

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

# puls

październik 2014 nr 10



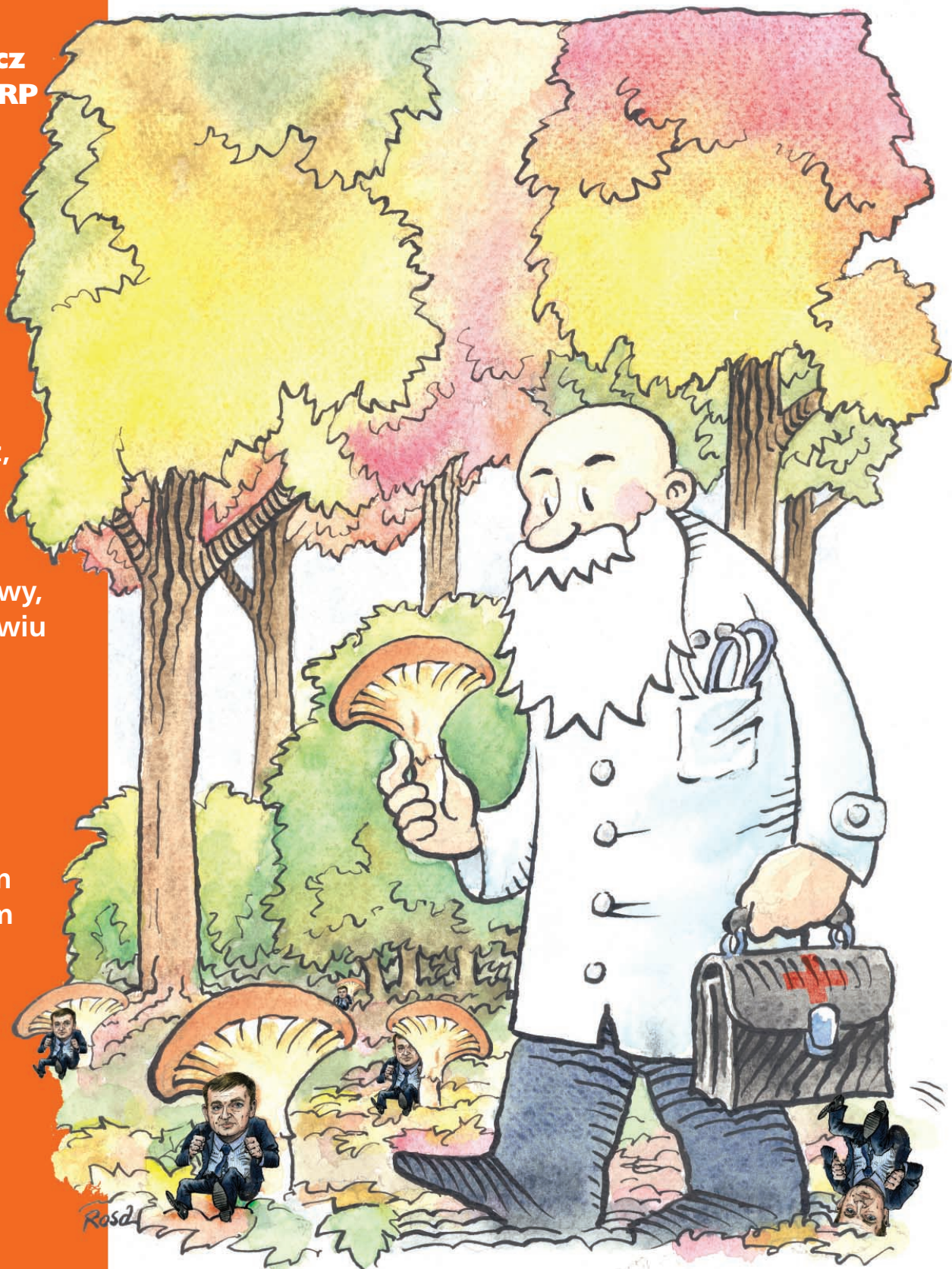
Lekarz  
– **Ewa Kopacz**  
premierem RP

Samorządy  
zawodów  
zaufania  
publicznego  
w Sejmie  
[str. 4]

Dariusz  
Hajdukiewicz,  
dyrektor  
Biura Polityki  
Zdrowotnej  
m.st. Warszawy,  
mówi o zdrowiu  
w stolicy  
[str. 10]

Rozmowa  
z Barbarą  
Końkowską,  
konsultantem  
wojewódzkim  
w dziedzinie  
medycyny  
paliatywnej  
[str. 26]

Dzieci  
powstańców  
pamiętają  
[str. 32]





# 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](mailto: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 dentyستę 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

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Naczelna Rada Lekarska podjęła decyzję o zmianie wysokości składki członkowskiej. Od 1 stycznia 2015 r. będzie wynosiła 60 zł.

Decyzja ta szeroko komentowana jest w naszym środowisku. Ze swojej strony pragnę poinformować, że składka w tej wysokości pozwoli na kontynuowanie w warszawskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej wielu działań podejmowanych dla naszego środowiska i realizowanie nowych zamierzeń.

**Mam na myśli m.in. zapewnienie członkom OIL w Warszawie bezpłatnej opieki prawnej, bezpłatnych ubezpieczeń OC, bezpłatnych szkoleń, bezpłatnej pomocy w kontaktach z mediami.**

Przypominam, że od maja br. można korzystać z bezpłatnej usługi „Prawnik dla lekarza i lekarza dentystry”. W jej ramach, dzięki umowie z kancelarią prawną, wszyscy nasi członkowie przez siedem dni w tygodniu mogą telefonicznie, drogą e-mailową lub bezpośrednio w siedzibie Izby uzyskać poradę i konsultację prawną. Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej OIL w Warszawie. Tę formę pomocy naszym członkom będziemy rozwijać.

Wkrótce zakończymy negocjowanie finansowanego przez Izbę grupowego ubezpieczenia OC. Mamy nadzieję, że ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, które zaproponujemy, spełni oczekiwania i pozwoli na znaczące ograniczenie wydatków ponoszonych dotychczas przez Państwa na ten cel.

Rozwijamy działania w celu organizacji szkoleń podyplomowych, dzięki czemu będą Państwo mogli realizować ustawowy obowiązek kształcenia ustawicznego nieodpłatnie. Podejmujemy inicjatywy medialne na rzecz naszego środowiska, wierząc, że poprawimy wizerunek lekarza i lekarza dentystry w społeczeństwie.

Nie zapominamy także o działaniach socjalnych, o których wiedzą wszyscy, którzy w tej sprawie zwracają się do Izby. Będziemy rozszerzali ofertę niskoprocentowanych pożyczek, zapomóg dla osób w trudnej sytuacji finansowej oraz stypendiów dla sierot lekarskich.

Przypominam jednocześnie, że od 1 stycznia 2015 r. wszyscy lekarze i lekarze dentyści powyżej 75. roku życia zostaną zwolnieni z opłacania składki, natomiast składka dla rencistów, emerytów i stażystów wynosić będzie 10 zł.

Jestem głęboko przekonany, że składka na rzecz naszego samorządu w dobry sposób „powróci” do członków OIL w Warszawie. Zapewniam wszystkich Państwa, że będę podejmował intensywne działania w tym kierunku i informował o nich na łamach miesięcznika „Puls” oraz na stronie internetowej Izby.

Z koleżeńskim pozdrowieniem







Nr 10 (234)  
październik 2014

Na okładce:  
Ewa Kopacz, premier RP  
(fot. ewg)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ List prezesa ORL w sprawie składek	1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ Samorządy w Sejmie	4
▶ Brak szacunku	6
▶ Rewolucja informatyczna musi jeszcze poczekać	8
▶ <b>trzy pytania do...</b>	10
▶ Trzy lata komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych	12
▶ Recepty lekarskie...	14
▶ <b>etyka</b>	18
▶ Nasze pokoje gościnne	20
▶ z <b>Mazowsza</b>	25
▶ Hospicjum – integralna część systemu opieki zdrowotnej	26
▶ Implant ucha środkowego dla seniorów	28
▶ z <b>Delegatury Radomskiej</b>	29
▶ <b>stomatologia</b>	30
▶ karty historii dla smakoszy	32
▶ <b>podróże</b>	35
▶ <b>literatura i życie</b>	36
▶ <b>wydarzenia</b>	38
▶ <b>czytelnia</b>	40
▶ <b>wspomnienia</b>	40
▶ <b>nowe przepisy prawne</b>	41
▶ <b>felietony:</b>	44
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	5
▷ Karczewski	9
▷ Walewski	18
▷ Kowal	19
▷ Jankowska	21
▷ Müldner-Nieckowski	34
▷ SMS z Krakowa	34



# Arłukowicz wiecznie żywy?

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk  
redaktor naczelna

Wbrew spekulacjom minister zdrowia Bartosz Arłukowicz ocalał i znalazł się w autorskim rządzie Ewy Kopacz. Bardzo wielu osobom trudno znaleźć wytłumaczenie dla tej decyzji pani premier, zwłaszcza po deklaracji, że jej rząd będzie merytoryczny i z silnymi osobowościami. Dla jednych to niespodzianka, dla innych decyzja oczywista, choć smutna, wymuszona okolicznościami.

Prezentując w auli Politechniki Warszawskiej Bartosza Arłukowicza, ministra zdrowia w swoim rządzie, Ewa Kopacz powiedziała, że przedstawił on niedawno ważne rozwiązania dla pacjentów onkologicznych i teraz ci pacjenci czekają na pilne jego – ministra – działania.

Wiemy, że resort zdrowia, przekonując posłów do tzw. pakietu onkologicznego i „ustawy kolejkowej”, nie przedstawił właściwie symulacji finansowych, a w tzw. ocenie skutków regulacji poinformował, że te rozwiązania nie spowodują dodatkowych wydatków. Jestem przekonana, że mająca ogromne doświadczenie Ewa Kopacz, była minister zdrowia, a obecnie prezes Rady Ministrów, wie, że nigdzie na świecie nie da się leczyć lepiej i więcej „za darmo”.

Wprowadzenie pakietu Arłukowicza, w tym zniesienie limitów dla chorych nowotworowych, dramatycznie zwiększy wydatki NFZ dla tej grupy chorych, a tym samym zmniejszy pulę pieniędzy dla pozostałych pacjentów. Kolejny efekt to wydłużenie kolejek dla chorych „nienowotworowych”. A to już wkrótce...

Eksperti mówią, że dodatkowe koszty dla NFZ w związku z wprowadzeniem „pakietu Arłukowicza” to od 10 do 20 miliardów w skali roku!!! Tak więc oczekiwana przez „twórców” ustawy poprawa standardu opieki nad chorym onkologicznym jest typowym przykładem myślenia życzeniowego. Nie wzięto pod uwagę realiów polskich takich, jak np.: brak kadry medycznej, liczba placówek onkologicznych, ich wyposażenie i wreszcie ich rozmieszczenie.

Ewa Kopacz podjęła więc jedyną chyba słuszną decyzję w sprawie obsady jej dawnego resortu – kto nawarzył, niech piwo pije!

Jeżeli Bartosz Arłukowicz nie zostałby „na nowo” ministrem zdrowia, mógłby powiedzieć, że gdyby pozostał na stanowisku, to oczywiście wszystko by się udało i polski pacjent nie stałby w kolejkach, a pacjenci nowotworowi byłiby błyskawicznie diagnozowani, dobrze i szybko leczeni – za te same, a może nawet mniejsze pieniądze niż dotychczas. Co powie po 1 stycznia 2015 r. – nie wiemy.

Tuż po zaprezentowaniu nowego składu rządu, Bartosz Arłukowicz gościł w programie Konrada Piaseckiego „Piaskiem po oczach” w TVN24. Jak zwykle był mało merytoryczny, zamiast konkretów wypowiadał slogany. Usłyszeliśmy więc m.in., że: pakiet kolejkowy narusza interesy „pewnych grup” (nie sprecyzował jakich), on uszczelnia system, chce, żeby konsultanci pokazali, jak współpracują z firmami farmaceutycznym. Powiedział też, że naruszy interesy niektórych lekarzy. Mówił o kontrolach, że bardzo dokładnie coś tam będzie sprawdzane. Niezbyt pochlebnie wyraził się o niektórych ekspertach. Stwierdził także, że jego korzenie lewicowca nie pozwalają na wprowadzenie dopłat do leczenia. I konkluzja: „W gronie 160 tysięcy lekarzy zawsze znajdą się ci, którzy nie wiedzą, po co są...”.

Nie powiedział jednak Bartosz Arłukowicz, czy wie, po co tak naprawdę jest on – minister zdrowia. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

# Zdrowy rozsądek



Fot. egw

**Andrzej Sawoni**  
prezes ORL w Warszawie

Lekarz Ewa Kopacz została premierem rządu Rzeczypospolitej Polskiej. Na szczycie władzy znalazła się osoba, która o problemach ochrony zdrowia wie wszystko. Czy to autentyczna szansa na wyjście z impasu, w jakim niewątpliwie znalazło się nasze leczenie, czas pokaże. Wielu było zaskoczonych decyzją o pozostaniu w rządzie ministra Bartosza Arłukowicza. Argument, że musi skończyć to, co rozpoczął, czyli wprowadzić w praktyce tzw. ustawę onkologiczną, ciekawie wpisuje się w treść znanego powiedzenia, że prawdziwego mężczyznę poznaje się po tym jak kończy, a nie jak zaczyna. Trzeba przyznać, że skład rządu premier Ewy Kopacz jest interesujący, godzi spory wewnątrz partii rządzącej. Jednocześnie znajdujemy tam wiele ciekawych postaci. Ministrem administracji i cyfryzacji został szef Platformy Obywatelskiej na Mazowszu Andrzej Halicki. Mamy nadzieję, że pomoże naszej Izbie we wprowadzeniu e-PUAP. Bezszykownie staramy się o niego od czterech miesięcy i słyszymy, że nie jesteśmy podmiotem publicznym. Pytam więc, dlaczego nie możemy go uzyskać, skoro prowadzimy publiczne rejestry lekarzy i indywidualnych praktyk lekarzy oraz lekarzy dentyków, a dostęp do nich dzięki e-PUAP to dla środowiska lekarskiego niezwykle ważna, praktyczna sprawa, wielka oszczędność czasu, możliwość korzystania ze zdobyczy informatyzacji. Pikanterii sprawie dodaje fakt, że Naczelna Izba Lekarska i Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku już wcześniej dostęp do e-PUAP otrzymały, a największej izbie w Polsce, warszawskiej, się tego zabrania. Panie Ministrze Halicki, liczymy na zdrowy rozsądek.

Ostatnio obrodziły kontrole szpitalnych oddziałów ratunkowych: a to z urzędu wojewódzkiego, który ratownictwo medyczne nadzoruje, a to z Narodowego Funduszu Zdrowia. Przy okazji wychodzą na jaw ciekawe kwiatki. Minister zdrowia wydał rozporządzenie, że każde łóżko w SOR musi być wyposażone w defibrylator i przenośny respirator. W moim szpitalu jest na SOR sześć łóżek, trzeba więc kupić sześć przenośnych respiratorów i sześć defibrylatorów. Przecież to paranoja! Trudno sobie wyobrazić jednocześnie sześć kardiowersji lub potrzebę podłączenia do przenośnego respiratora w jednej chwili sześciu pacjentów. Wielu pyta: po co to?, kto to wymyślił? Ja sądzę, że jak nie wiadomo, o co chodzi, to zapewne chodzi o pieniądze. Kto niewątpliwie zacierał ręce, kiedy weszło owo rozporządzenie? Producenci tego sprzętu. Nagle powstało zapotrzebowanie na setki czy nawet tysiące aparatów. Miliony złotych, tak potrzebne na leczenie chorych, poszły w błoto. Brawo urzędnicy!

