych. Oznacza to, że prawie co drugi Polak nie ufa lekarzom. To bardzo słaby wynik w porównaniu ze średnią europejską, która sięga 81 proc. W Europie gorzej jest tylko w Rosji, gdzie wskaźnik ten wynosi 47 proc.

Dziś Polacy najbardziej ufają strażakom, pilotom samolotów cywilnych i pielęgniarkom. Dawniej to lekarze byli wysoko oceniani. Znajdowaliśmy się w czołówce zestawienia najlepiej postrzeganych zawodów. Niestety, przedstawiciele naszej profesji wyraźnie stracili w oczach Polaków.

Takie są fakty i trzeba się zastanowić, co jest przyczyną. Czy wina leży po stronie lekarzy, czy tkwi w zorganizowaniu systemu, czy może w doborze informacji przekazywanych przez media. To one nagłaśniają przypadki błędów lekarskich oraz nieodpowiedniego zachowania lekarzy. Często w prasie, telewizji i radiu przedstawia się wyjątkowe sytuacje z udziałem pijanych lekarzy. Ostatnio pediatra przyjmowała dzieci, ledwo trzymając się na nogach, w jej krwi stwierdzono 2,8 promila alkoholu. Głośny był też przypadek ginekologa, który nie przeprowadził w nocy cięcia cesarskiego. Co prawda do tej pory nie wyjaśniono, czy to było bezpośrednią przyczyną śmierci nienarodzonych bliźniaków. A może błąd tkwi w nauczaniu studentów medycyny? Liczy się wiedza i umiejętności, mniejszy nacisk kładzie się na etykę zawodową. Może powodem jest ciągła gonitwa, brak czasu, nadmiar dokumentacji, pracy papierkowej i przy komputerze, którą wykonuje się kosztem kontaktu z pacjentem? Często wydaje się, że ważniejsze jest badanie za pomocą skomplikowanych

urządzeń niż zwykle, fizykalne i rozmowa z pacjentem. Zanika również to, co było wielką wartością kształtowania naszego zawodu, relacja mistrz – uczeń. Brakuje możliwości przekazywania wiedzy i umiejętności rozmowy z pacjentem, kultury i odpowiedniej postawy. Z całą pewnością wyraźnie widać, że etos służby traci znaczenie na rzecz ekonomizacji wszystkiego, co związane z opieką zdrowotną. Wielu polityków i dziennikarzy błędnie twierdzi, że dobry szpital to ten, który nie ma długów, a nie ten, który skutecznie i dobrze leczy chorych.

Lekarz, jako osoba, która zgodnie ze składaną przysięgą Hipokratesa, ratuje życie zawsze, a nie zabija nigdy, był bardzo ceniony. Kiedy okazało się, że lekarze odchodzą od tego kanonu, kiedy zrobiło się głośno o eutanazji i aborcji, zaczęli być kojarzeni z tymi, którzy przykładają rękę do zabijania. Z niezrozumiałych powodów uznano, że tylko lekarz może wykonywać aborcje czy eutanazje. To stanowisko błędne i krzywdzące. Jeśli prawo jakiegoś kraju wyraża zgodę na eutanazję lub aborcję, to dlaczego ma je wykonywać lekarz? Lepiej, żeby decydenci pomyśleli o wykształceniu tanatologów, specjalistów w tej dziedzinie.

Bardzo ważnym zadaniem dla nas, lekarzy, ale również dla polityków, jest przywrócenie piękna naszego zawodu. Aby to piękno promieniowało na naszych pacjentów. Aby to pacjent był w centrum naszej uwagi. Ważna jest również aura wokół służby zdrowia. Musimy pokazywać nasze sukcesy i osiągnięcia, budować pozytywny wizerunek.

Po wakacjach zorganizuję w Senacie szeroką dyskusję na ten temat. Co zrobić, aby przywrócić dobrą opinię o naszym zawodzie?

Zbliża się okres urlopowy. Wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę udanego wakacyjnego wypoczynku, dużo słońca i pozytywnej energii. ■

s.karczewski@wp.pl ■ s.karczewskibiuro@wp.pl

www.stanislawkarczewski.pl ■ www.facebook.com/stanislawkarczewski



**WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY**

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie

<http://ckp.wum.edu.pl>

oraz w Dziekanacie Centrum
Kształcenia Podyplomowego,
ul. Żwirki i Wigury 61,
Budynek Rektoratu, pok. 509,
02-091 Warszawa
tel.: (22) 57 20 510;
(22) 57 20 519
telefaks: (22) 57 20 511;
e-mail: ckp@wum.edu.pl

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

Prowadzimy studia podyplomowe:

- medycyna estetyczna
- metodologia badań klinicznych
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- żywienie kliniczne
- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- analityka medyczna
- seksuologia kliniczna
- seksuologia sądowa
- edukacja seksualna
- pomoc psychologiczna w medycynie
- propedeutyka psychologii klinicznej
- zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia

- prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych
- menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych
- zarządzanie marketingiem medycznym
- prawo medyczne w ochronie zdrowia

W przygotowaniu:

- rehabilitacja ortopedyczna w urazach sportowych – program podstawowy
- rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych w praktyce – program zaawansowany
- medycyna stylu życia

REKLAMA



Dr n. praw. Janusz Jaroszyński
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr n. med., mgr farm. Zofia Specht-Szwoch
Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Recepty lekarskie

– zasady wystawiania

CZ. 3

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) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027).
- 3) Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2014 r., poz. 177).
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319).

Stan prawny na 9.05.2014 r.

1. Co powinna zawierać recepta na leki refundowane (Rp)?

Zgodnie z rozporządzeniem recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją, musi zawierać następujące dane:

1) dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, które obejmują:

- a) nazwę albo firmę wynikającą z umowy o wystawianie recept refundowanych, zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- b) adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano), a w przypadku lekarzy wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej,
- c) numer telefonu,
- d) identyfikator stanowiący dziewięć pierwszych cyfr numeru identyfikacyjnego REGON, właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli dotyczy;

2) 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,
- c) wiek – w przypadku pacjenta do lat 18, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL znajdującego się na recepcie,
- d) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy,
- e) numer poświadczenia – w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną,
- f) numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej,
- g) numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty Polaka;

3) identyfikator płatnika:

- a) 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” wpisywany jest w przypadku pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, albo
- c) wpisuje się symbol instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

4) dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych obejmują:

- a) nazwę lub nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) leku albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą, która pozwala jednoznacznie określić przepisany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny,
- b) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
- c) dawkę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej dawce,
- d) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego – jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej, a w przypadku leku aptecznego – jego nazwę zgodną z Farmakopeą Europejską lub innymi odpowiednimi farmakopeami uznawanymi w państwach członkowskich Unii Europejskiej;

Sposób dawkowania w przypadku przepisania:

- a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędne pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania, obliczone na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania,
- b) leku gotowego, dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera środek odurzający, substancję psychotropową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- c) leku recepturowego zawierającego środek odurzający, substancję psychotropową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii lub substancję zaliczoną do wykazu A substancji bardzo silnie działających, określoną w Farmakopei Polskiej;

Odpłatność – prawidłowe określenie poziomu odpłatności (zob. „Recepty lekarskie – zasady wystawiania”, część I, pyt. 1, 2, 3);

5) datę wystawienia recepty;

6) datę realizacji recepty „od dnia”, a jeżeli nie dotyczy, wpisuje się znak „X”;

7) dane dotyczące osoby uprawnionej:

- a) imię i nazwisko,
- b) numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej;

8) na receptce refundowanej zamieszcza się dodatkowo unikalny numer identyfikujący receptę, nadawany przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Podstawa prawna – §3 ust. 1 i ust. 4, §4 ust. 1 oraz §6 Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż wszystkie dane powinny zostać naniesione czytelnie, tj. za pomocą pieczętki, nadruku lub naklejki, która jest przymocowana do recepty w taki sposób, że uniemożliwia jej usunięcie bez zniszczenia druku recepty.

Podstawa prawna – §3 ust. 2 i ust. 3 Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept.

Jeżeli recepta jest wystawiona przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. c ustawy o refundacji, czyli – lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, dane osoby uprawnionej obejmują:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano),
- 3) numer telefonu,
- 4) dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, na który składają się:
 - a) dwie pierwsze cyfry o wartości „98”,
 - b) dwie następne cyfry będące identyfikatorem oddziału wojewódzkiego NFZ, który zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,
 - c) pięć pozostałych cyfr będących numerem ustalonym przez oddział wojewódzki NFZ.

Podstawa prawna – §4 ust. 2 Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept.

2. Czy w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta świadczeniobiorcy mogą sprawdzić, jakie recepty refundowane wystawił dla nich lekarz?

Tak. Pacjenci, którzy uzyskali dostęp do systemu ZIP, mogą po zalogowaniu się uzyskać wiele informacji dotyczących wystawionych dla nich recept refundowanych. Są to m.in.:

- a) data wystawienia/data realizacji,
- b) miejsce realizacji,

- c) lista leków (nazwa handlowa, postać, dawka, producent, opakowanie),
- d) opłata pacjenta,
- e) koszt refundacji.

W przypadku sprzeczności pacjenci mogą skorzystać z zakładki „**zgłoś nieprawidłowość**”. Na formularzu zgłoszeniowym mogą wpisać wszelkie informacje dotyczące zaistniałych niejasności, podając swoje imię i nazwisko, numer telefonu lub adres do korespondencji.

ZIP, czyli Zintegrowany Informator Pacjenta, to ogólnopolski serwis, który zarejestrowanym użytkownikom udostępnia historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia. Zawarte informacje obejmują okres od roku 2008 i są gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. ZIP składa się z dwóch części: ogólnodostępnej i widocznej tylko dla zarejestrowanych użytkowników. Korzystanie z portalu jest całkowicie bezpłatne.

Poza tym dzięki serwisowi zalogowany użytkownik ma szybki dostęp do informacji o swoim prawie do świadczeń zdrowotnych. Ma też wgląd do danych dotyczących jego leczenia, udzielonych mu świadczeń oraz przepisanych leków. Widoczna jest również informacja o kwotach, które zostały przekazane na sfinansowanie jego leczenia. Dokładniej mówiąc, sprawdzimy, gdzie od 2008 r. leczylimy się i ile zapłacić za to NFZ. Ponadto znajdziemy tutaj wykaz placówek, w których będziemy mogli skorzystać z bezpłatnego leczenia, dzięki zastosowaniu wyszukiwarki lekarzy i przychodni mających kontrakty z NFZ. Zintegrowany Informator Pacjenta pozwala nam śledzić, na jakim etapie jest złożony przez nas wniosek do sanatorium, a także gdzie i kiedy korzystaliśmy z leczenia uzdrowiskowego. Dostęp do systemu jest bezpłatny. Rodzice mogą również w ZIP zakładać konta dla swoich dzieci.

Obecnie z systemu mogą korzystać:

- 1) osoby ubezpieczone,
- 2) osoby nieubezpieczone uprawnione do świadczeń,
- 3) osoby nieubezpieczone, ale mające prawo do świadczeń w przeszłości,
- 4) osoby ubezpieczające się dobrowolnie.

Źródło: www.nfz.gov.pl, www.zip.nfz.gov.pl

3. Błędy najczęściej popełniane podczas wystawiania recept na podstawie raportów pokontrolnych NFZ.

Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia ustawowo zobligowane są do przeprowadzania kontroli w zakresie ordynacji lekarskiej. Poniżej przedstawiamy informację zbiorczą na temat najczęściej popełnianych błędów wynikających z niewłaściwego wystawiania recept czy też prowadzenia dokumentacji medycznej. Na podstawie wyników kontroli, udostępnionych na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia, można zauważyć, że w wielu postępowaniach nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w zakresie ordynacji lekarskiej, w pozostałych przypadkach ich wynik był negatywny lub pozytywny ze wskazaniem nieprawidłowości lub uchybień.

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- 1) wystawiania recept niezgodnie z przepisami obowiązującymi w okresie kontroli:
 - a) nieuzasadniona ordynacja leków,
 - b) przepisywanie leków refundowanych niezgodnie z uprawnieniami dodatkowymi pacjentów,

- c) wystawianie recept z nieoznaczonym poziomem odpłatności (w przypadku, gdy lek występuje w wykazach leków refundowanych w co najmniej dwóch odpłatnościach) lub wystawianie recept z błędnym poziomem odpłatności,
- d) ordynacja leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- e) ordynacja leków refundowanych poza wskazaniami określonymi w ChPL (w przypadku, gdy wskazania do refundacji odnoszą się do wskazań rejestracyjnych leku),
- f) przekroczenie maksymalnej dobowej dawki leku nieodnotowane w dokumentacji medycznej,
- g) wystawianie przez lekarzy stomatologów recept na własny numer PESEL, na leki służące do zaopatrzenia gabinetu (iniekcje znieczulające),
- h) wystawienie recept na leki refundowane w ilościach przekraczających 3-miesięczne stosowanie,
- i) wystawianie recept pacjentom w trakcie hospitalizacji na oddziałach szpitalnych,
- j) ordynowanie leków pacjentom po dacie zgonu,
- k) wystawianie recept z adnotacją „*Pro familia*” osobie nieuprawnionej,
- l) wystawianie recept „*in blanco*” oraz udostępnianie ich osobom trzecim;

2) nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej

- a) niezgodność danych na receptach z dokumentacją medyczną,
- b) brak diagnozy, rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego, urazu, których lek dotyczy – brak potwierdzenia zasadności ordynacji leków,
- c) brak w dokumentacji medycznej dowodu choroby przewlekłej, na którą przepisano lek na wystawionej receptce,
- d) brak wpisów lub nieczytelne wpisy w dokumentacji medycznej dotyczące porady ambulatoryjnej, wywiadu lekarskiego, wyników badań diagnostycznych, zaordynowanych leków oraz wystawionych recept,
- e) brak adnotacji o ilości przepisanych leków, sposobie dawkowania,
- f) braki formalne w dokumentacji medycznej (np. brak numeracji stron oraz danych identyfikujących pacjenta, brak autoryzacji poprawek, brak oznaczenia podmiotu leczniczego itp.),
- g) brak danych z wywiadu lekarskiego,
- h) brak daty porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej zgodnej z datą wystawionej recepty,
- i) brak opisu stanu zdrowia;

3) braku dokumentacji medycznej;

- 4) wystawiania recept na drukach posiadających numery przyznane innym lekarzom;
- 5) wystawiania recept opatrzonych pieczęcią nagłówekową świadczeniodawcy i pieczęcią imienną lekarza, który nie był zatrudniony u świadczeniodawcy w chwili wystawienia recepty;
- 6) ordynowania pacjentom leków refundowanych na receptach z uprawnieniem IB, mimo że leczeni pacjenci tych uprawnień nie posiadali.

Źródło: www.nfz.gov.pl

Wszelkie pytania bądź wątpliwości dotyczące recept prosimy kierować pod adresem e-mail: recepty@oilwaw.org.pl. Postaramy się w miarę możliwości na wszystkie udzielić wyczerpujących odpowiedzi. ■

Elektroniczna dokumentacja medyczna

– MZ (wciąż) pracuje nad zmianami

Ministerstwo Zdrowia nie porzuciło planów zmiany terminu wejścia w życie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej – zapewnia rzecznik resortu Krzysztof Bąk. Jeśli nowelizacji przepisów nie będzie, obowiązek taki zostanie wprowadzony 1 sierpnia 2014 r., resort zdrowia zapewnia jednak, że termin ten zostanie przesunięty o co najmniej dwa lata.

Tematowi elektronicznej dokumentacji medycznej „Puls” poświęcił już niejeden artykuł. Na początku roku, na podstawie opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia założeń do nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz odpowiedzi biura prasowego resortu na pytania „Pulsu”, podaliśmy, że trwają prace nad zmianą przepisów.

20 maja br. rzecznik Ministerstwa Zdrowia Krzysztof Bąk poinformował, że „projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw” został przyjęty przez Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji i przekazany do rozpatrzenia przez Komitet Stały Rady Ministrów.

„Przedmiotowy projekt zakłada przesunięcie terminu obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej na 1 sierpnia 2017 r. Natomiast



Rys. K. Rosiecki

proponowany termin obowiązku wystawiania recepty jedynie w postaci elektronicznej – przypada na 1 sierpnia 2016 r. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie okresu przejściowego dla wystawiania w postaci papierowej recept refundowanych »pro auctore« i »pro familia« od 1 sierpnia 2016 r. do 1 stycznia 2020 r.» – czytamy w piśmie przekazanym „Pulsowi”.

Powodem wciąż planowanej zmiany przepisów jest „ogromna skala przedsięwzięcia, jakim jest wprowadzenie obowiązku prowadzenia wyłącznie elektronicznej dokumentacji medycznej”.

W polskim porządku prawnym rządowy projekt ustawy lub jej zmiany muszą przejść w toku prac legislacyjnych etapy konsultacji wewnętrznych założeń do tego projektu, samego projektu, a później konsultacji zewnętrznych. Następnie zostaje przekazany do parlamentu, gdzie musi być przegłosowany przez obie izby: Sejm i Senat. Ustawa wchodzi w życie po podpisaniu przez prezydenta. Licząc od 20 maja, czyli daty powstania niniejszego tekstu, na wszystkie wymienione etapy prac legislacyjnych, które powinny się zakończyć 1 sierpnia, zostały dwa miesiące i 10 dni. ■

Justyna Wojteczek

DO WYNAJĘCIA OD ZARAZ!

Idealne miejsce na przychodnię w Piasecznie!

- » 260 m², przy ul. Pawiej,
- » ponad 15 000 mieszkańców w promieniu 250 metrów
- » lokal spełnia wszystkie normy wymagane od placówki medycznej
- » do niedawna stacja dializ

Kontakt:  p.siwiec@prestige.pl  507 042 713

Prestige®

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 25 kwietnia 2014 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie po zapoznaniu się z projektem z 7 kwietnia 2014 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw zajmuje następujące stanowisko:

Okręgowa Rada Lekarska podziela przedstawione w uzasadnieniu projektu ustawy deklaracje autorów projektu ustawy odnośnie do konieczności poprawy dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, a zwłaszcza:

- poprawy standardu opieki nad pacjentami onkologicznymi,
- poprawy zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz zarządzania procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- poprawy funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednakże proponowane zmiany ustawowe, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi, należy ocenić bardzo krytycznie jako niedostatecznie przemyślane.

W szczególności negatywnie ocenić należy propozycje dotyczące niżej wymienionych przepisów nowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

1) Ad art. 20 ust. 13

Z art. 20 ust. 12 projektowanej ustawy wynika, że pacjenci, co do których powstało podejrzenie, że wystąpiły u nich zmiany wskazujące do rozwój złośliwego nowotworu, wpisywani będą w kolejności zgłoszeń na listę oczekujących na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne.

Ta zasada ulega korekcie w ust. 13 tegoż artykułu polegającej na tym, że pacjenci umieszczani będą na liście oczekujących z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- 1) stanu zdrowia,
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby nowotworowej,
- 3) chorób współistniejących, mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie,
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Projekt nie daje jednak żadnej odpowiedzi na pytanie, kto będzie uprawniony do oceny tych kryteriów i na jakich zasadach, czyli kto będzie uprawniony do ustawiania pacjentów w kolejce do zabiegów diagnostycznych bądź terapeutycznych.

2) Ad art. 23 ust. 1

Projektowany przepis przewiduje, że świadczeniodawca zobowiązany będzie do przekazywania co miesiąc właściwemu oddziałowi NFZ informacji o prowadzonych listach pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego z wymienieniem ich imion i nazwisk oraz numerów

PESEL. Powstaje pytanie, w jakim celu oddziały wojewódzkie NFZ zbierać będą co miesiąc imienne informacje o działkach czy setkach tysięcy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, czy niewystarczające byłyby jedynie dotyczące tych pacjentów zbiorcze informacje liczbowe?

3) Ad art. 32a

Projektowany przepis generalnie dotyczy procedury wystawiania karty leczenia onkologicznego. Artykuł ten jest jednym z najważniejszych w całej ustawie nowelizacyjnej, dlatego wymaga szczególnie starannej analizy.

W artykule tym w ust. 4 i następnych używa się zupełnie nowych terminów, jak „indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów” i „minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów”. Terminy te w myśl ust. 13 mają być zdefiniowane w rozporządzeniu wykonawczym, do którego wydania ma być zobowiązany minister zdrowia. Ponieważ minister zdrowia, z naruszeniem zasad prawidłowej legislacji, nie przedstawił projektu tego rozporządzenia jako załącznika do projektu ustawy, brak jest obecnie możliwości odniesienia się do tych terminów, kluczowych dla oceny prawidłowości proponowanych rozwiązań legislacyjnych.

Oceniając dostępny tekst projektu ustawy, szczególnie uwagę zwrócić należy na uregulowanie przewidziane w ust. 4 art. 32a, z którego wynika, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wydawać karty leczenia onkologicznego, jeżeli określony dla niego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów jest co najmniej równy minimalnemu wskaźnikowi rozpoznawania nowotworów. Nasuwa się natychmiast pytanie, dlaczego ta regulacja ma dotyczyć wyłącznie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast nie mają jej podlegać lekarze specjaliści (oczywiście z wyłączeniem specjalistów z zakresu onkologii)?

W myśl ust. 5 art. 32a oddział wojewódzki NFZ jest zobowiązany informować lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – z którym łączy go umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych – o ustaleniu indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów. W przypadku, jeżeli lekarz POZ nie osiągnie tego wskaźnika, będzie pozbawiony uprawnień do wystawiania kart leczenia onkologicznego oraz zobowiązany do odbycia szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów. Szkolenie takie będzie mógł prowadzić każdy podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Projektowany przepis przewiduje, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wydawać karty leczenia onkologicznego, jeżeli określony dla niego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów jest co najmniej równy minimalnemu wskaźnikowi rozpoznawania nowotworów. Projekt ustawy nie daje jednak odpowiedzi, jakie działania powinien podjąć lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który nie jest uprawniony do wydawania karty leczenia onkologicznego, jeżeli nasunie mu się podejrzenie, że u badanego pacjenta występuje choroba nowotworowa.

Przy założeniu, że każdy lekarz zajmujący się diagnozowaniem i leczeniem pacjentów powinien posiadać odpowiednią wiedzę w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, przyjęcie, że każdy podmiot uprawniony do kształcenia podyplomowego lekarzy będzie mógł prowadzić takie szkolenia, jest nie do zaakceptowania. Realizacja

cja tego rozwiązania prawnego doprowadziłaby bowiem do kształcenia lekarzy POZ w tym zakresie według różnych programów, przez różne okresy i wykładowców o różnych kwalifikacjach. Takie rozwiązanie jest oczywiście nie do przyjęcia.

Postulować zatem należy, aby kształcenie wszystkich lekarzy POZ w zakresie wiedzy i umiejętności wczesnego wykrywania nowotworów odbywało się według jednolitych zasad dotyczących programu, czasu trwania szkolenia i kwalifikacji wykładowców, ustalonych rozporządzeniem ministra zdrowia. Dalszym postulatem jest, aby szkolenie to odbywało się na koszt NFZ.

W ust. 10 art. 32a projektuje się, aby karty leczenia onkologicznego oznaczane były unikalnymi numerami identyfikacyjnymi. Nasuwa się pytanie, skoro projekt ustawy nie przewiduje prowadzenia jednolitego rejestru tych kart, w jakim celu mają być oznaczane unikalnymi numerami?

4) Już wstępna analiza projektowanych rozwiązań prawnych, zawartych m.in. w art. 32a, prowadzi zatem nieuchronnie do wniosku, że minister zdrowia zamierza usprawniać system opieki zdrowotnej poprzez jego dalszą biurokratyzację – co nie może uzyskać akceptacji środowiska lekarskiego.

Jest rzeczą oczywistą, że wprowadzenie projektowanych w ustawie uregulowań dotyczących szczególnych zasad i trybu postępowania z pacjentami, co do których istnieje podejrzenie wystąpienia u nich choroby nowotworowej, nieuchronnie pogorszy możliwości diagnozowania i leczenia pozostałych grup chorych – jednakże odnośnie do tej problematyki uzasadnienie projektu ustawy milczy.

5) Jest także sprawą oczywistą, że wprowadzenie w życie projektowanego programu w zakresie diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych wymaga określonych nakładów finansowych. Do projektu ustawy nie zostały dołączone żadne prognozy kosztów realizacji tego programu.

Brak przedstawienia kosztów realizacji programu prowadzi do wniosku, że nadesłany dokument lokuje się w kategorii populistycznych obietnic przedwyborczych, natomiast nie jest przemyślanym projektem aktu normatywnego, spełniającym wymogi stawiane takiemu dokumentowi.

Powyższe uzasadnia postulat, aby minister zdrowia przedstawił do oceny projekt ustawy spełniającej obowiązujące wymogi legislacyjne, gdyż tylko taki projekt może być poddany analizie.

6) Ad rozdział 1b Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Negatywnie ocenić należy zawartą w projekcie ustawy propozycję przyznania prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia szerokich kompetencji w zakresie kształtowania Rady do spraw Taryfikacji i odwoływania jej członków.

Sprawy taryfikacji świadczeń zdrowotnych powinny być całkowicie oddzielone od Narodowego Funduszu Zdrowia, który jako płatnik świadczeń jest zainteresowany minimalizacją stawek za poszczególne procedury.

Ponadto, ponieważ działalność agencji ma być całkowicie finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowić to będzie kolejny instrument uzależnienia agencji od kierownictwa Narodowego Funduszu Zdrowia.

7) Ad art. 102

Wbrew składanym wielokrotnie przez decydentów deklaracjom o politycznej woli decentralizacji zarządzania państwem projekt ustawy przeniknięty jest tendencją do centralizacji decyzji dotyczących systemu opieki zdrowotnej w organie ministra właściwego do spraw zdrowia.

Z tego powodu negatywnie ocenić należy odebranie prezesowi Rady Ministrów upoważnienia do powoływania i odwoływania prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazanie tych uprawnień ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Również negatywnie ocenić należy zawartą w projekcie ustawy propozycję pozbawienia sejmików wojewódzkich uprawnień do powoływania i odwoływania członków rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazanie tego uprawnienia prezesowi NFZ.

Przypomnieć należy, że prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który to zakład jest organizacją podobną do NFZ, powołuje prezes Rady Ministrów. Również prezes Rady Ministrów powołuje i odwołuje członków Rady Nadzorczej ZUS, do której uprawnień należy powoływanie i odwoływanie pozostałych członków Zarządu ZUS (por. art. 73–75 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jt. DzU z 2008 r., nr 205, poz. 1585 z późn. zm.).

Z punktu widzenia ładu organizacyjnego, jaki powinien obowiązywać w organach administracji państwowej, ta różnorodność uregulowań w zakresie powoływania naczelných organów Narodowego Funduszu Zdrowia i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest niezrozumiała.

UCHWAŁA NR 54/R-VII/14 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 28 MARCA 2014 r.

w sprawie powołania mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz na podstawie §4 pkt 49 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – tekst jednolity, stanowiącego załącznik do uchwały nr 5/Z/VI XXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 15 maja 2010 r. w sprawie Regulaminu Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, uchwala się, co następuje:

§1

Na stanowisko mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie powołuje się kol. **Krzysztofa Bieleckiego**.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 55/R-VII/14 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 28 MARCA 2014 r.

w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 25 pkt 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz na podstawie §4 pkt 48 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – tekst jednolity, stanowiącego załącznik do uchwały nr 5/Z/VI XXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 15 maja 2010 r. w sprawie Regulaminu Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, uchwala się, co następuje:

§1

Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w głosowaniu tajnym powołuje się kol. **Andrzeja Kuźawczyka**.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 56/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 MARCA 2014 r.**

***w sprawie Regulaminu Organizacyjnego
Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza***

Na podstawie art. 25 pkt 10 w związku z art. 34 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§1

1. Zatwierdza się zmianę Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Przyjmuje się tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, o treści stanowiącej załącznik do niniejszej uchwały.
3. Regulamin, o którym mowa w ust. 2, wchodzi w życie z dniem przyjęcia.

§2

Tracą moc uchwały:

- nr 3/R-VI/12 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 20 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (zm. uchwałą 512/R-VI/12 z 19 października 2012 r.),
- nr 50/R-VI/12 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 19 października 2012 r. w sprawie utworzenia Kancelarii ds. Rejestracji i Przetwarzania Informacji Niejawnych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik dostępny na stronie www.warszawa.oi.org.pl lub w sekretariacie biura Izby.

**UCHWAŁA NR 58/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 MARCA 2014 r.**

***w sprawie powołania przewodniczącego
i Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie na okres kadencji 2013–2017***

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §27 ust. 6 i 8 Regulaminu Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie uchwala się, co następuje:

§1

1. Powołuje się kol. **Martę Starczewską** na stanowisko przewodniczącego Komisji ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na okres kadencji 2013–2017.

2. Powołuje się Komisję ds. Warunków Zatrudnienia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 w następującym składzie:

kol. Ewa Gojan, kol. Łukasz Jankowski, kol. Maciej Jędrzejowski, kol. Elżbieta Latoszek, kol. Dorota Mazurek, kol. Monika Potocka, kol. Małgorzata Zarachowicz.

§2

Zobowiązuje się komisję do ukonstytuowania swojego prezydium na pierwszym posiedzeniu po przyjęciu jej składu przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.

§3

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

1) przygotowywanie opracowań dotyczących sposobów zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów, praktyk związanych z nadużyciami w zakresie ich zatrudnienia i wynagradzania, obecnie obowiązującej ochrony ich praw, w szczególności w zakresie praw pracowniczych,

2) przygotowywanie propozycji zmian legislacyjnych dotyczących sposobów zatrudnienia i wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów oraz przedstawianie ich Okręgowej Radzie Lekarskiej,

3) przygotowywanie propozycji zmian legislacyjnych dotyczących ochrony praw lekarzy i lekarzy dentystów oraz przedstawianie ich Okręgowej Radzie Lekarskiej,

4) występowanie z wnioskami do Okręgowej Rady Lekarskiej o zajęcie się sprawami dotyczącymi sposobów zatrudnienia i wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów, jak też ochrona ich praw oraz przygotowywanie projektów uchwał Okręgowej Rady Lekarskiej w tym zakresie,

5) współpraca z innymi komisjami Okręgowej Rady Lekarskiej i Rzecznikiem Praw Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej.

2. Komisja realizuje zadania określone w ust.1 poprzez:

1) przygotowywanie opracowań i raportów, a w szczególności opracowanie raportu obejmującego zestawienie praw i obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów, wynikających z przepisów prawa, z uwzględnieniem ostatnich zmian legislacyjnych (w szczególności wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej),

2) przygotowywanie projektów zmian w prawie dotyczących sposobu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów oraz ochrony ich praw na rzecz Okręgowej Rady Lekarskiej,

3) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących sposobu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów oraz ochrony ich praw na rzecz Okręgowej Rady Lekarskiej,

4) inicjowanie spotkań z osobami kompetentnymi i decyzyjnymi w zakresie wprowadzania zmian zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów oraz ochrony ich praw, przy udziale prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 59/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 MARCA 2014 r.**

***w sprawie powołania przewodniczącego
i Komisji Współpracy z Zagranicą Okręgowej Rady
Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017***

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §27 ust. 4 i 8 Regulaminu Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie uchwala się, co następuje:

§1

1. Powołuje się kol. **Krzysztofa Schreyera** na stanowisko przewodniczącego Komisji Współpracy z Zagranicą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na okres kadencji 2013–2017.