Kiedy ogłoszono nominację Ewy Kopacz na premiera, jeden z dziennikarzy zadał mi pytanie, jakie są moim zdaniem najważniejsze sprawy, których nie zdążyła wprowadzić Ewa Kopacz jako minister zdrowia, a teraz – z funkcji premiera – mogłaby do nich wrócić. Moim zdaniem są to dwie ustawy, które powstały w czasach, gdy Ewa Kopacz była ministrem zdrowia, ale nie udało się ich wprowadzić. To ustawy o zdrowiu publicznym i o ubezpieczeniach dodatkowych. Dzisiaj ich brak odczuwamy bardzo dotkliwie i usilnie namawiałbym rząd do podjęcia pracy nad nimi. Wprowadzenie tych ustaw mogłoby znacząco poprawić, w jakże trudnej rzeczywistości naszej ochrony zdrowia, przede wszystkim sytuację pacjenta. Ale to temat na osobny artykuł. ■

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

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



Brak szacunku  
– rozmowa z rzecznik  
praw obywatelskich  
Ireną Lipowicz  
str. 6



Piotr Dąbrowski  
o rewolucji  
informatycznej, która  
musi jeszcze poczekać  
str. 8



Recepty lekarskie  
– zasady wystawiania  
(cz. 4)  
str. 14



# Samorządy w Se

**Andrzej Sawoni: – Mamy dobrych ekspertów, władze powinny liczyć się z ich głosem**



Fot. R. Klimkowska

**W**ładza ustawodawcza i wykonawcza nie bierze pod uwagę opinii samorządów zawodów medycznych. A przecież dysponujemy najbardziej wiarygodnymi ekspertami, którzy w sprawach dotyczących ochrony zdrowia mogą się wypowiedzieć – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Andrzej Sawoni podczas konferencji „Samorząd zawodowy w służbie społeczeństwu”, która odbyła się w Sejmie 3 września.

Konferencja, zorganizowana pod patronatem wicemarszałka Sejmu Eugeniusza Grzeszczaka przez Mazowieckie Forum Samorządów Zawodowych, zgromadziła przedstawicieli wszystkich korporacji zawodów zaufania publicznego. – *Spotkaliśmy się po to, by zastanowić się nad problemami samorządów oraz podjąć próbę oceny działań legislacyjnych dotyczących korporacji zawodów zaufania publicznego* – wyjaśnił wicemarszałek.

Podczas obrad podkreślono, że samorządy zawodowe to element zdecentralizowanego państwa prawa realizującego zasadę pomocniczości. – *Samorządy zrzeszają intelektualną elitę*

– osoby wykonujące wyjątkowe zawody, wymagające wysokich kwalifikacji, wysokich norm etycznych i mające szczególne znaczenie w życiu społecznym – podkreślił wiceminister sprawiedliwości Jerzy Kozdroń. Dodał, że niezwykle ważne jest, by samorządy nie zostały nigdy zdominowane przez żadną doktrynę polityczną.

Prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni zaznaczył, że samorząd lekarski reprezentuje wprawdzie interesy lekarzy i lekarzy dentyistów, ale istotą jego działalności jest sprawowanie pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu, czyli nad jakością pracy lekarzy. Zwrócił uwagę, że w tym właśnie zakresie izby mają szeroką legitymację do działania, odmienną niż związki zawodowe.

Dodał, że sądownictwo lekarskie, opieka nad lekarzami, którzy mają problemy zdrowotne, funkcje kontrolne wobec lekarzy, dbałość o ich wysokie kwalifikacje (przez organizowanie szkoleń i weryfikację punktów edukacyjnych) to istotne elementy działalności samorządu, dzięki którym gwarantowane jest bezpieczeństwo pacjenta.





Andrzej Sawoni stwierdził, że podobne funkcje spełniają wszystkie samorządy zawodów medycznych, a praca zrzeszonych w nich członków – lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, aptekarzy i lekarzy weterynarii – składa się na bezpieczeństwo zdrowotne całego społeczeństwa.

Uczestnicy konferencji zgodzili się, że w związku z tym niezrozumiałe jest postępowanie władz, które opinie wyrażane przez samorządy w sprawie projektów aktów prawnych i działających już przepisów najczęściej lekceważą. – *Przykładem niech będzie tzw. pakiet antykolejkowy. Te ustawy mają słuszne założenia, ale w tak skomplikowanym systemie, jakim jest ochrona zdrowia, trzeba naprawdę przemyślnych działań. Nasze krytyczne uwagi nie zostały przez ministra zdrowia wzięte pod uwagę* – powiedział Andrzej Sawoni.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie Alina Fornal dodała, że politycy nie powinni traktować głosów samorządów w sprawie zmian aktów prawnych jako lobbystycznych. – *Jeżeli zabiegamy o zmianę przepisów, robimy to, by bezpiecznie i profesjonalnie wykonywać nasze zawody* – podkreśliła.

Sporą część konferencji zajęły kwestie związane z deregulacją przeprowadzoną przez byłego już ministra sprawiedliwości Jarosława Gowina i parlament. Dotknęła ona przede wszystkim urbanistów, których korporacja została rozwiązana. Na działania deregulacyjne uskarżali się też przedstawiciele zawodów prawniczych. Po zmianach w przepisach dotyczących dostępu do tych profesji bardzo wzrosła liczba radców prawnych, adwokatów i notariuszy.

– *Nikt już nie zarzuca samorządom nepotyzmu. Niezdrowa była sytuacja, kiedy samorządy same ustalały liczbę kandydatów i kryteria dostępu do swoich zawodów* – odpowiedział wiceminister Koźdroń na krytykę deregulacji zawodów prawniczych. ■

Justyna Wojteczek



Marek Balicki

13. ministrem z poprzedniego składu rządu, który przeszedł do ekipy Ewy Kopacz, okazał się Bartosz Arłukowicz. Czy trzydniowa będzie w tym przypadku szczęśliwa? Widząc rozluźnioną twarz ministra i nagłą gotowość (po wielu dniach uników) do od-

powiadania na pytania dziennikarzy po rozmowie z marszałek Kopacz, można by sądzić, że tak. Jednak wiemy, że nie chodzi o dobre samopoczucie dotychczasowego szefa resortu. Dodajmy, najgorzej ocenianego ministra w gabinecie Donalda Tuska.

Jeszcze kilka dni przed ostatecznymi rozstrzygnięciami powszechnie sądzono, że po trzech latach nieudanego ministrowania Bartosz Arłukowicz odejdzie z rządu. Pozostawienie go na stanowisku stało się jedną z większych niespodzianek. Pewnym wyjaśnieniem może być krążąca po sejmowych kuluarach plotka o braku gotowości potencjalnych następców do objęcia tej funkcji. Żaden z nich nie chciał przejść, na rok przed kolejnymi wyborami, odpowiedzialności za stan służby zdrowia, jaki pozostawia po sobie dotychczasowy minister, a przede wszystkim za nie najlepiej przygotowany pakiet kolejkowy.

Wdrożenie pakietu będzie najprawdopodobniej jednym z priorytetów rządu w nadchodzącym roku. To wynika z przebiegu konferencji prasowej w auli Politechniki Warszawskiej, na której premier Kopacz zaprezentowała skład nowej Rady Ministrów. Zadanie postawione podczas konferencji przed szefem resortu zdrowia, aby w krótkim czasie rozwiązał problem kolejek w onkologii, bo „na to czekają chorzy na raka”, będzie jednak niezwykle trudne do wykonania. Ustawowe regulacje dotyczące pakietu kolejkowego i onkologicznego, uchwalone ostatnio przez Sejm, nie dają bowiem gwarancji sukcesu.

Składają się na to kilka przyczyn. Zmiany w prawie zostały przyjęte szybko, bez solidnego przygotowania eksperckiego i odpowiednio przeprowadzonych konsultacji publicznych. Pominięto niezwykle ważny wstępny etap prac, określany przez specjalistów od legislacji mianem analizy problemu regulacyjnego. To powoduje, że zaproponowane ostatecznie rozwiązania, mimo niekwestionowanych przez nikogo jak najlepszych zamiarów, nie rozwiążą całościowo problemu kolejek, więcej – mogą stać się przyczyną nieprzewidzianych dodatkowych kłopotów.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia nie doceniło też, nie po raz pierwszy zresztą, że najbardziej efektywnym źródłem informacji o dysfunkcyjności prawa regulującego sferę ochrony zdrowia są adresaci aktów prawnych, czyli m.in. środowiska medyczne. Głos przedstawicieli tych środowisk powinien być brany pod uwagę przy tworzeniu aktów prawnych. Niestety, tak się w sprawie kolejek nie stało, a minister – pragnąc wybrnąć z sytuacji – chce przekonać opinię publiczną, że lepsze funkcjonowanie służby zdrowia narusza interes lekarzy. Nie kojarzy się to najlepiej.

Jakkolwiek jednak jest, na efekty zmian ustawowych zawsze trzeba poczekać. A jedyny sposób na szybkie skrócenie kolejek to zwiększenie nakładów. Czyżby więc premier Kopacz miała w zanadru jakiś pomysł na dodatkowe pieniądze? ■



### (...) Jak często interweniuje pani w sprawach dotyczących ochrony zdrowia?

Tylko w 2014 r. skierowaliśmy 20 tzw. wniosków generalnych, czyli adresowanych do ministra zdrowia lub do prezesa NFZ, lecz to jedynie wierzchołek góry lodowej. Mamy kilka, jeśli nie kilkanaście razy więcej wniosków dotyczących konkretnych szpitali, pacjentów, przychodni, oddziałów NFZ. W 2011 r. takich wystąpień odnotowaliśmy 740, w 2012 – już 1011. To mnóstwo spraw, za którymi stoją często ludzkie tragedie. Człowiek, którego dotknęła choroba lub śmierć bliskiej osoby, staje niejednokrotnie przed murem urzędniczej obojętności, arogancji lokalnej władzy lub bez troski podmiotu leczniczego.

świadczeń ratujących życie – w onkologii to rzecz nietrudna do udowodnienia. Wystawiał więc NFZ rachunki za tzw. nadwykonania. Fundusz wzbierał się przed płaceniem, toczyły się sprawy sądowe, batalie prawne. W pewnym momencie NFZ wymyślił niegodny naszym zdaniem trik. W Centrum Onkologii działa elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM). Fundusz zażądał, aby centrum wydrukowało jej wszystkie rekordy. Placówka obliczyła, że koszt takiej operacji wyniósłby około 1,5 mln zł. Horrendalnie duża kwota wydana niepotrzebnie, bo EDM stanowi wystarczająco mocny dowód sądowy, równoprawny z drukowanym dokumentem. Trzeba było interweniować. Naszym zdaniem instytucja publiczna, a taką jest NFZ, nie powinna w sporach uciekać się do podobnych trików prawnych. Skończyło się na tym,

# Brak szacunku

Z Ireną Lipowicz, rzecznikiem praw obywatelskich, rozmawiają Kamilla Gębska i Bartłomiej Leśniewski.

### Na przykład? Co pani najmocniej utkwiło w pamięci? Co uznaje pani za symptomatyczne?

Symptomatyczne? Dostęp do informacji medycznej. Opowiem na konkretnym przykładzie: pacjent w stanie zagrożenia życia trafił do jednego ze szpitali. Dopóki był świadomy, wyraził zgodę na przekazanie dokumentacji medycznej rodzinie. Placówka jednak zdecydowała, że nie jest w stanie pomóc mu tak dobrze jak inny, pobliski szpital, wyposażony w lepszy sprzęt, dysponujący bardziej wyspecjalizowaną kadrą. Chorego, już nieprzytomnego, przewieziono do tego drugiego szpitala, gdzie niestety zmarł. Rodzina zgłosiła się po dokumentację. I cóż się okazało? W szpitalu oświadczono, że nie będzie się honorować oświadczenia złożonego w poprzedniej placówce, bo liczą się wyłącznie oświadczenia wydane we własnej jednostce. A jak pacjent mógł je złożyć, skoro trafił do szpitala nieprzytomny? Powinna obowiązywać zasada, że skoro chory raz dał zgodę rodzinie na wgląd w dokumentację, obowiązuje ona we wszystkich jednostkach. Przekonanie władz szpitala do tej oczywistej zasady zajęło nam sporo czasu.

### Dostęp do informacji medycznej to duży problem?

Jeden z najpoważniejszych. Szpitale udostępniają dane bardzo niechętnie. Niedawno mieliśmy duże trudności z interwencją w sprawie odmówienia ojcu dostępu do dokumentacji syna, który zmarł w szpitalu na sepsę. Znowu przekonanie szpitala, że nie ma racji, wymagało od nas sporo pracy. A ile podobnych spraw kończy się niepowodzeniem dlatego, że dotknięta tragedią rodzina nie ma już sił dochodzić swoich praw w sądzie lub choćby prosić o pomoc innych instytucji?

### Mówiliśmy dotychczas o Ministerstwie Zdrowia. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia wypada na jego tle lepiej?

Daleka jestem od podobnych ocen, nie chcę zresztą porównywać tych instytucji. Ale skoro pytają państwo o konkretne przypadki – mocno zapadła mi w pamięć kuriozalna sprawa Centrum Onkologii w Bydgoszczy, będącego przez długi czas w konflikcie z miejscowym oddziałem NFZ. Szpital udzielał

że sąd zaproponował rozpatrywanie losowo wybranych dokumentów EDM. I w każdym wypadku potwierdził racje Centrum Onkologii.

### Narodowy Fundusz Zdrowia stawia też coraz to nowe warunki zaostrzające reguły obowiązujące w ochronie zdrowia. Czy słusznie?

Nie mogę oceniać całej polityki NFZ, ale wiele tych warunków jest co najmniej mocno wątpliwych. Ostatni przykład to premiowanie w opiece długoterminowej firm i instytucji posiadających certyfikat ISO. Nie do końca jesteśmy pewni, na ile owa norma jest przydatna w tego rodzaju działalności. Natomiast w wyraźnym preferowaniu firm i instytucji z ISO widzimy zagrożenie dla całego polskiego ruchu hospicyjnego. Ten ruch opiera się przecież nie tylko na pieniądzech płatnika, lecz także na działalności społecznej, charytatywnej. Nierzadko pielęgniarzka domowa pojawia się w domu pacjenta, by „udzielić mu świadczenia” opłaconego przez NFZ, lecz także z pomocą materialną czy rzeczową, wykraczającą poza granice kontraktu, a mieszczącą się w zakresie opieki hospicyjnej. Lwia część polskich firm i instytucji oferujących opiekę długoterminową nie ma ISO. Czy po to, by promować proponowane ostatnio przez NFZ rozwiązanie, warto ryzykować wyprowadzenie opieki długoterminowej poza ruch hospicyjny? Będziemy się tej sprawie przyglądać.

### Na wstępie wspominała pani, że prawa pacjentów są równie często łamane jak prawa lekarzy. Na czym polega łamanie praw lekarzy?

Ogólnie na tym, jak traktuje ich NFZ. Stworzono instytucję monopolistę, od której opinii zależy, czy konkretny lekarz będzie miał kontrakt i w jakiej wysokości. Zasady podejmowania decyzji – mimo pewnych prób ich skodyfikowania – są bardzo nieprecyzyjne. Teoretyczne możliwości odwołania się od decyzji NFZ co prawda istnieją, ale w praktyce są mocno ograniczone, procedury odwoławcze są zbyt czasochłonne. Można po wielu miesiącach wygrać postępowanie odwoławcze, lecz przez ten czas lekarz ponosi straty nie do powetowania. Poza tym istnieje mnóstwo szczegółowych decyzji, rozporządzeń, rozwiązań podważających prawa lekarzy.



## Interweniowała pani w tych sprawach? Z czym zwracają się do pani lekarze?

Najczęstszym problemem jest tzw. arogancja władzy. Lekarze skarżą się m.in. na ustawianie ich niemal na końcu w tworzeniu i wycenie procedur medycznych. Występują także liczne problemy ze strony instytucji zawiadujących ochroną zdrowia. Z pozoru błahe, ale na tyle liczne, że w swojej masie trudne do przewyciężenia. Na przykład ograniczenia dostępu do pytań testowych z egzaminów medycznych. Skarżył się na to także prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Owego zakazu nie da się uzasadnić na podstawie konstytucyjnego prawa do informacji o działalności organów władzy publicznej. Jeśli pytania są chronione

europeskiej". Kolejny przykład to wystąpienie w sprawie braku podstaw prawnych do zobowiązania szpitala – wpisanego na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu – do zawarcia umowy z lekarzem skierowanym do odbycia takiego stażu. Szpital nie może samodzielnie dysponować przyznanymi miejscami stażowymi, co przynosi szkodę i kandydatom, i szpitalowi.

**(...) Pani poprzednik, Janusz Kochanowski, podjął trud współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Pragnął wespół z nim sformułować kilkunastopunktowy plan zmian w polskiej ochronie zdrowia. Chciałaby pani kontynuować pracę nad tym przedsięwzięciem?**



Fot. archiwum Biura RPO

przez prawa autorskie, to należy je wykupić i udostępnić środowisku. Dla porównania – Centralna Komisja Egzaminacyjna umożliwia dostęp do bazy pytań z wcześniejszych matur lub z egzaminu gimnazjalnego. Inny przykład to wystąpienie rzecznika – RPO-706281 – w związku z ustawą o wyrobach medycznych. Przepisy te są bardzo nieprecyzyjne, m.in. w zakresie obowiązku zamieszczenia w zgłoszeniu krótkiego opisu w języku polskim i angielskim. Tymczasem przepisy unijne nie nakładają takiego obowiązku. Otrzymałszy w tej sprawie następującą odpowiedź resortu: „Podjęto proces legislacyjny w kierunku wprowadzenia niezbędnych i postulowanych zmian w ustawie o wyrobach medycznych, a także, aby dostosować jej przepisy do zmian przyjętych na płaszczyźnie

Wcześniej skarżyłam się na nieporozumienia i niedogodności we współpracy z ministrem zdrowia. W takiej sytuacji konstruowanie wspólnego planu byłoby chyba niemożliwe, choć nie wykluczam tego w przyszłości. Mamy tak wiele spostrzeżeń, informacji i sygnałów, że moglibyśmy pomóc ministrowi zdrowia w doskonaleniu systemu opieki zdrowotnej. Dotyczy to na przykład zwalczania chorób rzadkich i opieki nad ludźmi w podeszłym wieku. Wysyłamy tego typu sygnały do Ministerstwa Zdrowia, staramy się organizować spotkania, rozmawiać. Wierzę, że prędzej czy później przyniesie to dobre efekty i że odczują to pacjenci i lekarze... ■

Wywiad w pełnej wersji ukazał się w „Menedżerze Zdrowia”, lipiec – sierpień 2014 r.



Fot. archiwum

# Rewolucja informatyczna musi jeszcze poczekać

Piotr Dąbrowski

Z końcem lipca weszła w życie nowelizacja ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Posłowie zdecydowali o odroczeniu obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej o trzy kolejne lata. Oznacza to, że obowiązkowe przejście od 1 sierpnia 2014 r. wszystkich świadczeniodawców na elektroniczny format danych nie powiodło się, a wymogi prawne w tym zakresie pozostają bez zmian i nadal można będzie prowadzić dokumentację medyczną zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. Wszystkiemu winien przywoływany przez posłów w uzasadnieniu ustawy „*zróżnicowany stopień informatyzacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych*”. Sygnały o problemach z dotrzymaniem dotychczasowego terminu przez znaczną część podmiotów płynęły jednak z ust ekspertów i komentatorów od dawna. W kwietniu na problem ten zwracała uwagę również Naczelna Rada Lekarska. Prawdą jest, że informatyzacja świadczeniodawców przebiega w Polsce bardzo nierównomiernie. Związane jest to nie tylko z koniecznością zakupu odpowiedniego oprogramowania, a co z tym związane – poczynienia znaczących nakładów finansowych, ale również z brakiem motywacji części środowiska lekarskiego do stosowania nowoczesnych rozwiązań informatycznych. Niewątpliwie potrzeba jeszcze trochę czasu, aby w tym ostatnim zakresie nastąpiła zmiana świadomości, mimo wielu korzyści wynikających z rezygnacji z papierowej dokumentacji medycznej.

Tymczasem nie sposób nie zauważyć dychotomii w sposobie przetwarzania informacji medycznej – z jednej strony podmioty świadczące usługi mają realne problemy z pełnym wykorzystaniem narzędzi informatycznych do przetwarzania danych pacjentów, z drugiej od lat obowiązuje już elektroniczny system rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy jednak pamiętać, że prowadzenie elektronicznej dokumentacji chorego jest tylko jednym z elementów szerszego projektu, jakim jest informatyzacja sektora usług zdrowotnych. Skala oraz skomplikowany obszar realizacji wymaga ustanowienia szeregu etapów wdrożenia, a poszczególne rozwiązania muszą być ze sobą kompatybilne i tworzyć spójną całość. To właśnie na te uwarunkowa-

nia wskazują autorzy nowelizacji, podkreślając, że pomoże ona w rozłożeniu w czasie kosztowych i skomplikowanych inwestycji w zakresie infrastruktury informatycznej oraz pozyskaniu finansowania ze środków Unii Europejskiej w ramach nowej perspektywy finansowej na lata 2014–2020.

Czy nowelizacja jest krokiem w dobrym kierunku? Należy ocenić, że na obecnym etapie była niezbędna i pozwoliła uniknąć fikcji prawnej, w której wiele podmiotów nie byłoby w stanie sprostać wymogom ustawowemu. Z drugiej strony spowodowała również, że na korzyści z obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej będzie trzeba jeszcze trochę poczekać. Spośród istotnych korzyści należy wymienić: usprawnienie funkcjonowania podmiotów leczniczych, ułatwienie dostępu lekarzy rodzinnych do historii choroby pacjenta oraz wyników badań medycznych, docelowe oszczędności wynikające z odejścia od stosowania papierowej dokumentacji medycznej. Jest jeszcze jeden aspekt przedłużenia okresu przejściowego – ten związany z rejestrami medycznymi. Elektroniczna dokumentacja medyczna zapewni automatyczne zasilanie w dane nowo tworzonych rejestrów medycznych, kompatybilnych z systemem informacji w ochronie zdrowia. W praktyce przyczyni się to do usprawnienia funkcjonowania i obniżenia kosztów ich prowadzenia, przez istotne ograniczenie zaangażowania personelu odpowiedzialnego za wprowadzanie danych pacjentów do systemu.

Pozostaje mieć nadzieję, że okres przejściowy nie będzie ponownie wydłużany. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zapowiedziało uruchomienie specjalnego systemu szkoleń dla lekarzy i przedstawicieli podmiotów leczniczych. Zamierzenia te należy ocenić bardzo pozytywnie, gdyż pozwolą na budowanie świadomości środowiska oraz na sukcesywne przygotowanie się do kolejnego terminu obowiązkowej rezygnacji z prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci papierowej, który został określony na 1 sierpnia 2017 r. ■

*Autor jest prawnikiem specjalizującym się w zagadnieniach rynku zdrowia. W latach 2009–2013 kierował Departamentem Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.*

## 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](mailto: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:  
czwartki – 10.00–12.00  
(po umówieniu)  
tel. 22-542-83-08



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





Fot. P. Wierzcowski

# Zła decyzja

**Stanisław Karczewski**  
wicemarszałek Senatu RP

**N**astępczynią Donalda Tuska na stanowisku premiera i szefa Platformy Obywatelskiej została marszałek Ewa Kopacz, lekarz pediatra, członek naszej Izby Lekarskiej, którą znam osobiście od wielu, wielu lat. W czasach, kiedy była dyrektorem ZOZ w Szydłowcu, ja nieopodal, w Nowym Mieście nad Pilicą, obydwoje podlegaliśmy wojewodzie radomskiemu i współpracowaliśmy ze sobą. Tak było do momentu, gdy wydawało się, że po wyborach w 2005 r. powstanie koalicja PiS – PO. W naszym okręgu wystawiliśmy wtedy do Senatu dwóch kandydatów, jednego z PiS i jednego z PO. Odbyła się nawet konferencja prasowa, na której posłowie Ewa Kopacz i Marek Suski, ramię w ramię, popierali wspólnych kandydatów. Jednak koalicyjny rząd nie powstał i nasze drogi polityczne rozeszły się...

Z tego okresu doskonale pamiętam pełnienie funkcji ministra zdrowia przez prof. Zbigniewa Religę. Od początku swojego urzędowania był atakowany przez Ewę Kopacz, ówczesną szefową Sejmowej Komisji Zdrowia. Prof. Religa cieszył się dużym społecznym autorytetem, uznaniem naszego środowiska i olbrzymią wdzięcznością pacjentów. Był fachowcem z ogromną wiedzą, kompetentnym ministrem i, co najważniejsze, miał jasną wizję rozwoju służby zdrowia.

Wszystkie gorzkie słowa wypowiedziane przez Ewę Kopacz obróciły się przeciwko niej, kiedy sama stanęła na czele resortu. Nie był to najlepszy okres dla polskiej służby zdrowia, dla pacjentów ani dla naszego środowiska. To przecież w tym czasie misja służby w opiece zdrowotnej odeszła na dalszy plan, a najważniejszy stał się efekt finansowy. I kiedy na stanowisko ministra zdrowia powołano Bartosza Arłukowicza, człowieka (jak sam o sobie mówi) o lewicowej

wrażliwości, wszyscy myśleli, że on przywróci właściwe relacje w ochronie zdrowia. Niestety, szybko okazało się, że Arłukowicz, który – będąc posłem opozycji – zajadłe i często w niewybrednych słowach atakował Ewę Kopacz i jej pomysły na reformowanie służby zdrowia, sam nie ma nic do zaproponowania. Dzisiaj można z całą pewnością powiedzieć, że to najgorszy minister zdrowia w historii Polski. Wystarczyły trzy lata, by doprowadzić polską służbę zdrowia do zapaści. Następca ministra Ewy Kopacz pokazał, że można być konstytucyjnym ministrem i tkwić na tym stanowisku wyłącznie z przyczyn politycznych. Prawo i Sprawiedliwość trzy razy próbowało go odwołać z zajmowanego stanowiska. Bezskutecznie.

Ewa Kopacz, jako minister zdrowia i potem marszałek Sejmu, różnie była oceniana. Dała się zapamiętać jako marszałek blokujący inicjatywy obywatelskie i opozycji. Tak naprawdę była marszałkiem nie Sejmu, ale rządzącej koalicji. Po tym, jak w auli Politechniki Warszawskiej zaprezentowała ministrów w swoim rządzie, mam poważne wątpliwości, czy będzie to dobry rząd dla Polski. Ku zdziwieniu pracowników służby zdrowia, dziennikarzy, polityków, dowiedzieliśmy się, że Bartosz Arłukowicz zostaje na swoim stanowisku. To zła decyzja. Najgorszy minister w rządzie Donalda Tuska, krytykowany ze wszystkich stron, dostający najniższe oceny w sondażach, z niezrozumiałych przyczyn nadal będzie zarządzał systemem opieki zdrowotnej. To zaskakujące, że Ewa Kopacz, która potrafiła być niezwykle krytyczna wobec tak dobrego ministra, jakim był prof. Religa, nie dostrzega indolencji Bartosza Arłukowicza, którego od Religi dzieli przepaść.

Po wysłuchaniu pierwszej konferencji premier *in spe* Ewy Kopacz byłem skonsternowany. Okazało się, że premier polskiego rządu ma niewiele do powiedzenia w kwestiach polityki obronnej kraju, sprzedaży broni, polityki zagranicznej. Mam nadzieję, że to się wkrótce zmieni, pod wpływem sugestii doradców i ekspertów, których Ewa Kopacz powinna sobie wybrać, by być dobrym premierem. Nie odbieram Ewie Kopacz szansy na bycie dobrym premierem. Natomiast pozostawienie Bartosza Arłukowicza na stanowisku ministra zdrowia musi zadziwiać. Jedynym wytłumaczeniem tej decyzji może być nie dobro pacjentów czy pracowników ochrony zdrowia, lecz wyłącznie interes polityczny. I to jest smutne. ■

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

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



## WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie

zaprasza na kursy

kształcenia ustawicznego dla lekarzy i lekarzy dentyistów

Uczestnicy kursów otrzymają zaświadczenia o udziale w szkoleniu i uzyskaniu 6 pkt edukacyjnych, które stanowią potwierdzenie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego.

Kursy odbywają się w soboty w godzinach 9.00 - 15.30 w Centrum Dydaktycznym WUM przy ul. ks. Trojdena 2a lub w Sali Senatu WUM przy ulicy Żwirki i Wigury 61.

Opłatę za udział w kursie należy wnieść na konto Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Bank Pekao SA, O/Warszawa, nr rach.: 27 1240 6247 1111 0000 4978 5340, z podaniem nr kursu, za który wnoszona jest opłata.

Liczba miejsc jest ograniczona (decyduje kolejność zgłoszeń). Warunkiem wpisania na listę jest przesłanie wypełnionej karty zgłoszenia – do pobrania ze strony internetowej: <http://ckp.wum.edu.pl>

**Informacje:** Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM  
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61, pok. 509  
tel./faks: 22 57 20 511, tel.: 22 57 20 510, 22 57 20 519

Najbliższe planowane kursy:

- „**Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym**”  
planowany termin: **4 października 2014 r.**  
Cena kursu: **165 zł** (nr kursu AKP/U4/2014)
- „**Wymagający pacjent w gabinecie stomatologa dziecięcego**”  
planowany termin: **29 listopada 2014 r.**  
Cena kursu: **165 zł** (nr kursu AKP/U2/2014)
- „**BHP dla pracowników i pracodawców**”  
planowany termin: **13 grudnia 2014 r.**  
Cena kursu:  
**Kurs podstawowy** (dla pracowników) – **200 PLN**  
**Kurs rozszerzony** (dla pracodawców i osób kierujących pracownikami) – **250 PLN**

Zachęcamy Państwa do zapisania się do **NEWSLETTERA** Centrum Kształcenia Podyplomowego, dzięki któremu będą Państwo na bieżąco informowani o nowych szkoleniach.  
Zapraszamy na stronę internetową  
<http://ckp.wum.edu.pl>  
lub do kontaktu z Dziekanatem Centrum Kształcenia Podyplomowego.

REKLAMA

**Podczas naszej rozmowy, gdy obejmował pan funkcję dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawy (pięć lat temu), poruszaliśmy temat przekształceń stołecznych szpitali. Jakie efekty przyniosły te przekształcenia? Czy szpitale przestały się zadłużać?**

**W**ówczas mówiliśmy o konieczności ratowania kilku bardzo zadłużonych placówek, a przekształcenie w spółki mogło być dla nich szansą. Jako pierwszy ratowany był szpital na Solcu. Skorzystaliśmy w jego przypadku z tzw. planu B, który zakładał likwidację SPZOZ, a następnie utworzenie w jego miejsce spółki prawa handlowego.

Spółkami stały się jeszcze dwa szpitale, których sytuacja finansowa była bardzo trudna – Praski i Grochowski, ale warto zauważyć, że w latach 2010–2014 przekształciliśmy w spółki prawa handlowego w sumie aż siedem SPZOZ. Oprócz już wymienionych, także Szpital św. Zofii i trzy zakłady opiekuńczo-lecznicze, w których przypadku dokonaliśmy fuzji trzech podmiotów w jedną spółkę. W efekcie dokonanych przekształceń obecnie 5 z 25 podmiotów leczniczych, dla których m.st. Warszawa jest podmiotem tworzącym, funkcjonuje w formie spółek z o.o. Wsparcie przez Warszawę procesu restrukturyzacyjnego, prowadzonego w podmiotach znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji, wiązało się z przejęciem ogromnych zobowiązań – sięgających 272,3 mln zł. Wykorzystane zostały także możliwości, jakie dała nowa ustawa o działalności leczniczej, i uzyskano z budżetu państwa wsparcie dla tego procesu w wysokości 54,9 mln zł.

Jeśli mówimy o konsekwencjach przekształceń, to podkreśliłbym fakt, że w spółkach medycznych zasadniczo poprawiła się efektywność działania, dzięki skróceniu i uproszczeniu procesu podejmowania decyzji zarządczych. Jednocześnie Warszawa, jako właściciel, wzmocniła nadzór nad nimi. Zwiększona odpowiedzialność osób kierujących spółkami daje nieomal pewność, że podejmowane przez nie decyzje będą uzasadnione ekonomicznie i rzeczywiście korzystne dla mieszkańców. Trzeba jeszcze podkreślić możliwość wykonywania przez spółki usług medycznych, które nie są finansowane przez NFZ, oraz łatwość rozwinięcia dodatkowej działalności medycznej. Te okoliczności zdecydowanie wpłynęły na poprawę sytuacji ekonomicznej przekształconych podmiotów. Część z nich bilansuje się, a nawet odnotowała niewielkie zyski, pozostałe wyraźnie zmniejszyły straty i – co szczególnie ważne – nie mają długów.