2. Powołuje się Komisję Współpracy z Zagranicą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 w następującym składzie:

1. kol. Krzysztof Makuch – wiceprzewodniczący,
2. kol. Stanisław Ancyparowicz,
3. kol. Filip Dąbrowski,
4. kol. Leszek Huzior,
5. kol. Marta Klimkowska-Misiak,
6. kol. Krzysztof Królikowski,
7. kol. Wojciech Krzyżanowski,
8. kol. Andrzej Misiak,
9. kol. Roman Olszewski,
10. kol. Janina Ostojka,
11. kol. Dariusz Paluszek,
12. kol. Tadeusz Pawlikowski,
13. kol. Emilia Tarasiuk,
14. kol. Maria Wysocka-Bąkowska.

§2

Regulamin Komisji Współpracy z Zagranicą Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 60/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 28 MARCA 2014 r.

w sprawie zatwierdzenia zmian w Statucie Fundacji „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej, KRS 0000250527, zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego (zwanej dalej: „Fundacją”), stanowiącym załącznik do uchwały nr 17/R-III/96 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 czerwca 1996 r.

§1

1. Na podstawie §13 ust. 1 pkt 10 w związku z przepisami §25 Statutu Fundacji Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zatwierdza uchwałę nr 2/2014 z 26 marca 2014 r. Rady Fundacji w sprawie zmiany w Statucie Fundacji „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej, KRS 0000250527, zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.

2. Uchwała, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§2

1. Upoważnia się prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej do podpisania tekstu jednolitego Statutu Fundacji.

2. Tekst jednolity Statutu stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik dostępny w sekretariacie biura Izby.

UCHWAŁA NR 64/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 25 kwietnia 2014 r.

w sprawie zasad kierowania lekarzy, lekarzy dentyistów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Na podstawie art. 15 ust. 6a, w związku z ust. 3d, 3f, 4 i 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 2011 r. nr 277, poz. 1634 z późn. zm.), art. 4–6 ustawy z 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (tj. DzU z 2006 r. nr 139, poz. 993 z późn. zm.), §4 i §17 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (DzU z 2014 r., poz. 474) i zarządzenia nr 314/12 z 15 listopada 2012 r. marszałka województwa mazowieckiego w sprawie ustalenia listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, w tym stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego lekarza i lekarza dentyisty (z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się następujące ogólne kryteria kierowania lekarzy i lekarzy dentyistów do odbycia stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentyisty na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanego dalej „stażem”, w podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu podyplomowego i zawierania umowy o pracę w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisanym na listę marszałka województwa mazowieckiego podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza, lekarza dentyisty, zwanym dalej „uprawnionym podmiotem”:

1) uzyskanie przez lekarza lub lekarza dentyistę, zwanego dalej „lekarzem stażystą”, ograniczonego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów;

2) posiadanie przez lekarza stażystę stałego miejsca zamieszkania, potwierdzonego zameldowaniem na pobyt stały, zwanego dalej „zameldowaniem”, na obszarze powiatu województwa mazowieckiego, objętego obszarem działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanego dalej „odpowiednim powiatem”;

3) średnia ocena ukończenia studiów ustalona – z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku – przez wyższą szkołę medyczną, której lekarz jest absolwentem, zwana dalej „średnią”;

4) maksymalna liczba lekarzy stażystów, którzy mogą jednocześnie odbywać staż w uprawnionym podmiocie, zwana dalej „miejscami stażowymi”, ustalona przez marszałka województwa mazowieckiego w porozumieniu z Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – na wniosek Komisji ds. Stażu Podyplomowego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zwanej dalej „Komisją”, w oparciu o ocenę merytoryczną, dotyczącą możliwości realizacji w jednym czasie programu stażu podyplomowego w uprawnionym podmiocie przez określoną liczbę stażystów;

5) zameldowanie, na obszarze odpowiedniego powiatu jako podstawa do skierowania lekarza stażysty w pierwszej kolejności do odbycia stażu podyplomowego w przypisanym powiatowi uprawnionym podmiocie. Wykaz powiatów i przypisanych im podmiotów stanowi załącznik nr 1;

6) wskazanie przez lekarza stażystę, w kolejności rozpatrywania, trzech preferowanych uprawnionych podmiotów, jako miejsca odbywania stażu.

§2

1. Lekarz stażysta może uzyskać **rekomendację** do odbywania stażu w określonym uprawnionym podmiocie. Podstawą do uznania rekomendacji jest:

1) przewidywany i udokumentowany udział lekarza stażysty w **pracach badawczych w dziedzinie nauk medycznych**, w okresie odbywania stażu w określonym podmiocie, potwierdzony przez kierownika projektu badawczego lub kierownika jednostki w przypadku, w którym lekarz lub lekarz dentyista jest kierownikiem projektu badawczego;

2) autorstwo bądź współautorstwo studenta **publikacji naukowej**, opublikowanej w czasopiśmie punktowanym przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego, potwierdzone kserokopią publikacji;

3) **opinia zawodowa**, wystawiona studentowi przez kierownika studenckiego koła naukowego, w dziedzinie medycyny objętej programem stażu cząstkowego, dotycząca zaangażowania w działalność studenckiego koła naukowego, obejmująca udokumentowane wygłoszone lub opublikowane prace naukowe oraz uczestnictwo w szkoleniach, w ramach działalności koła w klinikach lub zakładach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, stanowiących jednostki organizacyjne uprawnionego podmiotu;

4) **opinia zawodowa** wystawiona studentowi przez kierownika kliniki lub ordynatora (kierownika) oddziału objętego programem stażu cząstkowego, stanowiącego jednostkę organizacyjną uprawnionego podmiotu, dotycząca zaangażowania w działalność kliniki lub oddziału;

5) **opinia wystawiona lekarzowi dentyście stażysty** przez lekarza dentyistę prowadzącego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub **ordynatora stażu** w uprawnionym podmiocie, określająca warunki współpracy w ramach realizacji programu stażu w tym podmiocie.

2. Uznanie jednej z wymienionych w ust. 1 rekomendacji skutkuje przyznaniem lekarzowi stażysty określonej poniżej następującej liczby punktów, o które zwiększa się wartość uzyskanej przez niego średniej:

pkt 1) – 0,5 pkt, pkt 2) – 0,5 pkt, pkt 3) – 0,2 pkt, pkt 4) – 0,1 pkt, pkt 5) – 0,5 pkt.

3. **Rekomendacja stanowi dodatkowe kryterium**, zgodnie z punktacją ustaloną w ust. 2, uwzględniane przy kierowaniu lekarza stażysty do preferowanego przez niego uprawnionego podmiotu.

§3

1. Ustala się następujące szczegółowe kryteria kolejności kierowania lekarzy do odbywania stażu rozpoczynającego się corocznie 1 października lub 1 marca:

1) w pierwszej kolejności do odbywania stażu w preferowanych uprawnionych podmiotach kieruje się kolejno lekarzy stażystów, którzy uzyskali średnią 4,50–5,00, niezależnie od terminu i odpowiedniego powiatu zameldowania;

2) a) w drugiej kolejności do odbywania stażu w preferowanych uprawnionych podmiotach kieruje się lekarzy stażystów, którzy uzyskali średnią 4,49–3,00, w ramach pozostałych wolnych miejsc stażowych w tych podmiotach, zameldowanych na obszarze odpowiedniego powiatu nie później niż w terminie do 30 czerwca roku ukończenia studiów medycznych, kolejno zgodnie z uzyskaną punktacją, po doliczeniu do średniej punktów uzyskanych w wyniku uznania rekomendacji, z zastrzeżeniem pkt b);

b) lekarzy stażystów, którzy zgodnie z zasadami określonymi w pkt a) nie uzyskali możliwości odbywania stażu w żadnym z preferowanych przez nich podmiotów, kieruje się kolejno, zgodnie z uzyskaną punktacją, bez uwzględniania rekomendacji, o której mowa w §2 ust. 1 pkt 3–5, do uprawnionego podmiotu posiadającego wolne miejsca stażowe, odpowiedniego powiatu lub do innego – uwzględniając warunki dojazdu albo możliwość zakwaterowania;

3) w dalszej kolejności do odbywania stażu kieruje się lekarzy stażystów zameldowanych na obszarze odpowiedniego powiatu po terminie wymienionym w pkt 2, kolejno do preferowanych przez nich uprawnionych podmiotów lub innych w ramach pozostałych wolnych miejsc stażowych i zgodnie z zasadami określonymi w pkt 2;

4) w ostatniej kolejności do odbywania stażu kieruje się lekarzy stażystów w ramach pozostałych wolnych miejsc stażowych w uprawnionych podmiotach, którzy uzyskali średnią poniżej 3,0.

§4

W uzasadnionych przypadkach, w których istotną rolę odgrywają inne, udokumentowane zdarzenia dotyczące stałego miejsca zamieszkania, warunkujące skierowanie lekarza do odbycia stażu na zasadach innych niż określone w §2–3, lekarz stażysta, na swój wniosek, może zostać skierowany do odbycia stażu w uprawnionym podmiocie ustalonym z pominięciem ww. kryteriów.

§5

Lekarzy cudzoziemców, niebędących obywatelami państw członkowskich UE, którzy uzyskali zgodę ministra zdrowia na odbywanie stażu podyplomowego na podstawie przepisów o podejmowaniu i odbywaniu studiów, uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi, kieruje się do odbywania stażu do uprawnionego podmiotu wskazanego przez Ministerstwo Zdrowia: Centralnego Szpitala Klinicznego WUM w Warszawie przy ul. Banacha 1a lub Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie przy ul. Lindleya 4, w ramach miejsc stażowych w liczbie ustalonej przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie w porozumieniu z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Minister zdrowia może wskazać inny uprawniony podmiot posiadający wolne miejsca stażowe – w porozumieniu z kierownikiem tego podmiotu i Okręgową Radą Lekarską w Warszawie.

§6

1. Lekarz stażysta w celu uzyskania skierowania na staż na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie składa „Wniosek o skierowanie na staż podyplomowy lekarza/lekarza dentysty” wraz z załącznikami do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie odpowiednio w terminie do 30 lipca lub 31 stycznia. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

2. Komisja ds. Stażu Podyplomowego po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, występuje do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o skierowanie lekarza stażysty do odbycia stażu podyplomowego w określonym uprawnionym podmiocie, uwzględniając kryteria, o których mowa w §1–4, oraz zasady określone w §5.

3. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na wniosek Komisji, w drodze uchwały, kieruje lekarzy stażystów do odbywania stażu na obszarze działania Izby.

4. Lekarzowi stażysty przysługuje odwołanie od uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie za pośrednictwem Komisji, w terminie 10 dni od dnia opublikowania uchwały na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Izby.

5. Prezydium, uwzględniając stanowisko Komisji w sprawie odwołania, w drodze zmiany uchwały, o której mowa w ust. 4, a także uwzględniając maksymalną liczbę miejsc stażowych w określonym uprawnionym podmiocie, kieruje lekarza stażystę do uprawnionego podmiotu wskazanego w odwołaniu lub do innego, umożliwiającego lekarzowi odbycie stażu podyplomowego, albo odmawia zmiany uchwały.

§7

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej publikuje corocznie w terminie do 30 września i do 28 lutego na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie listę lekarzy stażystów skierowanych do odbycia stażu w uprawnionych podmiotach oraz wprowadzane zmiany.

§8

Lista podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty i zawierania umów o pracę w celu odbycia stażu, wpisanych na listę marszałka województwa mazowieckiego z określoną maksymalną liczbą lekarzy stażystów, którzy mogą jednocześnie odbywać staż w tych podmiotach, jest publikowana na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§9

Traci moc uchwała nr 553/R-IV/05 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 kwietnia 2005 r. w sprawie ustalenia kryterium kolejności kierowania lekarzy, lekarzy dentystów do odbycia stażu podyplomowego na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§10

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik dostępny na stronie www.warszawa.oil.org.pl, w sekretariacie biura Izby lub w Komisji ds. Stażu Podyplomowego.

prezes ORL Andrzej Sawoni,
sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek

PEŁNOMOCNICY



Pełnomocnik
ds. Zdrowia Lekarzy
Bohdan Woronowicz
dyżury w siedzibie Izby:
środy – 11.00–14.00
tel.: 602-670-722,
22-542-83-08
e-mail:
b.woronowicz@oilwaw.org.pl



Rzecznik
Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
dyżury w siedzibie Izby:
wtorki – 10.00– 12.00
tel.: 784-98-65-57.
Zastępcy:
w czwartki – 10.00– 12.00
(po umówieniu)
tel. 22-542-83-08



Mediator
Krzysztof Bielecki
dyżury w siedzibie Izby:
poniedziałki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
e-mail:
prof.bielecki@gmail.com

Wspólny sekretariat, pracownik biura Maja Świerczewska-Chrzęszcz, tel.: 22-542-83-08

Kampania OIL w Warszawie

„O powód zapytaj Marszałka...”

Na Mazowszu podlegli Marszałkowi Struzikowi dyrektorzy zadłużonych szpitali co roku dostają nagrody po ponad 30 tys. zł, wypłacane z pieniędzy szpitali na leczenie. O powód zapytaj Marszałka, „W wyniku niekompetentnego zarządzania tym szpitalem, tomograf komputerowy wart 7 mln zł przez trzy miesiące stał nieużywany. O powód zapytaj Marszałka Struzika” – bannery z taką m.in. treścią zostały w maju br. ustawione przed kilkoma szpitalami wojewódzkimi – w Warszawie, Siedlcach, Radomiu i Ciechanowie.

Była to kampania społeczna zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Miała na celu zachęcenie mieszkańców Mazowsza do podjęcia próby uzyskania informacji o rzeczywistych przyczynach ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej i niewydolności systemu ochrony zdrowia.

Na bannerach został podany numer telefonu komórkowego marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika, który m.in. jest odpowiedzialny za stan opieki zdrowotnej w naszym regionie. Izba w ten sposób zachęca obywateli do zadawania pytań politykom, których zadaniem jest dbanie o ochronę zdrowia na Mazowszu. Impulsem do rozpoczęcia akcji było skrajnie jednostronne przedstawianie opinii publicznej przyczyn złej sytuacji pacjentów.

Dzięki kampanii OIL chce dotrzeć do obywateli z przesłaniem, że to nie lekarze ponoszą odpowiedzialność za fatalny stan opieki zdrowotnej.

Istotne jest to, że informacje przedstawione na bannerach oraz nóżkach mobilnych dotyczyły konkretnych sytuacji w konkretnych placówkach. Na przykład podana na początku artykułu informacja dotycząca nieużywania tomografu przez trzy miesiące została zamieszczona przed szpitalem chirurgiczno-urazowym przy ul. Barskiej w Warszawie i dotyczy pierwszego półrocza 2014 r. „2012 rok. Dług tego szpitala to ponad 26 000 000 zł. Nagroda roczna dyrektora – ponad 34 000 zł – wypłacona z pieniędzy na leczenie chorych” – można było przeczytać przed Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Radomiu.

Mamy nadzieję, że kampania zrywa z przypisaną środowisku lekarskiemu rolę medialnego chłopca do bicia i jest sygnałem, że samorząd lekarski potrafi dać odpór krzywdzącej dla lekarzy narracji uprawianej przez władzę.

Do momentu oddania tego numeru „Pulsu” do druku reakcją marszałka Struzika na kampanię było wystąpienie do OIL o podanie dokładnych kosztów akcji. O akcji informowały media ogólnopolskie i lokalne.

Zdjęcia i informacje o kampanii znajdują się na stronie www.warszawa.oil.org.pl oraz na profilu FB Izby.

Pytania i sugestie dotyczące akcji proszę skierować pod adresem: julian.wrobel@oilwaw.org.pl ■

Julian Wróbel,
wiceprezes ORL w Warszawie



Fotografie: archiwum OIL



Przed szpitalem przy ul. Barskiej w Warszawie



Przed Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym w Radomiu Sp. z o.o.



Przed szpitalem przy ul. Barskiej w Warszawie



Przed szpitalem w Siedlcach



Fot. archiwum

Z mediatorem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie prof. Krzysztofem Bieleckim rozmawia Justyna Wojteczek.

Boję się Pana Boga i rozlanego zapalenia otrzewnej

Jak pan sobie wyobraża mediowanie między stronami?

Będę się starał negocjować zgodnie z procedurą, a co najważniejsze – mam багаż doświadczeń wynikający z mojej 52-letniej pracy lekarza. W książce o negocjacjach i mediacjach wyczytałem, że konflikt przypomina spotkanie na wąskiej drodze dwóch ciężarówek z dynamitem. Która się ma wycofać? I jak? Bo jeśli żadna, to dojdzie do katastrofy. To trudne sprawy. Mam nadzieję, że pomoże mi w ich rozwiązywaniu moje doświadczenie lekarza, który poznał smak zarówno sukcesów, jak i porażek.

Pewnie trafić do pana będą – jako do mediatora – także sprawy konfliktów między lekarzami.

Zacznę wtedy od przyrzeczenia lekarskiego. I będę uważnie słuchał obu stron, ale najpierw oddzielnie. Muszę być obiektywny aż do bólu. Będę próbował wybadać, jakie priorytety mają strony. Być może trzeba będzie dokonać konfrontacji. Niekiedy trzeba też będzie upublicznić konflikt dla dobra jego rozwiązania. Myślę, że przyda się tu moje doświadczenie jako chirurga, bo chirurg musi dostosować swoje działanie do tego, co zastaje w jamie brzusznej w przypadku ostrej choroby kłóregoś z narządów.

Znany jest pan z odważnych deklaracji...

Pewnie dlatego, że w życiu boję się tylko Pana Boga i rozlanego zapalenia otrzewnej u chorego. Przez lata pracy miałem i sukcesy, i niepowodzenia. Nauczyłem się zarówno pokory, jak i dystansu do tego, co robię, a chirurgia jest moim życiem.

Czy lekarz to po prostu zawód?

Nie – to jest powołanie i służba. Zgadzam się z takim powiedzeniem: „medycyny można się nauczyć, ale lekarzem trzeba się urodzić”. Uważam, że podczas egzaminów na medycynę powinno się sprawdzać nie tylko wiedzę kandydata, ale i jego cechy osobowości oraz predyspozycje do tego powołania.

Trudno zresztą nazwać coś zawodem w sytuacji, gdy wykonuje się go przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu i 12 miesięcy w roku. Nie mogę przejść obok człowieka na ulicy, który właśnie potrzebuje mojej pomocy. Nawet kiedy odpoczywam, odbieram telefon od pacjenta lub jego rodziny. Czy mogę wtedy powiedzieć, że w tej chwili przestałem być lekarzem?

Publicznie przyznał się pan do przegranej z pacjentem sprawy.

Przez lata pracy pozbyłem się nabożeństwa do własnej osoby. Wiem, że wielu lekarzy nie dożywa momentu tej pokory, a sukces zawodowy i finansowy traktują jak uzyskanie prawa do poczucia wyższości. Tak nie jest. Powinniśmy być dobrymi ludźmi. Tak, jak powtarzał Władysław Biegański – nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem. Lekarz powinien być apostołem ufności, a nie zwątpienia.

Oprócz sukcesów miałem też niepowodzenia. Nie boję się przyznać do porażki. Niedawno zdarzyło mi się powikłanie. Poszedłem do pacjenta i powiedziałem mu: – *Stało się coś, co nie powinno się zdarzyć. Nie chciałem tego zrobić. Postaram się uczynić wszystko, aby naprawić niepowodzenie.*

Jak to przyjęła?

Zrozumiał. Jestem z nim w stałym kontakcie, staram się mu pomóc. Powikłania się zdarzają. Nie można wtedy pacjenta zostawić samego. Lekarz powinien umieć przeproszać. Szpitale są ubezpieczone, my jesteśmy ubezpieczeni. Nie chodzi o to, żeby lekarza dodatkowo karać, bo samo powikłanie jest zawsze karą. Ale pacjent cierpi, więc naszym obowiązkiem jest naprawienie szkody i zadośćuczynienie za to dodatkowe cierpienie. Moim zdaniem lekarza można karać jedynie za brak dostatecznej staranności w tym, co robi. Współodczuwanie i wiedza jest gwarantem powodzenia lekarza. Chciałbym, aby jak najmniej spraw związanych z konfliktami między lekarzami trafiało do mnie jako mediatora. Dbajmy o godność stanu lekarskiego. Dbajmy o godność naszych chorych. Spróbujmy mniej wymagać od świata, a więcej od siebie. ■



Lekarzy mamy dobrych, tylko niektórych gubi bezmyślność

Przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie jest pan po raz pierwszy, ale nowicjuszem w sądzie pan nie jest.

To już moja czwarta kadencja, czyli w sądzie pracuję ponad 12 lat.

Jak to się stało, że został pan sędzią w sądzie lekarskim?

Kiedyś miałem dużą potrzebę działalności społecznej. Życie trochę zmodyfikowało te społecznikowskie zapędy, ale w sądzie pozostałem. Kiedy w szpitalu, w którym pracowałem, wybrano mnie na delegata na zjazd lekarzy, co uznałem za bardzo duże wyróżnienie i zobowiązanie, spotkałem kolegę, który mnie zachęcił do zgłoszenia się do sądu. Zostałem wybrany i odtąd pracuję w sądzie lekarskim, czego nie żałuję.

Pamięta pan pierwszą sprawę, w której pan uczestniczył jako sędzia?

Pierwszej nie, ale jedną z pierwszych tak. Zapadła mi w pamięć, bo jest dobrym przykładem na to, co gubi lekarzy. Niekoniecznie jest to brak wiedzy, częściej bezmyślność i pazerność.

Co to była za sprawa?

Lekarka pracowała w przychodni i jako pacjent zgłosił się do niej syn, który na stałe mieszkał w Stanach Zjednoczonych. Pani doktor wystawiła mu dwa rachunki, które wskazywały,

Fot. W. Surowiecki

Z przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie Romanem Jasińskim rozmawia Justyna Wojteczek.

Prof. Krzysztof Bielecki został wybrany na funkcję mediatora OIL w Warszawie. Jest chirurgiem ogólnym oraz specjalistą chirurgii onkologicznej. Tę drugą specjalizację uzyskał w 72. roku życia, po złożeniu egzaminu państwowego. Jest członkiem chóru OIL w Warszawie „Medicantus” i chóru Surma – śpiewa basem. Jest miłośnikiem Czarnej Hańczy i Buska Zdroju.

MEDIACJA

Na mocy art. 113 ustawy o izbach lekarskich w czasie postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej albo – w czasie postępowania przed sądem – sąd lekarski może z inicjatywy stron lub za ich zgodą skierować sprawę do mediacji między pokrzywdzonym a obwinionym. Mediacja nie może trwać dłużej niż dwa miesiące. Czasu tego nie wlicza się do czasu postępowania wyjaśniającego. Mediację prowadzi wybrany na okres jednej kadencji przez okręgową radę lekarską mediator – lekarz godny zaufania. Mediatorem nie może być członek sądu lekarskiego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej ani jego zastępca. Po przeprowadzeniu mediacji mediator sporządza sprawozdanie z jej przebiegu i wyników,

które dołącza się do akt sprawy. Szczegółowe zasady działania mediatora określają przepisy art. 23a ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (DzU nr 89, poz. 555 ze zm.) oraz rozporządzenie ministra sprawiedliwości w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych z 13 czerwca 2003 r. (DzU nr 108, poz. 1020). Na ich mocy mediator:

1. otrzymuje informacje z akt sprawy „jedynie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego”,
2. niezwłocznie po otrzymaniu postanowienia o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego nawiązuje kontakt z pokrzywdzonym i obwinionym, ustala termin i miejsce spotkania z każdym z nich,
3. przeprowadza z pokrzywdzonym i obwinionym indywidualne spotkanie i informuje ich o istocie i zasadach postępowania mediacyjnego oraz przysługujących im uprawnieniach,
4. przeprowadza spotkanie mediacyjne obu stron,
5. pomaga w sporządzeniu ewentualnej ugody,
6. sporządza sprawozdanie z przebiegu postępowania mediacyjnego oraz jego wyników.

jw

► że była mu udzielana pomoc medyczna w Polsce. Pierwszy rachunek za pięć wizyt – każda 200 dolarów, a drugi za podanie leków podczas wizyty w postaci wlewu kroplowego – każde 200 dolarów, przy czym urządzenie do wlewu kosztowało 1,50 zł, podobnie jak płyn fizjologiczny. W sumie wystawione na drukach przychodni rachunki opiewały na 2000 dolarów. Zostały przez pacjenta przedstawione w USA ubezpieczycielowi, który zwrócił pacjentowi koszty leczenia poza granicami kraju, ale do Polski, do kierownika przychodni, przesłał zapytanie o szczegóły zachorowania i udzielonej pomocy. W tym momencie wydało się, że do kasy żadne przychody z tytułu leczenia tego pacjenta nie wpłynęły. Oczywiście wybuchła awantura i sprawa została skierowana przez kierownika przychodni do naszego sądu. Pani doktor ignorowała wszystkie nasze wezwania na rozprawę. W efekcie została surowo ukarana, bo było to zawieszenie prawa wykonywania zawodu.

Chyba teraz inne sprawy wpływają? Czy zmieniają się postawy lekarzy?

Zacznę od tego, że według mnie 90 proc. lekarzy uczciwie wykonuje swoją pracę. Jest jednak niewielka liczba lekarzy, którzy pod względem wiedzy zatrzymali się na etapie studiów, albo kwestia pieniędzy przesłania im istotę zawodu, albo wykazują się bezmyślnością. To niewielka grupa, ale jest. To się nie zmienia.

Niedawno wpłynęła sprawa lekarza, który świadczył usługi w placówce prywatnej z kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pobierał od pacjentów pieniądze, ale też za to samo świadczenie pobierane były pieniądze od Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak widać, podobny mechanizm, co opisany wcześniej.

Zaobserwować można natomiast zmianę postawy pacjentów. Na pewno wzrosła ich roszczeniowość. Po części winię za to media, które nadmiernie eksponują różne sytuacje, nie wgłębiając się w istotę sprawy. Każde potknięcie, błąd czy powikłanie są wytykane jako potworne przestępstwo, a w okolicy szpitali wywieszają się ogłoszenia zachęcające pacjentów do składania roszczeń i uzyskiwania odszkodowania. Jednocześnie system opieki zdrowotnej jest fatalnie zorganizowany i niewydolny. Czy pacjenci mają rację? Nie zawsze. Często niesłusznie za chorobę obwiniają lekarza. A lekarz cudotwórcą jednak nie jest.

Tymczasem powszechnie sądzi się, że sądy lekarskie kryją lekarzy.

Nie podzielam tego przekonania. Przez lata pracy nie zauważyłem, by sprawy były zamiatane pod dywan. W gronie sędziów możemy mieć wątpliwości lub toczyć spory na temat wymiaru kary, ale nie pamiętam, byśmy się nie zgodzili w zakresie „winny” czy „niewinny”. Trzeba też pamiętać, że wyrok nigdy nie zapada jednoosobowo, bo skład sędziowski to trzech lekarzy. Zdradzę, że narady przed wydaniem wyroku są czasem bardzo żywiołowe.

Jak pan ocenia wyroki, jakie zapadają w sądzie? Surowe, łagodne?

Przed wszystkim uważam, że sąd lekarski jest obiektywny. Do tej pory wydawało mi się, że jest też w miarę łagodny, ale w obecnej kadencji, która rozpoczęła się raptem kilka miesięcy temu, zapadły dwa bardzo surowe wyroki, skutkujące zawieszeniem prawa wykonywania zawodu. Patrząc na przekrój spraw, jakie wpłynęły, mam wrażenie, że nie będą jedynymi tak surowymi w tej kadencji.

Często utyskuje się na przewlekłość postępowania. To wciąż jest problem?

Z pewnością jest lepiej, choć jeszcze nie dobrze. Mamy już niemal połowę 2014 r., a jest kilka spraw, które rozpoczęły się jeszcze w 2013. Zależy mi na tym, by sprawa, która trafia do sądu, była rozpatrzona w ciągu dwóch miesięcy i zakończona.

Chciałbym podkreślić, że długotrwałość postępowania ma wiele przyczyn i niedużo zależy od przewodniczącego sądu. Mogę próbować wpłynąć na członków sądu, by rozprawy odbywały się nie tylko w czwartki, ale i w poniedziałki. To oczywiście trudne, ponieważ koledzy prowadzą przecież normalne życie zawodowe. Sprawę komplikuje fakt, że od niedawna, wskutek zmienionej prawa, sąd w trzyosobowym składzie musi rozpatrywać także sprawy z odwołania od decyzji rzecznika odpowiedzialności zawodowej. I te sprawy również tworzą kolejkę. Prosiłem jednak kolegów o zaangażowanie i spotkało się to z przychylnością. Rozpraw mamy więcej, dlatego myślę, że jest szansa, że zamkniemy ten rok bez zaległości.

Duży problem, z jakim boryka się sąd, to opinie biegłych. Czasem znalezienie biegłego, który podejmie się wystawienia opinii, trwa kilka miesięcy, a potem trzeba jeszcze czekać na tę opinię. My po prostu biegłych nie mamy. Nie wszystkie specjalności są w sądzie reprezentowane, a nie wszyscy lekarze o bardzo wysokich kompetencjach są skłonni wydać nam opinię jako biegli, tym bardziej że to wąskie środowisko i nie każdy chce brać na siebie taki problem, jak wydanie opinii lekarzowi ze swojego środowiska.

Może rozwiązaniem byłoby ustalenie, że opinie dotyczące obwinionego lekarza wydają biegli z innej izby lekarskiej?

Być może, ale to nie wszystko. Przydałby się system, w którym profesor, który jest szefem dużej kliniki czy konsultantem wojewódzkim, miałby obowiązek wystawienia opinii albo wskazania kompetentnego lekarza, który to zrobi.

Inny czynnik wpływający na długotrwałość postępowania to nieobecności. Nie sugeruję tu, że zdarzają się nieusprawiedliwione nieobecności. Mówię o sytuacjach losowych, takich jak choroba. Nieobecność jednej osoby powoduje, że trzeba ustalić inny termin, który należy zgrać z rozkładem zajęć kilku czynnych zawodowo osób. Praca w sądzie to nie jest podstawowe zajęcie sędziów, skrzykniecie wszystkich na jedną godzinę jest naprawdę dużym problemem logistycznym.

Jakie jeszcze plany ma pan na tę kadencję?

Pierwszy punkt to przyspieszenie pracy sądu, by odbywała się na bieżąco, o czym już mówiłem. Drugi – to podniesienie kwalifikacji prawnych sędziów. Każdy z nas jest lekarzem, ale żaden nie jest prawnikiem. Tymczasem coraz częściej na rozprawy strony przychodzą w towarzystwie adwokatów, którzy potrafią wykorzystać kruczki proceduralne, by na przykład grać na przedawnienie. Sąd wprawdzie prowadzi rozprawę w towarzystwie zawodowego prawnika, ale to nie wystarcza. Poza tym prawo się zmienia nieustannie i konieczne jest pewne uporządkowanie wiedzy w tym zakresie.

Niedługo zatem odbędzie się pierwszy wykład sędziego sądu powszechnego z wieloletnim stażem, który będzie dotyczył praktycznych aspektów prowadzenia rozpraw. Wszyscy w sądzie jesteśmy zgodni co do tego, że powinniśmy się szkolić. ■

Roman Jasiński w 1992 r. ukończył Akademię Medyczną w Warszawie. Jest specjalistą chorób wewnętrznych i endokrynologii. W Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie zasiada od 12 lat, w roku bieżącym został wybrany na jego przewodniczącego. W przeszłości pełnił też funkcję radnego oraz przewodniczącego Rady Miejskiej.



BEZPIECZNY LEKARZ

REKLAMA

Witamy w kolejnym odcinku cyklu **BEZPIECZNY LEKARZ**, poświęconego analizie przypadków z życia środowiska medycznego. Wraz z doktorem **INTEREM** przemierzamy obszary regulacji prawnych rynku medycznego, skupiając się na tych aspektach, które są najistotniejsze dla lekarza.