Ale nie tylko drogą przekształceń staraliśmy się poprawić kondycję naszych lecznic. W kilku przychodniach, m.in. na Targówku, we Włochach i na Bemowie, zastosowaliśmy koncepcję fuzji, dzięki czemu udało się w nowych podmiotach wyraźnie obniżyć koszty funkcjonowania i wykorzystać efekt skali. Pięć lat temu zagrożona była także przyszłość Warszawskiego Szpitala dla Dzieci. Dziś placówka ma nowy plan medyczny, przeszła już całościową modernizację kompleksu budynków B i stawia nowy pawilon C. Poza tym intensywne działania restrukturyzacyjne trwają w Szpitalu Czerniakowskim.

**W Warszawie funkcjonują placówki zdrowotne, dla których organem założycielskim jest siedem (!) różnych publicznych instytucji. Istnieją też placówki prywatne. Czy działania lub inwestycje w lecznicach na terenie miasta są koordynowane, a jeśli tak, to kto się tym zajmuje?**

W lipcu 2012 r. została powołana Warszawska Rada Polityki Zdrowotnej, organ opiniotwórczy i doradczy prezydenta m.st.

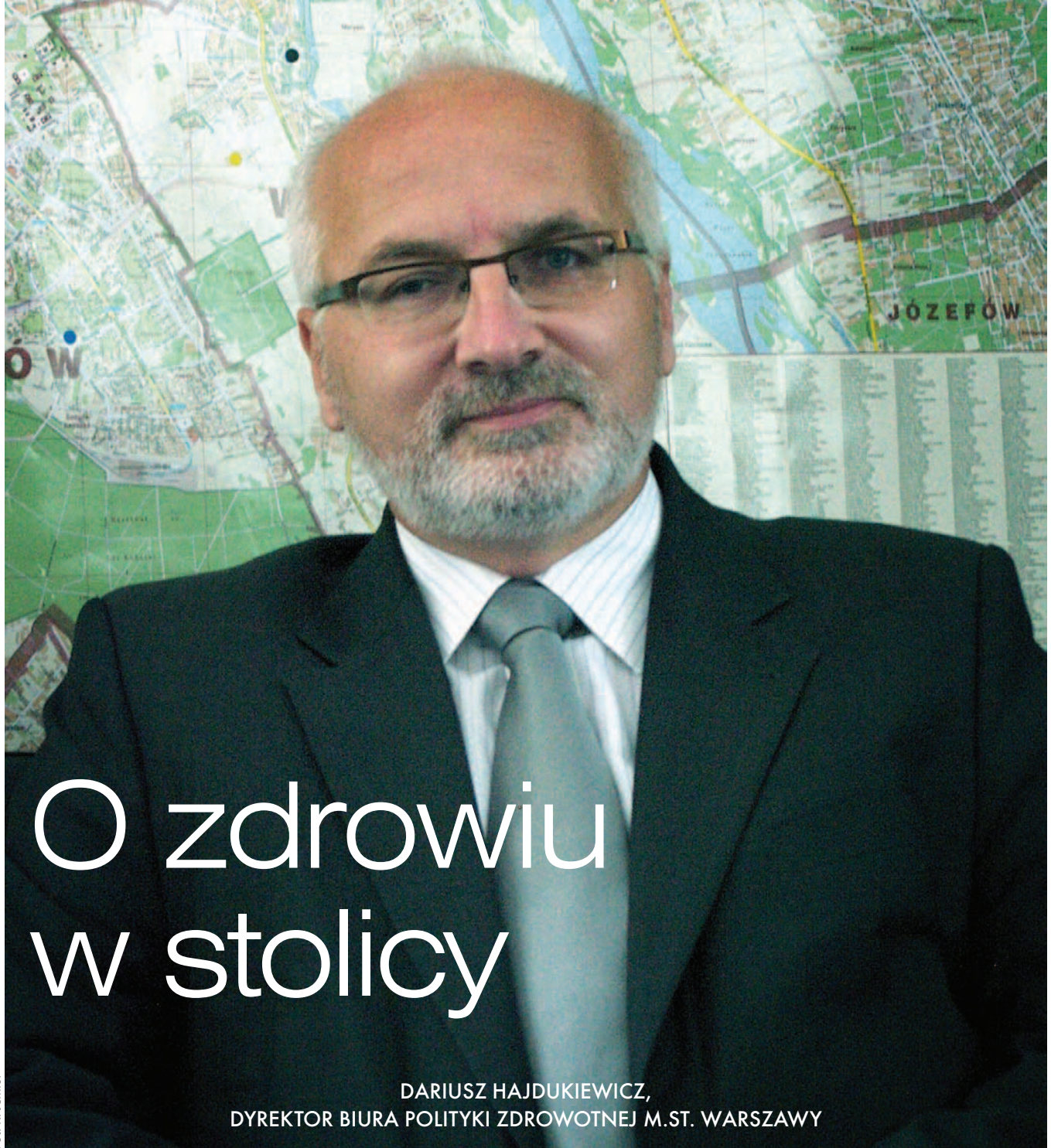
Warszawy. Przewodniczącym rady jest wiceprezydent Jacek Wojciechowicz, a w jej skład wchodzi przedstawiciele wszystkich podmiotów tworzących (z wyjątkiem ministra zdrowia), wojewoda mazowiecki i przedstawiciel Mazowieckiego Oddziału NFZ. Rada stała się platformą współpracy tych podmiotów na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, zarówno w zakresie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, jak i bazy lecznictwa, przede wszystkim szpitalnego. Powołanie rady to zapewne pierwszy, ale za to niezmiernie ważny krok w stronę koordynacji szeroko rozumianej polityki zdrowotnej w stolicy. Jednym z efektów jej prac jest dokument pt.: „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w m.st. Warszawie w latach 2014–2025 – zarys strategii”, szeroko konsultowany w ubiegłym roku, m.in. w środowisku kierowników stołecznych publicznych lecznic.

Istotnym zadaniem rady jest wydawanie stanowisk, np. w sprawie sytuacji w dziedzinie świadczeń internistycznych oraz geriatrycznej opieki szpitalnej w stolicy czy w zakresie poprawy opieki szpitalnej nad osobami starszymi (co z pewnością przyczyniło się do podjęcia przez NFZ decyzji o zakontraktowaniu pierwszych łóżek geriatrycznych w Warszawie).

**Za chwilę wybory samorządowe, co udało się władzom miasta zrealizować przez ostatnie cztery lata? Jakimi sukcesami w ochronie zdrowia możecie się pochwalić?**

W latach 2010–2014 na realizację zadań inwestycyjnych przekazaliśmy naszym podmiotom leczniczym ponad 500 mln zł. Dla porównania: w poprzedniej kadencji – 400 mln zł. Środki te zostały przeznaczone na budowę nowych obiektów i modernizację już funkcjonujących oddziałów szpitalnych, przychodni oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, a także na zakupy sprzętu i aparatury medycznej. Dzięki rozbudowie i modernizacji infrastruktury leczniczej zwiększa się zakres i jakość świadczeń medycznych, wzrasta bezpieczeństwo pacjentów. Likwidowane są bariery architektoniczne, chorzy korzystają z nowoczesnych gabinetów lekarskich oraz komfortowych sal łóżkowych z łazienkami. Nowo powstałe i zmodernizowane obiekty wyposażane są w wysokiej klasy aparaturę diagnostyczną, zabiegową i rehabilitacyjną, która skraca proces leczenia, np. przez stosowanie nowoczesnych, nieinwazyjnych metod. Rozbudowane zostały m.in. wszystkie trzy szpitale położniczo-ginekologiczne. W placówce przy ul. Inflanckiej powiększono i unowocześniono stary budynek A oraz wybudowano pawilony B i C. Wzniesiono również nowy budynek w Szpitalu św. Zofii. Bardzo znacząco rozbudowano Szpital św. Rodziny – otrzymał nowy siedmiokondygnacyjny budynek, w którym m.in. został uruchomiony 30-łóżkowy Oddział Pediatryczny. W innych obiektach także istotnie zmodernizowaliśmy oddziały i inne komórki organizacyjne. Na przykład rozbudowany już wcześniej Szpital Praski, w którym powstał przecież bardzo nowoczesny budynek A2, teraz uzyskał nowe pomieszczenia dla zespołu poradni specjalistycznych, a ostatnio rozpoczęła się zakrojona na ogromną skalę modernizacja zabytkowego pawilonu A. Z kolei w Szpitalu Grochowskim wybudowano pawilon VIII, w którym mieści się m.in. SOR, blok operacyjny i OIOK, a obecnie trwają prace inwestycyjne przy rozbudowie pawilonu I (IA). Natomiast w lewobrzeżnej Warszawie rozpoczęliśmy budowę nowego pawilonu internistyczno-kardiologicznego i modernizację pomieszczeń na potrzeby Oddziału Internistyczno-Geriatrycznego w Szpitalu Wolskim. Realizujemy również rozbudowę oddziałów wewnętrznych w szpitalach Bielańskim i Czerniakowskim. To nasza reakcja na trend demograficzny.





Fot. K. Jermol

# O zdrowiu w stolicy

DARIUSZ HAJDUKIEWICZ,  
DYREKTOR BIURA POLITYKI ZDROWOTNEJ M.ST. WARSZAWY

Wiele prac inwestycyjnych kontynuowanych jest w naszych przychodniach. Widać je m.in. w Śródmieściu: przy ul. Mariańskiej 1, Chmielnej 14, Dragonów 6, przy al. Wyzwolenia 6. Dużo też dzieje się na Woli: przy ul. Płockiej 49, Żytniej 39, Grzybowskiej 34, Leszno 17, Elekcyjnej 54. Ale i w pozostałych dzielnicach modernizacje są widoczne, np. przy ul. Abrahama 16, Saskiej 61, Soczi 1, Szczęśliwickiej 36, Kieleckiej 27, Felińskiego 8. Ciekawe zadanie (instalacje solarne) zrealizowane zostało w bemowskich przychodniach.

W 2014 r. zostaną zakupione pomieszczenia dla nowej przychodni przy ul. Kamyk w Wesolej, a także wydzielono środki na budowę przychodni na Bemowie, przy ul. Coopera, i w Wawrze, przy ul. Begonii.

Współfinansowaliśmy również modernizację lub adaptację pomieszczeń na potrzeby centrów zdrowia psychicznego. Powstanie pierwszych 12 ośrodków założyliśmy w Warszawskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015.

Istotne są programy profilaktyczne, na które przeznaczamy rocznie ok. 20 mln zł. Adresujemy je przede wszystkim do młodych warszawiaków, u których wykonujemy m.in. badania przesiewowe wzroku, słuchu, postawy, stanu uzębienia. Finansujemy szczepienia – przeciw pneumokokom u trzylatków i przeciwko grypie u osób powyżej 65. roku życia. Dla kobiet w ciąży organizujemy bezpłatne zajęcia w szkołach rodzenia. Współpracując z organizacjami pozarządowymi, opłacamy świadczenia opiekuńcze, hospicyjne i rehabilitacyjne. Prowadzimy dwie poradnie dla kombatanów.

Chciałbym zaznaczyć, że omówione działania Biura Polityki Zdrowotnej to tylko przykłady, gdyż naszych przedsięwzięć na rzecz zdrowotności warszawiaków jest oczywiście o wiele więcej, ale brak miejsca musi usprawiedliwić to, że o dużej części z nich dzisiaj nie mogliśmy nawet wspomnieć. ■

Pytała  
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

**Wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych jak przez szkło powiększające pokazują niedostatki systemu opieki zdrowotnej: złą organizację, rozmywanie się odpowiedzialności, kłopoty w komunikacji lekarzy z pacjentami, złą współpracę zespołów lekarzy i pielęgniarek, niezrozumienie ze strony pacjentów istoty relacji z lekarzem – swoistego kontraktu zawieranego między tymi stronami.**

**K**omisje działają już trzeci rok. Od początku rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę budziło krytykę. Miało spełnić trzy cele: zapewnić szybsze niż w sądzie dochodzenie roszczeń przez poszkodowanych pacjentów, wpłynąć na zmniejszenie kosztów dochodzenia tych roszczeń oraz spowodować wyłączenie dochodzenia winy na rzecz stwierdzenia wystąpienia szkody w wyniku przebyte-

nych oraz diagnostów laboratoryjnych, i przez wojewódzkie organizacje społeczne działające na rzecz praw pacjenta. Skargi mogą dotyczyć wyłącznie działalności szpitali, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Górna granica przyznawanego odszkodowania to 100 tys. zł, w przypadku śmierci pacjenta – 300 tys. zł (dla jego rodziny).

Rzecznik praw obywatelskich prof. Irena Lipowicz zapowiedziała ostatnio, że zamierza podjąć działania, by ukrócić praktykę proponowania przez szpitale i ubezpieczycieli bardzo niskich kwot odszkodowania. Okazuje się, że kilkakrotnie zdarzyło się, iż ubezpieczyciele bądź szpitale nieposiadające ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, po uzyskaniu werdyktu komisji, że do zdarzenia doszło, proponowali za ciężki uszczerbek na zdrowiu lub za śmierć pacjenta kwoty 1 zł, 5 zł lub 50 zł. – *Zaproponowanie takiego odszkodowania jest według mnie naruszeniem godności człowieka. Ubezpieczyciele liczą, że ludzie są tak zdruzgotani i oburzeni propozycją, że dadzą za wygraną* – mówiła rzeczniczka w audycji na antenie Radia Tok FM. Zapowiedziała, że podejmie kroki, by ustawodawca ustalił dolną granicę odszkodowania.

## Trzy lata komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

go leczenia. Kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia miały być niższe, ale pacjenci mieli je uzyskać szybko – w ciągu kilku miesięcy (postępowanie sądowe może trwać latami).

Komisja składa się z 16 członków wskazanych przez rzecznika praw pacjenta, Ministerstwo Zdrowia, samorządy: lekański, radców prawnych, adwokacki, pielęgniarek i położ-

To niejedynie propozycje zmiany ustawy o komisjach. Rzecznik praw pacjenta jeszcze w ubiegłym roku skierowała do ministra zdrowia propozycję takiej zmiany przepisów, by komisje mogły rozpatrywać zdarzenia, do których doszło nie tylko w szpitalach, ale i w przychodniach oraz gabinetach. Na razie jednak w Sejmie nie są prowadzone żadne prace legislacyjne nad nowelizacją ustawy.

## Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 15 września 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

dowolna specjalność	1	dermatologia	3	med. ratunkowa	4	radiologia	6	stomatol. periodont.	2
alergologia	2	endokrynologia	6	med. rodzinna	18	rehabilitacja med.	5	stomatol. protetyka	4
anestezjologia	5	geriatria	3	nefrologia	1	reumatologia	3	urologia	3
lekarz bez spec.	8	ginekologia dziecięca	1	neonatologia	2	stomatologia	9	USG	4
chirurgia dziecięca	1	ginekologia i poł.	6	neurologia	11	stomatologia chirurg.	2	konsultant medyczny	1
chirurgia naczyniowa	1	hematologia	1	okulistyka	3	stomatol. endodon.	4		
chirurgia ogólna	7	kardiologia	8	ortopedia	8	stomatol. ortodoncja	7		
chirurgia onkologiczna	1	kardiologia dziecięca	1	pediatria	16	stomatol. pedodont.	4		
choroby płuc	2	laryngologia	3	psychiatria	7				
choroby wewnętrzne	24	med. paliatywna	1	psychiatria dziecięca	2				

Kontakt: tel. 22-542-83-30; [praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)

**Andrzej Morliński**  
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





## WSPANIAŁY URLOP NA TENERYFIE



*Lifestyle Club zaprasza środowisko  
lekarskie na piękną Teneryfę, gdzie ciepłe,  
słoneczne lato trwa przez cały rok.*

### Specjalna cena dla lekarzy i ich rodzin: 690 EURO za tydzień od osoby!

8 lub 15 dniowy pobyt z wyżywieniem w komfortowym kompleksie  
• hotelowym w Playa de las Americas - najlepszej miejscowości wakacyjnej Teneryfy.

Pełen serwis hotelowy, stała opieka polskich rezydentów oraz  
• dostęp do wszystkich atrakcji kompleksu: basenów, jacuzzi, SPA, siłowni i wielu innych.

Możliwość wyboru dowolnego terminu urlopu do 31 sierpnia  
• 2015. Przeloty (tam i z powrotem) z Warszawy, Katowic, Gdańska, Poznania i Wrocławia.

Możliwość bezpłatnej zmiany terminu na inny do 14 dni przed  
• wylotem. Przedłużenie pobytu do 2 tygodni już za 100 EURO od osoby. Zniżki dla dzieci.

Zgłoszenia  
przyjmujemy  
pod adresem  
[teneryfa@lvc.pl](mailto:teneryfa@lvc.pl)  
oraz telefonicznie  
pod numerami  
(22) 651 69 97  
(22) 201 29 28

*Dodatkowe  
informacje  
i zdjęcia  
na stronie  
[www.lvc.pl](http://www.lvc.pl)*

**JUŻ 9 LAT  
PROMUJEMY  
HOTELE KLUBOWE  
Z CAŁEGO ŚWIATA**

## Sprawy rozpatrywane przez komisje

Wiceprzewodnicząca Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych na Mazowszu, dr hab. n. prawnych Dorota Karkowska, powiedziała „Pulsowi”, że zainteresowanie pacjentów postępowaniem przed komisjami spadło w porównaniu z notowanym w drugim roku ich działania. W 2012 r. były 53 sprawy, 2013 – 174, a w bieżącym zgłoszono 99 spraw. Dodatkowo komisja rozpatruje odwołania. – *Sporo skarg dotyczy ortopedii, ginekologii, nie tak wiele, jak oczekiwano – zakażeń – zaznacza mecenas.* Taki trend utrzymuje się od samego początku.

Pacjent nie zawsze wygrywa. Mniej więcej 60 proc. spraw kończy się orzeczeniem, że nie ma podstaw do wypłaty odszkodowania. – *Stanowczo też zaprzeczam poglądowi, że biegli lekarze wydający opinie w sprawie kryją swoich kolegów po fachu – mówi Dorota Karkowska.*

Często skarga jest efektem braku właściwej komunikacji między lekarzem a chorym. – *Pewna pacjentka już po postępowaniu powiedziała, że gdyby o czasie wystąpienia powikłań dowiedziała się podczas leczenia, skargi by nie było – podkreśla mecenas.*

Na niedobłą komunikację z chorym, który przed wyrażeniem zgody na proponowaną formę leczenia nie uzyskuje pełnej i przejrzystej informacji, nakłada się niezrozumienie przez pacjentów istoty umowy zawieranej z lekarzem. Chorzy oczekują od lekarzy, że ich wyleczą, nie rozumiejąc, że istotą kontraktu obu stron jest dochowanie przez lekarza rzetelności i postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Wszak nie każda choroba da się wyleczyć i nie zawsze można przewidzieć wystąpienie powikłań.

Bywa, że niezadowolony z leczenia pacjent wybiera się na wycieczkę po prywatnych gabinetach, usiłując uzyskać opinię, że doszło do błędu w leczeniu w szpitalu. Mecenas Dorota Karkowska mówi, że jedna pacjentka odwiedziła trzech specjalistów, by uzyskać korzystną dla siebie opinię.

W takich sytuacjach zdarza się, że prywatni konsultanci podczas postępowania przed komisją prezentują odmienne stanowisko niż przedstawione choremu podczas prywatnej wizyty.

Sprawy rozpatrywane przez komisje pokazują niedostatki organizacyjne w szpitalach. – *Szwankuje współpraca zespołu lekarskiego z pielęgniarskim. Czasami sztuką jest ustalenie lekarza prowadzącego, bo pacjent jest pod opieką kilku. Nie zawsze lekarze specjaliści sprawują nadzór nad pracą rezydentów, bagatelizując fakt, że wprawdzie rezydenci to lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu, ale są w trakcie szkolenia i powinni móc się konsultować ze specjalistą – twierdzi Dorota Karkowska.*

## Winny, ale niewinny

Co do zasady postępowanie przed komisją, w przeciwieństwie do postępowania przed sądem, nie polega na dowiedzeniu indywidualnej winy lekarza (bądź uwolnieniu go od zarzutu). Trybunał Konstytucyjny w wyroku w sprawie wnioskowanej przez Naczelną Radę Lekarską zauważył: „Przyspieszeniu procedury ma służyć oderwanie obowiązku odszkodowawczego od tradycyjnej podstawy odpowiedzialności, tj. winy, czy to konkretnych osób (personelu medycznego szpitala), czy to tzw. winy anonimowej, polegającej na złej organizacji szpitala”.

Z tego też powodu – jak mówią prawnicy – postępowanie przed komisją jest dla lekarzy korzystniejsze, tym bardziej że nawet w razie stwierdzenia przez komisję tzw. zdarzenia medycznego lekarz nie ponosi odpowiedzialności materialnej.

Ta m.in. przesłanka legła u podstaw wyroku TK, oddalającego skargę Naczelnej Rady Lekarskiej na niekonstytucyjność przepisu nieprzewidującego możliwości odwołania się lekarza od orzeczenia komisji. Trybunał uznał, że przepis ten jest zgodny z konstytucją. ■

Justyna Wojteczek



**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. 4**

### 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) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (DzU nr 169, poz. 1216, z późn. zm.)
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU poz. 260, z późn. zm.)

**Stan prawny na 10.09.2014 r.**

### 1. Jakie ilości leków można jednorazowo przepisać?

Dla jednego pacjenta można maksymalnie jednorazowo przepisać

#### 1) Bez podawania sposobu dawkowania na receptę

a) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego odpowiadającą dwóm najmniejszym opakowaniom:

- tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego określonych w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, wymienione we wspomnianym wykazie,
- tego leku, jeśli jest dopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku recept na leki niepodlegające refundacji, wystawionych dla pacjentów posiadających uprawnienie

b) 100 sztuk strzykawk do insuliny z igłami,

c) 100 sztuk pasków diagnostycznych;

2) **Z podaniem sposobu dawkowania** – ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania obliczonego na podstawie określonego na receptę sposobu dawkowania;

3) Ilość środka antykoncepcyjnego niezbędną do 6-miesięcznego stosowania;

4) Leki recepturowe – pojedyncza ilość.

**Podstawa prawna** – §8 ust. 1 i 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

Ponadto osoba uprawniona może wystawić do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania, a w przypadku recept na środki antykoncepcyjne – do sześciu recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania.

**Podstawa prawna** – §8 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

Osoba uprawniona może przepisać na jednej receptę:

- do pięciu leków gotowych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych albo
- jeden lek recepturowy

**Podstawa prawna** – §12 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

### 2. Czy można zrealizować receptę, na której nie wpisano danych, wpisano je w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem?

Receptę, na której nie zostały wpisane dane, wpisane w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem, osoba wydająca **może** zrealizować w następujących przypadkach:

- **Kod uprawnień dodatkowych pacjenta** – jeśli osoba wydająca określi go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta, przedstawionych przez osobę okazu-



- jąca receptę, a następnie wpisze na rewersie recepty oraz złoży swój podpis i zamieści ten kod w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
- **Postać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego** – jeśli osoba wydająca określi ją na podstawie posiadanej wiedzy;
  - **Dawka leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego** – jeśli osoba wydająca przyjmie, że jest to najmniejsza dawka dopuszczona do obrotu na terytorium RP;
  - **Sposób dawkowania** – istnieje możliwość wydania maksymalnie dwóch najmniejszych opakowań leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego określonych w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a w przypadku leków, wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - **Numer poświadczenia albo numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej** na podstawie przepisów o koordynacji oraz symbol państwa, w którym znajduje się zagraniczna instytucja właściwa dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – jeśli osoba wydająca ustali go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta, przedstawionych przez osobę okazującą receptę, a następnie wpisze numer tego poświadczenia lub dokumentu na rewersie recepty oraz złoży swój podpis i zamieści ten numer w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
  - **Data realizacji recepty „od dnia”** – przyjmuje się, że wpisano znak „X”;
  - **Wiek** – w przypadku pacjenta do 18. roku życia, jeśli wieku nie można ustalić na podstawie numeru PESEL, określa się go na podstawie innego dokumentu przedstawionego przez osobę okazującą receptę, a osoba wydająca wpisuje tę informację na rewersie recepty oraz składa swój podpis;
  - **Odpłatność:**
    - w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100 proc.” – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za odpłatnością dla tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego określoną w tym wykazie,
    - w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100 proc.” – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością dla tego leku, środka spożywczego
  - go specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego określoną w tym wykazie,
  - w przypadku, gdy recepta zawiera kod uprawnienia dodatkowego pacjenta, osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z tego uprawnienia;
  - **Numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę** – zostaje określony na podstawie posiadanych danych dotyczących osoby wystawiającej receptę, a następnie osoba wydająca wpisuje ten numer na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza go w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
  - **Dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczonodawcy** – zostają określone przez osobę wydającą na podstawie posiadanych danych, a następnie wpisane na rewersie recepty oraz potwierdzone podpisem i zamieszczone w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
  - **Dane pacjenta** – zostają określone przez osobę wydającą na podstawie dokumentów dotyczących pacjenta, przedstawionych przez osobę okazującą receptę. Następnie osoba wydająca wpisuje go na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten kod w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego NFZ;
  - **Ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego** – przyjmuje się, że jest to jedno najmniejsze opakowanie określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, a w przypadku leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – jedno najmniejsze opakowanie dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Osoba wydająca, określając sposób dawkowania i okres stosowania, przyjmuje obliczoną na tej podstawie ilość, jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.
- Należy zwrócić uwagę, że w rozporządzeniu jest mowa o tym, iż apteka może zrealizować taką receptę, ale nie musi.** W praktyce może się więc zdarzyć, że pacjenci odesłani z apteki będą wracali do lekarza, by naniósł poprawki. Warto zwrócić uwagę na prawidłowy i zgodny z rozporządzeniem sposób wystawiania recept refundowanych.
- Podstawa prawna** – §16 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept
- Ponadto jeżeli z liczby, wielkości opakowań, liczby jednostek dawkowania oraz sposobu dawkowania, który został podany na recepcie, wynikają rozbieżności co do ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, osoba wydająca wydaje najmniejszą z nich.
- Podstawa prawna** – §16 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept
- Realizacji podlega także taka recepta, na której:
- nie wpisano lub wpisano w sposób błędny dane podmiotu drukującego,
  - błędnie lub niezgodnie z rozporządzeniem wpisano adnotację na recepcie wystawionej dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz dla rodzeństwa,

– znajdują się inne niż określone w rozporządzeniu informacji lub znaki niestanowiące reklamy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych.

**Podstawa prawna** – §16 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept

### 3. Co to jest „Charakterystyka Produktu Leczniczego” i gdzie szukać informacji na ten temat?

„Charakterystyka Produktu Leczniczego” jest dokumentem niezwykle istotnym dla całego procesu leczenia pacjenta, ale przede wszystkim ważnym przy wystawianiu recepty refundowanej. Można bowiem spotkać się z różnymi sytuacjami dotyczącymi podstaw refundacji zawartych w obwieszczeniu ministra zdrowia. Mogą być to zarówno „wszystkie zarejestrowane wskazania na dzień wydania decyzji”, jak i wskazania zawężone lub rozszerzone. Ustawa – Prawo farmaceutyczne z 6 września 2001 r. stanowi w art. 23 ust. 2, że wydanie pozwolenia jest tożsame z zatwierdzeniem „Charakterystyki Produktu Leczniczego”, ulotki oraz opakowań produktu leczniczego. Należy jednak zauważyć, że „Charakterystyka Produktu Leczniczego” to dokument przeznaczony przede wszystkim dla fachowego personelu medycznego, natomiast ulotka adresowana jest do pacjenta.

**Punkt 4.1 „Charakterystyki Produktu Leczniczego” zawiera wskazania do stosowania danego produktu leczniczego.** Podobnie punkt „Jak stosować” ulotki dla pacjenta. Każda zmiana w „Charakterystykach” wprowadzana jest po zatwierdzeniu. Wszystkie dane zawarte w „Charakterystyce Produktu Leczniczego” są jawne na podstawie art. 11 ust. 5 ustawy – Prawo farmaceutyczne.

W związku z powyższym Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych umieścił na swojej stronie internetowej ([www.urpl.gov.pl](http://www.urpl.gov.pl)) wykaz „Charakterystyk Produktów Leczniczych” wszystkich refundowanych produktów leczniczych, także tych, które są dopuszczone do obrotu przez Komisję Europejską na terenie UE w tzw. procedurze centralnej. Ma to na celu ułatwienie dostępu do „Charakterystyk” osobom wykonującym zawód medyczny. Leki można wyszukiwać, wpisując zarówno nazwę handlową, jak i nazwę substancji czynnej lub kod EAN.

**Podstawa prawna** – ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne

**Źródło:** Komunikat prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z 11.01.2012 r.

### 4. Jakie zmiany wprowadza rozporządzenie ministra zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje w odniesieniu do recept?

Najważniejsze zmiany dotyczą:

**1. Określenia sumarycznej ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażonej słownie albo ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażonej słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki.**

§6 ust. 1 rozporządzenia: „*Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotro-*

*powe zawiera, oprócz danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, sumaryczną ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie albo ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki”.*

**2. Wydłużenia czasu, na jaki jednorazowo może być dokonana preskrypcja, z miesiąca do 90 dni.**

§7 rozporządzenia: „*1. Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P może dotyczyć takiej ilości środka lub substancji, która nie przekracza zapotrzebowania pacjenta na maksymalnie 90 dni stosowania.*

*2. Na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P można wystawić do 3 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania.*

*3. Na recepcie, o której mowa w ust. 1, podaje się sposób dawkowania przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych.*

*4. Jeżeli ze wskazanego przez osobę wystawiającą receptę sposobu dawkowania nie można obliczyć sumarycznej ilości przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych, osoba wydająca przyjmuje, że są to dwa najmniejsze opakowania określone w wykazie zamieszczonym w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU nr 122, poz. 696, z późn. zm.), a w przypadku leków niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.*

### 3. Realizacja recept

§10 rozporządzenia: „*1. Recepty, na których przepisano preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, są realizowane nie później niż w ciągu 30 dni od daty ich wystawienia”.*

Powyższe zmiany wynikają z faktu, że pacjenci zapisywali się na wizytę lekarską wyłącznie z uwagi na wystawienie kolejnych recept na te same produkty lecznicze, zwiększając tym samym kolejki do specjalistów. Wydłużenie czasu, na jaki jednorazowo może być dokonana preskrypcja, ma za zadanie zarówno odciążenie pacjenta od zbyt częstych wizyt, jak i umożliwienie lekarzowi poświadczenia czasu pacjentom, którzy potrzebują nie tylko recepty, ale również badania fizykalnego. Niemniej jednak należy podkreślić, że to lekarz decyduje, na jak długi okres może choremu zalecić farmakoterapię. Czas farmakoterapii został wydłużony. Termin ważności recepty zmieniono z 14 na 30 dni.

Umożliwiono dodatkowo wpisywanie słownie ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki.

**Podstawa prawna** – rozporządzenie ministra zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (DzU poz. 1172).

**Powyższe rozporządzenie weszło w życie 18.09.2014 r. ■**



# Ochrona w pakiecie

## - jak zadbać o kompleksowe zabezpieczenie indywidualnych potrzeb lekarza?

### Zawód lekarza a odpowiedzialność cywilna

Zawód lekarza i lekarza dentyści jest zawodem zaufania społecznego. Wiąże się to z wysoką pozycją społeczną, ale jednocześnie obarczone jest dużą odpowiedzialnością. Codziennie podejmowane decyzje dotyczące zdrowia i życia ludzi rodzą ryzyko ewentualnych błędów czy zdarzeń niepożądanych. Odpowiedzialność cywilna lekarzy ma charakter materialny, a kwoty odszkodowań w orzecznictwie sądów polskich są coraz wyższe.

### Jak zadbać o odpowiednią ochronę w życiu zawodowym i prywatnym?

Wieloletnia współpraca INTER Polska ze środowiskiem medycznym pokazuje, że regulacje prawne oraz specyfika i ilość ryzyk w zawodzie lekarskim wymagają kompleksowej i stale aktualizowanej ochrony. Naszą ofertę opracowali eksperci i praktycy znający doskonale rynek medyczny. Specjalistyczne pakiety ubezpieczeniowe uwzględniają zarówno obowiązki prawne, jak i potrzeby związane z różnymi formami wykonywania zawodu. Wiemy też, że lekarz potrzebuje dobrej ochrony także w życiu prywatnym, choćby przy ubezpieczeniu domu czy wyjazdu zagranicznego.