DR INTER: *Drogie Koleżanki i Koledzy, wydawać by się mogło, że największe ryzyko popełnienia błędu medycznego grozi lekarzom specjalności, które w codziennej praktyce związane są z przeprowadzaniem inwazyjnych zabiegów: chirurgom, kardiochirurgom, ginekologom położnikom. Twierdzenie to jest bez wątpienia prawdziwe, jednak w ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost roszczeń z tytułu błędnie postawionej diagnozy, wysuwanych także wobec tzw. lekarzy pierwszego kontaktu.*

Błąd diagnostyczny wynika zazwyczaj z niewłaściwej interpretacji objawów, na których oparł się lekarz dokonujący rozpoznania, i polega albo na **nirozpoznananiu rzeczywistej choroby** (tzw. błąd diagnostyczny negatywny), albo na **mylnym stwierdzeniu choroby faktycznie nieistniejącej** (błąd pozytywny). Możemy mieć także do czynienia z sytuacją, w której błędnie postawiona diagnoza spowoduje wybór niewłaściwej metody leczenia, przeprowadzenie niepotrzebnego zabiegu bądź – w sytuacji ekstremalnej – doprowadzi nawet do usunięcia zdrowego organu.

Przyjrzyjmy się przykładowi.

30-letnia pacjentka po rozpoznaniu poronienia 6-tygodniowej ciąży została przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy jednego ze szpitali. Przyjmujący pacjentkę lekarz internista, bez konsultacji z wykwalifikowanym ginekologiem oraz bez przeprowadzenia dalszych badań, stwierdził konieczność wyłyżeczkowania macicy w celu usunięcia pozostałości obumarłego płodu. Pacjentkę następnie wypisano ze szpitala.

Po niespełna 2 miesiącach pacjentka ponownie zgłosiła się do szpitala z powodu silnego krwawienia z dróg rodnych. Wyłącznie na podstawie badania USG lekarz rozpoznał u niej żywą 7-tygodniową ciążę i podjął leczenie zmierzające do jej utrzymania. Kolejne USG wykazało obumarcie płodu, w związku z czym konieczne stało się ponowne łyżeczkowanie.

Dopiero wtedy przeprowadzono badanie anatomopatologiczne i na podstawie badania usuniętej tkanki stwierdzono, że w dniu drugiego łyżeczkowania nie było żywej ciąży, przyczynę krwotoku stanowiło zaś niecałkowite opróżnienie jamy macicy w czasie pierwszego łyżeczkowania. Dwukrotne poddanie pacjentki zabiegowi łyżeczkowania w krótkim odstępie czasu doprowadziło do zapalenia jamy macicy, objawiającego się krwawieniem i silnymi bólami.

Cały proces leczenia trwał prawie pół roku. Po jego zakończeniu pacjentka pozwała lekarza, obwiniając go o psychiczne i fizyczne cierpienia. W pozwie podnosiła, że udzielanie jej sprzecznych informacji o ciąży i poronieniu wywołało u niej rozchwianie emocjonalne, stany lękowe i depresyjne. **Sąd nie miał wątpliwości, że doszło do błędu diagnostycznego:** rozpoznano nieistniejącą ciążę wyłącznie na podstawie badania ultrasonograficznego, które w tym zakresie może mieć jedynie charakter pomocniczy. Nie uznano natomiast niecałkowitego opróżnienia macicy podczas pierwszego łyżeczkowania za błąd terapeutyczny. **Sprawa znalazła finał w Sądzie Najwyższym, który przyznał pacjentce zadośćuczynienie za cierpienia psychiczne w wysokości 45 tys. zł.**

Opisana historia pokazuje, że nawet lekarz specjalizacji, która nie wydaje się „ryzykowna”, może zostać pozwany przez pacjenta i stanąć przed koniecznością zapłaty wysokiego odszkodowania. Dlatego upewnij się, czy wszystkie obszary Twojej działalności zawodowej objęte są ochroną ubezpieczeniową. Skontaktuj się z doradcą INTER i porozmawiaj o szczegółach swojej polisy. Lepsza ochrona ubezpieczeniowa to Twoje większe bezpieczeństwo!

Do zobaczenia w kolejnym odcinku!

DR INTER



Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa

www.interpolska.pl

www.bezpiecznylekarz.pl

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

Spotkania odbywają się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54. Dyżur Włodzimierza Cerańskiego – przewodniczącego komisji (tel. 602-12-10-84) – w każdy czwartek, w godz. 11.00–14.00, w siedzibie Izby przy ul. Puławskiej 18.

Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 23 maja 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	3	dermatologia	2	medycyna pracy	1	pedagogia	1	stomatologia chirurg.	3
andrologia	1	diabetologia	3	medycyna ratunkowa	2	pediatria	16	stomatologia endodon.	1
anestezjologia	5	endokrynologia	6	medycyna rodzinna	14	pielęgniarka	1	stomatologia ortodon.	4
lekarz bez spec.	5	gastroenterologia	3	medycyna sportowa	1	psychiatria	3	stomatologia pedodon.	1
chirurgia nac.	3	geriatria	2	nefrologia	1	psychiatria dziecięca	1	stomatologia periodon.	2
chirurgia ogólna	6	ginekologia endokryn.	1	neonatologia	4	radiologia	4	stomatologia protetyka	4
chirurgia dziecięca	2	ginekologia dziecięca	1	neurochirurgia	1	rehabilitacja med.	4	stomatologia zachow.	1
chirurgia onkolog.	1	ginekologia i położ.	3	neurologia	6	reumatologia	2	urologia	4
choroby płuc	1	instruktor S.I.	1	neurologia dziecięca	2	seksuologia	1	USG	3
choroby płuc dziec.	1	kardiologia	6	okulistyka	6	stomatologia	4		
choroby wewnętrzne	15	kardiologia dziecięca	3	ortopedia	4				
choroby zakaźne	1	laryngologia	4	ortopedia dziecięca	1				

Andrzej Morliński

przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Kontakt: tel. 22-542-83-30; praca@oilwaw.org.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 lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.

LISTY

Nie tylko przy Barskiej

Nawiązując do artykułu zamieszczonego w „Pulsie” nr 4/2014, pt. „Szpital przy Barskiej w Warszawie” dr. Macieja Murkowskiego, trzeba zwrócić uwagę na dwie sprawy.

Po pierwsze, ile ośrodków medycznych zostało zlikwidowanych przez organ założycielski, czyli Samorząd Województwa Mazowieckiego, na terenie Warszawy:

1. Szpital Chirurgii Urazowej Dziecięcej – Al. Jerozolimskie 57,
2. Szpital Zakaźny dla Dzieci – ul. Sienna,
3. Przychodnia przy ul. Pasteura (zajmująca się leczeniem gruźlicy) – pusta działka, budynek został zburzony,
4. Szpital Dermatologiczny przy ul. Leszno – pusta działka, budynek został zburzony,
5. Szpital przy ul. Mochnackiego 6, przychodnia akupunktury,
7. Szpital przy ul. Brzeskiej.

Czy w tym czasie organ założycielski, czyli Miasto Warszawa, zlikwidował choć jeden ośrodek medyczny? To jest zasadnicza różnica w rozumowaniu.

Po drugie, od pewnego czasu wiadomo, że NFZ płaci za stacjonarne usługi rehabilitacyjne za mało. Dlatego nikt, kto liczy pieniądze, nie będzie inwestował w rehabilitację.

Oddział Rehabilitacyjny w Szpitalu przy ul. Barskiej przeszedł już kilka zmian. Na początku miał 46 łóżek, potem jako oddział przynoszący straty (taka była wersja dyrekcji szpitala) został zmniejszony do 25 łóżek (bo taka liczba wymagana jest do szkolenia specjalistów rehabilitacji medycznej). Następnie pacjenci byli przyjmowani na wszystkie łóżka, czyli 46. Jak będzie dalej, to dobre pytanie. Łóżka zabrane rehabilitacji mieli przejąć ortopedzi, ale coś nie wyszło. Sale na Oddziale Rehabilitacji w większości są dwuosobowe, każda ma zaplecze sanitarne. Temat rehabilitacji pacjentów po różnych schorzeniach wymaga szybkich i jednoznacznych decyzji.

Witold Witkowski,
specjalista rehabilitacji medycznej

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 zgłaszania do Działu Rejestru Lekarzy wszelkich zmian: adresu zamieszkania, miejsca pracy, stanu cywilnego oraz informacji dotyczących otrzymania decyzji przejścia na rentę lub emeryturę itp.

Numer indywidualnego konta, na które proszę przekazywać comiesięczne składki na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, otrzymają Państwo w biurze OIL przy ul. Puławskiej 18, w pok. nr 1, telefonicznie: 22-542-83-38, 22-542-83-39 lub e-mailem, pisząc na adres: skladki@oilwaw.org.pl

Roman Olszewski,
skarbnik ORL



WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

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

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

NA LEKARZU CIAŻY OBOWIĄZEK PISEMNEGO ZGŁASZANIA NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI:

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

tystę po zakończeniu stażu podyplomowego, rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej, zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentystę 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

Zgoda pacjenta na

to jego fundamentalne prawo, a dla lekarza

Brak zgody pacjenta na diagnostykę i/lub leczenie jest w Polsce istotą kilku spraw sądowych rocznie. Nie wszyscy wiedzą, że wyrażenie zgody na działanie medyczne należy do fundamentalnych praw pacjenta, wynika m.in. z prawa człowieka do samostanowienia i wolności, a naruszenie tego prawa, nawet jeśli nie ma uszczerbku na zdrowiu, stanowi podstawę ubiegania się o zadośćuczynienie. Wyroki takie zapadają, a wygrane przez pacjentów kwoty do małych nie należą.

Tematyka prawna coraz częściej towarzyszy kongresom i konferencjom dla lekarzy. Właśnie przepisom dotyczącym zgody pacjenta poświęcona została jedna z sesji konferencji „Opieka paliatywna w Polsce”, która odbyła się wiosną 2014 r.

– Państwa zawód obrasta gąszczem przepisów i orzecznictwa – powiedział Rafał Kubiak z Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. I podkreślił, że uświadomiona, skuteczna prawnie zgoda pacjenta na działanie medyczne nie jest aktem formalnym. – **Nawet jeśli pacjent podpisze formularz zgody, nie zawsze oznacza to skuteczną prawnie zgodę** – dodał.

W wyroku Sądu Apelacyjnego, który zapadł dwa lata temu w Szczecinie (sygn. I ACa 596/12), czytamy: „**Brak świadomej zgody pacjenta nadaje zachowaniu lekarza cechy czynu niedozwolonego, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za wszystkie negatywne następstwa wykonanego zabiegu – nawet wówczas, gdy był on wykonany zgodnie z zasadami sztuki medycznej**”.

Rafał Kubiak zaznaczył, że w postępowaniu sądowym przyjmuje się, iż lekarz jest profesjonalistą, zatem ciężar dowodu spoczywa na nim, a nie na pacjencie. Innymi słowy, to lekarz musi udowodnić, że uzyskał zgodę chorego na postępowanie medyczne, a nie na odwrót. Bardzo ważne jest dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej i wyraźne udokumentowanie, że pacjent na przykład skorzystał ze swojego innego prawa – nieuzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, metodach leczenia itd.

Co powinno się znaleźć w formularzu zgody na zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny:

- zakres zabiegu, jakiemu ma być poddany pacjent,
- ryzyko, jakie niesie jego wykonanie,
- alternatywne sposoby leczenia,
- prognoza – w przeciwnym razie pacjent może postawić lekarzowi zarzut braku zgody lub braku „poinformowanej” zgody (np. może utrzymywać, że nie wiedział o istnieniu innego, mniej inwazyjnego sposobu leczenia, albo argumentować, że gdyby wiedział o tak złych rokowaniach, to w ogóle by się zabiegowi nie poddał).

Czy zawsze należy mieć zgodę na piśmie? Nie, nie dotyczy to tzw. zwykłych badań. W przypadku zabiegów raczej należy mieć tę zgodę na piśmie, najlepiej na standardowym formularzu, w którym znajduje się miejsce na dodatkowe adnotacje dotyczące indywidualnej sytuacji. Sąd Najwyższy w jednym z wyroków uznał, że zgoda ustna jest dopuszczalna. Należy jednak mieć świadomość, że w razie sporu sądowego postępowanie dowodowe będzie utrudnione, tym bardziej że sprawy trwają latami i nie można liczyć na dobrą pamięć świadków i własną.

Mniejsze ryzyko

Zawierając umowę z pacjentem, lekarz zobowiązuje się, że będzie dążył do wyleczenia lub złagodzenia skutków choroby, działając zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i dochowując należytej staranności. Innymi słowy, lekarz nie odpowiada za rezultat leczenia, jeśli wszelkie działania, jakie podjął, były dokonane z należytą starannością i rzetelnością oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

To chory decyduje, czy i jak będzie leczony. Dobitnie wskazał to Sąd Najwyższy w wyroku z 2003 r. (sygn. III CK 34/02): „**Nawet kryteria celowości medycznej nie przesądzają o wyborze metody diagnostyki lub leczenia. O wyborze tym przesądzają przekonania pacjenta, jego indywidualna wrażliwość na ból, podatność na alergię i inne cechy osobnicze, którym daje wyraz, wypowiadając swoje zdanie. Lekarz powinien go w dokonaniu wyboru efektywnie wspomóc, ale nie odpowiada za rezultat. Pacjent może pozostać nieprzekonany do proponowanej przez lekarza bardziej efektywnej metody i wolę pacjenta trzeba uszanować**”.

Zgoda blankietowa – nieważna

Często w chwili przyjęcia do szpitala pacjent składa podpis w rubryce historii choroby zakończonej oświadczeniem: „**Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny**”.

– *Takiej adnotacji nie można traktować jako „świadomej zgody”, udzielonej po właściwym i wyczerpującym poinformowaniu pacjenta o skutkach planowanego zabiegu, bo dopiero po przyjęciu wykonywane są badania pozwalające na postawienie diagnozy i wybór sposobu leczenia* – stwierdziła radca prawny Paulina Dorman-Okońska.

Podkreśliła, że uświadomiona, skuteczna prawnie zgoda pacjenta nie jest aktem formalnym. Przesłankami takiej zgody są przede wszystkim:

- objaśnienie terapeutyczne, czyli udzielenie informacji o stanie zdrowia, o rozpoznaniu, o mającym nastąpić postępowaniu oraz przekazanie instrukcji dla pacjenta (dieta, zażywanie leków, przygotowanie do zabiegu),
- dające się przewidzieć następstwa postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego,
- możliwości alternatywnego postępowania,
- skutki zaniechania działania medycznego.

Zakres i sposób podawanych choremu informacji może być zróżnicowany w zależności od jego inteligencji, stanu psychicznego i wrażliwości. Czy należy powiedzieć pacjentowi o wszelkich możliwych następstwach? Nie.

leczenie

– trudny obowiązek

– *Następstwa mają być typowe, a nie wszelkie. Nie można wręczyć pacjentowi 30 stron z wypisaniem wszelkich możliwych powikłań i działań niepożądanych* – powiedział Rafał Kubiak.

Ustawodawca pozostawia lekarzowi decyzję, jak miarkować informacje udzielane pacjentom, zdając się na jego profesjonalizm, doświadczenie i wrażliwość. Łatwe to na pewno nie jest. Znowu: kluczowa w sytuacji wystąpienia roszczenia pacjenta lub jego rodziny jest prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna, w której można, a często należy, odnotować opis reakcji pacjenta na postawioną diagnozę lub zaproponowany sposób leczenia.

Trzeba też pamiętać, że „uświadomiona”, legalna zgoda pacjenta na działania medyczne nie wyłącza odpowiedzialności lekarza za błąd w sztuce medycznej. *„Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje jednak tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Nie można natomiast uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza”* – czytamy w orzeczeniu SN z 2003 r. (sygn. III CK 34/02).

Przywilej terapeutyczny

Bywają sytuacje, kiedy zgoda pacjenta nie jest wymagana. Rafał Kubiak wyjaśnił, że w polskim systemie prawnym – zarówno w Kodeksie Etyki Lekarskiej, jak i ustawie o zawodzie lekarza – jest przewidziany mechanizm tzw. przywileju terapeutycznego. Prawnicy podkreślają, że to wyjątek od reguły (udzielania pełnej informacji pacjentowi) i w żadnym wypadku nie zezwala na kłamstwo. – *Przywilej terapeutyczny wynika z tego, że przyjmuje się, iż lekarz nie musi być postannikiem rozpaczy* – podkreśliła Paulina Dorman-Okońska. O co zatem chodzi?

Wyjaśnia to w artykule zamieszczonym w piśmie „Prawo i Medycyna” Julita Jabłońska: *„W świetle art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu informacji. Regulacja ta wskazuje przede wszystkim, że nieinformowanie jest wyjątkiem od zasady. Ustawodawca wskazuje przesłanki, których spełnienie warunkuje możliwość skorzystania przez lekarza z »przywileju terapeutycznego«. Po pierwsze musi mieć miejsce sytuacja wyjątkowa, tzn. w żadnym razie lekarz nie może przyjąć, że z zasady nie informuje pacjentów dla ich dobra, nie mówiąc już o własnej wygodzie. Po drugie rokowanie musi być niepomysłne dla pacjenta, w związku z czym ustawodawca wyklucza możliwość nieinformowania chorego, gdy wszystko jest na »dobrej drodze«, gdyż w takiej sytuacji to właśnie brak informacji sprzeciwia się dobru chorego, wzbudzając niepotrzebny niepokój. Po trzecie w opinii lekarza i jego ocenie opartej na wiedzy medycznej oraz doświadczeniu życiowym za takim postępowaniem przemawia dobro pacjenta”*. Wszystkie wymienione przesłanki muszą być spełnione łącznie.

Kiedy pacjent nie chce wiedzieć

Pacjent ma zawsze prawo do nieuzyskania informacji. Fakt taki powinien być poświadczony przez niego na piśmie, a jeśli nie jest możliwe uzyskanie takiego oświadczenia, lekarz powinien odnotować to bezwzględnie w dokumentacji medycznej.

Jeżeli pacjent nie wyraził zgody na zabieg, a następnie stracił przytomność – należy tę wcześniejszą wolę uszanować i nie podejmować działań (chyba że istnieją wątpliwości co do poczytalności pacjenta). Ważne jest, żeby pacjent, jeśli nie wyraża zgody na leczenie, był dokładnie poinformowany o konsekwencjach takiej decyzji. A na wypadek roszczenia jego rodziny należy móc wykazać, że lekarz postępował zgodnie z wolą pacjenta.

Zgoda zastępcza i stany nagłe

Paulina Dorman-Okońska tłumaczyła, że gdy pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (np. z powodu niepoczytalności) nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo porozumienie się z nimi jest niemożliwe, a świadczenie zdrowotne, które ma mu zostać udzielone, nie jest tylko zwykłym badaniem, wówczas lekarz musi wystąpić o zgodę do sądu opiekuńczego.

Czy zawsze? – *Konieczność uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego nie oznacza, że w stanach nagłych nie można wykonać zabiegu. Jeśli zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej spowodować może pogorszenie się stanu pacjenta lub jego zgon, lekarz przed podjęciem czynności medycznych ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności* – wyjaśniała mecenas Dorman-Okońska.

O wykonywanych czynnościach lekarz ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. I odnotować te czynności w dokumentacji medycznej.

A kiedy sytuacja jest dynamiczna...

Zdarza się, że dopiero podczas operacji można postawić właściwe rozpoznanie i podjąć odpowiednie działanie. Czy wówczas lekarz powinien „wybudzić” chorego w celu uzyskania dodatkowej zgody, czy kontynuować zabieg? To zależy.

Paulina Dorman-Okońska podkreśliła, że – zgodnie z art. 35 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry – jeżeli podczas wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi **niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta** lub jego przedstawiciela ustawowego, **lekarz ma prawo bez uzyskania zgody zmienić zakres zabiegu** bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takiej sytuacji, jeśli to możliwe, należy zasięgnąć opinii innego lekarza, najlepiej tej samej specjalności, a następnie wszystko bardzo dokładnie opisać w dokumentacji medycznej oraz wyjaśnić zarówno choremu, jak i innej, uprawnionej przez niego osobie.

Rozmawiając z pacjentami i ich opiekunami, zawsze należy mieć na uwadze, że to oni odpowiadają za siebie, a zgoda na diagnostykę i leczenie jest realizacją ich prawa do samostanowienia i wolności. Prawnicy przypominają, że polskie sądy traktują kwestie zgody dość rygorystycznie. ■

Justyna Wojteczek



Fot. egw

Autorytet może być wartością CZ. 3

Tadeusz Tołłoczko

Kto jest autorytetem?

Jeśli usłyszymy opinię o kimś, że jest autorytetem, należy zadać sobie pytanie: dla kogo nim jest i jakie argumenty uzasadniają tak znaczące wyróżnienie? Kwalifikacja osoby jako autorytetu jest bardzo trudna, zależy bowiem zarówno od wartości kandydata, jak i od tego, kto dokonuje oceny – od zakresu i jakości posiadanej przez kandydata wiedzy w określonej dziedzinie, intelektualnej i moralnej kompetencji, od stopnia niezależności od wpływów, zagrożeń i uwarunkowań ze strony środowiska, z którym jest organizacyjnie, towarzysko, ideologicznie lub finansowo powiązany. Ocena zależy od standardu moralnego oraz celu lub zadania, jakie ma do wykonania wyrażający tę ocenę. A zadaniem do wykonania może być równie dobrze laudacja, jak i dyskredytacja.

By promować osobę jako autorytet, samemu trzeba być intelektualnie i życiowo uczciwym i wartościowym człowiekiem. Samooceny w tym względzie rzadko bywają jednak w pełni obiektywne. Trudno zgodzić się z opinią osoby niegodnej zaufania, że promowany przez nią człowiek jest autorytetem, nie dokonując weryfikacji osobiście. Przesłannicy też mają swoje autorytety, zwykle upozorowane na uczciwych i rzetelnych ludzi, nawet na wysokich stanowiskach.

Instrukcje opiniotwórcze mają możliwość propagowania mianowanych przez siebie autorytetów, niezależnie od ich rzeczywistych wartości i zasług. Czynią to niekiedy nad wyraz skutecznie. Problem rozbieżności opinii w procesie kwalifikowania osób do miana autorytetu wynika m.in. z odmiennych kryteriów oceny wartości mających cechować kandydata. Ktoś na przykład może nie uznawać kryterium prawdomówności jako cechy koniecznej.

Współcześnie ani metody naukometryczne, ani stopnie czy tytuły naukowe, ani odznaczenia nie wystarczają do spełnienia kryteriów bycia autorytetem. Mogą bowiem kamuflować przeciętność, a nawet mierność. Seneka twierdził, że „nie wystarczy dużo wiedzieć, aby być mądrym”. Ta sentencja także w naszych rozważaniach wydaje się być istotna. Popularność osoby również nie czyni z niej autorytetu. Pracownik nauki pretendujący do tego miana z pewnością musi być nie tylko inteligentny, ale również mądry, a jeśli mądry – to również uczciwy. Nieuczciwość dyskwalifikuje kandydata do tytułu autorytetu.

W rozważaniach na temat autorytetu stajemy wobec problemu oceny kryteriów wartości. Warunkiem naczelnym i bezwzględnie koniecznym jest prawda. Bez jego spełnienia wyrastają lub są tworzone autorytety fałszywe, jako że nie są nośnikami prawdy. Manipulują faktami, a więc kłamią. Motywacją są pieniądze, władza lub po prostu nadęte ego.

Uważam, że przed wydaniem opinii oceniającej jakąkolwiek osobę muszę przede wszystkim wykazać się krytycyzmem wobec siebie.

Kryzys autorytetu

Niekiedy ciężkie zmagania z trudami współczesnego życia, spowodowanymi przez los i ludzi, wywołują przekonanie, że tylko zrelatywizowanie zasad moralnych, ich omijanie oraz koniunkturalne ustalanie priorytetów ułatwi uzyskanie życiowego sukcesu. Prowadzi to do dewaluacji wartości moralnych, w tej sytuacji sumienie może stracić orientację. Dla mnie najwyższym autorytetem w sprawach moralności jest własna myśl i sumienie. Nie oznacza to, że nie muszę uciekać się do argumentacji rzeczywistych moralnych autorytetów.

Kto nie jest lub przestaje być autorytetem?

Wiele czynników wpływa na obniżenie autorytetu jednostki i instytucji. Proces ten przebiega na ogół niedostrzegalnie. Przyczyną bywa zwykle maskowany konformizm i koniunkturalizm, robiący zadziwiająco szybką karierę, i medialna popularność doprowadzana do szczybla autorytetu. Współcześnie coraz częściej popularność jest ceniona najwyżej, przez co spada prestiż autorytetu i szacunek dla niego.

W życiu społeczeństwa niezwykłą rolę odgrywa umiejętność i chęć prowadzenia dyskusji, nawet sporu (również naukowego) w sposób kulturalny. Niestety, za sprawą dziennikarzy i polityków, na przykładach telewizyjnych polemik, społeczeństwo uczone jest, jak nie należy rozmawiać. Ten rodzaj dydaktyki, zgubny dla społeczeństwa, powinien być surowo karany, a nie sownie wynagradzany. Ludzie nie będą umieli ze sobą rozmawiać o trudnych i zawiłych sprawach, bowiem zostali nauczeni tylko wyrażania emocji przez rzucanie sterowanych epitetów. Zauważmy, że im więcej ktoś w polemice używa wulgaryzmów i epitetów, tym częściej zapraszany jest do medialnych dyskursów.

Kultura sporu

Autorytet rzeczywisty od mianowanego najczęściej można odróżnić na podstawie oceny kultury osobistej podczas sporu, czyli metody prowadzenia dyskusji. Z jednej strony jej celem będzie szukanie i dochodzenie do prawdy, a z drugiej jedynie chęć odniesienia polemicznego zwycięstwa przez dyskredytację dyskutanta. Pseudoautorytety wykorzystują dyskusję jako okazję nie do rzucania myśli, lecz inwektyw, obelg i kłamstw. Pomówienia, wyzwiska i ubliżające epitety, naruszające godność adwersarza, uważa się za tzw. mocne argumenty wywołujące aplauz publiczności. Metoda ta z założenia niweczy cel dyskusji, jakim ma być wspólne dojście do prawdy.

Pierwszymi, łatwymi do zauważenia cechami prowadzonych u nas publicznych sporów stają się arogancja, agresja, podważanie wiedzy i godności oponenta. Sugeruje się, że nie

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Zacytowany artykuł jest kwintesencją naszej etyki zawodowej. Powołaniem lekarza jest służba życiu. Promocja zdrowia, leczenie chorych i przynoszenie ulgi w cierpieniu to triada spraw, które w naszym życiu zawodowym są najważniejsze. I wreszcie, starożytna maksyma przypisywana Hipokratesowi, nakazująca stawianie dobra chorego ponad wszystko, jako najwyższy imperatyw działania każdego lekarza.

A zatem nie pieniądze, kariera, ale też nie, choćby najlepiej pojmowany, interes społeczny lub naukowy, ale dobro cierpiącego człowieka ma być motorem działania każdego z nas. Rynek, na którym działamy, ani naciski polityków, administracji, płatnika i mediów nie stanowią „alibi” w przypadku nieprzestrzegania tej zasady. ■

Konstanty Radziwiłł



Fot. W. Surowrecki

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Bardzo proszę o przekazywanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Państwa adresów e-mailowych i na bieżąco ich aktualizowanie.

Adresy te będą wykorzystane do przekazywania przez OIL, na bieżąco, ważnych dla Państwa informacji!

Prosimy o przesłanie informacji pod adresem e-mail:

mojadresmailowy@oilwaw.org.pl

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Andrzej Sawoni
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

może mieć on racji, wręcz odmawia mu się prawa do jej posiadania. Metoda dyskredytacji oponenta jest szeroko stosowana. Kto w dyskusji niszczy swymi wypowiedziami godność polemisty lub świadomie zniekształca jego myśl, ten udowadnia, że do roli autorytetu nie dorósł. Rzeczywisty autorytet nigdy w dyskusji szkalujących epitetów nie używa. Warto zauważyć, że brak kultury wobec dyskutantów jest zwykle precyzyjnym wskaźnikiem ukrytego kłamstwa lub braku argumentów. Prawdą nie są zainteresowani.

Autorytet przestaje nim być w momencie, gdy żąda akceptacji swoich idei, podporządkowania się jego stwierdzeniom i opiniom, a odmiennie myślących piętnuje. Jeśli twierdzenie autorytetu okazało się błędne, co zostało dowiedzione, a nie poinformuje on o tym swych oponentów, oznacza to,

że nie jest rzeczywistym autorytetem. Ileż takich ekonomicznych, społecznych lub filozoficznych guru spowodowało niepowetowane straty społeczne, zarówno w okresie komunizmu, jak i po tzw. przełomie.

Z różnorodnymi niebezpieczeństwami wiąże się wykazanie własnych racji w opozycji do pseudoautorytetu. W odpowiedzi można się spotkać wówczas co najmniej z epitetami, wulgaryzmami i kłamstwem. Posiadanie racji w sporze z autorytetem rzeczywistym nagrodzone zostaje natomiast zwykle gratulacjami. Autorytet rzeczywisty od pozorowanego różni się przede wszystkim tym, że jest zdolny do przyznania oponentowi racji. Jest więc zdolny do dialogu. Motywem dyskusji autorytetu jest tylko prawda, a pseudoautorytetu – konformizm. ■

Sukces dnia jutrzejszego?

„Carpe diem, quam minimum credula postero”.
 „Więc łap dzień każdy, a nie wierz ni trochę
 W złudnej przyszłości obietnice płocze”.
 Horacy, Ody (tłum. Henryk Sienkiewicz)

Filip Dąbrowski

Podczas ubiegłorocznych wyborów władz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie jednym z ważkich tematów były sprawy dotyczące młodych lekarzy. Problemy kształcenia specjalizacyjnego, podyplomowego i warunków zatrudnienia wielokrotnie podnoszone były także podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy wybierającego Naczelną Radę Lekarską. Na mazowieckim horyzoncie zdarzeń pojawiło się bardzo wielu zaangażowanych młodych działaczy, którzy dostali się do Okręgowej Rady i zorganizowali silną Komisję Młodych Lekarzy. Niestety, nie znaleźli się w składzie NRL. Po wyborach wśród młodych osób na sali dało się słyszeć głosy: „spróbujemy za cztery lata”, „może następnym razem się uda”, „twardy ten beton”. Kiedy opadły emocje, nadszedł moment refleksji – podczas następnej kadencji nie będziemy już tacy młodzi, czy będziemy pamiętać o problemach studentów, stażystów i specjalizantów? Czy podobnie jak nasi poprzednicy nie rzucimy się w wir pracy i czy proza rodzinnego życia nie pozbawi nas ognistego błysku w oku, koniecznego do porywania się na wprowadzanie zmian w systemie ochrony zdrowia?

Najważniejszy, co powinno zrozumieć całe środowisko, jest fakt, że problemy młodych lekarzy to problemy wszystkich lekarzy. Bez zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia przed- i podyplomowego już za kilka lat załamię się cały system państwowej służby zdrowia. Promowane przez uczelnie zwiększenie limitów przyjęć na studia spotyka się z coraz większą aprobatą Ministerstwa Zdrowia, ale wciąż daleko nam do takiej liczby absolwentów, jak na początku lat 90. XX w. Kształceniem przyszłych lekarzy zainteresowanych jest też kilka uniwersytetów ogólnych oraz uczelni prywatnych. Czy to recepta na sukces? Bez odpowiedzi pozostaje pytanie, jaki procent nowych studentów będą stanowić przyjeżdżający do Polski obcokrajowcy. Nasza oferta edukacyjna wciąż jest bardzo atrakcyjna zarówno pod względem ceny, jak i możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Większa liczba absolwentów wcale musi bezpośrednio przełożyć się na zapewnienie przychodni i oddziałów rzeszą młodych medyków. Nikt nie prowadzi statystyk dotyczących lekarzy i lekarzy dentyistów opuszczających ojczyznę w pogoni nie tylko za chlebem, ale i możliwością rozwoju. Często motywacją do wyjazdu jest właśnie brak szans na kontynuowanie edukacji w kraju. W niektórych województwach sprawiedliwy system przydzielania rezydentur na podstawie wyniku egzaminu państwowego jest omijany. Faktycznie rezydenturę otrzymuje kandydat z najlepszym wynikiem LEK spośród osób składających wnioski. Niestety, urząd przyjmuje tylko wnioski wcześniej zaakceptowane przez poszczególnych ordynatorów. Czasem nawet zdobycie wymarzonej rezydentury nie rozwiązuje sprawy. Aby zapewnić obsadę lekarzy specjalistów na oddziałach i w przychodniach (a właśnie tytułu specjalisty wymaga Narodowy Fundusz Zdrowia niepartycypujący w najmniejszym stopniu w kosztach jego uzyskania) w przyszłości, należy stworzyć warunki zachęcające młodych do pozostania w kraju i możliwości podjęcia dalszego szkolenia.

Jak obecnie wygląda „rynek specjalizacji”? W dużych miastach zdobycie etatu na wymarzonym oddziale graniczy z cudem. Dyrektorzy placówek wiedzą, że znajdą darmowych pracowników z rezydenturą lub w trakcie doktoratu, twierdzą więc, że nie mają pieniędzy na zatrudnianie specjalizantów. W identycznie finansowanych szpitalach powiatowych mamy chyba lepszych dyrektorów. Przyparciu do muru, chcąc prowadzić efektywną politykę rozwoju kadry, znajdują dla młodych ludzi nie tylko pieniądze, ale często dodatkowe bonusy w postaci szkoleń czy służbowego mieszkania.

Stamfordzki Eksperyment Więzienny stanowi dowód prawdziwości znanego powiedzenia, że to nie ludzie są winni, lecz system. Mając to na uwadze, postanowiliśmy, że Komisja Młodych Lekarzy nie będzie organizować strajków pod murami szpitali zmuszających rezydentów do bezpłatnych dyżurów, odsyłających niedoświadczonych specjalizantów na SOR czy wymagających od młodych internistów pozostawiania w pracy po dyżurze w pełnym wymiarze czasu. Dyrektorzy tych jednostek wiedzą, że działają na granicy prawa, a praca przemęczonego, niedoświadczonego człowieka na SOR może skończyć się ludzką tragedią, jednak w istniejącym systemie nie mają wyboru. Za gaz, prąd i leki w aptecce też często nie mają jak zapłacić.

By zmienić system, nie wystarczy zdiagnozować problem, ale jeszcze przekonać o jego istnieniu osoby będące na szczycie. Na początku 2014 r. Komisja Młodych Lekarzy ORL w Warszawie wystosowała prośby o spotkanie i dialog do Ministerstwa Zdrowia oraz do będącego lekarzem wicemarszałka Senatu. Pierwszy odpowiedział marszałek Stanisław Karczewski. W zorganizowanym pod koniec marca spotkaniu w siedzibie Senatu uczestniczyli członkowie KML: Filip Dąbrowski, Artur Drobniak, Tomasz Imiela, oraz prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni. Udało nam się zarysować najważniejsze problemy dotyczące kształcenia i zatrudnienia, z którymi borykają się młodzi lekarze. Prezes Sawoni uzupełniał nasze obserwacje cennymi informacjami z życia szpitala w Ostrowi Mazowieckiej. Marszałek Karczewski wydawał się być bardzo poruszony i zaskoczony przedstawioną przez nas sytuacją. Niestety, mimo bardzo przyjaznej i jednocześnie konkretnej atmosfery spotkania stwierdził, że niewiele może w naszych sprawach uczynić. Obiecał zorganizowanie w Senacie poważnej konferencji skupiającej się na problemach młodych lekarzy i lekarzy dentyistów, aby usłyszało o nich jak najwięcej najważniejszych osób w państwie. Panie Marszałku, jesteśmy gotowi, czekamy!

Kilka miesięcy później, po kolejnej prośbie, udało się uzgodnić spotkanie w gmachu przy ul. Miodowej. Spotkanie z wiceministrem Aleksandrem Sopińskim odbyło się 14 maja. Komisję Młodych Lekarzy tym razem reprezentowali Filip Dąbrowski i Łukasz Jankowski, przybył także prezes Andrzej Sawoni. Pan minister poświęcił nam dużo czasu, przekazując wiele ciekawych informacji. Najprawdopodobniej już na jesieni ruszy nabór w nowym, modułowym trybie specjali-

zacji. Nie jest to zmiana likwidująca wszystkie problemy, jednak wyczekiwana przez wiele osób liczących na szybszą ścieżkę specjalizacji. W przyszłym roku ma także rozpocząć działanie elektroniczny system rejestru kwalifikacji medycznych, obejmujący nadzór nad przebiegiem specjalizacji. Z perspektywy młodych lekarzy to bardzo cenna wiadomość. Taki system ułatwi naszym przełożonym decyzje o wysyłaniu nas na obowiązkowe staże i szkolenia, co obecnie czasem jest odkładane „ad Kalendas Graecas”.

Niestety, nasza propozycja wprowadzenia ogólnopolskiego systemu przyznawania rezydentur spotkała się z dość chłodną reakcją. Obecnie wybór specjalności odbywa się na ślepo, należy złożyć podanie na jedną specjalizację w jednym województwie, nie znając aktualnego rankingu. Proponowane przez nas rozwiązanie z powodzeniem stosowane jest chociażby we Francji – zakłada, że według kolejności ustalonej na podstawie wyników LEK lekarze mogliby świadomie decydować o wyborze specjalizacji. Najlepsi mieliby do wyboru pełny wachlarz dziedzin i trybów, mogliby wybrać np. kardiochirurgię w Zabrze. Kolejni musieliby decydować, czy wolą rezydenturę z anestezjologii w Siedlcach, czy wolontariat z dermatologii w Krakowie. Liczbę miejsc specjalizacyjnych w danym województwie oczywiście nadal kontrolowałby konsultant wojewódzki. Wprowadzenie tego systemu zniosłoby sięgające 20–30 proc. różnice w zasadach otrzymywania rezydentur w tej samej specjalizacji w różnych regionach, a także promowało zatrudnienie w szpitalach powiatowych, często cierpiących na braki kadrowe. To rozwiązanie, które nie generuje dodatkowych kosztów. Minister stwierdził jednak, że on tego nie może zmienić, „bo to wynika z ustawy”.

Cały czas wierzę, że zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia i kształcenia medycznego są możliwe, ale jeśli minister twierdzi, że nic nie może zrobić, pozostaje pytanie, z kim powinniśmy porozmawiać następnym razem? Może odpowiedź na to i wiele innych pytań przyniesie Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy, która odbędzie się w Krakowie 13–15 czerwca. Na niej spróbujemy zapytać zaproszonych gości o szanse na wprowadzenie mnożnika punktów NFZ dla jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne. Odpowiedzi mogą się okazać bardzo interesujące. ■



Gry wolnej Polski

Paweł Kowal

Dobrze, że ma kto podjąć decyzję – niech to zrobi prezydent. Każde rozwiązanie złe. Czy podejść do sprawy formalnie? Tak zawsze najlepiej, według litery prawa – czyli chować jak byłego prezydenta. Ale wtedy coś nie gra. Bo Jaruzelski to nie bohater. Debata „gdzie pochować” wpisuje się jakoś mimowolnie i nieszczęśliwie w dyskusję, czy na Skałce znajdzie się miejsce dla Czesława Miłosza, a na Wawelu dla Lecha Kaczyńskiego. Historycy wspominają spór o to, czy Piłsudski może spocząć w podziemiach wawelskiej Katedry. Ktoś powie, że po śmierci Margaret Thatcher i Wielką Brytanię ogarnęły historyczne spory. Antyżalobnicy publicznie wyrażali zachwyt, że dobry Bóg odwołał ją z ziemskiego padółu. Górnicy przez kilka dekad nie zapomnieli zamkniętych kopalń. Gdy polityka nie przynosi ostatecznego rozliczenia – dla wielu Brytów była premier pozostała niedoścignionym wzorem nowoczesnego konserwatyzmu – a w sądach nie znajdzie się politycznej sprawiedliwości (bo i w jaki sposób?), zostaje pogrzeb, by jeszcze raz przeciwnicy powiedzieli swoje twarde „nie”.

Spory o miejsca pochówków stają się polską specjalnością i nic dziwnego, bo Polska jest coraz bardziej podzielona. Sprawa gen. Jaruzelskiego jest jednak wyjątkowa. On sam dbał o pamięć o sobie już od lat 80. XX w. Na emeryturze poświęcał czas na wydawanie każdego zanotowanego przez siebie słowa, prowadził korespondencję z historykami, którzy opisywali jego epokę. Jakby cały czas myślał, co będzie, gdy Polska Agencja Prasowa poda komunikat o jego odejściu. Ale jakaż dziwaczna była polityka III RP wobec generała! Niby miał być sądzony, niby pozostawał poza obiegami, ale pojawiał się w towarzystwie Kwaśniewskiego, nawet wtedy, gdy ten zabiegał o nowy wizerunek „prezydenta wszystkich Polaków”. Wałęsa pokazywał się z Jaruzelskim wielokrotnie, Lech Kaczyński proponował mu miejsce w prezydenckim samolocie, którym miał polecieć do Moskwy na rocznicę zakończenia wojny (było to tuż przed katastrofą smoleńską). Bronisław Komorowski zapraszał Jaruzelskiego na posiedzenie Rady Bezpieczeństwa Narodowego jako eksperta od Rosji. Wałęsa radził się Jaruzelskiego, co robić podczas puczu Janajewa w sierpniu 1991. Co z tego wynika? Że prezydenci III RP wiedzą, iż do wyboru w pierwszej lub drugiej turze potrzeba 50 proc. i jeden głos, i czytają sondaże, a opinia publiczna od lat 80. niezmiennie podzielona jest pół na pół w sprawie oceny generała. Jego cisi miłośnicy wiedzą swoje wbrew historykom, a głosują jak wszyscy inni. I na nic oświadczenia IPN, na nic książki pisane na podstawie dokumentów pokazujących rolę Jaruzelskiego i w 1970, i w 1981, na nic tży pokolenia, któremu stan wojenny złamał życie. Nie wszyscy przecież po 1989 r. zostali posłami, ministrami itd. Zostaje nasze polskie „Wieczne odpoczywanie” i czekanie z oceną polityki Jaruzelskiego na lepszy czas. ■

REKLAMA



INVICTA – KLINIKI I LABORATORIA MEDYCZNE
(www.invicta.pl)

zatrudni do placówki w Warszawie

lekarzy o specjalnościach:

GINEKOLOG POŁOŻNIK

GENETYK KLINICZNY

IMMUNOLOG

KARDIOLOG (ECHOKARDIOGRAFIA PŁODOWA)

Lekarzom ginekologom chcącym pracować i rozwijać się w dziedzinie leczenia niepłodności zapewniamy profesjonalne szkolenia.

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie swojego CV na adres e-mail: rekrutacja@invicta.pl.

Kontakt tel. 600-46-63-97.

Wszystkim kandydatom gwarantujemy dyskrecję.
Zapraszamy do współpracy.

Przyszłość Drewnicy

Małgorzata Skarbek

– *Czasami słyszę w mediach, że kardiologia czy onkologia ratują życie. Psychiatria to też ratowanie życia* – mówi **Waldemar Giza**, prezes Mazowieckiego Centrum Psychiatrii Drewnica.

– *Nie możemy odmówić przyjęcia pacjenta w ciężkiej depresji lub z myślami samobójczymi, bo skończy się to zgonem. Nikt nie weźmie odpowiedzialności za odmowę przyjęcia w takim stanie. Notujemy w Polsce ponad 6 tys. samobójstw rocznie i trend ten ma tendencję silnie wzrostową. Dlatego obłożenie łóżek w naszym szpitalu, zresztą podobnie jak we wszystkich w całym województwie mazowieckim, wynosi średnio 100 proc., czasami nieco więcej, gdy pacjenci leżą na dostawkach.*



Waldemar Giza, prezes MCP Drewnica

Mazowieckie Centrum Psychiatrii Drewnica służy pacjentom z powiatów: wołomińskiego, wyszkowskiego, węgrowskiego, a także z dzielnic prawobrzeżnej Warszawy: Pragi Południe, Pragi Północ, Wawra, Rembertowa, Białoleki i Wesołej. Przyjmuje pacjentów z terenu, który zamieszkuje co najmniej 750 tys. osób. Jest jedynym, poza niewielką kliniką psychiatryczną w Szpitalu Bródnowskim, ośrodkiem psychiatrii dla całej prawobrzeżnej części stolicy i jej okolic.

Drewnica chlubi się ponadstuletnią tradycją leczenia psychiatrycznego, jest też pionierem środowiskowej opieki psychiatrycznej w Warszawie. Zespół Leczenia Środowiskowego powstał przy szpitalu w 1995 r., w ramach polsko-holenderskiego programu „Pacjenci też są obywatelami”. Dziś opiekuje się 130–150 osobami, jego członkowie: lekarz, terapeuta, psycholog, pielęgniarka, dojeżdżają do domów, zapewniając kompleksową opiekę medyczno-socjalną, od badań, recept, podawania leków po pomoc w rozwiązywaniu codziennych problemów, np. towarzyszenie pacjentowi podczas rozmów z bankami, jeśli ktoś jest zadłużony. W szpitalu działa także oddział dzienny na 25 miejsc.

Placówka dla osób z zaburzeniami psychicznymi została utworzona w 1903 r., przez Towarzystwo Opieki nad Chorymi Psychicznymi, ze środków zebranych w szerokiej akcji społecznej na przełomie XIX i XX w. Po otwarciu dysponowała znacznym majątkiem, m.in. gruntami o powierzchni ponad 50 hektarów.

– *Dziś, w zapędzonym świecie, jest coraz większa grupa osób, w różnym wieku, potrzebujących pomocy lekarzy specjalistów, psychologów, psychiatrów, terapeutów* – mówi Krzysztof Gawkowski, radny Sejmiku Województwa Mazowieckiego. – *Trzeba pamiętać, że szpital w Drewnicy ma wieloletnią tradycję, cieszy się dobrą renomą, posiada profesjonalną kadrę specjalistów. Drewnica to nie tylko placówka prowadząca leczenie zamknięte. To również miejsce, w którym osoby z problemami psychicznymi mogą liczyć na wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu bieżących trudności, także po zakończeniu leczenia na oddziale szpitalnym. To również warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez profesjonalistów. Zaburzenie działania szpitala może mieć skutki nieodwracalne. Nie jest łatwo zbudować od podstaw tego rodzaju placówkę.*

Tymczasem byt Drewnicy jest poważnie zagrożony. Wyeksploatowane budynki nie odpowiadają już żadnym normom sanitarnym, wkrótce nie będą się nadawały do użytku, a plany budowy nowego obiektu odkładane są w bliżej nieokreślonej przyszłości. Od kilku miesięcy toczy się walka o rozpoczęcie budowy.

Pawilony, w których mieszczą się oddziały, są drewniane, a same oddziały szpitalne nie spełniają standardów rozporządzenia MZ w „sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą” pod wieloma względami, np.: liczby urządzeń higieniczno-sanitarnych, szerokości drzwi, dostosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych (brak wind), a nawet dostępu do łóżek z trzech stron. W salach nie ma takiej możliwości z powodu zbyt małej powierzchni i stałego, ponad 100-procentowego obłożenia i konieczności stosowania dostawek.

Obecnie szpital ma warunkową zgodę na działalność wydaną przez urząd Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wołominie. Termin dostosowania placówki do obowiązujących standardów – koniec 2016 r. Odnowienie istniejących pawilonów mieszczących oddziały przewidywałyby koszty powstania nowego szpitala, dlatego jedynym rozwiązaniem jest planowana od dawna budowa pawilonu.

Szpital ma kontrakt z NFZ na wszystkie usługi i świadczenia, nie ma problemu z ich ilością. Problem polega na tym, że cena jednostkowa świadczenia psychiatrycznego jest od wielu lat niedoszacowana, nawet podniesienie wycen, o którym mówi NFZ, jest nieadekwatne do inflacji oraz rosnących standardów i wymogów stawianych przez Ministerstwo Zdrowia.

Fotografie: M. Skarbek



Na spotkaniu Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej obliczono, że niedoszacowanie sięga 30 proc. Szpitale tną koszty do absolutnego minimum, a i tak mają zadłużenie.

– *Psychiatria zawsze była na końcu wszystkich dziedzin pod względem dofinansowania i tak zostało – mówi Waldemar Giza. – Dlatego większość obiektów psychiatrycznych w całej Polsce to budynki stare, zniszczone, 100-letnie i starsze. Nie da się ich unowocześnić, dostosować do aktualnych przepisów sanitarnych, bo są w ewidencji zabytków. Nie ma możliwości technicznych i prawnych ich przerobienia. Kapitałny remont takiego obiektu kosztowałby tyle, co postawienie nowego.*

Na początku 2011 r. szpital dokonał cesji praw części posiadanych gruntów na rzecz będącej własnością Samorządu Województwa Mazowieckiego spółki Mazowiecki Psychiatryczny Szpital Wojewódzki Sp. z o.o., a środki ze sprzedaży ziemi miały zasilić planowaną od lat budowę nowego. „Ufając złożonym ustnie obietnicom wóldarzy Mazowsza, szpital oddał ok. 27 ha ze swych terenów na sprzedaż, aby Urząd Marszałkowski mógł pozyskać gotówkę na wkład własny pod planowaną inwestycję. Uważamy, że sprzedaż ziemi i przeznaczenie środków za nią na cele inne niż opieka psychiatryczna naszego regionu byłyby niezgodne z wolą donatorów i twórców szpitala” – piszą pracownicy – członkowie Stowarzyszenia „Nowa Drewnica”, powołanego do obrony interesów szpitala na wieść o zmianie planów samorządu wojewódzkiego dotyczących dalszych losów Drewnicy.


(O groźbie likwidacji placówki pisaliśmy szczegółowo w „Pulsie” nr 4/2014, str. 35.)

– *Przeznaczenie środków, pozyskanych ze sprzedaży gruntów należących niegdyś do szpitala Drewnica, na cel inny niż wybudowanie nowoczesnego szpitala w dotychczasowej lokalizacji – bardzo dziś korzystnej do leczenia środowiskowego – byłoby smutnym i niedopuszczalnym przejawem dyskryminacji osób chorych psychicznie – twierdzi dr hab. n. med. Maria Załuska, psychiatra z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.*


Dokumentację budowlaną nowego pawilonu szpitalnego w Drewnicy wykonano w 2007 r. Zgodnie z planami będzie miał około 20 tys. mkw. powierzchni i 300 łóżek. Obok powstanie kotłownia z magazynem i warsztatem, parking, portiernia oraz ogrodzenie terenu. Koszt całej budowy szacowany jest na 170 mln zł, czyli 8,5 tys. zł za 1 mkw., co jest sumą niską w porównaniu z kosztami innych szpitali.


Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada, że przy ponad 5 mln mieszkańców województwo mazowieckie powinno dysponować 2123 łózkami ogólnopsychiatrycznymi. Obecnie jest ich tylko 1867, czyli o 256 za mało. Aby zapewnić ich odpowiednią liczbę, trzeba stworzyć jeszcze co najmniej 5 oddziałów po 50 łóżek. ■

PS 19 maja br. Sejmik Województwa Mazowieckiego jednogłośnie przyjął uchwałę dotyczącą dokapitalizowania budowy nowego szpitala.



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






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


W strukturze SZPZLO Warszawa Praga-Północ funkcjonują następujące placówki:

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

SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO NASZYCH PRZYCHODNI
www.szpzlo.pl
 infolinia tel. 22 619-78-76




PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



serce Polski

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO



REKLAMA

Modernizacja szpitala

Nowoczesny Oddział Chirurgii Onkologicznej, oddzielna Izba Przyjęć, nowy Oddział Opieki nad Noworodkami oraz przychodnia to tylko niektóre elementy modernizacji Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie – informuje samorząd województwa.

Zarząd województwa zdecydował, że placówka otrzymała unijne dofinansowanie w wysokości blisko 24 mln zł. Prace modernizacyjne dostosowały ją do wymogów prawa, zwiększyły możliwości diagnostyczne oraz zapewniły rozszerzenie zakresu świadczonych usług medycznych. W ramach projektu wykonano nowe podjazdy do Izby Przyjęć oraz przychodni, utworzono Oddział Chirurgii Onkologicznej, zakupiono wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, a także system monitoringu pacjentów. Powstanie również nowa sieć internetowa i infolinia, która umożliwi pacjentom kontakt z rodziną. W szpitalu zostaną oddane do użytku pokoje gościnne dla osób towarzyszących pacjentom, szczególnie kobietom rodzącym. Cały budynek poddano pracom termomodernizacyjnym. Dzięki inwestycjom szpital jest jedyną placówką na Mazowszu zapewniającą całościową, zlokalizowaną w jednym miejscu, opiekę nad zdrowiem kobiety na wszystkich etapach jej życia. Na realizację projektu „Rozbudowa i modernizacja Szpitala im. Świętej Rodziny” trzeba przeznaczyć ponad 34,6 mln zł.

Zadbają o zdrowie

Województwo mazowieckie będzie współpracowało z powiatem pułtuskim w zakresie ochrony i promocji zdrowia. List intencyjny w tej sprawie podpisali marszałek Adam Struzik oraz starosta pułtuski Edward Wroniewski.

Samorząd województwa zapewnia, że porozumienie sprzyja wszelkim inicjatywom służącym poprawie dostępności i podniesieniu jakości świadczeń medycznych oraz propagowaniu postaw prozdrowotnych wśród mieszkańców Ma-

zowska. Zarówno województwo mazowieckie, jak i powiat pułtuski na mocy podpisanego listu intencyjnego będą zwiększały dostępności specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, m.in. przez współpracę podmiotów leczniczych, w tym Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o. i Szpitala Powiatowego w Pułtuskim Sp. z o.o. Celem porozumienia jest wymiana tzw. dobrych praktyk w zakresie zarządzania placówką zdrowia publicznego.

Mazowiecka spółka jest wieloprofilowym, wysokospecjalistycznym ośrodkiem, zaliczanym do przodujących zakładów diagnostyczno-leczniczych w Polsce. Wypracowany przez Szpital Bródnowski w ostatnich latach wzorzec zarządzania będzie stanowił punkt odniesienia w zarządzaniu placówką w Pułtuskim. ■

Garwolińska przychodnia

Podniesienie jakości usług przychodni oraz poprawa stanu środowiska naturalnego to kolejne projekty, które decyzją Zarządu Województwa Mazowieckiego otrzymały unijne dofinansowanie.

Samorząd wojewódzki podaje, że „Medicus” jest jedyną przychodnią na terenie powiatu garwolińskiego, która oferuje szeroki wybór usług specjalistycznych z zakresu neurologii, urologii, ginekologii, endokrynologii oraz alergologii.

W ramach projektu unijnego zakupione zostaną niezbędne urządzenia medyczne. Inwestycja zakłada również wprowadzenie systemu elektronicznej obsługi pacjenta oraz zakup komputerów. Obecnie z usług placówki korzysta miesięcznie około 800 osób. Niebawem dzięki poszerzeniu zakresu działań medycznych liczba pacjentów otoczonych opieką lekarską wzrośnie nawet do 1200.

Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007–2013. Środki unijne na projekt „Inwestycje infrastrukturalne dostosowujące zakład do wymogów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz zakup specjalistycznego sprzętu medycznego poprawiającego jakość usług” to 275 tys. zł. ■ **pk**

Jeszcze każdy ma szansę!

Zostało już niewiele dni do końca czerwca, żeby wykorzystać szansę i przystąpić do projektu realizowanego przez naszą Izbę „E-learning w służbie lekarzom” (www.kursy-elearning.pl).

Z końcem czerwca kończy się dostęp do kursów, ale tylko dla tych koleżanek i kolegów, którzy nie przystąpili do żadnego szkolenia oferowanego on-line.

Dlaczego warto podjąć ten mały wysiłek? Ponieważ ci, którzy to zrobią, będą mogli dłużej korzystać z 71 programów edukacyjnych – do listopada 2016 r. Przez Internet można korzystać z programów edukacyjnych i uzyskać nie mniej niż 350 punktów – łatwo i przyjemnie, w dowolnym czasie i miejscu – wszystko za darmo!

Od jakiegoś czasu my, lekarze, wykonujący bardzo trudny zawód, staliśmy się tematem sensacyjnych informacji w prasie, radiu i telewizji. Żądania odszkodowań są coraz liczniejsze i często sięgają milionów złotych, a suma ubezpieczenia OC to tylko kilkadziesiąt tysięcy, resztę musimy dopłacić sami!

Nie popełnia błędów ten, kto nic nie robi, a pracy mamy coraz więcej, co zwiększa ryzyko! Już sam obowiązek informowania pacjenta o jego chorobie i skutkach daje szansę pa-

centowi, jego rodzinie i kancelarii adwokackiej na wysokie odszkodowanie. Warto zatem wysłuchać i obejrzeć wykłady: „Praktyczne problemy realizacji lekarskiego obowiązku informowania pacjentów” (autor dr Dariusz Hajdukiewicz), „Recepty refundowane – jak uniknąć kar za błędy?” (autor dr n. med. Maciej Jędrzejowski), „Kiedy pacjenci pozywają lekarzy dentyistów?” (autor dr nauk prawnych Radosław Tyimiński).

Zapominamy o **obowiązku kształcenia ustawicznego** lub nie potrafimy znaleźć czasu na jego dopełnienie. Niezależnie od obowiązującego prawa doskonalenie jest od zawsze etycznym obowiązkiem.

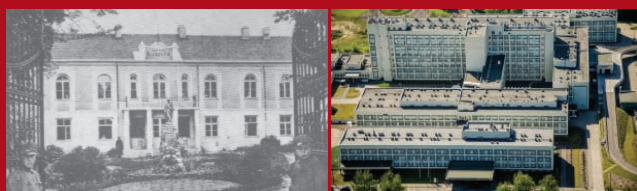
Zapraszam, jeszcze można przystąpić do projektu i skorzystać z dobrodziejstwa darmowej wiedzy.

Wszelkie pytania i prośby o pomoc proszę kierować do **Ryszarda Majkowskiego**, koordynatora ds. kursów, tel. 535-888-592 lub 535-888-597, biuro@kursy-elearning.pl ■

rm



9 maja 2014 r. w ostrołęckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego odbyła się uroczystość zamykająca budowę tego obiektu, połączona z obchodami 450-lecia szpitalnictwa w Ostrołęce.



Wielowiekowa, bo sięgająca XVI stulecia, tradycja opieki nad ludźmi chorymi zobowiązuje, dlatego placówka przyjęła motto „Pacjent naszym przyjacielem, a jego zdrowie najwyższą wartością”.

Zakończenie budowy poprzedzone zostało latami wysiłków. Decyzja o zastąpieniu starego, wyeksploatowanego i zbyt małego szpitala nowym zapadła już w 1983 r. Małe nakłady finansowe w latach 1985–1993 nie pozwalały na szybkie tempo realizacji. Przyspieszenie nastąpiło dopiero po 2005 r., gdy inwestycję zaczął wspierać zarząd województwa, przekazując na nią co roku duże kwoty.

Już nieco wcześniej szpital zaczął się stopniowo przenosić do nowej siedziby przy ul. Jana Pawła II. Najpierw otwarto zespół przychodni specjalistycznych, potem w Zakładzie Radiologii zainstalowano tomograf komputerowy i mamograf, jeszcze później powstała pracownia koronarografii. W 2006 r. Zakład Diagnostyki Obrazowej wyposażono w nowoczesny, 64-rzędowy tomograf komputerowy.

Przełomowym momentem był koniec roku 2009, kiedy do nowego obiektu przewieziono pacjentów zdecydowanej większości oddziałów, 18 listopada otwarto SOR, a tej samej nocy na Oddziale Położniczym w komfortowych warunkach przyszedł na świat pierwszy noworodek.

W 2012 r. powstał kolejny pawilon przeznaczony na potrzeby oddziałów, wreszcie w roku bieżącym nastąpiło całkowite zakończenie inwestycji. Jako ostatni powstał pawilon z Oddziałem Psychiatrycznym. Obecnie szpital ma 19 oddziałów, około 550 łóżek i 40 w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, zatrudnia prawie tysiąc pracowników. Dyrektorem placówki jest Wojciech Miazga, anestezjolog i specjalista medycyny ratunkowej.

W uroczystości zamknięcia budowy wzięło udział wielu gości, m.in. Aleksander Sopiński, podsekretarz stanu w MZ, posłowie na Sejm RP i europosłowie, Jacek Kozłowski, wojewoda mazowiecki, wicemarszałkowie i radni Sejmiku Województwa Mazowieckiego, zaprzyjaźnieni naukowcy.

Nie mamy zbyt wielu materiałów dokumentujących codzienną, trudną pracę w służbie ratowania życia ludzkiego, bo w takich chwilach zawsze ważniejszy jest pacjent niż chęć utrwalania historii – powiedziano podczas uroczystości. Wszystkie zdarzenia pozostają żywe w naszej pamięci. To one cementują nasze losy, to one wypełniły młode lata większości pracowników, ale pozwoliły też dojrzeć równo zawodowo, jak i życiowo.

Szpital po raz piąty otrzymał Certyfikat Akredytacyjny, nadany przez ministra zdrowia, potwierdzający wysoką jakość świadczonych tu usług.



Placówkę i jej dyrektora uhonorowano Medalem „Pro Masovia”. Wręczono także wiele innych odznaczeń. Wśród wyróżnionych medalem „Zasłużonemu dla Szpitala w Ostrołęce” znaleźli się: prof. Waleria Hryniewicz – za stałą współpracę z zespołem ds. zakażeń szpitalnych, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – za przyjaźń i stałą współpracę z terenowym oddziałem PTL, oraz prof. Hanna Szwed – za przyczynienie się do rozwoju ostrołęckiej kardiologii inwazyjnej i nieinwazyjnej. ■

mkr

Oszczędności radomskich szpitali



Fot. R. Natorski

Zmiany w systemie pracy lekarzy, zlecenie zewnętrznym firmom prania, sprzątnia i gotowania, instalowanie kolektorów słonecznych albo wiatraków – zadłużone radomskie szpitale stosują rozmaite sposoby oszczędzania.

Zaciskanie pasa jest konieczne, ponieważ placówki znajdują się w fatalnej kondycji finansowej. Wystarczy wspomnieć, że Mazowiecki Szpital Specjalistyczny, który od kilku miesięcy funkcjonuje jako spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zakończył ubiegły rok z 30-milionową stratą.

Dyrekcja placówki szuka oszczędności. Kilka tygodni temu rozstrzygnięto przetarg na usługi pralnicze dla lecznicy. Dotychczas wykonywała je przyszpitalna pralnia – koszt uprania kilograma bielizny wynosił 4 zł. Po zleceniu zadania zewnętrznej firmie stawka spadła do 2,60 zł. Zwycięzca przetargu nie tylko pierze pościel, ale także wypożycza szpitalowi kołdry, poduszki, poszwy i prześcieradła. W szpitalnej pralni pracowało 35 osób. Niektórym umowy nie przedłużono, inni odeszli na zasiłki przedemerytalne, a cztery osoby zostały zatrudnione przez firmę współpracującą obecnie z MSS.

Szpital zdecydował się także na outsourcing sprzątnia i prowadzenia kuchni. Te zadania powierzono konsorcjum dwóch przedsiębiorstw, które przez najbliższe cztery lata będzie dostarczało posiłki oraz dbało o czystość placówki. W efekcie dzienny koszt wyżywienia chorego spadł o 4 zł i wynosi obecnie 11,24 zł.