### Oferta pakietowa INTER Polska zawiera:

- obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie OC,
- pomoc prawną w przypadku roszczeń, także w trakcie trwania procesów sądowych,
- ubezpieczenie przychodów dla zatrudnionych na kontrakcie,
- ubezpieczenie gabinetu (praktyki lekarskiej),
- ochronę w przypadku zakażenia HIV i WZW podczas pracy,
- ubezpieczenie na życie dla lekarzy pracujących na kontrakcie,
- ubezpieczenie domu lub mieszkania,
- ubezpieczenie turystyczne,
- ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

Od 1 października zapraszamy do nowej siedziby Oddziału Warszawa TU INTER Polska S.A.

ul. Puławska 14, 02-512 Warszawa  
I piętro w budynku Coopexim  
Nr tel. 22 639 74 30 - 31 | 22 664 98 27

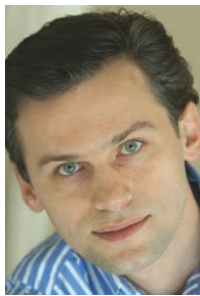


Masz polisę w INTER Polska?  
Pytaj o specjalny rabat.

W INTER Polska lekarze i lekarze dentyści są zawsze w centrum uwagi. Z dumą oferujemy Państwu kompleksową ofertę w najszerszym na rynku zakresie.

### Dlaczego pakiet?

- zależnie od rodzaju wykonywanych przez Państwa świadczeń oraz formy zatrudnienia, możecie Państwo potrzebować różnego rodzaju ochrony,
- pakietowa oferta daje możliwość uzyskania atrakcyjnych zniżek na ubezpieczeniu OC,
- pakiety przygotowane przez INTER Polska to optymalna ochrona, dająca realne wsparcie w trudnej sytuacji zawodowej i wsparcie w życiu prywatnym.



Fot. G. Press

## Niepewna przyszłość

Paweł Walewski

„*O roku ów!*” – pisał wieszcz w jedenastej księdze „Pana Tadeusza” – „*kto ciebie widział w naszym kraju! Ciebie lud zowie dotąd rokiem urodzaju...*”. No dobrze, ale pomyślmy o roku, który dopiero ma nadejść. Nowy rząd pod kierunkiem Ewy Kopacz – to rząd na przetrwanie, czy rząd skłonny do pracy i odważnych decyzji? W resorcie zdrowia można w tym czasie nieźle namieszać, a łatwo też nie zrobić nic, co zapadnie w pamięć. Zaskakujące zmiany polityczne (a w ich konsekwencji przetasowania personalne na świeczniku) w oczywisty sposób rzutują na ochronę zdrowia, gdyż po raz pierwszy premier – pani premier – jest świetnie zorientowana, o co w tym wszystkim chodzi. Minister zdrowia będzie więc pracował pod czujnym okiem szefowej, która zna się lepiej na szpitalach i lekach niż na gruntach ornych lub przemyśle węglowym. Taka recenzentka, jeśli zacznie wtrącać się do resortowej polityki i wymagać posłuchu, może napsuć sporo krwi.

Z drugiej strony to sytuacja komfortowa. Żaden poprzedni minister zdrowia nie mógł liczyć na takie zrozumienie problemów wymagających rozwiązania (i pieniędzy) jak obecny minister. Nie powinien czuć się osamotniony, siedząc naprzeciw szefa resortu finansów, gdyż w tandemie z Ewą Kopacz będzie mógł liczyć na jej wsparcie. Jeśli dawniej można było zgrzytać zębami, gdy ten czy inny premier obnażał swój brak kompetencji w dziedzinach medycznych, a o środowiskowych niuansach nie miał pojęcia, tak teraz trudno będzie komukolwiek znaleźć dobry powód, by powiedzieć: nie zna się! Przed samorządem lekarskim niełatwe zadanie znalezienia innych argumentów, by przekonywać do swoich racji. Sam minister też będzie musiał unikać pozorów.

Można więc w nadchodzącym roku ugrać dla opieki zdrowotnej sporo. Ale czy to się uda? Czy będzie na tym zależało ekipie, której zgodnie z kalendarzem wyborczym pozostał na rządzenie zaledwie rok? Jeśli władza nie przestanie wyznawać zasady nieomyślności, nie wyrzeknie się w pewnym sensie swojego zarozumiałstwa, to roztrwoni polityczny kapitał, którego nigdy w naszym resorcie nie było pod dostatkiem. Jest szansa, by najbliższy czas mądrze spożytkować na reformy, które nie wywołają już na starcie oporu ze strony zawodowych korporacji. Sztuka rządzenia polega na mądrym planowaniu i wyobraźni, więc jeśli czegoś wymagać od nowych i starych administratorów – to właśnie tych zalet charakteru, bez których każde zwycięstwo łatwo roztrwonić. Mam nadzieję, że nadchodzące miesiące pod wodzą nowej premier przynajmniej w służbie zdrowia nie okażą się czasem przeczekania. Inaczej nawarstwią się stare problemy, wydłużą kolejki i opozycja zyska dzięki temu sympatię wyborców. Nie za bardzo tylko wiadomo, kto ten bałagan posprząta. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

## Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 4.

„*Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną*”.

Praktyka lekarska, o czym wiedzą wszyscy, powinna być wykonywana w zgodzie ze sztuką lekarską.

Ale co to właściwie znaczy i jakie są granice tej sztuki? Pojęcie współczesnej wiedzy medycznej na pewno obejmuje rozległą i zmieniającą się sumę ustaleń, które zakreślają ramy postępowania we wszystkich obszarach medycyny (w badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, w prowadzeniu prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczaniu zawodu lekarza oraz, zgodnie z przepisami, kierowaniu podmiotem leczniczym lub wykonywaniu czynności związanych z przygotowaniem i organizowaniem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a także nadzorem nad realizacją tych świadczeń).

Z innych przepisów KEL wynika, że w praktyce chodzi o przestrzeganie zasad medycyny opartej na dowodach (Evidence-Based Medicine). Warto przypomnieć, że zasady te obejmują zarówno wiedzę, umiejętności praktyczne, jak i tzw. umiejętności miękkie (polegające na właściwym stosowaniu zasad relacji z pacjentami i ich bliskimi oraz współpracy z innymi pracownikami medycznymi). Trzeba też pamiętać, że przestrzeganie EBM to nie ślepe wypełnianie jakichś „instrukcji postępowania”, ale również rozsądne korzystanie z doświadczenia swojego i kolegów, a także wsłuchiwanie się w oczekiwania pacjenta. Lekarz musi mądrze dbać o swą autonomię zawodową. Kierując się powyższymi zasadami, szczególnie winien bronić się przed naciskami administracyjnymi i finansowymi, starać się zapewnić choremu najlepszą opiekę. Ważne jest także, aby postępował w zgodzie ze swym sumieniem. Dobry lekarz to taki, który w swoim postępowaniu nie pomija wartości – ma do tego prawo, ale jest to również jego obowiązek. ■

Konstanty Radziwiłł



Fot. archiwum



# Umowa a zaufanie

Paweł Kowal

Ukraińcy nie tylko do Rosji mogą mieć pretensje za Krym. Powinni protestować też przed ambasadą USA lub Wielkiej Brytanii. Kolejny raz okazało się, że podpis, nawet Billa Clintona, nic nie znaczy. Memorandum Budapeszteńskie z 1994 r. nie było umową międzynarodową w pełnym rozumieniu tego słowa. Różnica między memorandum a taką umową jest, powiedzmy, jak różnica między umową przedwstępną a ostatecznym aktem notarialnym przy sprzedaży mieszkania. Niemniej jednak, a chodziło o broń atomową, wszyscy porozumienie z Budapesztu potraktowali poważnie. Ukraina zrezygnowała z głowic jądrowych w zamian za gwarancje nienaruszalności swoich granic, suwerenność w polityce. Ale nie tylko. Zagwarantowano także reprezentującemu młode państwo prezydentowi Kuczmiu, że żaden sygnatariusz nie użyje broni przeciw Ukrainie. Kropka. Ukraińcy mają prawo myśleć tak: gdybyśmy dzisiaj posiadali chociaż jedną głowicę jądrową, „nawet zardzewiałą”, do której guzik byłby w czarnej skrzynce prezydenta kraju, nikt by na terytorium

Ukrainy nie wtargnął, choćby było na głównym placu Kijowa i dziesięć „Euromajdanów”. A inne kraje, które wyzwały się broni jądrowej na podobnej zasadzie, np. Kazachstan, wiedzą już, że gwarancje państw, które zwyciężyły w II wojnie światowej i były poważnymi mocarstwami, nic teraz nie znaczą. Natomiast kraje, które po cichu mają broń jądrową lub pragną jej jak niczego innego, a jest takich kilka na świecie, już wiedzą, że warto zamiast umów z wielkimi tego świata mieć choćby jedną bombę atomową na stanie. Demolka zaufania w sprawie bezpieczeństwa wywołana samowolą Putina jest większa, niż się na pierwszy rzut oka wydaje. Ponieważ dotyczy najgroźniejszej broni, jaka jest na Ziemi – dotyczy wszystkich.

Tabu (w największym skrócie) to sprawa, o której prawie wszyscy wiedzą, ale się o niej nie mówi. Polega na tym, że tych, co wiedzą jest wielu, a i tak zmowa milczenia trwa, czasami latami. Agresja Rosji na Ukrainę ma swoje tabu. Ludzie boją się własnych słów, na zasadzie: nie powiemy, to sprawy nie ma. Dopiero jeden z zachodnich analityków naruszył atomowe tabu. Nikt nie chce wyjść na panikarza, ale przecież nie wiemy, czy Putin nie jest gotów w jakichś warunkach użyć punktowo tej broni. Możemy przypuszczać, że takie ryzyko wzrosło. Tak jak 99 lat temu pod Ypres armia niemiecka użyła chloru i wystraszyła aliantów, tak teraz Putin może zdecydować się na uderzenie atomem nie po to, by wywołać globalny konflikt, ale by wystraszyć sojuszników Ukrainy. A nam pozostaje pomyśleć, czy to nie sami stratedzy Kremla zaczynają straszyć, by atom jeszcze raz w historii zadziałał tylko w ludzkiej obraźni. I odstraszył od wspierania Kijowa. ■

## KONFERENCJA WARSZAWSKA ONKOLOGICZNA



PAŁAC STASZICA 28 LISTOPADA 2014 ROKU

Organizator:



Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Oddział Warszawski

[www.nowotwory.edu.pl/ow\\_pto](http://www.nowotwory.edu.pl/ow_pto)

28 listopada 2014 r.  
Pałac Staszica

Patronat

**Prof. Krzysztof Warzocha**

dyrektor Centrum Onkologii

- Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

**Prof. Jacek Fijuth**

przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

**Prof. Maciej Krzakowski**

prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

**Prof. Piotr Rutkowski**

prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

**Prof. Krzysztof Skłodowski**

prezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej

REKLAMA

# Bezpłatne porady prawne dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków OIL w Warszawie

Pod numerem telefonu: **22-647-56-05**  
prawnicy udzielają porad i konsultacji  
przez **siedem dni w tygodniu**, w godz. **9.00–21.00**.

Zapraszamy również na **konsultacje** do siedziby  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
w **środy**, w godz. **16.00–18.00**.

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
zyskali szybką i nieodpłatną pomoc prawną.

Lekarzowi i lekarzowi dentyści w ramach zawartej  
przez Izbę umowy przysługują trzy bezpłatne porady  
lub konsultacje w miesiącu, ale nie więcej niż dwanaście  
w roku.

Każdy członek OIL w Warszawie jest uprawniony do  
otrzymywania, oprócz porady lub konsultacji, dwóch  
dokumentów prawnych (opinii, analizy, wezwania  
do zapłaty, pozwu, odpowiedzi na pozew itp.)  
w ciągu dwunastu miesięcy.

Weryfikacją lekarza, pragnącego skorzystać z bezpłatnej  
pomocy prawnej, będzie podanie numeru prawa wykony-  
wania zawodu.

Zakres świadczeń obejmuje kwestie prawne związane  
z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty (sprawy  
karne i cywilne, 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, karnoskarbo-  
wym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim.

Więcej informacji na temat usługi „Prawnik dla lekarza  
i lekarza dentyisty” – na stronie internetowej OIL  
[www.warszawa.oil.org.pl](http://www.warszawa.oil.org.pl)

Pytanie można też wysłać e-mailem na adres:  
[lekarze@dittmajer.pl](mailto:lekarze@dittmajer.pl)  
lub faksem pod numer: **22-820-10-21**.

## Godziny pracy OIL w Warszawie

**Biuro OIL** – poniedziałek – piątek od 8.00 do 16.00

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

– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

**Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**

– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

**Sekcja Windykacji Składek** – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

**Kasa** – poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 14.00, środa od 9.00 do 17.00

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza dąży do najwyższej jakości w wypełnianiu zadań  
publicznych oraz do stworzenia warunków wpływających na profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentyistów.

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji,  
dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

Uwagi, sugestie, skargi lub reklamacje mogą Państwo przysyłać do nas e-mailem na adres: [opinia@oilwaw.org.pl](mailto:opinia@oilwaw.org.pl).

Prosimy o zawarcie w e-mailu informacji, jakiego obszaru działania Izby dotyczy opinia, uwaga, sugestia, skarga  
lub reklamacja oraz jakich działań naprawczych Państwo oczekują.

**Zbigniew Gałązka**  
dyrektor Biura OIL w Warszawie



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  
dentyistów, 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  
lekarzkim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów  
Zawodów Zaufania Publicznego.

Informacje znajdują Państwo na stronie internetowej OIL  
w Warszawie: [www.warszawa.oil.org.pl](http://www.warszawa.oil.org.pl).

Tel. 22-542-83-02 (pon.–pt. – 8.00–16.00),  
[hotel@oilwaw.org.pl](mailto:hotel@oilwaw.org.pl)

**Tadeusz Pawlikowski**





Fot. archiwum

# Między nami, Polakami

Janina Jankowska

**Czy** nie nudziły Państwa niekończące się dziennikarskie spekulacje, kto będzie ministrem w rządzie Ewy Kópacz? Zajmowały niemal 80 proc. czasu przeznaczanego na wiadomości i publicystykę we wszystkich możliwych stacjach. Nawet nieco oddaliła się Ukraina. A tymczasem w Internecie, na Salonie24, rozgorzała oddolna dyskusja o... emigracji. A właściwie o wzajemnym stosunku tych, co opuścili kraj, do tych, co w nim pozostali. I oto mamy nowe pole bitwy polsko-polskiej. Rozpoczął miejscowy bloger o ksywce Braciamokwe listem do „Mędrców z Emigracji”, czyli do konkretnych blogerów mieszkających poza Polską. Ojczyzna, jak widać, żywo ich interesuje, bo systematycznie dzieli się na tym portalu swoimi opiniami, tzn. krytycznymi uwagami. A tego to my, Polacy, po obu stronach oceanu, nie lubimy. Muszę przyznać, że zaczęło się bardzo elegancko: „Szanowni Rodacy na emigracji! Siedzicie sobie mniej lub bardziej wygodnie (ale zdecydowanie wygodniej niż większość z nas) i błyskotliwie analizujecie naszą krajową niemożność”. Tu przedstawiono znaną listę owych „niemożności”: układy, sitwy, sprzedajne sądownictwo, tumiwizm, cwaniactwo, ustawiane przetargi i wszechobecna korupcja plus dyktatura biurokracji. Do tego obcy kapitał zwolniony z podatków i uginający się pod ciężarem przepisów i kontroli polscy przedsiębiorcy oraz – tu skracam – edukacja i media służące oglupianiu, w efekcie „młodzi nie mają znać historii, za to wcześniej wchodzić w sex”. W obliczu tych klęsk autor zwraca się do rodaków zagranicą: „A ja się pytam: dlaczego Was tu nie ma? ZABRAKŁO WASZEJ WIEDZY, ODWAGI, UMIEJĘTNOŚCI, ZDECYDOWANIA!”. Trudno się nie zgodzić. Wyjeżdżają z kraju ludzie najbardziej rzutcy, przedsiębiorcy, odważni.