Oszczędności ma także zapewnić zamontowanie na dachu jednego z budynków lecznicy instalacji fotowoltaicznej i wiatrowej. Pozyskiwana w ten sposób energia jest wykorzystywana m.in. do zewnętrznego oświetlenia szpitala. Inwestycja pozwoli zaoszczędzić około 1,5 mln zł rocznie.

Budżetowa dziura była też powodem wprowadzenia w placówce równoważnego systemu pracy lekarzy (12 godzin podstawowego czasu pracy, 12 godzin dyżuru i np. sześć godzin pracy innego dnia). Godziny etatowe trwają od 8 do 20, dyżur lekarski rozpoczyna się dopiero po 20. W efekcie lekarze pracują po tyle samo godzin co wcześniej, za to spadła liczba godzin dyżurowych, droższych dla szpitala, który oszczędza dzięki temu blisko 2 mln zł rocznie.

W trudnej sytuacji finansowej znajduje się również Radomski Szpital Specjalistyczny. Szukając oszczędności, kierownictwo placówki zdecydowało się na zlecenie niektórych usług firmom zewnętrznym. Zajmują się m.in. ochroną, praniem i sprzątniem pomieszczeń szpitalnych.

Ulgą dla budżetu RSS ma być również zakończona niedawno termomodernizacja budynku lecznicy i remont kotłowni. Na dachu zamontowano kolektory słoneczne. Inwestycja kosztowała blisko 10 mln zł (połowa kwoty pochodzi z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska), ale korzyści mają być wymierne – zmniejszenie kosztów ogrzewania szpitala o 30 proc. Zyska także środowisko, ponieważ zminimalizowano emisję spalin do atmosfery. Energia odnawialna stanowi obecnie 23 proc. energii cieplnej zużywanej przez placówkę. ■

Rafał Natorski

Szczepionka uratuje przed rakiem?

W Radomiu realizowana jest akcja szczepienia trzynastoletnich dziewczynki przeciwko rakowi szyjki macicy. Gmina przeznaczyła na ten cel 300 tys. zł w ramach realizacji jednego z wniosków do budżetu obywatelskiego.

Szczepienie jest bezpłatne i dobrowolne, ale wyłącznie za zgodą rodzica lub opiekuna prawnego dziewczynki z rocznika 2001, zameldowanych w Radomiu. Stosowne formularze dotyczące wyrażenia zgody były udostępnione w szkołach oraz w poradniach specjalistycznych, a także – do pobrania za pośrednictwem strony internetowej miasta.

Szczepienia rozpoczną się prawdopodobnie w czerwcu i będą prowadzone w Poradni Konsultacyjnej Szczepień z Punktem Szczepień Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Preparat musi być zaaplikowany w trzech dawkach,

z których druga przyjmowana jest zwykle po mniej więcej dwóch miesiącach od pierwszej, a ostatnia – po około pół roku od drugiej.

Rak szyjki macicy, obok nowotworów piersi, płuc i jelita grubego, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. Stanowi również jedną z najczęstszych przyczyn zgonów Polek z powodu chorób nowotworowych – co roku z tego powodu umiera ich około 1800.

Głównym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju raka szyjki macicy są onkogenne typy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Według Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie wirusem HPV zakażonych jest 10–20 proc. osób w wieku 15–49 lat, w tym niemal 40 proc. kobiet poniżej 25. roku życia. ■

raf



Byliśmy na Majdanie

Krzysztof Królikowski

Ten artykuł miał być krótkim sprawozdaniem z naszej przedświątecznej wizyty, mojej i Krzysztofa Makucha, w Bibliotece Narodowej Nauk Medycznych Ukrainy w Kijowie, gdzie znajduje się Dział Polskiej Książki Medycznej w Kijowie. Życie napisało jednak inny scenariusz. Oto nasza relacja z wydarzeń na Ukrainie.

Na rok 2014 Ministerstwo Zdrowia Ukrainy nie przewidziało żadnej dotacji na zakup nowych książek dla Działu Polskiej Książki Medycznej przy Bibliotece Narodowej Nauk Medycznych w Kijowie. Dlatego przywieźliśmy kolejne publikacje z Polski. Ale w tym czasie to nie książki były najważniejsze. Na Ukrainie zawrzało i polała się krew...

Spotkaliśmy się z Raisą Pawlenko, dyrektorką Biblioteki Narodowej Nauk Medycznych Ukrainy, Rafałem Wolskim, konsulem RP, Wiktoorem Serdiukiem, prezesem Wszechukraińskiej Rady Ochrony Praw i Bezpieczeństwa Pacjentów, oraz prof. Anatolem Świąćickim, prezesem Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Ukrainie. Rozmawialiśmy o aktualnej sytuacji i dramatycznych wydarzeniach, które się rozgrywały. Byliśmy na Majdanie.

W samym sercu walk

Przechodzimy bez kontroli obok barykad, gdzie stoją majdanowcy ze sztandarami partii opozycyjnych. Mijamy budynek rady miejskiej zajęty przez Euromajdan. Na środku ulicy stoją ogrzewane w prymitywny sposób namioty. Wszędzie widać żółto-błękitne flagi, na wielu z nich widnieją nazwy miast. Rozrzut jest ogromny: od miejscowości podlowskich po wschodnie Zaporozże. Ulice schodzące do Chreszczatika są zabarykadowane. Dochodzimy na Majdan. Widać kolumnę niepodległości i szkielet choinki, którą władze co roku stawiają na święta i Nowy Rok. Tym razem zamiast świecidełek są na niej plakaty z postulatami Majdanu i duża podobizna Julii Tymoszenko. Naprzeciwko stoi scena. Przechodzimy obok koksowników, w stronę siedziby profspifok, czyli związków zawodowych. Przed wejściem do budynku musimy się wylegitymować, nie wystarcza, że jesteśmy z prof. Świąćickim. Pokazujemy polskie dokumenty. Przepuszczają nas. W środku jest pełno ludzi i kolejne kontrole.

Docieramy na trzecie piętro. Zostajemy poproszeni o założenie masek. Na początku trochę się opieramy, ale specyficznych zapach przekonuje nas i wyjaśnia, dlaczego to konieczność. Spotykamy tu dr. Olega Musija, preza Wszechukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego. Sztab medyczny znajduje się w pomieszczeniu do niedawna będącym salą prasową. Stoją tu regały z lekami i środkami opatrunkowymi.

Ktoś żartem mówi, że punkt medyczny na Majdanie to dzisiaj najlepiej wyposażony szpital w Kijowie. Ofiarność ludzi jest wielka.

Nocny dyżur

To niezwykła noc. Jesteśmy tu z potrzeby serca. Nie myślimy o zagrożeniu. Nie ma strachu. Bycie lekarzem na Majdanie to dziś zaszczyt. Dyżuruje z nami dr Aleksander Wojewódzki, który studiował we Lwowie, dziś pracuje w Kijowie, jest doskonałym praktykiem. Drugi z ukraińskich lekarzy to Władysław – przyjechał z Drohobycza. Są też dwie wspaniałe pielęgniarki z zachodniej Ukrainy.

Na dyżur przychodzą wszyscy i ze wszystkim: od przeziębienia, grzybicy nóg, oparzenia rąk do nadciśnienia. Także bezdomni przysyłani z antymajdanu (antymajdan utworzono w okolicach Rady Najwyższej w parku Marińskim). Regionowcy (Partia Regionów) płacą drobne grosze bezdomnym, by robili za tłum na antymajdanie, a kiedy coś zaczyna komuś dolegać, wysyłają na Euromajdan.

Kolejny dzień

Następnego dnia spotykamy się na Majdanie z byłym ministrem zdrowia Ukrainy z czasów pomarańczowej rewolucji 2004 r., prof. Mykołą Poliszczukiem. Jest też prof. Świąćicki. Przechodzimy na plac Michajłowski, gdzie dziś mieści się lazaret.



▶ O 16.00 mamy być na scenie Majdanu. Jest mroźno, ale atmosfera na Majdanie gorąca. Około 18.00, podczas wręczenia dyplomów dla medyków Majdanu za ich pracę, przemawia dr Krzysztof Makuch. W języku Tarasa Szewczenki przypomina, że polscy lekarze są solidarni z lekarzami ukraińskimi. Otrzymuje ogromne brawa i nieustającą odpowiedź Majdanu: „*Djakujemo!*” (Dziękujemy!). Ten wyjątkowy nastrój trudno opisać. Inaczej patrzy się na to z fotela gabinetu lekarskiego, przyjmując kolejnych pacjentów, inaczej, gdy stoi się na scenie i Majdan tak ciepło wita swoich medyków i nas, gości z Polski.

Płonie budynek związków zawodowych. Ogień podłożył Berkut. W nocy jeden z partyzantów Majdanu wspiął się po stolezku reklamy i z płonącego budynku uradował dziewczynę. Jest naprawdę gorąco.

Tam, gdzie w 1920 r. defilowało Wojsko Polskie, niestety dziś stoją tzw. tituszki – odpowiednik polskich dresiarzy. Są zgrupowani blisko Soboru Michajłowskiego ze złotymi kopułami, do którego przeniósł się sztab medyczny. Cały czas mówi się o szturmie tituszek na sobór... Podczas pożaru budynku profspiłok prawdopodobnie spłonął magazyn leków. W mediach pokazywane są zdjęcia i apele ze Szpitala Miejskiego nr 17 (dawnych Klinik Uniwersyteckich, gdzie do 1920 zajęcia mieli studenci medycyny, w tym wielu Polaków). Każdy może pomóc, choćby zabierając lżej rannych do siebie, by nie dosięgła ich „łapa” milicji.

Działamy dalej, robimy wszystko, co w naszej mocy, by się udało. Do tej pory zginęło 100 osób, a setki są ranne. Niewiarygodne, że w XXI w. tak po prostu zabija się ludzi w Europie...

Krótkie wyjaśnienie: Dział Polskiej Książki Medycznej w Kijowie to przedsięwzięcie, które trzy lata temu zainicjowała Okręgowa Izba lekarska w Warszawie.

Obecnie w Kijowie jest już 2500 woluminów, kolejne czekają na transport.

Dział ma także bezcenną pozycję – księgozbiór z gabinetu śp. prof. Zbigniewa Religi. Książki przekazał także śp. prof. Andrzej Szczeklik.

Dzięki wsparciu wielu wydawnictw medycznych czytelnicy Biblioteki Narodowej Nauk Medycznych mogą korzystać z najnowszej literatury medycznej.

Dary może przekazać każdy, wystarczy napisać na wybranej pozycji: Dar dla Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie, data, czytelny podpis. ■

Być w Europie na Ukrainie

Z byłem prezesem Wszuchukraińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego we Lwowie, w tej kadencji członkiem jego władz, prof. Andrijem Bazylewiczem, rozmawia Justyna Wojteczek.

Co dla pana było istotne w czasie wizyty w naszym kraju?

Kontakty z lekarzami w Polsce są dla nas bardzo cenne. Na Ukrainie nie ma samorządu lekarskiego i dzięki spotkaniom z polskimi kolegami możemy dowiedzieć się, jak działa ich organizacja, jak się zabrać do tworzenia samorządu w naszym kraju. Wizyta była dla nas ciekawa także dlatego, że zorganizowano spotkanie w Senacie i uzyskaliśmy ciekawe informacje na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce i polskiego systemu parlamentarnego.

Dlaczego uważa pan, że samorząd lekarski potrzebny jest Ukrainie?

U nas działa Wszuchukraińskie Stowarzyszenie Lekarskie, w każdym regionie kraju jest jego oddział. Jednak przynależność do stowarzyszenia nie jest obowiązkowa, dlatego w niektórych regionach niewielu lekarzy jest w nim zrzeszonych. Oddział stowarzyszenia we Lwowie, do którego władz zostałem wybrany, zrzesza około 10 proc. praktykujących w naszym regionie lekarzy.



Fot. egw

Może więc samorząd nie jest potrzebny?

Lepiej byśmy sami stanowili o sobie, niż by reguły narzucano z zewnątrz. Gdyby powstał samorząd lekarski na Ukrainie, mógłby – tak jak dzieje się w Polsce – wydawać prawa wykonywania zawodu, stać na straży etyki lekarskiej i dbać o jakość wykonywania zawodu.

Sytuacja i pacjentów, i lekarzy jest na Ukrainie bardzo trudna. Finansowanie ze środków publicznych nie wystarcza na pokrycie nawet połowy potrzeb. Pacjenci za leki muszą płacić, nawet podczas hospitalizacji, a większość z nich nie ma pieniędzy. Wielu jest słabo wyedukowanych, jeśli chodzi o profilaktykę i zachowania prozdrowotne. Chorzy długo leczą się sami, a w efekcie do lekarza trafiają bardzo późno lub za późno. Lekarzom trudno jest legalnie pracować i leczyć. Zarabiają około 200 dolarów miesięcznie. Wielu pacjentów chce się „odwdzięczyć” za pomoc. To bardzo poważny problem. Zwykły lekarz nie ma praktycznie żadnego wpływu na administrację, a nasza organizacja nie ma dużego wpływu na decyzje polityków. Dlatego powszechny samorząd bardzo by nam się przydał.

Czego pan życzy ukraińskim lekarzom i pacjentom?

Chciałbym, żeby lekarze ukraińscy mieli takie warunki pracy, jak lekarze europejscy, by mogli podwyższać kwalifikacje. A także, żeby pacjenci mieli taki dostęp do leczenia i nowoczesnych terapii, jak w Europie. ■

Czy powstanie samorząd lekarski na Ukrainie?

W kwietniu br. czteroosobowa delegacja lekarzy ukraińskich przyjechała z wizytą do OIL w Warszawie. To były pracowite dni dla wybitnych postaci ukraińskiego świata medycyny: Mykoły Tyszczuka i Akima Litwaka z Odessy oraz Andrija Bazylewicza i Andrija Iwanciwa ze Lwowa. Przyjechali z jasnym celem – poznania metod pracy naszego samorządu. Z jego statutem mieli okazję zapoznać się znacznie wcześniej, bowiem działacze Wszekukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego już od dłuższego czasu przygotowują się do utworzenia niezależnej organizacji lekarskiej. Twierdzą, że obecny burzliwy czas przemian może, paradoksalnie, sprzyjać tym zamierzeniom, tym bardziej że minister zdrowia Ukrainy, były szef służby zdrowia Majdanu, zna z autopsji organizacje europejskie, był kiedyś gościem NIL i jest zdecydowanym zwolennikiem idei samorządności.

Na zebraniu Komisji Współpracy z Zagranicą, kończącym oficjalny program spotkań w Warszawie, koledzy z Ukrainy podsumowali swe wrażenia i zadali wiele pytań, które narodziły się w czasie niezmiernie bogatej w wydarzenia wizyty. Opowiadali także o stopniu zaawansowania swoich dotychczasowych samorządowych przygotowań. Wyjaśnili, że lekarze z Ukrainy, po zaznajomieniu się z działalnością wielu medycznych organizacji samorządowych w Europie, wybrali model polski, najbardziej im odpowiadający. Obserwacja pracy w naszej Izbie miała zatem dla nich znaczenie szczególne. Zwiedzając siedzibę ORL, słuchając wyjaśnień i wykładów jej przedstawicieli, m.in. Sądu Lekarskiego (koleżanki E. Rusieckiej-Kuczałek) oraz Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (koleżanki J. Barbachowskiej), zwracali uwagę przede wszystkim na praktyczne aspekty naszej działalności. Natomiast wizyta w Naczelnej Izbie Lekarskiej umożliwiła im zapoznanie się z problematyką samorządową na poziomie krajowym. Należy podkreślić zaangażowanie wicemarszałka Senatu Stanisława Karczewskiego. Dyskusja podczas posiedzenia Komisji Współpracy z Zagranicą była niezmiernie interesująca. Pytania gości patrzących na naszą organizację przychylnie, ale z zewnątrz, uświadomiły mi, osobie związanej z izbami od wielu lat, jak długą przeszliśmy drogę i jak wiele trzeba wiedzieć i umieć, by przedstawić wszelkie aspekty samorządowej działalności. Niezastąpiony w wyjaśnianiu tych problemów okazał się samorządowy weteran, obecnie zastępca przewodniczącego Komisji Współpracy z Zagranicą, Krzysztof Makuch.

Zadania, które stoją przed naszymi gośćmi, są trudne, z pewnością trudniejsze niż te, które stanęły przez nami w roku 1989. Koledzy z Ukrainy, nie mogąc liczyć na składki ubogich lekarzy ukraińskich, wystąpili o grant do Unii Europejskiej. Bardzo zależy im na pomocy instruktorów z Polski, którzy mogliby się udać do kilku najbardziej aktywnych ośrodków na Ukrainie. Nam w reaktywowaniu izb pomagał Zachód, pomoc Wschodowi należałoby traktować jako spłatę moralnego długu. Podczas posiedzenia Rady Okręgowej podpisana została umowa dotycząca współpracy między Oddziałem Odeskim Wszekukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego i warszawską Izba. Teraz należy pilnować, aby nie pozostała tylko na papierze. Delegacja ukraińska wręczyła wysokie odznaczenie Andrzejowi Sawoniemu, prezesowi naszej Izby, jako pierwszemu lekarzowi spoza Ukrainy. Odznaczenie za szczególne zasługi w dziedzinie współpracy z lekarzami z Ukrainy otrzymał Krzysztof Makuch.

W czasie spotkań w naszej Izbie nieocenioną pomocą w roli tłumacza służył Krzysztof Królikowski. Rolę przewodnika po Izbie i po Warszawie, również podczas zwiedzania Muzeum Historii Medycyny, pełnił z zapałem Tadeusz Pawlikowski.

Mamy nadzieję, że śmiałość i wytrwałość kolegów z Ukrainy zostanie wynagrodzona i nieprzewidziane wydarzenia nie stłumią ich dążenia do utworzenia demokratycznej, niezależnej organizacji lekarzy. ■

Krzysztof Schreyer
przewodniczący
Komisji Współpracy z Zagranicą



Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie (03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25) **pilnie zatrudni** na stanowisko lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS, lekarza posiadającego II stopień specjalizacji, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny pracy, ortopedii, psychiatrii. Tel. 22-590-20-09.

Stomatologiczny Ośrodek Zdrowia w Żychlinie k. Kutna **zatrudni lekarzy stomatologów** do poradni stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, pedodoncji, periodontologii, protetyki. Mile widziane doświadczenie oraz specjalizacja. 99-320 Żychlin, ul. Dobrzelińska 6, tel.: 730-922-999.

Specjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Grupa Medical” **zatrudni lekarza radiologa** do pracowni rezonansu magnetycznego w Grójcu. Osoby zainteresowane proszę o kontakt telefoniczny 507-02-51-92 lub e-mailowy g.andrulewicz@onet.eu. Atrakcyjne warunki pracy i płacy. Kandydatom gwarantujemy dyskrecję.

Wynajmę dwa gabinety lekarskie w centrum Warszawy. Tel. 22-403-22-66.



Noc przed dniem...

Rzut oka na kalendarz wydarzeń kulturalnych w Krakowie najbliższych trzech miesięcy powala na kolana. Czegoż tam nie ma? Krakowski Festiwal Filmowy, Festiwal Kultury Żydowskiej, Święto Ogrodów, Parada Smoków, Festiwal Zaczarowanej Piosenki im. M. Grechuty, Wianki, Letni Festiwal Jazzowy w Piwnicy pod Baranami, Festiwal Tańców Dworskich... Mógłbym tak zapisać całą stronę, wymieniałem więc zaledwie cząstkę.

Nie otrząsnąłem się zresztą jeszcze z Nocy Muzeów, zapoczątkowanej przed dziesięcioma laty właśnie w Krakowie, której tłumny przebieg w strugach deszczu, wskazał – jak się wydaje – na przedkładanie przez wielu Polaków nocy nad dniem.

A panie i panowie, co o tym myślą? Czy ktoś jeszcze pamięta dylemat postawiony przez Jana Tadeusza Stanisławskiego „O wyższości Świąt Wielkiej Nocy nad Świątami Bożego Narodzenia”?

Z wydarzeń medycznych Krakowa trzeba przede wszystkim odnotować sprzedaż (za 57 mln zł) wielkiej sieci medycznej Scanmed (z należącym do niej Szpitalem św. Rafała) w ręce Life Healthcare Group z RPA, największego operatora szpitalnego w tym kraju. Co to znaczyć będzie dla sieci prywatnych usług medycznych w Krakowie, trudno wróżyć. Dotąd, o ile nam wiadomo, ani w cenach usług medycznych, ani w zatrudnieniu lekarzy nic się nie zmieniło. I może tak właśnie wyglądać będą przekształcenia w naszej służbie zdrowia.

Na zupełnie innej płaszczyźnie odnotować wypada XII Kongres Stomatologów Polskich, zainaugurowany przez prezesa Polskiego Stowarzyszenia Stomatologów prof. Bartłomieja Losterę galą w Teatrze im. J. Słowackiego. Z relacji uczestników kongresu wynika, że w stomatologii polskiej nic się szczególnego nie wydarzyło. Nadal pozostaje ona w 90 proc. w rękach prywatnych, nadal pozostawiamy na poboczu stomatologię szkolną, nadal kształcimy zbyt wielu stomatologów i nadal mnożymy biurokratyczne utrudnienia, nakładając na dentystów, którzy nie opuścili NFZ, rozmaite kary. Zmieniło się tylko kształcenie specjalistów, mianowicie wybitnym praktykom posiadającym akredytację nałożono uniwersyteckie wędzidła (obowiązek publikowania dwóch prac rocznie, posiadania certyfikatu umiejętności pedagogicznych i trzyletniej praktyki akademickiej). I kto to mógł wymyślić?

A w krakowskiej izbie coraz bliżej remontu siedziby, trwają konsultacje architektoniczne i kosztorysowe. I oczywiście kreślone są plany urlopowe. Ministerialne pakiety antykolejkowe i antynowotworowe nie wzbudziły szczególnego zainteresowania. Brak terminów, rozporządzeń wykonawczych i pieniędzy sprawia, że dominuje poczucie iluzji, czemu zresztą dał wyraz prezes Hamankiewicz w „Liście do Premiera”. ■

Wasz Cyruлик z Rynku Głównego



Pacjent chirurgiczny

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

To że mówimy specyficznym językiem, nie tylko nie dziwi, ale nawet się podoba. Trzeba sobie jasno powiedzieć – język lekarski różni nas od ludzi innych zawodów do tego stopnia, że czasem na tej jakże wątpliwej podstawie możemy sprawnie ocenić, czy mamy do czynienia z medykiem, a nawet czy – ściśle – z lekarzem. Wystarczy zapytać, czym jest *musculus sternocleidomastoideus* i zależnie od tego, jak osobnik odpowie lub co pokaże, mamy gościa zakwalifikowanego.

To jest nie tylko sympatyczne, ale jak widać pożyteczne. Tak działa pytanie o wiedzę, ale podobnie funkcjonuje żargon. Ten, choć z wiedzą często się lekko mija, identyfikuje nas doskonale, a przy tym zdecydowanie przyspiesza komunikację i pozwala w mgnieniu oka przekazać pełnowartościową wiadomość, dyrektywę, polecenie, myśl, wskazówkę. Warunkiem jest wysoki poziom porozumienia i wzajemna znajomość mówiących. Już to pisałem, ale powtórzę: żargon różnych zakładów medycznych, różnych gabinetów, i to w tym samym szpitalu, mogą się znacznie różnić. W zakładzie dietetyki *trzy żołądki* znaczą »trzy wersje diety wrzodowej«, a na oddziale internistycznym »trzech oczekujących na gastroskopię«. W obu wypadkach jest to wyrażenie żargonowe, ponieważ wyraz *żołądek* jest tu użyty w znaczeniu zgoła niesłownikowym. W żargonie staje się swoistą dietą lub pacjentem.

Rzecz jasna takich wyrażen nie należy używać poza środowiskiem i w sytuacjach choćby minimalnie oficjalnych. Na pewno nie będą tolerowane przez redakcje w artykułach naukowych ani dobrze przyjmowane na konferencjach. Czasem żargon – na ogół słuszny w życiu codziennym – może być wręcz przeszkodą w pracy, a to bywa niebezpieczne. Długo ze sobą pracujący chirurdzy mogą tak dalece przyzwyczaić się swoich skrótów myślowych i kalamburów, że gdy do operacji stają z gośćmi albo nowymi kolegami, następuje zaburzenie komunikacji. Trzeba wtedy czuwać, żeby osoba nieznaną ich języka nie zrobiła jakiegoś głupstwa.

Skoro już jesteśmy przy operatywie (to też słowo żargonowe), warto wspomnieć o dość częstym wyrażeniu, które próbuje się przebijać do tekstów naukowych i służbowych: *pacjent chirurgiczny*. Ten *pacjent* pojawił się jako pierwszy, za nim przyszli *pacjenci internistyczni, neurologiczni, dermatologiczni*, i tak do końca znanych nam dziedzin. Oswojeni z tym wzorcem językowym zapominamy, że to wytrych, który nie oddaje istoty rzeczy. Nie wiadomo bowiem, czy chodzi o chorego, który był leczony chirurgicznie, czy takiego, który będzie. A może właśnie jest? A może nie jest, ale cierpi na chorobę, którą zwykle się leczy operacyjnie, z tym że u niego ta metoda właśnie z jakichś powodów jest niewskazana? Tak, w pewnych okolicznościach uściślenie staje się niezbędne, ba, może decydować o losach chorego. Dobrze czasopiśmo nie będzie akceptować takich wyrażen, ale także i rozum, kiedy trzeba, nakaże używanie języka dokładnego, niebudzącego wątpliwości co do tego, o czym mowa. ■



Fot. archiwum

Myśli rocznicowe

Janina Jankowska

25 lat minęło... Oficjalne obchody, których od pewnego czasu unikam, zmusiły mnie do przesłuchania starych nagrań radiowych z okresu po podpisaniu umów Okrągłego Stołu do zwycięskich wyborów 4 czerwca 1989 r. Zostałam zaproszona na konferencję pt. „Archiwa przełomu”, którą zorganizowały Kancelaria Prezydenta RP i Kancelaria Senatu RP. Trudno odmówić, bo w pewnej części jestem sprawcą powstania archiwów audialnych, tj. radiowych. Komitet Obywatelski postawił mnie na czele dziennikarzy, wtedy już od ośmiu lat niepracujących w Polskim Radiu (wyrzuceni z pracy po stanie wojennym), którzy mieli z marszu robić kampanię wyborczą kandydatów z obozu Lecha Wałęsy. To znaczy prezentować sylwetki, poglądy, program strony opozycyjno-solidarnościowej, a nadto objaśniać słuchaczom, jak po dokonaniu właściwego wyboru nie pomylić się przy oddawaniu głosu, bo ordynacja wyborcza była niezwykle skomplikowana.

Dziwna to była konstrukcja. Wybory wolne i niewolne, jak jajeczko częściowo nieswieże. Zadanie władzy polegało na tym, żeby wolność ograniczyć do 1/3 wolności. Zatem, niezależnie od wyników głosowania, nasi kandydaci mogli zająć tylko 1/3 krzeseł na sali sejmowej. Listy niczym się nie różniły. Nazwiska „naszych”, przecież w większości nieznane, były wymieszane z partyjno-rządowymi. W każdym województwie inne numery list. Nie wolno było używać nazwy „Solidarność”. Tylko tzw. lista krajowa zawierała samych jednorodnych bonzów aparatu partyjnego i tu już było wiadomo, z kim mamy do czynienia.

Nasz Zespół Radiowych Dziennikarzy Komitetu Obywatelskiego miał za zadanie w przydzielonym czasie antenowym to wszystko słuchaczom objaśnić i jednocześnie przekonać, by głosowali na „Solidarność”. Wychodziliśmy ze skóry, zespół szalonych reporterów i nobliwy Bohdan Tomaszewski, który instruował na antenie, jak skreślać nazwiska na listach, każde osobno. Wybitny dziennikarz sportowy był lektorem i prowadził wywiady z kandydatami. Słuchałam tych starych nagrań z rozrzwaniem. Tylu mądrych słów, tylu mądrych, autentycznie żarliwych i pełnych odpowiedzialności ludzi, dawno nie słyszałam w mediach.

Niechętnie się dziś wspomina, jak władza na każdym kroku utrudniała nam pracę, zwłaszcza komitetom obywatelskim w terenie. Wyłączano telefony, zabraniano rozwieszania plakatów, odmawiano papieru na druki. W niektórych szkołach dzieci miały obowiązek zrywania plakatów „Solidarności”. Startujący do Sejmu partyjni szefowie pewnych zakładów pracy drogą służbową wręczali pracownikom do podpisu listy popierające ich jako partyjnych kandydatów. Nazwisko pracownika, PESEL, wszystko było gotowe. Tylko podpisać, a premia zapewniona. Także nauczyciele z tej samej opcji dobrymi ocenami na świadectwie zachęcali uczniów do zbierania podpisów popierających ich kandydaturę. O tych wszystkich przypadkach informowaliśmy w naszych audycjach wyborczych.

Kierownictwo Polskiego Radia nie mogło już w treść naszych audycji ingerować. Natomiast mogło 12-osobowemu zespołowi z 30 współpracownikami przydzielić jeden pokój w piwnicy, robić każdego dnia awantury o przepustki, nie udostępniać magnetofonów reporterskich itp. Gdyby nie nasza samoorganizacja, kontakty z kolegami na Zachodzie, którzy zbierali od różnych firm i związków zawodowych pieniądze, kupowali nam sprzęt, kasety, kamery i magnetofony – nasza kampania wyborcza w radiu i telewizji wyglądałaby inaczej.

Jednak udało się! Już pierwsze wyniki napływające naszymi kanałami z komitetów obywatelskich były dla władzy druzgocące. Społeczeństwo w całości odrzuciło tzw. listę krajową z aparatczykami partyjnymi. Euforia, radość, czuliśmy się zwycięzcami. Tym razem narodowe powstanie wygrane – kartkami wyborczymi! Właśnie ten dzień zwycięstwa – 4 czerwca 1989 r. – w tę okrągłą rocznicę tak podniosło świętowaliśmy.

Jednak niechętnie wspomina się dni następne, kiedy nastrój opadł. Nie pokazuje się, jak na szybko zorganizowaną konferencję prasową z udziałem Bronisława Geremka i Janusza Onyszkiewicza zareagowali ci, którzy głosowali na „Solidarność”. Mam to nagrane na taśmach archiwalnych. Do nas, do radia, dzwoniли słuchacze. Zaskoczeni i rozżaleni. Nie rozumieli gestu politycznego prof. Geremka, który zapowiedział, że jeśli rząd będzie miał taką wolę, to nastąpi druga tura wyborów, która uzupełni nowymi kandydatami odrzucone przez wyborców partyjne mandaty. Wyborcy poczuli się oszukani. Głos liderów strony solidarnościowo-opozycyjnej gasił ich radość i nadzieje. Dyżurujący przy telefonie kolega tłumaczył, że takie gesty polityczne są potrzebne, bowiem ta nasza, „solidarnościowa” wygrana może wywołać panikę w obozie władzy, która jeszcze dysponuje siłą, policją, wojskiem itp. To był realny problem. Jednak my, dziennikarze solidarnościowo-opozycyjni, szczerzy do bólu w każdej sprawie, głosów rozczarowanych wyborców nie publikowaliśmy na antenie Polskiego Radia. Byliśmy jednością z naszymi związkowymi przywódcami...

Ten problem jest do dziś nierozstrzygnięty. *Pacta sunt servanda*, a wola społeczeństwa? Została zlekceważona.

Czy nie w tym fakcie tkwi praźródło obecnych podziałów politycznych? Jedni krzyczą: zdrajcy, drudzy: wygraliśmy, to był jedyny możliwy w tych warunkach sukces. Ani jedno, ani drugie.

Podejmujący tę decyzję przywódcy ruchu społecznego, nawet jeśli mieli rzeczowe argumenty, swoją postawą odezwali się od ludzi. Nie byli szczerzy, nie wytłumaczyli się z tego „gestu politycznego” przed narodem. Weszli do kasty wyalienowanych elit, która nie musi liczyć się z głosem społeczeństwa. I tak już zostało. Rozwinęły się tylko techniki, marketing polityczny, PR itd.

Jednak wdzięczna jestem inicjatywie zbierania „Archiwów przełomu”, także ze zbiorów prywatnych. One rejestrują fakty z przeszłości. To ważne, bo w każdej chwili możemy do nich zajrzeć, by zrozumieć teraźniejszość. ■



Nie grały im surmy bojowe...

Z prof. Januszem Stefanem Wasylukiem w 70. rocznicę Powstania Warszawskiego rozmawia Krystyna Bieżańska.

„Nie grają nam surmy bojowe i werble do szturmów nie warczą, Nam przecież te noce sierpniowe i prężne ramiona wystarczą...”

Ten wyjątek z pieśni powstańczej „Marsz Mokotowa” dobrze odzwierciedla nastroje tamtych dni i determinację młodego pokolenia, aby wyjść z konspiracji i stanąć do otwartej walki z hitlerowskim najeźdźcą. „Noce sierpniowe” i „prężne ramiona” to były ich główne atuty, gdy podejmowali nierówną walkę 1 sierpnia 1944 r. na ulicach Warszawy. A „Marsz Mokotowa” – jedna z najbardziej znanych i najładniejszych pieśni powstańczych – jest stosowną inwokacją do wspomnień z okazji 70. rocznicy tych wydarzeń.

Panie profesoro, ponownie wraca pan do wspomnień na łamach „Pulsu” – tak jak w latach ubiegłych – o tych dwóch miesiącach heroicznej walki i o udziale w niej warszawskich lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszek. Co jest powodem, że te wspomnienia są wciąż żywe, budzą emocje i rozniecają uczucia patriotyczne w sercach Polaków?

W moim przypadku są trzy powody. Pierwszy to wyniesione z domu przekonanie, że „nie samym chlebem żyje człowiek” – czego dobitnym przykładem był mój ojciec. W czasie tych 63 dni, jako wiceprezydent powstańczej Warszawy, przeżył piekło obrony Starówki, a po jej upadku, chory i ranny, został kanałami ewakuowany na Żoliborz. Potem ukrywał się przed gestapo na Podhalu. Takie życiorysy nie pozostają bez wpływu na kształtowanie się postaw pozostałych członków rodziny.

Drugim czynnikiem jest to, że przez całą moją młodość te chwalebne wydarzenia musiały być starannie ukrywane. Kto przerwał milczenie – skazywał się na szykany albo nawet ryzykował życie. Przykładem może być powstańczy prezydent Warszawy Marceł Porowski, skazany przez władze komunistyczne na karę śmierci za to, że był delegatem rządu RP na wychodźstwie na m.st. Warszawę. Dopiero teraz, po odzyskaniu niepodległości, można o tych wydarzeniach mówić, pisać, robić filmy i stawiać pomniki bohaterom. Trzecim czynnikiem, aktywizującym wspomnienia o tamtych wydarzeniach, jest moja działalność w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Z inicjatywy zarządu i prezesa TLW prof. Jerzego Jurkiewicza utworzono tam koła lekarzy i sanitariuszek powstańczych, organizowane są zebrania naukowe związane tematycznie z Powstaniem, przyznawane są okolicznościowe medale i dyplomy. Towarzystwo wydało kilka tomów „Pamiętnika”, w którym opisywano działalność i losy powstańczych służb sanitarnych. Bliskie są relacje TLW ze Związkiem Powstańców Warszawskich, który ufundował nam sztandar na 190-lecie istnienia Towarzystwa.

Corocznie – kiedy nadchodzi 1 sierpnia i zbliża się godzina „W” – tłumy warszawiaków i przyjezdnych uroczysto świętują kolejną rocznicę Powstania, składając kwiaty, zapalając znicze przed pomnikami powstańców i w innych miejscach uświęconych krwią poległych. Ale jest też grono krytyków, niechętnych tej tradycji i pytających, po co świętować klęskę? Bo Powstanie Warszawskie to również 18 tys. poległych powstańców, głównie młodzieży, i około 150 tys. cywilnych mieszkańców stolicy. To spalone i zburzone miasto, zniszczone i rozgrabione gromadzone od pokoleń skarby kultury narodowej.

Krytykę wyrażają przede wszystkim ludzie nie związani emocjonalnie z tymi wydarzeniami. Jeśli nie wywodzą się ze środowisk stawiających czynny opór hitlerowskiemu okupantowi, czasami trudno im zrozumieć motywy, które doprowadziły do wybuchu Powstania. Istnieją kręgi społeczne, w których przeważa „racjonalne” podejście do wypadków dziejowych. Być może ludzie ci w taki właśnie sposób rozumieją patriotyczną obronę dziedzictwa narodowego: nie przeciwstawiać się zbrojnie przeważającej sile wroga i nie ryzykować utraty nagromadzonych dóbr materialnych. Można ich zrozumieć. Ale nie oni są tym elementem, siłą, która zapewnia przetrwanie tożsamości narodowej w czasach klęsk. Taką siłą były w Polsce właśnie „nierozumne” powstania przeciw najeźdźcom: kościuszkowskie, listopadowe, styczniowe i sierpniowe, czyli warszaw-

skie. Polegli powstańcy to były właśnie te „kamienie przez Boga rzucone na szaniec” z „Testamentu...” Juliusza Słowackiego, który wołał: „niech żywi nie tracą nadziei”. I wszystkie rocznice tych klęsk świętujemy uroczyście – wiedząc, że bez nich nie byłoby Polski.

Czy w dobie integracji europejskiej potrzebne są młodemu pokoleniu tak silne więzy z bohaterską przeszłością i „wybujął” patriotyzm? Czy słuszne jest powracanie do tamtych postaw i wzorców, nie bardzo pasujących do lansowanych ideologii we współczesnym, zmieniającym się świecie?

Sądzę, że tak – bo to są dobre wzorce. Naturalne jest, że pokolenie okresu II wojny światowej, wyrosłe na międzywojennych tradycjach patriotycznych, zdziesiątkowane w czasie okupacji, w Powstaniu Warszawskim i w okresie prześladowań stalinowskich, chciało przekazać wyznawane wartości swoim synom i wnukom. I nie uważam, byśmy w tym przesadzali. Przy okazji obchodów świąt narodowych i rocznic różnych wydarzeń historycznych widać autentyczne zainteresowanie młodych naszą przeszłością. 1 sierpnia przychodzą pod pomnik Powstańców, z zaciekawieniem zwiedzają Muzeum Powstania Warszawskiego, oglądają zdjęcia i filmy dokumentalne, czytają wspomnienia i beletrystykę wojenną, są autorami inscenizacji historycznych. Młodzież – już zintegrowana w Unii Europejskiej – najwyraźniej poszukuje swoich korzeni, przynależności narodowej, śpiewa „Rotę”, dumna jest z własnego języka, obyczaju, tradycji. Filmy o bohaterskich przygodach w czasach wojny: „Stawka większa niż życie” i „Cztery pancerni i pies” – chociaż szyte grubymi nićmi prosowieckiej propagandy – nie schodzą z ekranów telewizyjnych. To powinno nas radować!

Wracając do problemu ogromnych strat, jakie ponieśliśmy w czasie Powstania Warszawskiego w ludziach i skarbach kultury narodowej, czy dowództwo Armii Krajowej nie mogło tego przewidzieć i temu zapobiec? Przecież było oczywiste, że w walkach ulicznych okupant nie poprzestanie na broni maszynowej, ale użyje czołgów, artylerii i lotnictwa.

Nie było to takie oczywiste. Sądzono, że jednostki regularnej armii niemieckiej będą związane w walkach z nacierającymi wojskami sowieckimi, a Warszawę uda się zająć „zaskoczenia”, w czasie pierwszego uderzenia. Tak się nie stało, ale powstańcy – mimo niewystarczającego uzbrojenia – opanowali dużą część miasta. Wówczas nie było ani niemieckich czołgów, ani artylerii, ani lotnictwa. Ciężką broń wprowadzono później, kiedy Niemcy zorientowali się, że ofensywa sowiecka została wstrzymana. Walki powstańcze miały trwać tylko około tygodnia. W pierwszym rzucie na odsiecz Niemcy wprowadzili do miasta nie doborowe jednostki SS i Wehrmachtu, tylko pośpiesznie zorganizowaną zbieraninę frontowych niedobitków pod wodzą Dirlwängera i Kamińskiego, wstawioną rzeźniami i gwałtami na Woli i Ochocie. Planowe burzenie miasta nastąpiło później, na osobisty rozkaz Hitlera. Trzeba pamiętać, że największe zniszczenia stolicy powstały nie w ogniu walk powstańczych, ale w wyniku celowego, systematycznego niszczenia budynków ogniem i ładunkami saperskimi już po ich zakończeniu. Na przykład siedziba Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego – z okazałą, kilkusettomową biblioteką – położona w samym sercu Warszawy, przy ul. Niecałej, w sąsiedztwie Ogrodu Saskiego, została zniszczona miotaczami płomieni już po wypędzeniu mieszkańców tej części miasta. Taki los spotkał wiele innych budynków.

Decyzja o rozpoczęciu Powstania nie zapadła jedno-myślnie. Wielu dowódców Armii Krajowej i władze cywilne Polski Podziemnej zdawały sobie sprawę

z niedostatecznego wyposażenia w broń oraz niepewnej sytuacji politycznej, były więc przeciwne wystąpieniu zbrojnému przeciw Niemcom w Warszawie w sierpniu 1944 r. Co zdecydowało, że godzinę „W” ogłoszono 1 sierpnia?

Złożyło się na to wiele czynników. Także i to, że do zbrojnego wystąpienia parli młodzi, wyszkoleni i uzbrojeni żołnierze Armii Krajowej, przy wsparciu ogółu społeczeństwa, patrzącego bezsilnie na codzienne rozstrzeliwanie cywilów na ulicach Warszawy, łapanki, wywózki do Niemiec i do obozów zagłady, prześladowania i tortury w gestapowskich kaźniach w alei Szucha, na Pawiaku i w innych miejscach. Całe warszawskie getto poszło z dymem w 1943 r. Wyżsi dowódcy musieli liczyć się z tymi nastrojami. Jednym z czynników decydujących o wybuchu Powstania była prawdopodobnie także propaganda sowiecka. Nasz wschodni „sprzymierzeniec” działał tu z wyjątkową perfidią. Mimo wstrzymania ofensywy, do ostatnich dni lipca radio moskiewskie i polskojęzyczna rozgłośnia „Kościuszko” wzywały Polaków, by wystąpili zbrojnie i wspomogli nacierające wojska sowieckie i polskie! Wprowadziło to dezorientację w polskich szeregach, pomawiając o to, że zamiast walczyć, stoją z bronią u nogi. Ten argument bardzo przemawiał do młodzieży AK-owskiej. To byli młodzi chłopcy i młode dziewczyny, harcerze, łączniczki, sanitariuszki, postawieni przez okupacyjną rzeczywistość w roli dorosłych, dojrzałych żołnierzy, czasami dowódców, niekiedy wykonawców zadań wymagających wielkiego poświęcenia i narażenia życia. Ale to nie mogło zagłuszyć porywów radosnej młodości: były przyjaźnie, zaloty, miłości... Trzeba było trochę przed dziewczynami zaszpanować, wykazać się bohaterską postawą, jakimś niezwykłym wyczynem. Wiele aktów brawurowej odwagi miało takie romantyczne podłoże. Obrazuje to świetnie piosenka o sanitariuszce Małgosi (cytuję z pamięci):

*„Sanitariuszko Małgorzatko
jakże twe serce zdobyć mam?
choć sprawa wcale nie jest gładka
ja na nią pewien sposób znam:
od kumpla dziś pożyczę Visa
i gdy nastanie ciemna noc
pójdę na wypad po »tygrysa«
u stóp Małgosi złożę go...”*

Tak bywało: z pistoletem Vis na niemiecki czołg typu „tygrys”. To nie była przechwałka, jeśli chłopak dysponował kilkoma butelkami benzyny... Ale to romantyczne podłoże wielu akcji w niczym nie umniejsza bohaterstwa powstańców w walce o wyparcie okupanta z Warszawy, o wolną Polskę. A także wypełnienia rozkazu. Przecież to była Armia Krajowa, a oni byli żołnierzami! Walczyli więc – często na straconych pozycjach, dopóki nie zapadła decyzja o kapitulacji. A „Marsz Mokotowa” brzmiał dalej:

*„...w uliczkach znajomych, w Alejach,
gdzie bzy już nie kwitną,
gdzie w twierdze zmieniły się domy,
a serca z zapału nie stygną...”*

I jeszcze dodam uroczyście: „Jeszcze Polska nie zginęła, póki my żyjemy...”. Zginęli oni, ale Polska żyje. *Gloria victis!* ■

Źródła:

Norman Davies, *Powstanie 44*, wyd. Znak, Kraków 2004
Marian M. Drozdowski, *Marceli Porowski – prezydent powstańczej Warszawy*, wyd. Yipart, Warszawa 2010
Władysław Bartoszewski, *Warszawski pierścień śmierci*, wyd. Interpress, Warszawa 1970
Medycyna w Powstaniu Warszawskim, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” nr 9/2005 (supl.).

Najwięcej zależy od motywacji CZ. 2

Ewa Dobrowolska

Życie w PRL-u

W styczniu 1945 r., po wyzwoleniu Krakowa, Andrzej Danysz zostaje przyjęty na III rok tworzącego się Wydziału Lekarskiego UJ. Co prawda rok ten zaliczył już w Szkole doc. Zaorskiego, ale nie miał zaświadczeń o zdaniu egzaminów.

Po dwóch latach ma już absolutorium i rozpoczyna pracę w Zakładzie Farmakologii, u prof. J. Supniewskiego. Jego kariera naukowa przyspiesza. W 1948 r. otrzymuje dyplom, a w następnym broni pracy magisterskiej i uzyskuje tytuł doktora medycyny. – *Na obiedzie podoktorskim w domu rodziców mój ojciec, wyraźnie wzruszony, powiedział: „Spełniły się moje oczekiwania i marzenia. Wierzyłem, że mój syn, któremu dałem na drugie imię Wróciśław, przywróci sławę rodziny Danyszów”.* W tej rodzinie było już kilku uczonych, i to o międzynarodowej sławie (patrz: „Sławni Danyszowie”).

Pięknie zapowiadającą się karierę przerywa w 1950 r. powołanie do wojska. Przyszły farmakolog zostaje lekarzem Wojskowego Domu Wypoczynkowego w Kościelisku. Na kolonie dla dzieci rodzin wojskowych przyjeżdża tam jako higienistka Wiesława Dec, studentka Studium Wychowania Fizycznego przy UJ. Ślub odbywa się po kilku miesiącach. Przeżyją ze sobą 64 lata.

Jesienią 1950 r. Akademia Medyczna w Szczecinie ogłasza konkurs na stanowisko kierownika Katedry Farmakologii. Profesorowie Supniewski i Hano wysuwają jego kandydaturę, władze Akademii proponują posadę, pozostaje tylko zwolnienie z wojska. W Departamencie Personalnym MON słyszy jednak, że skoro jest tak dobrym farmakologiem, zostanie

wykładowcą farmakologii Oficerskiej Szkoły Felczerów. Odmawia, a wtedy kapitan poleca mu meldować się codziennie o 8.00, dopóki nie zmieni zdania. Po dwóch tygodniach ustępuje, ale kapitan chce wiedzieć, czy przyjmuje posadę z entuzjazmem. Brak entuzjazmu oznacza konieczność dalszego meldowania się. – *Po kolejnym tygodniu wyraziłem wreszcie „entuzjazm” – wspomina profesor. – A ten wyjazd przekreślał przecież tak pięknie zarysowującą się karierę naukową. W wieku 26 lat kierownik katedry!*

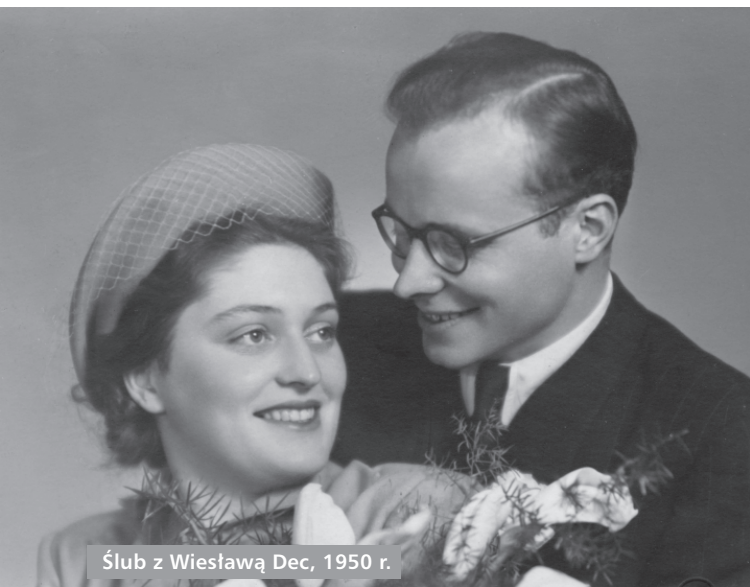
W Łodzi spędza siedem lat. Szkoła Felczerów zajmuje mu tylko kilka godzin dziennie. Ma również normalne zajęcia wojskowe: musztrę, strzelanie, gimnastykę, wykłady wojskowe i polityczne. Zostaje asystentem w Zakładzie Patofizjologii Akademii Medycznej u prof. Franciszka Venuleta.

Rodzi się córka, rodzina potrzebuje więcej pieniędzy. Andrzej Danysz zatrudnia się dodatkowo w przychodni. Znajduje jednak czas na prowadzenie wojskowego zespołu artystycznego, sam uczestniczy w konkursach recytatorskich, zdobywając liczne nagrody.

W 1957 r. otrzymuje propozycję pokierowania Zakładem Farmakologii w białostockiej AM. Tym razem wojsko nie sprawia problemów. W Białymstoku rodzina spędzi 12 lat. Kolejnym etapem życia jest Warszawa. Andrzej Danysz zostaje kierownikiem Zakładu Farmakologii Instytutu Leków. W 1980 r. otrzymuje tytuł profesora zwyczajnego. W 1982 r., po śmierci dotychczasowego dyrektora Instytutu Leków, dostaje nominację na to stanowisko. 50-lecie pracy zawodowej, po zakończeniu kadencji w Instytucie Leków, obchodzi w 1993 r. w Zakładzie Farmakologii Instytutu Farmaceutycznego.

Działalność naukowa i dydaktyczna

Prof. Andrzej Danysz ma w dorobku około 500 prac. Jego prace naukowo-badawcze dotyczą głównie problemów: transportu leków przez membrany, chemicznej radioochrony, radiofarmakologii, patofarmakologii. Badając kierowanie transportu leków przez błony komórkowe, wykazał, że w przenikaniu wielu leków z krwi do tkanek dużą rolę odgrywa aktywny transport, przy czym jego aktywatorami są peptydy, a nawet niektóre aminokwasy. Niedobór danego aktywatora upośledza przenikanie leku do narządu, zmniejszając jego nagromadzenie w tkankach, i działanie farmakologiczne. Prof. Danysz wysunął koncepcję tzw. celowanej farmakoterapii narządowej, czyli użycia nieswoistych aktywatorów transportu membranowego do wybiórczego nagromadzenia leku w chorym narządzie. Za te prace otrzymał w 1968 r. nagrodę resortową I stopnia, a europejskie towarzystwa farmakologiczne zapraszały go do wygłoszenia plenarnych wykładów na swoich zjazdach. Również jego prace z dziedziny chemicznej radioochrony zyskały zainte-



Ślub z Wiesławą Dec, 1950 r.



Z Małgorzatą Buraczewską podczas odsłonięcia pomnika w Muzeum Powstania Warszawskiego. 2006 r.

resowanie wielu europejskich środowisk farmakologicznych, m.in. Włoch, Francji, Belgii, Holandii, Czechosłowacji, NRD i ZSRR. W 1966 r. przyznano mu nagrodę resortową I stopnia, a w 1969 r. nagrodę naukową Polskiego Towarzystwa Badań Radiacyjnych. Podsumowaniem badań w zakresie radiofarmakologii była praca habilitacyjna „Odczynowość zakończeń adrenergicznych i cholinergiczných w ostrej chorobie popromiennej”, za którą w 1961 r. otrzymał nagrodę naukową VI Wydziału PAN. Z kolei za monografię „Radiofarmakologia” (PZWL 1969) – pierwsze tego typu opracowanie w literaturze światowej, napisane wspólnie z doc. D. Koźmierską-Grodzką, przyznano autorom w 1969 r. nagrodę naukową MZiOS I stopnia.

W dorobku dydaktycznym prof. Danysza znalazły się 4 skrypty i 11 podręczników. Repetytorium z farmakologii dla studentów medycyny nagrodzono za nowatorskie ujęcie nagrodą resortową I stopnia.

Podczas 38 lat pracy na stanowisku kierownika Zakładu Farmakologii Instytutu Leków profesor wyszkolił m.in. 40 doktorów medycyny lub farmacji, pięcioro studentów uzyskało habilitacje i profesurę. A sam doczekał się następcy w osobie własnego syna. Wojciech Danysz jest również profesorem farmakologii. Mieszka we Frankfurcie nad Menem, pracuje w Zakładzie Farmakologii firmy farmaceutycznej Merz. Jego siostra wyszła za mąż za Austriaka, mieszka w Wiedniu. Dorosłe wnuczki profesora Danysza wybrały kariery

w informatyce, sztukach plastycznych, prawie, żadna nie poszła na medycynę. Ale rośnie już kolejne pokolenie – prawnuk Leonard, zwany Kukusiem.

W lutym 2014 r. prof. Andrzej Danysz ukończył 90 lat. „*Jeśli uznałem, że jakaś bardzo duża praca, bardzo trudne przedsięwzięcie, pokonanie pozornie niepokonywalnej przeszkody jest konieczne, to zawsze mi się to udawało – napisał kiedyś. – Najwięcej zależy od motywacji*”.

W 2007 r. został uhonorowany przez ORL w Warszawie odznaczeniem *Laudabilis*.

Sławni Danyszowie

Jan Danysz (1860–1928), brat Piotra, właściciela Brusowa – dziadka prof. Andrzeja Danysza, w 1882 r. ukończył wydział matematyczno-fizyczny Sorbony i poświęcił się badaniom mikrobiologicznym nad zwalczaniem szkodników gospodarczych. Ich rezultatem było odkrycie lasecznika z grupy paratyfusowej, nazwanego na cześć odkrywcy *Bacillus rati Danysz*. Dzięki swoim osiągnięciom naukowym przyjęty w 1893 r. do Instytutu Pasteura w Paryżu, po pewnym czasie objął kierownictwo działu mikrobiologii. Jako ekspert do walki ze szkodnikami odbył podróże, m.in. do Australii i Afryki. Opublikował szereg prac z dziedziny schorzeń myszy, owadów i grzybów chorobotwórczych, a także z dziedziny anafilaksji, mikroorganizmów jelitowych, nowotworów doświadczalnych i ich leczenia przez napromieniowanie. We Francji odznaczony Legią Honorową.

Jan Kazimierz Danysz (1884–1914), syn Jana – światowej sławy fizyk, w 1909 r. ukończył, tak jak ojciec, wydział matematyczno-fizyczny na Sorbonie, a cztery lata później został doktorem nauk fizycznych. Od 1905 r. asystent Piotra Curie, następnie Marii Skłodowskiej-Curie, od 1913 r. w jej zastępstwie kierował, razem z Ludwikiem Wertensteinem, Pracownią Radiologiczną Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Twórca pierwszego spektrometru β oraz metody badania promieniowania β w polu magnetycznym. W 1914 r. zginął na froncie I wojny światowej jako oficer armii francuskiej. Pośmiertnie odznaczony orderem Legii Honorowej.

Marian Danysz (1909–1983) – syn Jana Kazimierza, fizyk eksperymentalny, prof. zwyczaj., współodkrywca pierwszego hiperjądra – nowej formy materii jądrowej. Studiował elektronikę na Politechnice Warszawskiej i fizykę w Pracowni Radiologicznej Towarzystwa Naukowego Warszawskiego u Ludwika Wertensteina. Wtedy to, razem z M. Żywem, odkrył promieniotwórczy izotop fluoru (1934). W latach 1937–1939, będąc pracownikiem Państwowego Instytutu Telekomunikacji, zbudował prototyp noktowizora (nagroda min. poczt i telegrafów). Wspólnie z J. Pniewskim odkrył w 1952 r. hiperjądra, a w 1962 r. – izomerię hiperjądrową. Rok później został współodkrywcą podwójnego hiperjądra (1966 zespołowa nagroda państwowa I stopnia). Kierował m.in. Laboratorium Promieni Kosmicznych, później Zakładem Fizyki Wielkich Energii w Instytucie Badań Jądrowych w Warszawie. Od 1956 r. był przez trzy lata zastępcą dyrektora Instytutu Badań Jądrowych w Dubnej k. Moskwy. ■

Chęć pierwsza ukazała się w nr. 5/2014.



Uroczystość wręczenia dyplomu za zasługi dla środowisk kombatanckich. 2009 r.

Fotografie: archiwum rodzinne

Żywot człowieka szczęśliwego

Nowa książka profesora Jerzego Woy-Wojciechowskiego budzi naturalną ciekawość, zaraz potem podziw i ogromne wzruszenie. Ten „człowiek-orkiestra”, przyjaciel świata i ludzi, powszechnie lubiany kolega, ceniony lekarz, znany kompozytor, uroczy kompan, wspaniały mąż, ojciec i dziadek spisał swój „żywot człowieka poczciwego” (tak rzekłby Mikołaj Rej). Autor oddaje nam arcyciekawą lekturę, memuary pisane lekkim piórem, ze swadą, literackim zacięciem i ogromnym poczuciem humoru. Już sam tytuł zdradza prześmiewcę: „Q pamięci”.

Czyta się jednym tchem. I pyta: jak Woy to robi, kiedy ma na to czas, dlaczego jego połączenia neuronalne przechowują nadnaturalne mnóstwo najdrobniejszych szczegółów bujnego życia, nazwiska tysięcy ludzi, którzy choćby przeszli obok, a nawet numery telefonów sprzed kilkudziesięciu lat? Tajemnica. Ten typ tak ma.

Książka jest słodka, bezpretensjonalna, okraszona sentymentem dla spraw wielkich i małych. Fotografuje twórcze życie człowieka, który oddycha pasją, szaleństwem, a kieruje się najszlachetniejszym z przykazań: być przywoitym. No i kochać świat. (...)

My, który Jerzego od lat znamy i kochamy, dobrze wiemy, że to dar, specyficzny talent. Nie tylko wtedy, kiedy Woy-Wojciechowski odkrywa ponadczasowej urody frazę o legendarnym sznurze kormoranów, co to „w locie splątał się”. Ale i wtedy, kiedy w stanie wojennym odkrywa możliwość sprowadzania ton leków towarzyskimi drogami z zagranicy. Czy kiedy wykorzystuje nową szansę dla polskiej medycyny i jako pierwszy bada kości izotopowo.

Książka. Życie w tej książce. Autorowi nie chodzi o życiorys, lecz o życie. Układają się, snują, płyną opowiadania, fakty, anegdoty. Ciekawe, czy chociaż jeden dzień nie był nazna-

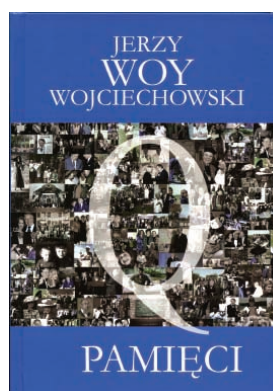
czony zaskakującą puentą, nie stał się anegdotą właśnie, miłym znakiem pamięci. Chociażby taka historyjka ze szpitala w Reszlu (gdzie to pana doktora nie nosiło...). Stół operacyjny, skupienie, trema, a ordynator do operatora: – *Szybciej, bo się nam pacjentka zestarzeje.* (...)

No cóż, ukochany przez pana profesora Wojciechowskiego Colas Breugnon ma zapisane przez Romain Rollanda „*jestem sobie figlarz nie lada...*”.

Sprawdziło się. Poczucie humoru Woy ma na Nobla. Nobla zresztą też ma, w 1985 r. Pokojową Nagrodę Nobla otrzymał ruch „Lekarze przeciw Wojnie Jądrowej”, a Polskie Towarzystwo Lekarskie ma sekcję, która jest członkiem nagrodzonej organizacji, zatem profesor jakiś ułamek tej nagrody (i dyplom!) rzeczywiście ma.

Ogromny rozdział w tym zwariowanym życiu naszego Przyjaciela to sztuka. Wiemy. Muzyka i kabaret. Notując wspomnienia, Jerzy Woy-Wojciechowski, który nocami życie nam umiłał, te noce opisuje z zacięciem historyka rozrywki. Tak, to też znajdujemy w tej książce. Koń, Eskulap, Tu Sześćdziesiątka – kamienie milowe polskiego kabaretu. I niezmiennie optymizm, pogoda ducha, życzliwość, dowcip, ciekawość świata, serdeczność Autora. (...) ■

Krystyna Gucewicz



* Jerzy Woy-Wojciechowski, *Q pamięci*. Wydawnictwo Domena, Warszawa 2014

III Medyczna Noc Muzeów na Ujazdowie

Podczas trzeciej już Medycznej Nocy Muzeów na Ujazdowie tradycyjnie członkowie Stowarzyszenia Twórców Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie wprowadzili zwiedzających po terenie szpitala ujazdowskiego. W roku bieżącym nowością był komentarz po angielsku i po polsku. Zwiedzanie z komentarzem w wersji polskiej zakończyło się konkursem, w którym nagrodę – płyty z pierw-



Autor z Jackiem Mikołajczakiem i Katarzyną Gniewkowską

Fot. K. Królikowski

szym sezonem serialu „Czas honoru” – ufundowała Sekcja Historyczna Komisji Kultury Turystyki i Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej. Jednak najważniejszym punktem tegorocznej Nocy Muzeów było spotkanie ze specjalnymi gośćmi, bohaterami serialu „Czas honoru”: Katarzyną Gniewkowską, aktorką Teatru Narodowego w Warszawie, w serialu odtwarzającą rolę doktor Marii Konarskiej, i Jackiem Mikołajczakiem, także aktorem Teatru Narodowego, w serialu grającym doktora Otto Kirchnera.

W licznie zebranym gronie rozmawiano o aktorstwie, medycynie, serialu „Czas honoru”, były też pytania, autografy i zdjęcia z naszymi gośćmi.

Po raz pierwszy w akcję Noc Muzeów włączono Dział Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej usytuowany w sąsiedztwie Muzeum Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie. Można było zapoznać się z wystawą „Primum non nocere”, na której przedstawione zostały skarby polskiej historii medycyny – cenne starodruki, pamiątki związane ze Szpitalem Ujazdowskim na przestrzeni 200 lat, a także dzieło prof. Maksymiliana Rosego – opis struktury mózgu marszałka Józefa Piłsudskiego.