Nie wchodząc w polityczne oceny ostatnich siedmiu lat, jedno możemy uznać za pewne. Nie udało się rządowi Donalda Tuska stworzyć w kraju takich warunków (co obiecywał), by Polacy chcieli masowo wracać z emigracji. 2 mln naszych obywateli pracuje dziś na rzecz gospodarek Niemiec, Anglii, Irlandii, Szwecji itd. Jedni ściągają rodziny, inni finansują je w Polsce, a więc jakaś tam część ich dochodów dociera do ojczyzny.

Dyskusja internetowa przybrała ostre formy. Jedni odbierali emigrantom prawo do wypowiedziania się na temat spraw, w których nie uczestniczą, bo dokonując wyboru, „wypisali się z polskiej wspólnoty”. Emigranci, którzy poczuli się odrzuceni, różnie reagowali. „Kto pierwszy zwrócił uwagę na »polskie obozy koncentracyjne«? Nie Wy,

mądrale w Polsce, tylko my, emigranci”. Inny dyskutant pogardliwie stwierdzał, że nie ma zamiaru wracać z „normalności do społeczeństwa nienawistników”. „Jesteście profilaktycznie wrogo nastawieni do otoczenia, a nawet do samych siebie, torpedujecie inicjatywy ludzi, którzy działają bezinteresownie dla dobra Waszego” – podkreślał. Inny opisywał, jak próbował wrócić do kraju: założył biznes, który został zniszczony przez urząd skarbowy.

„Do Polski nie można wrócić z jednej prostej przyczyny, że poziom debilstwa zabije każdą inteligentną jednostkę. (...) Nie da się ukryć, że aby dostać pracę w Public Service [administracji] w Australii, trzeba przejść testy IQ. Stąd sprawność tego systemu przebija 5-krotnie sprawność urzędasów w Polsce”. Inny bloger ze smutkiem pisał:

„Moje dziecko w ramach wymiany studentów medycyny było w Polsce na praktyce, w Krakowie. Dziecko, które nie znało Polski z własnego doświadczenia, poznało ją niestety ze złej strony. Powiedziało mi potem: »Tata, nie oszukuj się. Czy nie widzisz, jaki stosunek ci ludzie mają do siebie?«. Była to dla mnie gorzka do przełknięcia pigułka, bowiem jako ojciec starałem się Polskę zawsze przedstawiać w pozytywnych barwach”.

Jest problem. I nie tylko demograficzny. Za 20, 30 lat składki pracujących nie pokryją kosztów utrzymania przyszłych emerytów. Coś bardzo niedobrego pogłębia się w relacjach między Polakami. To zjawisko dosięga już oddalonych od siebie o tysiące kilometrów.

Tekst notki blogera Braciamokwe nie był atakiem na emigrację, raczej wyrazem naszej bezradności. Bezradności generalnej, także w sposobie komunikowania się kraju z polską diasporą. Blogi i wypowiedzi Polaków mieszkających zagranicą odbieram jako wyraz bliskości, potrzebę utrzymania związków z krajem. Nawet jeśli ich opinie są krytyczne i czasem niesprawiedliwe, to jednak świadczą, że interesują się Polską, że im na kraju zależy. Nie ma sensu wytykać, że wyjechali, by polepszyć swój byt. Mieli prawo. Nam i państwu powinno zależeć, by z tymi Polakami nie tracić kontaktu. Znam wielu (wybitnych), którzy są gotowi bez zysku coś dla tego państwa i jego mieszkańców zrobić. Znam też wiele przykładów kompletnego braku zainteresowania ze strony polskich władz takimi propozycjami. Od lat 90. to się nie zmienia. Można by na ten temat pisać księgi, ale po co? Nikt ich nie przeczyta. Po wiem zatem krótko: nie dajmy się skłócać.

Po prostu dlatego, że lepiej się żyje, gdy się ma w duszy radość, a nie zawziętość. ■

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25,  
**pilnie zatrudni** lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS posiadającego II stopień specjalizacji,  
 w szczególności z zakresu: ortopedii, chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny pracy, neurologii, psychiatrii.  
 Telefon kontaktowy: 22-590-20-09.



Fot. egw

# Homo homini res sacra

**fragmenty**

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)  
Seneka

Dramat wielkości człowieka polega na tym, że będąc obdarzony wolną wolą, ma możliwość wyboru między dobrem a złem, między nadzieją a zagrożeniem, a będąc obdarzony zdolnością myślenia, może swobodnie manipulować pojęciami dobra i zła oraz zło nazywać dobrem, a dobro złem. Ale życie zmusza nas często nie tylko do wyboru między dobrem i złem, lecz także między złem a złem. Pan Bóg jednak w jakimś celu uzbroił człowieka i w rozum, i w sumienie.

Pamiętać należy, że dramat rozumu polega na tym, iż ulega on złudzeniom. Musimy sobie też uświadomić, że jesteśmy na takim poziomie intelektualnej sprawności, sprytu i wykszolenia, że potrafimy już nie tylko innych, ale nawet i siebie samego do wszystkiego, co nam jest potrzebne, przekonać. Nawet wówczas, gdy nie stanowi to dobra. Musimy też być świadomi, że jakiegokolwiek działanie bez refleksji bywa oznaką bezmyślności. Sama natomiast refleksja bez działania byłaby przejawem pasywności lub zwykłego lenistwa.

Według Kanta „*sumienie to głos rozumu*”. Dodać trzeba: rozumu światłego, mądrego, wrażliwego na dobro, prawdę i piękno. Jednakże „*Homines id quod volunt – credunt*” (Ludzie wierzą w to, czego pragną). Dlatego na przykład prawdy niewygodne szybko przestają być prawdami, a umiejętność samookłamywania należy do bardzo ludzkich cech.

Powstaje więc pytanie, czy nie przeceniamy potęgi rozumu? Właściwie do czego ma nam on służyć? Według Leszka Kołakowskiego „*Rozum ma nam służyć do tego, by wykrywać prawdy wieczne*”. A jeżeli wieczne, to odporne na czas. Należy jednak pamiętać, że dramat rozumu polega nie tylko na tym, że nie jest w stanie być siedliskiem wszechwiedzy, ale że ulega złudzeniom. Ponadto człowiek, jeśli czegoś nie rozumie, bywa przekonany, że to nie ma sensu. Wszyscy dużo więcej wiemy niż rozumiemy, a zakres wiedzy jest nieograniczony... Największe zagrożenie dla rozumu i sumienia stanowią kłamstwa zorganizowane, służące promocji zła i dewalu-

owaniu prawdy. Maskowane są pozorami prawdy, a „*prawda nie zrobiła tyle dobrego, ile złego zrobiły jej pozory*”.

## Los człowieka w ogrodzie Eden

Pan Bóg powiedział pierwszym rodzicom: „*Z wszelkiego drzewa tego ogrodu jedząc, będziesz jadł; ale z drzewa poznania (wiadomości) dobrego i złego nie będziesz jadł, bo gdy zjesz z niego, śmiercią umrzesz*” (Rdz 2,5-25; 3,1-24, Księga Rodzaju). Natomiast wąż powiedział Ewie, że jeśli zje owoc z drzewa poznania dobrego i złego, posiadzie wiedzę równą wiedzy Boga, będzie samodzielnie decydować, co jest dobre, a co złe.

G.W. Hegel twierdzi, że człowiek tak naprawdę stał się człowiekiem dopiero po grzechu pierworodnym, posiadał bowiem możliwość samostanowienia, zgodnie ze swą wolną wolą. Nieposłuszeństwo wobec boskiego nakazu było pierwszym wyrazem ludzkiej wolności. A Pan Bóg stworzył człowieka właśnie jako zdolnego do podejmowania decyzji, obdarzając wolną wolą.

Problem polega również na tym, że proces poznawania to uświadamianie sobie swej niewiedzy. Nawet Sokratesowskie „*wiem, że nic nie wiem*” oznacza, że nie jest możliwe poznanie całej wiedzy, zatem i całej prawdy. Sokrates oraz Leonardo da Vinci zdawali sobie sprawę z ograniczoności swoich genialnych umysłów. Do takiego wniosku dochodzą jednak tylko umysły wielkie. Dlatego człowiek nie jest w stanie w pełni ocenić, co jest dobre, a co złe. Nie jest też w stanie przewidzieć wszystkich skutków swych autonomicznych decyzji. Człowiek nie posiadał możliwości zdobycia całej wiedzy, nie potrafi więc poznać całej prawdy. Na tym polega ludzka normalność.

## Asklepios

Dla starożytnych Greków maestria boga sztuki lekarskiej Asklepiosa (w Rzymie zwanego Eskulapem) była tak wielka, doszedł do takiej zręczności w leczeniu, że mógł wskrzeszać zmarłych. Zatrwożył się wówczas Zeus, uśmiercił „boga sztuki lekarskiej” i umieścił wśród gwiazd jako konstelację Wężownika. Dlaczego? Bo obawiał się, że czyni Asklepiosa zakłócając porządek świata. Zeus, jako bóg, był twórcą życia. A biologia zapewnia nieśmiertelność nie poszczególnym jednostkom, lecz całej ludzkości. Nie przez regenerację, lecz przez potężny arsenał genów poszczególnych jednostek przekazywany następnym pokoleniom.

**Poszukujemy** lekarza medycyny rodzinnej. POZ Mrozy, ul. Willowa 12.  
Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt: 501-74-07-48.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie (03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25)  
**pilnie zatrudni** na stanowisku konsultanta ZUS lekarza posiadającego II stopień specjalizacji,  
w szczególności w zakresie ortopedii. Telefon kontaktowy: 22-714-21-37.



Śmiertelność jest więc siłą napędową postępu i cywilizacji. Bez śmiertelności nie byłoby historii i rozwoju kultury, bo nie byłoby tworzącej postępowo ludzkości. Zeus był tego świadom.

## Ewolucja

Ewolucja zapewnia ludzkości nieśmiertelność, rozwija i udoskonala cechy oraz możliwości człowieka. Ażby jednak ludzkość na drodze ewolucji stała się nieśmiertelna i była coraz bardziej doskonała, jednostki muszą być śmiertelne, a kolejne pokolenia wiecznie trwałe i bardziej perfekcyjne. Eksterminacja osobników i gatunków przez śmierć oraz narodziny kolejnych generacji są łącznie sprawcami ewolucji będącej motorem rozwoju coraz bardziej doskonałych osobników i gatunków. To ewolucja tworzy wciąż zmieniającą się rzeczywistość. Znanym jest powiedzenie: „Człowiek przepada, gromada żyje”. A ludzie od początku swego istnienia pragnęli „odsmiertelnić” życie.

Replikacja takich samych osobników metodą istniejącego w przyrodzie klonowania uniemożliwiłaby rozwój ludzkości. Powstawałyby bowiem nowe, ale takie same jednostki. Wymieniałyby się takie same generacje poszczególnych gatunków. Klonowanie uniemożliwiłoby postęp. Wykluczałoby możliwość ewolucyjnego rozwoju. Nie miałoby więc sensu. Ewolucja operuje naszymi genami w sposób losowo zróżnicowany, ale „celowy”, sprawiając, że dziś *homo sapiens* jest gatunkiem dominującym i najszybciej ewoluującym. Cechy nowej jednostki są następstwem losowego, przypadkowego doboru genów.

Gdy geny prostej wieśniaczki połączyły się w nieślubnej procedurze z genami notariusza z Florencji, 15 kwietnia 1452 r. o godz. 22.30 przyszedł na świat genialny Leonardo da Vinci. A gdy geny pewnego holenderskiego młynarza połączyły się z genami córki piekarza, wynikiem nie był ani lepszy młynarz, ani piękniejsza piekarnia, lecz Rembrandt Harmenszoon van Rijn (ur. 15 lipca 1606 r. w Lejdzie).

Zgodnie z prawami ewolucji, w procesie rozwoju i życia giną jednostki słabe, jako niezdolne do adaptacji i do walki o byt. To osiągnięcia medycyny sprawiają, że jednostki słabsze, niepełnosprawne mają szansę przechrzyć prawa ewolucji – wymknąć się prawom natury i kontynuować swój rozwój. Wszyscy bez najmniejszego protestu uznali ten fakt za postęp i dobro. Klonowanie i inżynieria genetyczna to sukces nauki. Sprawiają, że procesem wymykania się prawom ewolucji można będzie sterować – zmieniać jej kierunek i przyspieszać lub hamować tempo zmian. Pojawia się tu jednak dylemat: jak pokierować tym sterowanym przez człowieka rozwojem nauki, by uniknąć katastrofy, by nie wejść, zgodnie z wizją Fukuyamy, na drogę rozwoju poczwolowiczego gatunku. Ażby nie spowodować katastrofy, trzeba opracować politykę o charakterze globalnym, dotyczącą biologii i biotechnologii.

Rodzi się jednak pytanie: dlaczego Leonardo da Vinci, Rembrandt i wielu innych geniuszy ma się urodzić tylko na drodze losowej selekcji genów? Czy nie należałoby dążyć, aby geniusze rodzili się zgodnie z naszym celowym, zaplanowanym działaniem? ■

## Nowa kolekcja PAWO na sezon na sezon jesień – zima 2014/2015 już w sprzedaży!


Fantastyczne inspiracje zaczerpnięte z targów mody męskiej Pitti Uomo, praktyczne połączenie modnych tendencji z praktyczną funkcjonalnością – oto co przygotowało PAWO na sezon jesień – zima 2014/2015.

Tradycyjnie, nowoczesna odzież męska musi być lekka, komfortowa, jednocześnie elegancka, ale o dużym stopniu swobody i nonszalancji. Najważniejsze jest by zarówno forma jak i walor estetyczny ubrań odmładzały mężczyzn, nie umniejszając jednocześnie formalnemu charakterowi całodziennych ubiorów do biura. Podążając za nowoczesnym klimatem mody, PAWO w sezonie jesienno - zimowym proponuje dopasowane do talii garnitury i marynarki jednorzędowe, krótkie pikowane kurtki, dopasowane płaszcze i szeroką gamę koszul w atrakcyjnych wzorach, także z tzw. drobnym printem.

Wiodącym kolorem w kolekcji będzie kolor atramentowego granatu, zastosowany, jako baza i tło dla innych barw obowiązujących w sezonie, takich jak szarość, biel, kobalt, lawenda, miodowa terakota, bordo.

Pierwsze modele z kolekcji PAWO jesień – zima 2014/2015 trafiły już do sprzedaży, kolejne produkty będą systematycznie dochodzić co tydzień! Zapraszamy do odwiedzenia naszych salonów PAWO i życzymy pasjonujących zakupów! PAWO, Twój Wizerunek – nasza pasja!

Z okazji 25-lecia Izby Lekarskiej w Warszawie przygotowaliśmy specjalny kupon 50% rabatu na odzież i 30% na obuwiu - TYLKO Z TYM KUPONEM!

 /pawo.salony

 PAWO®



REKLAMA



Fot. P. Wierzbowski

# Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej

**Tadeusz Maria Zielonka**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM

## Art. 63

**„1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione”.**

Artykuł ten jest niejednokrotnie naruszany i wywołuje spory kończące się w sądzie lekarskim. Powodem są oczywiście pieniądze. Zawód lekarza to nie tylko powołanie i pasja, ale też źródło utrzymania, a niekiedy nawet dużych zysków. Tam, gdzie zaczynają się duże pieniądze, mało jest miejsca na sentymenty i etykę. Jak ważny to problem, wymownie świadczy fakt, że Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się uczynić w tej sprawie wyjątek i precyzyjnie określiła, jak w praktyce realizować zapis zawarty w Kodeksie Etyki Lekarskiej. W 1998 r. powstała uchwała NRL dotycząca szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, a w grudniu 2011 została znowelizowana. Jednoznacznie stwierdzono, że lekarzom wolno jedynie informować o udzielaniu świadczeń, a informacje te nie mogą mieć charakteru reklamy. Bardzo dokładnie zdefiniowano, co wolno przekazywać do publicznej wiadomości, a mianowicie: imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, posiadane specjalizacje, umiejętności i szczególne uprawnienia, numer telefonu, miejsce, dni i godziny przyjęć, a także rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej. Ceny i sposób płatności mogą być podawane jedynie na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne. Ponadto wyszczególniono, w jakich miejscach lekarz ma prawo te informacje zamieszczać, ograniczając je do tablic ogłoszeniowych, rubryk dotyczących usług medycznych w prasie, książek telefonicznych, informatorów o usługach medycznych, stron internetowych i specjalnych telefonów informacyjnych. Określono również wielkość tablic ogłoszeniowych, która nie może przekraczać rozmiarów 40 x 60 cm. Nie wolno umieszczać więcej niż dwóch tablic

na zewnątrz budynku, w którym odbywa się praktyka lekarska, i więcej niż dwóch na drogach dojazdowych. Podkreślono, że nie mogą one zawierać żadnej formy zachęty ani próby nakłonienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, informacji o jakości sprzętu, o stosowanych metodach, ich skuteczności i czasie leczenia, ani też obietnic dotyczących ich efektu. Zabrania się także stosowania w ogłoszeniach potocznych określeń.