Medycyny Ujazdów ożył w pełni i oby tak już zostało. ■

Krzysztof Królikowski



Śliwkowe niebo w gębie

Dariusz Hankiewicz

Drodzy Czytelnicy, zaproponowano mi redagowanie „smacznej” rubryki w Waszym czasopiśmie. Wiem, że trzeba jeść, aby żyć, ale wśród nas są też tacy, którzy żyją, aby jeść. Spróbuję zadowolić wszystkich, czyli znaleźć złoty środek między smacznym i zdrowym. Jak coś jest smaczne,

zaraz dietetycy podnoszą krzyk, że oczywiście niezdrowe. Pojdę do tematu nieco inaczej. Nie będę pisać o kilokaloriach ani nawet o kaloriach, o zawartości tłuszczów, białek, węglowodanów etc. Opowiem Wam o różnych produktach i proponuję przygotowanie z nich czegoś smacznego. Czy potrawy będą Wam szkodliwy, czy nie, zależy tak naprawdę od tego, jak dużo zjecie i o jakiej porze dnia. Obiecuję ponadto, że przepisy nie będą wymyślne, lecz bardzo proste, a dania smaczne!

Dziś na warsztat bierzemy, zgodnie z tytułem, śliwkę węgierkę. Specjaliści od sadownictwa sądzą, że dotarła do Europy z Azji Mniejszej. Według badań archeologicznych znalazła się w europejskim jadalnym owoce około 4500 lat temu. Pierwsze odmiany hodowlane pojawiły się w rejonie Kaukazu. Śliwki bardzo wysoko ceniono w starożytnym Egipcie. Wiadomo, że na pewno były sprowadzane z terenów obecnej Syrii. Śliwy jako drzewa owocowe

we wprowadzili do uprawy Persowie, a w Europie Grecy i Rzymianie. Do nas śliwka przyszła z Węgier, stąd jej polska nazwa. Ot i cała zagadka.

A teraz kilka słów o tym owocu pod kątem medycznym. Śliwki są prawdziwą skarbnicą witamin i składników odżywczych. Zawierają witaminy A, B i C, a także witaminę H – biotynę. Są też świetnym inicjatorem wymiany węglowodanów – korzystnie wpływają na nasz stan psychiczny, system nerwowy i odporność na stres. Ze względu na dobroczynny wpływ na rozwój zarodka ludzkiego węgierki (ale wyłącznie świeże) poleca się kobietom w ciąży. Poza tym pobudzają pracę nerek i jelit, więc powinny je jeść osoby cierpiące na zaparcia. Właściwości przeczyszczające mają też owoce suszone i sporządzone z nich kompot. Dlatego często polecamy je naszym pacjentom płci obojga. Substancje zawarte w śliwkach neutralizują szkodliwe działanie wolnych rodników. Zapobiegają miażdżycy i chorobom serca. Suszone węgierki zawierają siedem razy więcej błonnika niż świeże, ale są bardziej kaloryczne. Śliwki spowalniają starzenie się skóry, powinny więc znaleźć się w diecie m.in. pań pragnących jak najdłużej zachować gładką cerę. Choć, jak wiadomo, z jedzeniem tych owoców na pewno nie mogą przesadzać osoby o wrażliwym żołądku. Wtedy trzeba szukać pomocy np. w śliwówce. Ale to już zupełnie inna historia.

Ponieważ, jak wspominałem, śliwki są dobre dla zestresowanych, poprawiają humor i pomagają ukoić nerwy, właśnie je wziąłem na pierwszy ogień.

Sałatka „Śliwkowe niebo w gębie”

Składniki:

- 1 słoik marynowanych w occie (na słodko-kwaśno) śliwek węgierek (250–300 ml)
- 1 puszka czerwonej fasoli
- 2 łyżki dobrego majonezu
- 2 ząbki czosnku
- mały pęczek posiekanego koperku (lub pietruszki)

Wykonanie (czas 5 min):

Śliwki pokroić na półkrogi, dodać odsączoną i przepłukaną wodą czerwoną fasolę, dwa rozgniecione w prasce ząbki czosnku, dwie łyżki majonezu i pietruszkę lub koperek (posiekane) wedle uznania. Wymieszać i najlepiej odstawić (pod folią) do lodówki na 2 godz., żeby sałatka się „przegryzła”. Podawać jako np. przystawkę do wędlin.

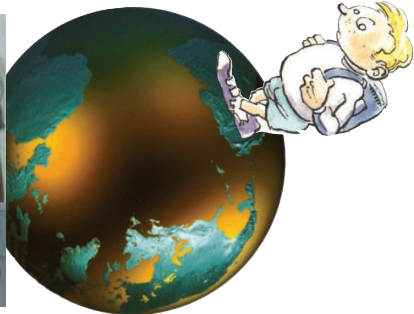
Do smacznego zobaczenia! ■

PS Jeśli macie jakieś fajne przepisy, prześlijcie, czekam (dhankiewicz@interia.pl)! Zrobimy, sfotografujemy, przedstawimy i wspólnie zjemy.

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



Fotografie: D. Hankiewicz



Evita

Jacek Walczak

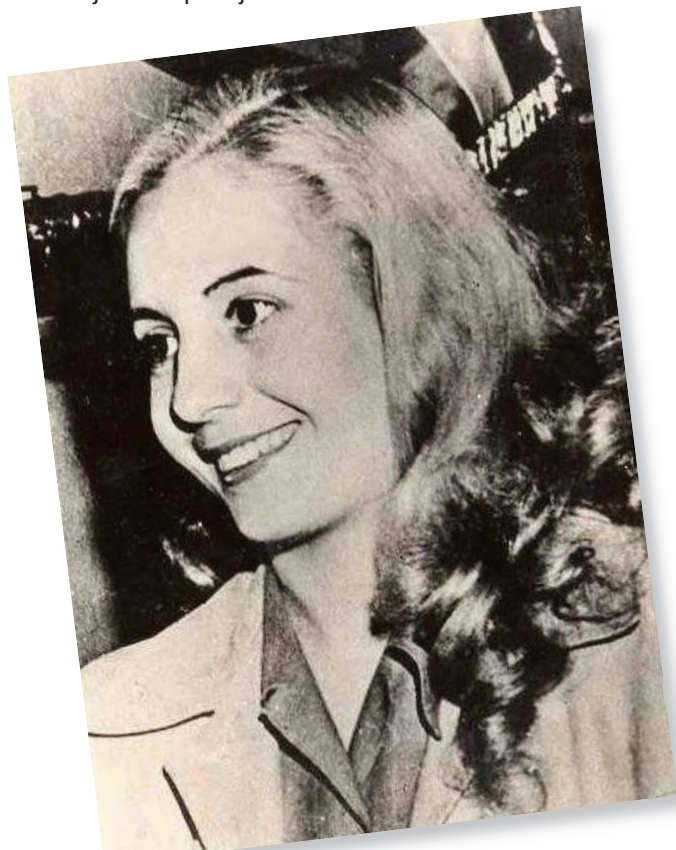
„No llores por mi Argentina” (Nie płacz po mnie, Argentyno), epitafium Marii Ewy Duarte de Perón, ciągle brzmi przejmująco w Argentynie.

Podczas święta 1 Maja w 1952 r. Evita przemawiała z balkonu Casa Rosada – siedziby rządu. Chociaż zmagiała się z chorobą nowotworową, do końca próbowała prowadzić intensywny tryb życia. Przerzuty raka zaatakowały jej krtań i wypowiedane szeptem słowa musiały głośno powtarzać Juan Perón. Wkrótce (26 lipca) Evita zmarła, a jej zabalsamowane ciało wystawiono na widok publiczny, aby tysiące wielbicieli mogło jej oddać ostatni hołd. Ubóstwiana przez robotników, portowców, biedotę, była niezrozumiana przez wojskowy establishment i wyśmiewana przez „wielkie damy” z towarzystwa Buenos Aires. Chociaż wielkie dni Evity trwały krótko, jej wpływ na politykę argentyńską był ogromny i po upływie lat pamięć o niej jest ciągle żywa.

Maria Eva urodziła się w 1919 r. w biednej wiosce na dalekiej prowincji, jako jedno z pięciorga rodzeństwa – nieślubnych dzieci kucharki Juany Ibarguren i farmera Juana Duarte. Po śmierci ojca przeniosła się do miasta Junin. Mając zaledwie 14 lat, postanowiła zostać aktorką i z grupą pewnego śpiewaka uciekła do Buenos Aires. Nadzwyczajna energia i niezwykła umiejętność zjednywania sobie bardzo wpływowych osobistości w stolicy umożliwiły jej poprowadzenie własnego programu radiowego – Radio El Mundo y Radio Argentina. Na charytatywnej imprezie w San Juan w 1944 r. poznała owdowiałego pułkownika Juana Domingo Peróna, liczącego się w sferach nowego, wojskowego rządu. Młoda, 24-letnia kobieta wychodziła z balu wsparta na ramieniu dokładnie dwa razy starszego oficera. Od tego czasu stała się niezwykle skuteczna, wspierając męża w drodze do władzy. Kiedy Perón został ministrem pracy, Evita przekonała go, że największe poparcie znajdzie w najbiedniejszych dzielnicach (slamsach) Buenos Aires. Spektakularne posunięcia ministra odnoszące się do podwyżek płac, ochrony zatrudnienia i opieki socjalnej zjednały mu poparcie ogromnych rzesz robotników. Kiedy w 1945 r., w wyniku niemal udanego zamachu wojskowego, Perón został aresztowany, na wezwanie Evity stawiło się ponad 200 tys. *descaminados* (bez kosztu) żądających prezydentury dla pułkownika. Uwolniony w 1946 r., przyjął mandat powierzony mu przez Argentyńczyków. Tak w krótkim czasie rozwinęła się kariera biednej dziewczyny z prowincji do roli pierwszej damy Argentyny. Ciągle wzmacniała więzi z robotnikami poprzez założoną przez siebie Fundację Pomocy Społecznej. Zorganizowała także peronistowską Partię Feministyczną, pierw-

szą partię kobiet w Argentynie. Mimo że otaczana była uwielbieniem i niemal kultem, Evita zawsze starała się pozostać w cieniu męża. W swoich słynnych przemówieniach powtarzała, że poświęciłaby życie dla męża, czego spodziewała się również po innych. Wielką klasę pokazała w powojennej podróży do Europy, przyjmowana przez dyktatora Hiszpanii Franco, papieża Piusa XII, ministrów Francji i Włoch. Olśniła wszystkich elegancją i wyszukany obyczajem. Nie mogły jej nie zauważyć światowe media. Zdjęcie Evity trafiło na okładkę miesięcznika „Time”. Jak to zwykle w takich sytuacjach bywa, zarówno Perón, jak i Evita tracili kontakt z rzeczywistością. Wtedy objawiły się inne cechy jej charakteru. Nie tolerowała najmniejszej krytyki pod adresem męża, a przeciwnikom gotowała marny los, z więzieniem włącznie. Była przy tym niesłuchanie pamiętliwa i mściwa, zwłaszcza za upokorzenia, jakich doznała wcześniej. Natomiast nie miała gromada członków rodziny i znajomych Evity dostępową zaszczytów i stanowisk znacznie przekraczających ich kompetencje.

Nieuleczalna choroba przerwała niezwykłą karierę. W dniu pogrzebu Evity stanęła cała Argentyna. Po śmierci nie znała jednak spokoju. Zamach stanu w 1955 r. obalił Juana



Fotografie: J. Walczak



Peróna, a ciało Evity zostało wykradzione przez wojskowych. Przewieziono je do Niemiec, potem pochowano we Włoszech, pod innym nazwiskiem. Dopiero 1971 r. zwrócono Perónowi ciało małżonki, które kolejny raz pochowano, tym razem w Hiszpanii. Trzy lata później Juan Perón powrócił do władzy w Argentynie. Trumnę Evity sprowadzono do kraju i z honorami złożono w grobowcu rodziny Duarte na cmentarzu Recolecta w Buenos Aires. Do dzisiaj jej grób jest odwiedzany, ciągle widzi się na nim świeże kwiaty, pozostała bowiem obiektem kultu dla większości Argentyńczyków. Podjęte próby jej kanonizowania spotykały się z dyplomatyczną odmową Kurii Rzymskiej. Nadal widuje się na ulicach Buenos Aires graffiti „Evita vive” (Evita żyje).

Nakręcony w 1996 r. film „Evita” wywołał w Argentynie ogromne oburzenie, głównie z powodu obsadzenia w roli bohaterki gwiazdy muzyki pop – Madonny. Za to film Alana Parkera „Nie płacz po mnie, Argentyno”, nakręcony na podstawie rock-opery „Evita” Andrew Webbera i Tima Rice’a, zdobył powszechne uznanie. ■



Drodzy Przyjaciele, Absolwenci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie: Lekarze – roczniki 1978–1984 oraz Lekarze Dentyści – roczniki 1979–1984

Iza Doniec oraz Mariusz Zarzycki i Mariusz Pietrzak (samozwańczy organizatorzy) zapraszają
10–12 października 2014 r. na spotkanie jubileuszowe do Niechorza (Dworek Prawdzic).

Informacje:

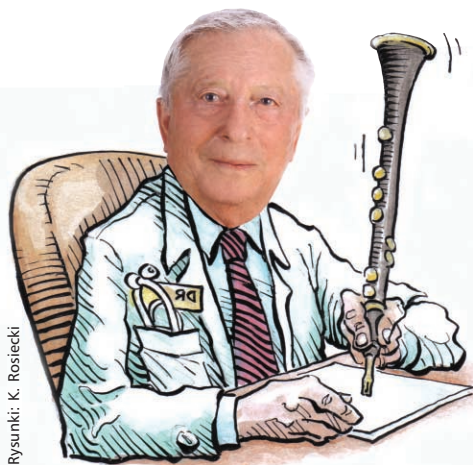
Iza Doniec izabella@fabrykausmiechu.com

Mariusz Zarzycki marioz58@wp.pl

Mariusz Pietrzak mario241@op.pl

Śmierć „Trawki”

Artur Dziak



Rysunki: K. Rosiecki

„Zagrajcież mi,
niechaj cofnie się świat”

Gdyby żył w czasach Fidiasza, to ten by niczego innego nie robił, tylko rzeźbił jego ciało – powiedziała kiedyś moja matka. „Trawka” nosił dumnie podniesioną głowę, miał grecki profil i piękną sylwetkę. Nieprawdopodobnie proporcjonalne ciało nie zawierało ani grama tłuszczu, a poza tym jego gracją podkreślał ruch, kiedy pod nienaganie gładką skórą grały nawet pojedyncze włókienka mięśniowe.

Jurek Trawiński, gdyż o nim mowa, pochodził z zacnej ziemiańskiej rodziny. Rodziców stracił wczesnie, a cała rodzina w roku 1944 dostała kilka godzin na opuszczenie majątku pod Rykami, tak jak stała, z wyjątkiem paru gratów załadowanych na furę. Wychowywały go ciotki, które mieszkaly obok nas, w parterowej willi. Brak rodziców i ciężkie czasy powojenne, które szczególnie boleśnie dotknęły ludzi z tzw. sfery, sprawiły, że – podobnie jak mojemu bratu Bogusiovi (a byli to nierozłączni przyjaciele od dziecka) – nie dane mu było zdać matury. Wrodzona smykałka do wszelkich jeżdżących maszyn i to, że już w szkole szalał na motocyklach,

spowodowało, że przy samochodach znalazł pracę, którą zresztą lubił. Był duszą każdego towarzystwa, gdyż dzięki talentowi aktorskiemu z małego wierszyka czy epizodu potrafił wyczarować cały spektakl, w którym grały dziesiątki różnorodnych postaci, przy czym niekiedy wszystkie naraz! Kiedy razem z Bogusiem zaczęliśmy muzykować, jeździł z nami na wszystkie imprezy, przez co niejednokrotnie popadał w konflikty ze swymi pracodawcami. O pracę nigdy zresztą się nie martwił, wszędzie przyjmowano go z otwartymi ramionami, bo za nim przybywali klienci i to tacy, co nigdy nie sprawdzają rachunków za naprawę samochodu! Gdy w czasie wakacji wyjeżdżaliśmy na paromiesięczne granie na Mazury – do Rucianego, Mikołajek lub Giżycka, Jurek rzucał pracę, by być z nami. On chyba był autorem słynnego powiedzenia: „Gdy praca przeszkadza ci w balowaniu – rzuć pracę!”.

Do pierwszych w Polsce prób przeszczepienia kości doszło we wczesnych latach 60. XX w. Przeszczepów dokonywano w klinice Grucy, a tymi,

którzy dostarczali „towar”, byli asystenci kliniki: Antoni Patryn i ja. Zadanie wykonywaliśmy bardzo chętnie, a to dlatego, że praca miała miejsce, ze zrozumiałych względów, we wczesnych godzinach rannych (chodziło o świeże zwłoki) i była bardzo dobrze płatna. Wystarczy powiedzieć, że za jedno pobranie, chociaż nierzadko bardzo rozległe i trwające kilka godzin, otrzymywaliśmy po ponad 500 zł, co przy ówczesnych pensjach, wynoszących około 1500 zł, stanowiło niemały grosz. Ważne było również to, że o dodatkowym szmalu nie wiedziały nasze żony i radość z doływu pieniędzy była ogromna, gdyż można je było bez obaw „pożytecznie przepuszczać”. Pobierania kości dokonywaliśmy zazwyczaj w pojedynkę, z asystującą instrumentariuszką. Naturalnie, mimo że pobieranie odbywało się w niecodziennych warunkach (w sali sekcyjnej w Zakładzie Medycyny Sądowej, położonym naprzeciw szpitala, tuż obok Domu Medyków, przy ul. Oczuki), nie różniło się specjalnie od normalnej operacji, gdyż przeprowadzane było przy zachowaniu pełnej operacyjnej sterylności.



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

Marzec tego roku charakteryzował się dużymi skokami temperatury między dniem i nocą. W dzień grzało pięknie wczesnowiosenne słońce, z nastaniem zmroku przychodził solidny mróz, który warzył co wcześniejsze pąki drzew i powodował zamarzanie topniejącego śniegu na drogach. Jazda samochodem w nocy stawała się więc szczególnie niebezpieczna, zwłaszcza że wiele ulic w Warszawie wyłożonych było śliskim klinkierem lub kostką bazaltową. Po wyjątkowo mroźnej nocy z 30 na 31 marca rano zapowiadał się piękny. Byłem w wyjątkowo dobrym humorze, ponieważ Antonio, który wcześniej udał się na sądówkę, zapowiadał zastrzyk pieniędzy, które tego dnia planowaliśmy szybko przepuścić w dobrym miejscu i w dobrym towarzystwie. Przerwa między operacjami się przedłużała, więc przebrałem się i wyszedłem z bloku operacyjnego, by skończyć pilny wypis pacjenta. W drzwiach oddziału dowiedziałem się od pielęgniarki, że na pierwszym piętrze, przy schodach, oczekuje mnie znajoma, domagająca się pilnego widzenia, gdyż sprawa jest bardzo ważna. Niczego nie przeczuwając, zszedłem. Przy oknie stała siostra Jurka, która już z dużej odległości wykrzyknęła:

– *Nie zgadniesz, co się stało. Wcale nie zgadniesz!*

Była to osobka wielce egzaltowana, inaczej mówiąc, zwariowana, więc kiedy się wykrzyczała, dowiedziałem się, że Jurek zginął w nocy w wypadku samochodowym, na wiadukcie mostu Śląsko-Dąbrowskiego. Z dalszej opowieści wynikało, że poprzedniego wieczora został zaproszony do restauracji w Pałacu Saskim przez zaprzyjaźnionego klienta, któremu naprawił samochód. Kiedy rozpoczęli libację, było jeszcze ciepło i deszczowo. W nocy nastał mróz, który momentalnie pościął kałuże wody wypełniającej nierówną jezdnię. Do nieszczęścia może by i nie doszło, gdyby to Jurek prowadził samochód, z racji jego wprost nadludzkiej umiejętności rajdowych. Niestety, prowadził właściciel, który nie utrzymał auta na obłożonym łuku wiaduktu. Ofiar było kilka i wszystkie krzyczały, z wyjątkiem Jurka. Kiedy nadjechała milicja i pogotowie, z natury rzeczy w pierwszym rzędzie zajęto się krzyczącymi. Jurek nie krzyczał! Nakryto go przeto gazetą, gdyż uznano za zmarłego, i przewieziono do piwnic Zakładu Medycyny Sądowej przy ul. Oczuki.

Milicja, nie mogąc odnaleźć byłej żony Jurka, powiadomiła siostrę,

polecając natychmiast się zgłosić na ul. Oczuki, w celu identyfikacji zwłok.

Poprosiłem któregoś z kolegów o przeprowadzenie kolejnej operacji, przebrałem się do wyjścia, żeby pójść z Basią do Zakładu Medycyny Sądowej przy Oczuki, kiedy zauważyłem wchodzącego po schodach przyjaciela. Antonio wracał właśnie z sądówki. Głęboko zamyślony, powoli i jakoś nazbyt rozważnie stawiał kroki, jakby wcale nie chciał wejść na nasz oddział. Kiedy mnie zobaczył, skinął, byśmy podeszli do okna. Tam powoli, jakby z trudem formułując myśli, powiedział:

– *Od różnych ludzi, podobnie zresztą jak ty, pobierałem już kości, ale od takiego pięknego chłopca jeszcze nigdy. Ale nie to jest najważniejsze. Wyobraź sobie, nieboszczyk miał tylko złamaną kość udową i niewielkie stłuczenie kości. Jednak nie pozwala mi jeszcze teraz dojść do siebie fakt, że jego mięśnie były ciepłe!*

W jednym momencie połączyłem obie sprawy!

– *Zawracaj – powiedziałem – i chodź ze mną na Oczuki!*

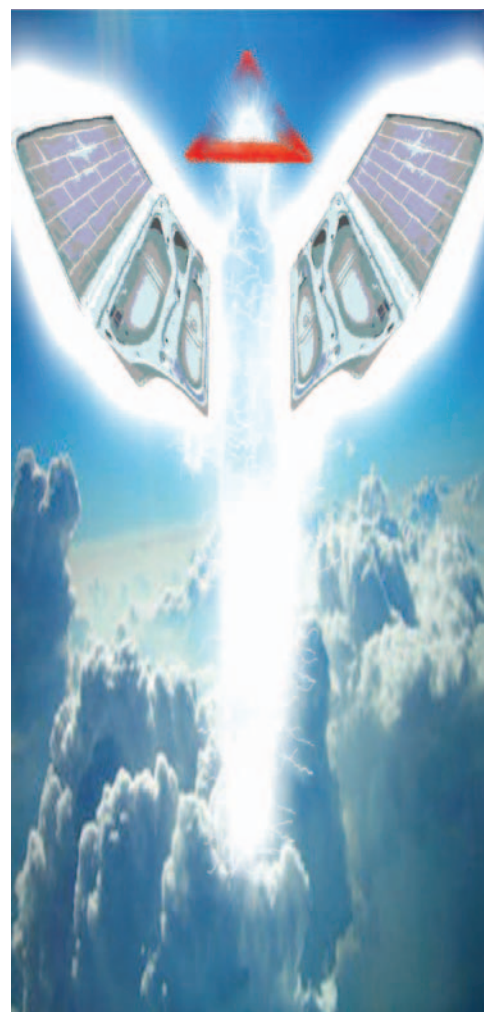
Kiedy weszliśmy do sali sekcyjnej, odciągnąłem włosy i odpreparowaną skórę czaszki zakrywającą twarz zmarłego. Była to piękna twarz „Trawki”!

Już nie wróciliśmy tego dnia do kliniki. Bez jednego słowa zawróciliśmy i udaliśmy się najbliższej restauracji, czyli do Dzika*, skąd późną nocą odebrali nas koledzy z kliniki, powiadomieni przez znajomych kelnerów.

Nasz przyjaciel, mimo urazu głowy, prawdopodobnie żył! Nie ratowano go dlatego, że nie krzyczał ani się nie ruszał, więc pogotowie zajęło się pozostałymi ofiarami wypadku. Umarł dopiero na skutek wstrząsu i wychłodzenia organizmu, kiedy porzucono go w nocy w przedsekcyjnej piwnicy Zakładu Medycyny Sądowej przy Oczuki.

Potwierdzenie, że tego rodzaju przypadki się zdarzały, stanowi opowieść doktora Tadeusza Mickiewicza, jednego z pierwszych moich tutorów w klinice profesora Łukasika. Doktor Mickiewicz zaraz po wojnie, będąc młodym lekarzem, odrabiał służbę w KBW, czyli w Korpusie Bezpieczeństwa Wewnętrznego, zbrojnym ramieniu partii – jak mówili złośliwi.

Pewnego razu w jednej z podkarpackich wsi odbywało się wesele, które staropolskim zwyczajem nie mogło się obejść bez awantury, czyli docho-



dzenia zapomnianych krzywd i wyrównywania rachunków sąsiedzkich.

Ponieważ wesele się przedłużało, wzrastała liczba rannych i zabitych (!). Interweniująca milicja, nie mogąc opanować przenoszących się na sąsiednie wsie bijatyk, wezwała na pomoc wojska KBW. – *Kiedy przyjechalismy – opowiadał doktor – już było po wszystkim i zapanował spokój. Co więcej, nie było żadnych rannych i właściwie to nie miałem nic do roboty. Wszyscy poranieni rozpierzchli się i pochowali – po stodołach, stogach i sásiekach, ze strachu przed odpowiedzialnością, gdyż były ofiary śmiertelne. Szedłem sobie główną drogą we wsi i zobaczyłem na poboczu kilka ciał ponakrywanych gazetami. Trzymający wartość żołnierz powiedział: „Melduję, panie poruczniku, że to są zabite”. Kiedy zatrzymałem się obok, by przypalić papierosa, ze zdumieniem spostrzegłem, że „Trybuna Ludu”, pokrywająca twarz jednego „z zabitych”, regularnie faluje do góry i na dół.*

Nakazałem pozdejmować gazety i okazało się, że w rządzie kilkunastu „zabitych” znajduje się kilku żywych!

Po prostu nie krzyczeli, więc potraktowano ich rutynowo! ■

X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

Zawody rozegrano w Dębicy 10–12 kwietnia 2014 r. Były niezwykle udane i miały szczególny, jubileuszowy charakter. Organizatorami mistrzostw są od dziesięciu lat Janusz Bieniasz oraz Lesław Ciepela. Mistrzostwom towarzyszyła konferencja szkoleniowa: „Postępy w medycynie sportowej”. Organizacja zawodów była perfekcyjna, a przyjazna atmosfera sprzyjała zaciętej rywalizacji.

Naszą Izbę reprezentowało pięcioro zawodników: Teresa Zasacka (stomatolog), Adam Ostrzycki (kardiolog pracujący w Instytucie Reumatologii), Jerzy Leszczyński (chirurg ogólny i naczyniowy z Kliniki Chirurgii Ogólnej Naczyniowej Szpitala przy ul. Banacha), startujący po raz pierwszy Cezary Wojtyła z I Kliniki Ginekologii i Położnictwa SPSK im. prof. Orłowskiego oraz odbywający staż Alan Grabowski.

Nasza reprezentacja wyróżniała się w rywalizacji. Wygraliśmy dwie sztafety męskie w stylu dowolnym na dystansach: 4 x 50 i 4 x 100 m. Ponadto zawodnicy odnieśli wiele sukcesów indywidualnych: Teresa Zasacka wywalczyła cztery medale srebrne, Adam Ostrzycki zdobył dwa srebrne i jeden brązowy, Jerzy Leszczyński – dwa złote, cztery srebrne i dwa brązowe, Cezary Wojtyła – jeden złoty i trzy srebrne, Alan Grabowski – dwa złote, jeden srebrny i dwa brązowe.

W tradycyjnej i budzącej największe emocje klasyfikacji według punktów FINA, w której nagradza się sześciu najlepszych zawodników mistrzostw, zwyciężył wielokrotny mistrz Polski Grzegorz Stanek z Opola, drugi był Andrzej Pasieczny z Elbląga, trzeci – Janusz Wilczek z Katowic. Miejsce 5. zajął Jerzy Leszczyński z warszawskiej OIL.

W klasyfikacji drużynowej nasza OIL zajęła 5. miejsce na 19 sklasyfikowanych zespołów. Spodziewam się, że start jeszcze jednej zawodniczki (wśród kobiet reprezentowała nas tylko Teresa Zasacka) przesunie nas na podium w klasyfikacji drużynowej.

Impreza miała niezapomniany charakter. Wszyscy z niecierpliwością czekają na kolejne zawody w 2015 r. ■



Fot. J. Leszczyński



Fot. M. Stankiewicz

Wirtuozi golfa

Moda na grę w golfa już nie zaskakuje, gdyż sport ten zyskuje na popularności. 9–10 maja br. w Sobieniach Królewskich na Mazowszu rozegrano VII Mistrzostwa Izb Lekarskich w Golfie. Sobienie Królewskie to harmonijne połączenie charakterystycznego krajobrazu Mazowsza z precyzyjnie zaprojektowanymi dołkami, nawiązujące do wietrznych wybrzeży Szkocji. Pole to docenią doświadczeni gracze, natomiast początkujących mogą zaskoczyć liczne pułapki zastawione przez projektantów.

Na starcie stanęło 25 kobiet i mężczyzn z całego kraju. Członkowie rodzin lekarskich i początkujący golfiści skorzystali z możliwości treningu i praktycznej nauki gry pod fachowym okiem instruktorów. Dwudniowa rywalizacja pełna była niespodzianek i zwrotów akcji przy dynamicznie zmieniającej się aurze (ulewie z gradem oraz silnym wietrze). W klasyfikacji indywidualnej zwyciężył 58-letni stomatolog z Warszawy **Bogumił Zalewski** (na zdjęciu), który pokonał **Macieja Kozłowskiego** z Oleśnicy i **Sylwię Czekierdowską** z Lublina. Mistrz potrzebował 143 uderzeń, aby dwukrotnie zaliczyć trafienia do 18 dołków o średnicy 108 mm.

Drużynowo triumfowali również golfiści ze stolicy: **Bogumił Zalewski** i **Waldemar Truskiewicz**, którzy wyprzedzili zaledwie o cztery uderzenia **Macieja Kozłowskiego** i **Krzysztofa Zienkiewicza** z Gorzowa oraz **Artura Czekierdowskiego** i **Jacka Grabskiego** z Lublina. ■

Marek Stankiewicz

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

5–6.07.2014 r. na Stadionie Miejskim
w Radomiu, przy ul. Narutowicza 9, odbędą się
III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej
Atletyce.

Zawody organizowane będą równolegle z XXIV
Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoby uczestniczące w rywalizacji mogą być sklasyfikowane podwójnie (kobieta, która ukończyła 30., a mężczyzna 35. rok życia) – zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów. Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: biegi na 100, 200, 400, 1500 i 5000 metrów, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem.

Przewiduje się poszerzenie zakresu konkurencji w przypadku dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nieujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw lek. Julianem Pełką: tel. 504-101-375, e-mail: julekp@onet.pl.

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw są zamieszczone na stronie www.pzwla.eu. ■

Julian Pełka

Otwarcie sezonu motocyklowego DoctorRiders

W drugi weekend maja lekarze motocykliści z całej Polski spotkali się w Białobrzegach, nad Zalewem Zegrzyńskim, aby oficjalnie rozpocząć sezon 2014. Malowniczo położony, w głębi sosnowego lasu, ośrodek z plażą i rozległym widokiem na jezioro godnie przyjął uczestników zdorzonych dojazdem, również tych z dalekich zakątków kraju. Były spotkania towarzyskie i dogłębna analiza dokonanych zimą przez większość uczestników modyfikacji maszyn. Udało się też odbyć kilka wspólnych przejazdów. Głównym celem był pl. Piłsudskiego i złożenie kwiatów przed Grobem Nieznanego Żołnierza. Mimo kapryśnej aury, uroczystość na placu odbyła się szczęśliwie w promieniach wiosennego słońca. Kolejnym celem był Ossów i muzeum upamiętniające historię Bitwy Warszawskiej 1920 r. Ostatni dzień upłynął pod znakiem pożegnań i umawiania się członków klubu DoctorRiders na kolejny zlot, który odbędzie się nad morzem. Zapraszamy wszystkich zmotoryzowanych lekarzy, wielbicieli dwóch kółek.

Klub DR serdecznie zaprasza w swoje szeregi
(tel. 507-151-898). ■

Krzysztof Sankiewicz



28–31.08.2014 r.
w Ośrodku „Wodnik”
(www.hotel-wodnik.com.pl)
w Słuku k. Bełchatowa
odbędzie się

X Jubileuszowy
Ogólnopolski
Motocyklowy
Zlot Lekarzy
„DoctorRiders” 2014

Wszystkie szczegóły
na temat imprezy:
www.oil.lodz.pl,
Klub Motocyklowy
DoctorRiders
lub na forum klubu.

Wszystkich chętnych
bardzo gorąco zapraszamy.

Grzegorz Krzyżanowski

Fot. K. Sankiewicz





17 maja 2014 r. odeszła
śp.

Teresa Gadomska

Ukochana Mama i Babcia,
Wspaniały, Mądry Lekarz,
Dzielny, Dobry Człowiek.

Ania z Rodziną



Koleżance
Izabelli Ziótkowskiej-Hryciuk
wyrazy najserdeczniejszego
współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy
z Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie



Wyrazy głębokiego współczucia
dla Rodziny i Bliskich
Pani Profesor

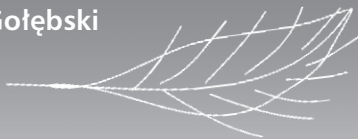
Jolanty Rabe-Jabłońskiej

wieloletniego kierownika
Katedry i Kliniki Psychiatrii w Łodzi,
wybitnego naukowca i lekarza

składa zarząd i członkowie
Oddziału Warszawskiego PTP

Piotr Edward Gołębski

11.04.2014 r.



Nie odchodź, gdy kwiaty wokoło
i ptaki tak kwilą na drzewie.

Nie odchodź – a nie jest wesoło,
lecz o tym zapewne nikt nie wie.

Nie odchodź – są sprawy na ziemi,
te, które załatwić trzeba...

Nie odchodź, pozostań z tymi,
którzy uchylą Ci nieba.

Nie odchodź, wytrzymaj troszeczkę
ten ból i duszy cierpienie.

Nie odchodź i znów zacznij sprzeczkę,
bo życie jest zawsze w cenie.



Sylwester
Jakubowski
1916–2011

10 czerwca 2014 r. mija trzecia rocznica śmierci doc. dr. hab. n. med. Sylwestra Jakubowskiego, znakomitego lekarza, który swoją wiedzą, pełną zapału i oddania pracą przez dziesiątki lat służył chorym i cierpiącym. W Polsce pozostał niekwestionowanym pionierem w nietatwej dziedzinie leczenia ortopedycznego chorych reumatycznych, miał ponadto wielkie zasługi i osiągnięcia w dziedzinie ortopedii w kraju i zagranicą. Osobę Zmarłego należy więc przypomnieć młodszemu pokoleniu lekarzy, zwłaszcza ortopedom. Życie miał bogate i – jak wielu z Jego pokolenia – niezwykle trudne.

Urodził się 31 grudnia 1916 r. w Łomży. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie rozpoczął w 1934 r. Na szczęście nie podzielił losu wielu rówieśników w czasie II wojny światowej i hitlerowskiej okupacji kraju – ocalał. W 1939 r., tuż przed końcem studiów, działania wojenne rzuciły go do szpitala polowego w Łomży, gdzie zetknął się po raz pierwszy z chirurgią i to w jej trudnym wydaniu – chirurgią polową. W 1940 r. zdążył jeszcze otrzymać absolutorium, ale na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu we Lwowie, wtedy jeszcze czynnym. W czasie okupacji nie jako z konieczności pełnił obowiązki lekarza w jednej ze wsi pod Łomżą – lekarza „od wszystkiego”. Ostatecznie dyplom zyskał już po zakończeniu wojny, w 1945 r., na Uniwersytecie w Lublinie. Następnie podjął pracę jako asystent na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Łomży. W początkach 1946 r. zdecydował się na przyjazd do Warszawy, która – choć okaleczona wojną, w blisko 70 proc. całkowicie zniszczona – stwarzała Jego zdaniem większe możliwości zawodowego rozwoju. Rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgiczno-Urazowym Szpitala Dziecięcego przy ul. Kopernika, pod kierunkiem dr. med. Zygmunta Ambrosa, późniejszego profesora ortopedii. Profesor stał się dla młodego wówczas Jakubowskiego wzorem do naśladowania, miał nie tylko ogromne zalety ducha, charakteru i umysłu, ale był także wzorem znakomitego lekarza – chirurga i humanisty.

Na początku 1948 r. Sylwester Jakubowski został powołany do wojska, w którym podjął pracę starszego asystenta w Wojskowym Szpitalu Okręgowym w Warszawie na Oddziale Chirurgii Ogólnej. W tym samym roku uzyskał doktorat na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego na podstawie pracy: „Leczenie urazów nerwów obwodowych w świetle obecnych poglądów”.

W 1953 r. uzyskał specjalizację z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej i został ordynatorem na Oddziale Chirurgii Urazowej WSO. W 1957 r. został zwolniony z wojska i rozpoczął pracę jako adiunkt w Klinice Chirurgii Urazowej Studium Doskonalenia Lekarzy AM (obecnie CMKP), pod kierunkiem doc. Jerzego Szulca, późniejszego profesora i kierownika Katedry i Kliniki Instytutu Kształcenia Podyplomowego WAM.

W 1961 r. w wyniku konkursu otrzymał nominację na stanowisko ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w Miejskim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Warszawie, przy ul. Barskiej. W tym samym budynku mieściła się Stołeczna Przychodnia Reumatologiczna, którą kierowała wybitna reumatolog prof. Jadwiga Pągowska. Tak rozpoczęły się Jego kontakty z reumatologią. Zachęcony przez prof. Pągowską, zainteresował się bliżej problematyką ortopedycznego leczenia chorych reumatycznych. Należy podkreślić, że znajomość tych zagadnień była wówczas wśród ortopedów znikoma, panowało powszechne przeświadczenie, że chorych reumatycznych nie leczy się chirurgicznie. Tym większa odwaga cechowała dr. Jakubowskiego, gdy na kilkudziesięciolóżkowym Oddziale Urazowym przeznaczył kilka łóżek dla chorych reumatycznych leczonych ortopedycznie. W 1961 r. dr. Jakubowski, dzięki poparciu prof. Pągowskiej, otrzymał zaproszenie od Fińskiej Ligi Reumatycznej na kilkutygodniowe szkolenie w Centrum Światowej Reumoortopedii w Heinoli. Reumoortepedią kierował tam prof. Kauko Vainio, autor nowatorskich metod operacyjnych i licznych oryginalnych prac z tej dziedziny, cieszący się międzynarodową sławą. Dr. Jakubowski nawiązał z nim współpracę. W Heinoli poznał też innych ortopedów zajmujących się tą problematyką, niemal z całego świata. Zaowocowało to związaniem wielu przyjaźni oraz wieloletnią współpracą. Dzięki znajomościom dr. Jakubowskiego z lekarzami szpitala w Heinoli szkolono się tam później wielu naszych kolegów, nie wyłączając piszącego te słowa.

W 1964 r. Sylwester Jakubowski objął stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Ortopedycznej w Instytucie Reumatologii w Warszawie, przekształconego później w Klinikę Chirurgii Ortopedycznej (pierwotna nazwa). Odtąd prawie całkowicie poświęcił się reumoortopedii. Rozszerzał stopniowo zakres wykonywanych zabiegów operacyjnych, by objąć nimi niemal każdy staw i każdy odcinek narządu ruchu zniszczony przez proces chorobowy.

W okresie 1967–1968 przebywał na rocznym szkoleniu w USA, gdzie m.in. w Uniwersyteckiej Klinice w Iowa doskonalili się w zakresie chirurgii ręki. Nawiązał wtedy ścisłe kontakty ze znanymi na świecie ortopedami – profesorami: Claytonem, Flattem i Swansonem, którzy w następnych latach, na Jego zaproszenie, gościli w Polsce. Po latach pracy i nawiązywania coraz to nowych kontaktów z ortopedami wielu krajów, leczącymi chorych reumatycznych, Klinika Chirurgii Ortopedycznej Instytutu Reumatologii w Warszawie stała się uznanym ośrodkiem reumoortopedii, szkolącym w tym zakresie ortopedów z kraju i zagranicy. Wśród wielu należy wymienić późniejszych profesorów: N. Gschwenda z Zurychu, K. Tillmanna z Bad Bramsted, W. Pawłowa i K. Siwasza z Moskwy, S. Popelkę z Pragi. Na zaproszenie dr. Jakubowskiego przyjeżdżali do kliniki, aby demonstrować swoje umiejętności chirurgiczne i szkolić naszych lekarzy wybitni ortopedzi, m.in. profesorowie: Kauko Vainio z Finlandii, Alfred Swanson i Adrian Flatt z USA, Lenard Mannerfelt ze Szwecji, a nawet sławny Masuta Mori z Japonii. Młodszym kolegom, którzy nie pamiętają tamtych lat, warto przypomnieć, że Polska w tym czasie odgradzona od zachodniego świata żelazną kurtyną, cywilizacyjnie zacofana i biedna, nie była atrakcyjnym miejscem dla wielu z wymienionych specjalistów. A jednak tu przyjeżdżali. Niezaprzeczalnie była w tym zasługa dr. Jakubowskiego.

Nowo powstająca „podspecjalność” ortopedii – reumoortepedia, nie miała w tym okresie żadnych tradycji i, jakkolwiek czynione były próby operacyjnego leczenia chorych reumatycznych w poszczególnych ośrodkach, leczenie to nie miało charakteru kompleksowego. Nie istniała jeszcze

ściśła współpraca reumatologów z ortopedami, rehabilitantami i szeregiem innych specjalistów, często niezbędnych w programie nowoczesnego leczenia. Dr. Jakubowski zdobywał i pogłębiał wiedzę teoretyczną na podstawie angielskiej i niemieckiej literatury, a praktyczną – szkoląc się w renomowanych ośrodkach w USA, Finlandii, Szwecji, Danii, RFN i Szwajcarii. Stale poszerzając i doskonaląc zakres pracy w klinice, wykazał wyjątkowe zdolności organizacyjne. Niezwykle wymagający w stosunku do siebie, wymagał także wiele od zespołu, którym kierował. Cotygodniowe konferencje kliniczne, w czasie których kwalifikowano chorych do leczenia operacyjnego, odbywały się z udziałem wielu specjalistów, a przez słuchaczy kursów doskonalących były bardzo wysoko oceniane. Wprowadzenie do leczenia operacyjnego endoprotez stawów stało się punktem zwrotnym w historii tych zabiegów. Do ich wykonywania dr. Jakubowski przygotowywał się bardzo starannie. Szkolił personel, organizował na nowo pracę sali operacyjnej, wprowadzając bardzo surowe zasady aseptyki. Warto podkreślić, że pierwszą w Polsce endoprotezę stawu kolanowego wszczepiono w 1967 r. w warszawskiej klinice przy ul. Spartańskiej. Duża aktywność zawodowa, zarówno na terenie kraju, jak i poza jego granicami, stała się w pewnym stopniu przyczyną opóźnienia dawno zaczętej rozprawy habilitacyjnej. Stopień doktora habilitowanego Sylwester Jakubowski otrzymał w 1976 r.

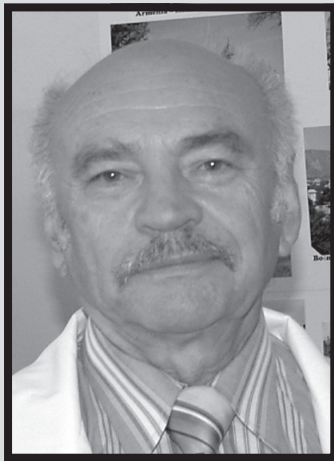
Przez cały okres pracy w Instytucie Reumatologii dr. Jakubowski uczestniczył w działalności międzynarodowej społeczności ortopedów i reumatologów. Pełnił funkcje honorowe i był członkiem wielu towarzystw naukowych: European Rheumatoid Arthritis Surgical Society, Arbeitsgemeinschaft für Rheuma Ortopedie, Fińskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Przez cztery lata był wiceprzewodniczącym, a następnie przewodniczącym Komitetu Reumoortopedii przy Europejskiej Lidze przeciw Reumatyzmowi (EULAR) oraz do 1983 r. wiceprzewodniczącym ERASS. W 1982 r., wraz z piszącym te słowa, założył Sekcję Reumoortopedii w Polskim Towarzystwie Ortopedycznym i Traumatologicznym i został jej pierwszym przewodniczącym. Na pierwsze sympozjum sekcji, zorganizowane w Warszawie w 1983 r., przyjechało z zagranicy ponad 30 osób.

W latach 1980–1982 Sylwester Jakubowski był dyrektorem Instytutu Reumatologii, z funkcji tej zrezygnował jednak na własną prośbę. Do końca swojej działalności kierował kliniką. Przez wiele lat był również członkiem komitetu redakcyjnego „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej”. Z końcem 1986 r. przeszedł na emeryturę. Niestety, z przyczyn od niego niezależnych nie uzyskał tytułu profesora, choć w pełni na to zasługiwał. Jego dorobek naukowy obejmuje dziesiątki referatów wygłoszonych na zjazdach i kongresach w kraju i zagranicą oraz blisko 160 prac wydanych drukiem, w tym w naukowych czasopismach krajowych – ponad 100 i w zagranicznych – ponad 20, w polskich publikacjach książkowych – 13, w zagranicznych – 4. Był ponadto współtwórcą pięciu filmów naukowo-dydaktycznych i autorem polskiej modyfikacji endoprotezy stawów palców ręki.

Wśród licznych odznaczeń, jakie otrzymał, należy wymienić krzyże: Kawalerski i Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi oraz Odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”. Otrzymał również Nagrodę Specjalną Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej „Za szczególne osiągnięcia w pracy na rzecz ochrony zdrowia i pomocy społecznej”.

Pamięć o Nim powinna być zachowana.

doc. dr hab. n. med. **Mirostław T. Śmitowicz**



Kazimierz Kalbarczyk 1935–2013

Legenda Szpitala Dermatologicznego św. Łazarza w Warszawie. Mistrz i Nauczyciel wielu pokoleń lekarzy. Zapalony diagnosta i dydaktyk łączący wiedzę kliniczną z histopatologią skóry. Ponad pół wieku, do ostatniego dnia życia, pracował jako lekarz dermatolog. 20 listopada 2013 r.

nie stawiał się do pracy w Poradni Dermatologicznej na Lesznie. Czekaliśmy...

Dr n. med. Kazimierz Kalbarczyk urodził się 7 czerwca 1935 r. w Kochowie koło Maciejowic. Z rodzinnych stron wyemigrował po ukończeniu szkoły powszechnej i zamieszkał u stryja Aleksandra w Pruszkowie, gdzie w 1953 r. zdał maturę w Liceum Ogólnokształcącym.

W 1958 r. ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Białymstoku. W Szpitalu Powiatowym w Ełku odbył dwuletni staż podyplomowy. W 1960 r. został kierownikiem Przychodni Miejskiej w Goniądzu. W 1964 r. uzyskał specjalizację I stopnia z dermatologii i wenerologii w Klinice Dermatologicznej w Białymstoku.

Podjął pracę w Otwocku, gdzie w 1965 r. został kierownikiem Powiatowej Poradni Skórno-Wenerologicznej i zastępcą ordynatora Oddziału Dermatologicznego w Szpitalu Miejskim, doc. dr. med. Wacława Gutowskiego.

W 1969 r. uzyskał specjalizację II stopnia z dermatologii i wenerologii, a w 1974 obronił pracę doktorską w Akademii Medycznej w Warszawie, co było ogromnym wyzwaniem dla lekarza pracującego poza ośrodkiem klinicznym. Promotorem pracy pt. „Znaczenie kliniczne badań immunopatologicznych w liszaju płaskim” był prof. Tadeusz Chorzelski.

W 1976 r. dr Kalbarczyk objął stanowisko ordynatora Oddziału Dermatologicznego w Szpitalu Miejskim w Otwocku. Opublikował, jako autor lub współautor, kilkanaście prac naukowych obejmujących zagadnienia kliniczne i metody terapii.

Po przeniesieniu oddziału z Otwocka w 1981 r. związał się ze Stołecznym Szpitalem Dermatologicznym (później noszącym nazwę Szpitala Dermatologicznego im. św. Łazarza) w Warszawie, gdzie przez ponad 20 lat był ordynatorem Oddziału IV. W latach 1990–1998 dodatkowo pełnił funkcję dyrektora ds. leczenia. W 1994 r. uzyskał II stopień specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia.

Po likwidacji Oddziału Dermatologicznego, którym kierował do 31 sierpnia 2002 r., został konsultantem ds. dermatologii i histopatologii w Szpitalu Dermatologicznym św. Łazarza i Przychodni Przychodni Dermatologicznej.

Dr n. med. Kazimierz Kalbarczyk był zapalonym dydaktykiem, pod jego kierunkiem uzyskało specjalizację 40 lekarzy, w tym 20 – II stopnia. Jego pasją była histopatologia skóry – prowadził szkolenia dla lekarzy przez ponad 20 lat. Z wielkim zapałem uczył młodych lekarzy, zachęcał do doskonalenia się, czynnym udziałem w konferencjach. Poza pracą kliniczną i dydaktyczną, publikował artykuły z zakresu dermatologii, zawsze z doskonałą dokumentacją kliniczną i histopatologiczną – sam robił zdjęcia i opisy. Podczas pracy w Otwocku i Warszawie opublikował w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym

ponad 40 prac. Przez wiele lat zgodnie z tradycją, razem z zespołem lekarzy ze Szpitala Dermatologicznego św. Łazarza i Przychodni Przychodni Dermatologicznej, przygotowywał czerwcowe posiedzenia naukowe Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, współpracował ściśle z Kliniką Dermatologiczną. Jako autor lub współautor opublikował opisy około 500 przypadków.

Przez dwie kadencje był wiceprezesem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Dwukrotnie otrzymał nagrodę Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego za pracę naukową, w 1993 r. indywidualnie, a w 2000 – z Przychodnią Przychodnią Dermatologiczną.

Przez wiele lat prowadził gabinet dermatologiczny w Otwocku, gdzie pacjenci z Warszawy i województwa mogli zawsze liczyć na Jego pomoc. Wśród chorych krążyło powiedzenie, że jeśli ci doktor Kalbarczyk nie pomoże, to już nikt ci nie pomoże.

Dr. Kalbarczyka szczególnie intrygowały tzw. trudne przypadki, nietypowe. Tak długo szukał w piśmiennictwie, konsultował w Klinice Dermatologicznej, aż postawił rozpoznanie i wdrożył leczenie. Prezentował owe przypadki na posiedzeniach Oddziału Warszawskiego i zjazdach krajowych PTD.

Przez 20 lat, do 1998 r., był konsultantem dla województwa siedleckiego. W wielu poradniach tego województwa pracują dermatolodzy wyszkoleni przez dr. Kalbarczyka.

Po likwidacji Szpitala Dermatologicznego św. Łazarza w 2007 r. został konsultantem ds. dermatologii i histopatologii w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym i w nowo utworzonej Poradni Dermatologicznej na Lesznie w Warszawie. Mimo przejścia na emeryturę, nadal pracował, dojeżdżając do Międzylesia i do Warszawy, szkolił lekarzy, uczestniczył w posiedzeniach Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Dr Kazimierz Kalbarczyk wciąż stawiał sobie kolejne wyzwania. Do wyznaczonego celu dążył konsekwentnie, uparcie, nie zważając na żadne trudności. Był niezwykle pracowity i sumienny. Odszedł tak szybko jak żył.

Z pozoru szorstki i nieprzystępny, ale bardzo pogodny, dowcipny, pogwizdujący melodie, szczególnie te patriotyczne.

Kochał podróże, zwiedził wszystkie stolice Europy – ostatnią, Tiranę, poznał w 1998 r. Odwiedził 132 kraje.

W Polsce szczególnie ukochał Bieszczady, był przewodnikiem górskim na ten region, znał każdy szlak, szczyt, połoninę. Zdobył Złotą Górską Odznakę Turystyczną. W ostatnich kilku latach Jego pasją stało się fotografowanie ptaków oraz gotowanie, szczególnie dań podpatrzonych w innych krajach.

Dr Kazimierz Kalbarczyk został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”.

W 2010 r. obchodził uroczyste w Akademii Medycznej w Białymstoku 50-lecie pracy zawodowej.

Był wielkim patriotą, zawsze uczestniczył w defiladzie 11 listopada w Dzień Niepodległości, ostatni raz w 2013 r.

Jego ulubioną pieśnią „Pierwsza Brygada” pożegnaliśmy Doktora na Cmentarzu Parafialnym w Otwocku 25 listopada 2013 r.

Zapamiętamy Go jako Wielkiego Człowieka, oddanego lekarza, niestrudzonego podróżnika, miłośnika ptaków i Wyjątkowego Przyjaciela. Pozostanie na zawsze w sercach lekarzy i chorych.

Dr n. med. **Magdalena Ciupińska**



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

8 kwietnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 453, obwieszczenie ministra zdrowia z 6 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety.

9 kwietnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 469, obwieszczenie ministra zdrowia z 6 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.

9 kwietnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 465, obwieszczenie ministra zdrowia z 27 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu instytucji powołanych do kontroli jakości surowców używanych do produkcji produktów leczniczych.

10 kwietnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 474, obwieszczenie ministra zdrowia z 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry.

11 kwietnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 kwietnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 473.

Zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe, określone w przepisach ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
- 3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie:
 - a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub
 - b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu.

Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów:

- ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- ustawy z 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach,
- ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych,
- ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- ustawy z 7 września 2007 r. o Karcie Polaka,
- ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób,
- ustawy z 7 lutego 2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

Na podstawie art. 26 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prezes NFZ może, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

Rozporządzenie określa sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

- udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w pkt 2 i 3,
- o których mowa w wymienionych wyżej przepisach ustaw.

Narodowy Fundusz Zdrowia sporządza miesięczne sprawozdania z rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Sprawozdanie zawiera następujące informacje:

- podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej,
- wartość świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę osób, którym udzielono tych świadczeń, w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej.

Sprawozdanie dla świadczeń udzielonych poza granicami kraju określa wartość świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę osób, którym udzielono tych świadczeń, w odniesieniu do poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Informacje w sprawozdaniach wykazuje się odrębnie za miesiąc oraz narastająco od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, którego sprawozdanie dotyczy.

Minister zdrowia przekazuje NFZ dotacje w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji.

Prezes NFZ w terminie do 20 stycznia roku następnego przekazuje ministrowi zdrowia rozliczenie otrzymanej dotacji za dany rok.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym są finansowane zgodnie z planem, na podstawie przepisów o finansach publicznych.

23 kwietnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 459.

Rozporządzenie określa:

- biologiczne czynniki chorobotwórcze podlegające zgłoszeniu oraz okoliczności i sposób dokonywania zgłoszenia dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
- podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, właściwe ze względu na rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego,
- sposób dokonywania zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych,
- wzory formularzy zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.

Zgłoszenie dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych jest przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla siedziby laboratorium, w którym wykonano badanie.

W przypadku wykonywania w danym laboratorium wielu badań materiału klinicznego pobranego od pacjenta w czasie trwania tego samego zakazania zgłoszeniu podlega jedynie pierwszy dodatni wynik badania w kierunku danego biologicznego czynnika chorobotwórczego.

Zgłoszenie jest przekazywane również instytutowi badawczemu, ośrodkowi referencyjnemu, wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej lub powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, właściwym ze względu na rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego – w przypadku przekazywania do nich materiału klinicznego lub wyizolowanego biologicznego czynnika chorobotwórczego w celu przeprowadzania dalszych badań.

Formularze zgłoszenia dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych są przekazywane:

- przesyłką poleconą lub bezpośrednio za pokwitowaniem w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i oznaczeniem „ZLB”, a w przypadku, gdy zgłoszenie jest przekazywane również instytutowi badawczemu i innym podmiotom, wraz ze zleceniem badania laboratoryjnego, lub

- za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy
- w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.

10 maja 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 kwietnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 570.

10 maja 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 kwietnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 570.

18 maja 2014 r. weszła w życie ustawa z 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 496.

W celu zapewnienia możliwości weryfikacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej szef Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych prowadzi, w formie elektronicznej, bazę danych osób mających uprawnienia z tytułów określonych w ustawie.

W bazie danych osób uprawnionych są przetwarzane następujące informacje dotyczące tych osób: imię lub imiona oraz nazwisko, adres miejsca zamieszkania, data urodzenia, numer PESEL, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, informacja o rodzaju przyznanego świadczenia: rencie, rencie inwalidy wojennego, rencie osoby represjonowanej, dodatku kombatanckim, świadczeniu w wysokości dodatku kombatanckiego.

Do nieodpłatnego przekazywania informacji do bazy danych osób uprawnionych w powyższym zakresie są obowiązane następujące podmioty: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojskowe biura emerytalne, Biuro Emerytalne Służby Więziennej, minister sprawiedliwości.

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



POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWONIĄC POD NUMER:

704 277 577

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci:



Usługa świadczona jest przez firmę:



Szef Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych aktualizuje bazę danych osób uprawnionych i przekazuje nieodpłatnie informacje w niej zawarte Narodowemu Funduszowi Zdrowia w terminie 14 dni od dnia przekazania informacji do bazy danych osób uprawnionych przez wymienione podmioty.

Podczas aktualizowania bazy danych osób uprawnionych szef Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych usuwa z bazy danych informacje o danej osobie uprawnionej w razie jej zgonu lub wydania decyzji o pozbawieniu jej uprawnień określonych w ustawie.

Po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy tracą ważność zaświadczenia i legitymacje potwierdzające prawo do korzystania z uprawnień określonych w ustawie, wydane przed 18 maja 2014 r., z wyjątkiem zaświadczeń i legitymacji wydanych przez:

- kierownika Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- ministra pracy i polityki socjalnej w okresie od 24 stycznia 1991 r. do 1 sierpnia 1991 r.

Zgodnie z art. 47c ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa wyżej, w dniu zgłoszenia.

W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących.

Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

W miejscach rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz w aptekach, odpowiednio świadczeniodawca albo kierownik apteki uwidacznia pisemną informację o powyższych uprawnieniach.

20 maja 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra administracji i cyfryzacji z 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 574.

Rozporządzenie określa:

- organizację centrów powiadamiania ratunkowego oraz kryteria tworzenia ich oddziałów,
- sposób funkcjonowania centrów oraz realizacji przez nie zadań,
- ogólne procedury obsługi zgłoszeń alarmowych oraz sposób opracowywania i aktualizacji szczegółowych procedur,
- ogólne procedury obsługi zgłoszeń alarmowych w przypadku braku możliwości przekazania zgłoszenia alarmowego w ramach systemu powiadamiania ratunkowego oraz sposób opracowywania i aktualizacji szczegółowych procedur,
- maksymalną liczbę operatorów numerów alarmowych i sposób jej podziału na poszczególne centra.

Centra funkcjonują w trybie całodobowej obsługi zgłoszeń alarmowych.

Obsługa zgłoszeń alarmowych kierowanych do numerów obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego odbywa się według następującej ogólnej procedury:

- odbiór zgłoszenia alarmowego od osoby zgłaszającej oraz zarejestrowanie w systemie teleinformatycznym,
- uzyskanie informacji o rodzaju i miejscu zdarzenia lub zagrożenia, liczbie osób poszkodowanych lub będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz danych osoby zgłaszającej i innych istotnych okolicznościach zdarzenia lub zagrożenia, umożliwiających podjęcie czynności przez podmioty ratownicze,
- potwierdzenie osobie zgłaszającej przyjęcia zgłoszenia,
- przekazanie zgłoszenia za pośrednictwem systemu teleinformatycznego właściwemu dyspozytorowi lub dyspozytorom podmiotów ratowniczych, których numery są obsługiwane w ramach systemu powiadamiania ratunkowego,
- przekierowanie połączenia telefonicznego do dyspozytora medycznego w przypadku wymagającym zapewnienia pomocy osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- poinformowanie osoby zgłaszającej o przekazaniu zgłoszenia,
- odbiór potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia alarmowego przez właściwego dyspozytora,
- podjęcie niezbędnych czynności zmierzających do spowodowania przyjęcia zgłoszenia w przypadku braku potwierdzenia odbioru zgłoszenia alarmowego przez właściwego dyspozytora. ■

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie **REDAKCJA:** 00-070 Warszawa, ul. Koźca 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, Ryszard Majkowski, Stanisław Niemczyk, Grażyna Pacocha, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Danuta Samolczyk-Wanyura, Mieczysław Szatanek, Tadeusz Tołfoczek, Andrzej Włodarczyk **BIULETYN ORL:** Ewa Miękus-Pączek **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichońska, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Lukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, 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 adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

godziny pracy: 8.00–16.00; NIP 522-00-02-357; recepcja: 22-542-83-48

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

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej 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 dentyków 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. 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 Mrzerek, Magdalena Kujawska; tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna
przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć
tel. 22-542-83-64
kanc.: Julita Kwatyniec; 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, Dominika Siporska,
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 Dentyków
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
przewodniczący Krzysztof Schreyer
prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

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

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy
Bohdan Woronowicz; tel. 602-67-07-22
sekretariat: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Rzecznik Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
sekretariat: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

Mediator
Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com
sekretariat: Maja Świerczewska-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentyków**
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;
odz@oilwaw.org.pl

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

Delegatura Radomska
(26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)
przewodniczący Julian Wróbel
prac. biura: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga
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 Koziół; tel. 22-542-83-06

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

HONDA

The Power of Dreams



CIVIC TOURER

**Opiekujecie się nami,
teraz my zatroszczymy się o Was**

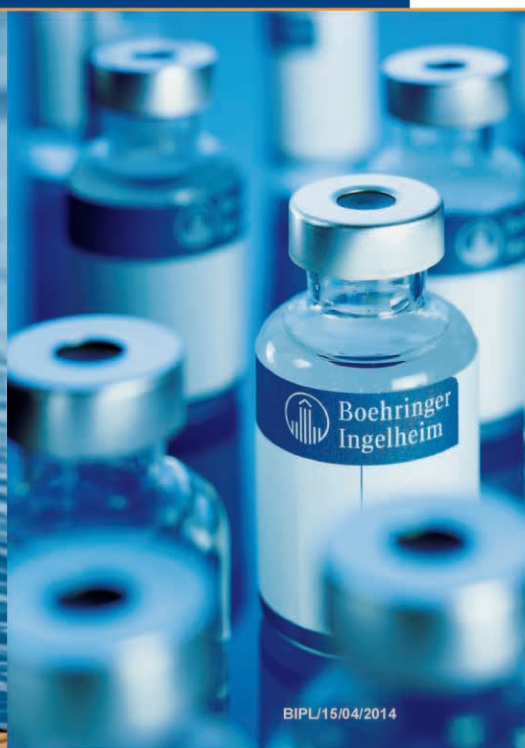
Koniecznie zapytaj o szczegoły:

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



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

Do nowych wartości poprzez innowacje



BIPL/15/04/2014

Dla dobra przyszłych pokoleń - po ponad 125 latach na rynku wciąż jesteśmy ciekawi świata i poszukujemy nowych wyzwań

Boehringer Ingelheim to niezależna firma rodzinna działająca z powodzeniem od 1885 r. i zatrudniająca ponad 47.000 pracowników na całym świecie. Zawsze postrzegaliśmy siebie jako firmę innowacyjną, która poprzez badania nad chorobami oraz opracowywanie nowych leków i terapii wnosi wkład w poprawę jakości życia ludzi oraz zwierząt. Pragniemy być partnerem pacjentów i zapewniać im dostęp do nowatorskich produktów, dzięki którym będą mogli cieszyć się lepszym zdrowiem.

www.boehringer-ingelheim.pl



**Boehringer
Ingelheim**