Słowa uznania dla izb za tak precyzyjne sformułowanie zasad, jakie powinny obowiązywać wszystkich lekarzy w tej kwestii. Szkoda, że inne, równie ważne, a zarazem kontrowersyjne problemy nie zostały tak poważnie potraktowane przez samorząd lekarski, jak sprawa reklamowania usług. W odniesieniu do podmiotów leczniczych w art. 14 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. tylko ogólnie stwierdzono, że treść i forma wiadomości o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie mogą mieć cech reklamy.

Dobrze się stało, że stworzone zostały regulacje etyczno-prawne dotyczące podmiotów leczniczych, gdyż przez wiele lat nastąpiła nieuzasadniona różnica między lekarzami, którzy – zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i uchwałami izby lekarskiej – nie mogli reklamować swych usług, a przedsiębiorcami, którzy tworzyli podmioty udzielające świadczeń medycznych i traktowali je jako usługi, które mogą być przedmiotem reklamy. Przedsiębiorstwa nie są zobowiązane do przestrzegania Kodeksu Etyki Lekarskiej i mogły bezkarnie reklamować swoją działalność gospodarczą w myśl ogólnych zasad wolnego rynku. Dawało im to większe szanse w rywalizacji z lekarzami prowadzącymi własne praktyki, których ograniczały przepisy korporacyjne. Obecnie sytuacja została unor-

nowana i wszystkie podmioty obowiązują podobne reguły.

Warto w tym miejscu podkreślić, że lekarz nie sprzedaje swych usług, lecz służy pomocą chorym. Nie handluje się receptami i nie sprzedaje zabiegów chirurgicznych. Trzeba chronić zawód lekarza przed komercjalizacją nierozrwalnie związaną z reklamą.

W przeciwieństwie do biznesu głównym celem działalności medycznej nie może być zysk. I wcale nie chodzi o powrót do idei doktora Judyma, ale do fundamentu medycyny, jakim zawsze była pomoc drugiemu człowiekowi. Zupełnie inną sprawą jest niemoralne, niezgodne z zasadami sprawiedliwości społecznej i nieuczciwe wykorzystywanie tego faktu przez państwo i jego organa, w rodzaju NFZ czy Ministerstwa Zdrowia. Zawód lekarza wymaga nieustannej refleksji etycznej i filozoficznej. Nie wolno w dyskusjach na temat medycyny zapominać o misji, jaką ma spełniać. Coraz częściej sprowadza się problemy służby zdrowia do pieniędzy i procedur. Niestety, politycy, dziennikarze i zdrowa część społeczeństwa zdają się już nie dostrzegać istoty medycyny. Dramat rozpocznie się wówczas, gdy nie będą o tym pamiętać również lekarze.

Wbrew opinii lekarzy krytycznie nastawionych do działalności polskiego samorządu zawodowego przytoczony zapis nie został stworzony przez działaczy izb w celu utrudnienia życia kolegom. Istnieje on w podobnie restrykcyjnym brzmieniu w kodeksach etyki lekarskiej w innych krajach europejskich. We francuskim Kodeksie Deontologii Lekarskiej art. 23 zabrania lekarzom stosowania wszelkich bezpośrednich lub pośrednich form reklamy. Polski kodeks kładzie nacisk na to, by tworzyć opinię zawodową jedynie na podstawie wyników swej pracy, we Francji zaś zakaz reklamowania poprzedzony jest stwierdzeniem, że medycyna nie może być praktykowana jako biznes. We Francji podkreślono zatem, co jest istotą działalności lekarza, nie ograniczając problemu do poprawienia własnego wizerunku. Równocześnie pewne



szczegółowe zagadnienia, uregulowane w Polsce odrębną uchwałą, są częścią składową francuskiego Kodeksu Deontologii Lekarskiej. Art. 67 tego kodeksu określa precyzyjnie, jakie informacje dotyczące udzielanych świadczeń mogą być podawane do publicznej wiadomości i gdzie wolno je umieszczać. Z kolei art. 68 reguluje zasady oznakowania praktyki lekarskiej na tablicach informacyjnych. Ogólny zapis w omawianej kwestii w polskim kodeksie dopiero po kilku latach doczekał się konkretyzacji. Zmiany wymuszone zostały praktyką i narastającą liczbą spraw, z jakimi musieli zmierzyć się rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, dotyczących tego, niesprecyzowanego początkowo, zagadnienia. We francuskim kodeksie jest jeszcze kilka innych artykułów zabraniających różnych form komercjalizacji medycyny, których wciąż nie objęto regulacjami w Polsce, np. komercyjnego współnictwa lekarzy z innymi podmiotami, w rodzaju instytutów piękności, sal fitness, siłowni, gabinetów masażu, hoteli spa, saun itp. Francuski kodeks zabrania też dzielenia się ukrytymi honorariami.

To ewidentne ograniczenie swobod i wolności, jakie dotknęło lekarzy, może niektórych oburzać. Współczesny świat stoi na reklamie. Reklamy są już wszędzie, wypełniają każdą szklaninę, którą tylko można zagospodarować, każdą aktywność ludzką, wchodzą w każdą przyjemność, jaką niesie świat. Dla celów reklamowych można kupić prawie każdego aktora, celebrytę, a nawet osobę publiczną. Nie można włączyć telewizji, radia lub otworzyć gazety, aby nie natrafić na reklamę. Gdziekolwiek spojrzymy, wszędzie billboardy i reklamy. Może to dobrze, że staramy się, by medycyna nie kojarzyła się z nachalnym wchodzeniem ze swymi usługami w każdą chwilę, w każdą aktywność. Lekarze nie powinni rywalizować o to, kto wystawił największy billboard, a kto przygotował najbardziej zwariowaną lub dowcipną reklamę swej działalności. Nie będą komentować reklam swych kolegów, że fajna lub beznadziejna. To ograniczenie wbrew pozorom jest zbawienne, gdyż pozwala zachować wartości, które tracą coraz bardziej wypełnione reklamą sport, kultura, media itp. Dzięki tej regulacji etyczno-prawnej medycyna może stać się oazą na pustyni, w której reklama jest jak piasek wypełniający wszystko wokół, wyjąłwiająca i monotonna, powodująca niezaspokojone pragnienie. ■

## Po remoncie w Wyszkwowie

**Pacjenci wyszkowskiego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej już korzystają z wyremontowanej części szpitala.**

Oficjalnie oddano do użytku budynki po termomodernizacji oraz nowy dźwig towarowo-osobowy. Dzięki środkom unijnym oraz PFRON udało się zrealizować dwa projekty: „Termomodernizacja budynków Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkwowie z wymianą wyposażenia na energooszczędne oraz budowa infrastruktury służącej do produkcji i przesyłu energii słonecznej” oraz „Likwidacja barier architektonicznych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkwowie w zakresie umożliwienia osobom niepełnosprawnym poruszania się”. Prace objęły: termomodernizację trzech budynków SPZZOZ; budowę niezależnych dla węzłów ciepła (w budynku przychodni oraz w budynku administracyjno-biurowym); modernizację przyłączy sieci ciepłej do budynku administracyjnego, warsztatowo-garażowego, przychodni z apteką; wymianę instalacji elektrycznych i teletechnicznych; modernizację zasilania awaryjnego. Kwota dofinansowania to przeszło 1,1 mln zł, a wkład własny – 1,6 mln zł. W ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami II” zrealizowano: montaż dźwigu szpitalnego w budynku głównym zakładu; montaż platformy pionowej dla Zakładu Rehabilitacji Leczniczej; montaż poręczy i narożników w ciągach komunikacyjnych. Koszt realizacji projektu wynosił ponad 3,9 mln zł, z czego 150 tys. zł stanowiło dofinansowanie PFRON, a 241 tys. zł – środki własne.

## Pamięci prof. A. Dobrzańskiego

**W sierpniu 2014 r. odbyła się uroczystość odsłonięcia tablicy poświęconej pamięci prof. dr. hab. Antoniego Dobrzańskiego oraz nadania Jego imienia sali 23 w Centrum Biblioteczno-Informacyjnym WUM.**

Gospodarzem spotkania był rektor prof. Marek Krawczyk. W uroczystości uczestniczył syn Profesora prof. Andrzej Iwo Dobrzański z małżonką. Prof. Antoni Dobrzański był dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1947–1949, kierownikiem Kliniki Otolaryngologicznej uczelni od 1941 do 1953 r. Pełnił funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego w latach 1946–1952. Był wychowawcą wielu pokoleń studentów i lekarzy.

## Informatyzacja w Sochaczewie

**Szpital Powiatowy w Sochaczewie uzyskał dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na wdrożenie systemu informatycznego do zarządzania jednostką.**

Starostwo Powiatowe w Sochaczewie informuje, że na realizację projektu, obejmującego informatyzację dokumentowania świadczeń medycznych, szpital otrzyma ponad 2 mln zł. Aby uzyskać wsparcie finansowe, sochaczewska placówka złożyła wniosek do Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego w ramach Priorytetu II „Przyspieszenie e-rozwoju Mazowsza”. Dyrekcja lecznicy przygotowała projekt pn. „Informatyzacja diagnostyki obrazowej i świadczeń medycznych do poprawy obsługi pacjentów Szpitala Powiatowego w Sochaczewie”. Całkowity koszt inwestycji oszacowano na ponad 2,7 mln zł.

## Drugi etap budowy

**Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym rozpoczyna się drugi etap budowy Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego.**

W sierpniu WUM podpisał umowę z Ośrodkiem Przetwarzania Informacji – Państwowym Instytutem Badawczym na finansowanie dokończenia inwestycji, która ma być gotowa do grudnia 2015 r. – podało Biuro Informacji i Promocji WUM. Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego będzie otwarte nie tylko dla studentów WUM, ale dla wszystkich studentów uczelni warszawskich. Kompleks sportowy umożliwi kształcenie specjalistów w zakresie nowoczesnych technologii medycznych, przede wszystkim studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i farmaceutycznego. W centrum prowadzone będą unikalne badania nowoczesnych technik rehabilitacyjnych i szkolenie studentów w zakresie propedeutyki rehabilitacji, m.in. badania przy wykorzystaniu basenu jako środowiska do prowadzenia rehabilitacji wodnej. ■ **pk**



Fot. M. Skarbek

# Hospicjum

– integralna część systemu  
opieki zdrowotnej

Z dr Barbarą Kołakowską, kierownikiem medycznym Ośrodka Działalności Leczniczej Caritas Archidiecezji Warszawskiej, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej na Mazowszu, rozmawia Małgorzata Skarbek.



## Czy można powiedzieć, że w pewnym momencie trwania choroby kończy się terapia, a zaczyna opieka paliatywna nad chorymi terminalnie?

Uważam, że to nie jest prawidłowe rozgraniczenie, dlatego że medycyna paliatywna jest nieodłączną częścią terapii. Terapia rozszerza swój zakres o medycynę paliatywną, o bardziej holistyczną opiekę nad pacjentem. Dopóki chorym zajmuje się lekarz, pielęgniarka, dopóki ordynowane są leki, to w żadnym stopniu nie można powiedzieć o ograniczeniu terapii. Raczej o jej poszerzeniu o opiekę nad psychiką pacjenta, jego rodziną, czasami również o dbanie o jego sytuację socjalną, ekonomiczną i wszystko, co jest potrzebne do życia. Zadania opieki paliatywnej są bardzo szerokie. To opieka specjalistyczna, interdyscyplinarna, sprawowana przez wysoko wykwalifikowany zespół pracowników: lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów, pracowników socjalnych.

## Czy można rozgraniczyć opiekę paliatywną i terapię uporczywą?

Nie ma jednoznacznej definicji terapii uporczywej. Każdy lekarz zajmujący się chorym terminalnie musi to rozważyć w swoim sumieniu i podejmować decyzje terapeutyczne, zgodnie z obowiązującą i posiadaną wiedzą medyczną. Dla jednego lekarza jakieś działanie jest już terapią uporczywą, a dla innego – nie. Terapię trzeba dostosować do potrzeb pacjenta, jego zgody, faz choroby, czasu, który pacjent ma jeszcze przed sobą. Lekarz musi wybierać metody adekwatne do stanu chorego. To bardzo trudne zagadnienie. W medycynie paliatywnej unikamy uporczywej terapii.

## Gdy zaczęły powstawać hospicja, ponad 30 lat temu, stosunek wielu środowisk był im niechętny. Czy to się zmieniło?

Tak, bardzo się zmieniło. Pracuję w opiece paliatywnej od 2003 r. i stwierdzam, że w ostatnich latach nastąpił jej ogromny rozwój. Promotorami tych zmian są głównie rodziny chorych oraz pacjenci, którzy z opieki paliatywnej skorzystali. Początki działalności były bardzo trudne, trzeba było namawiać pacjentów i ich rodziny do korzystania z tej formy opieki, prowadzić edukację w podstawowej opiece zdrowotnej, aby lekarze kierowali chorych do opieki hospicyjnej. Obecnie jest inaczej. Na ponad 93 tys. osób zmarłych w Polsce rocznie z powodu chorób nowotworowych ok. 90 tys. korzysta z jakiejś formy opieki paliatywnej. Oczywiście nie wszyscy trafiają do hospicjów, ale są im udzielane świadczenia w różnej formie. Gdyby ten rodzaj opieki nie był popularny i akceptowany, nie mielibyśmy kolejek oczekujących na każdą jej formę, zarówno stacjonarną, jak i domową.

Zjawisko oczekiwania jest bardzo niekorzystne, nie tylko dla pacjentów i ich rodzin, ale także dla personelu hospicjów, gdyż bardzo trudno odmówić pomocy osobie potrzebującej. Pacjent paliatywny powinien natychmiast otrzymać pomoc. W związku z tym limitowanie świadczeń w opiece paliatywnej uważam za nieporozumienie. A jednak NFZ kupuje u nas tylko określoną ich liczbę. Na szczęście, przynajmniej w województwie mazowieckim, płacone są nadwykonania za świadczenia z zakresu opieki paliatywnej, uznaje się je za ratujące życie.

## Czy sieć placówek opieki paliatywnej na Mazowszu jest wystarczająca?

Będziemy tworzyć mapy potrzeb zdrowotnych i wtedy na pewno zyskamy większe rozeznanie, w jakim stopniu te potrzeby są zaspokajane.

Teraz już mogę powiedzieć, że dość dobrze rozwinięta jest sieć placówek opieki domowej. Na Mazowszu działa 56 hospicjów domowych, ale w niektórych powiatach, nawet w pobliżu Warszawy, ich nie ma. Takich miejsc jest niewiele i nie znaczy to, że nie dociera do nich opieka paliatywna. Dociera z powiatów ościennych. W samej Warszawie, mimo trudności, mimo niedofinansowania, ten rodzaj świadczeń rozwija się dobrze.

Na Mazowszu funkcjonuje również 17 hospicjów stacjonarnych lub oddziałów opieki paliatywnej finansowanych ze środków NFZ. Jest również siedem hospicjów domowych dla dzieci i, niestety, tylko dwie poradnie medycyny paliatywnej: jedna w Warszawie, przy hospicjum domowym przy ul. Tykocińskiej, a druga w Wieliszewie. Chciałabym, aby takich poradni powstało więcej, bo to dobra i tania forma opieki paliatywnej. Dwa wnioski dotyczące uruchomienia nowych poradni zostały w roku bieżącym odrzucone przez NFZ ze względów formalnych. Mam nadzieję, że przeszkody te zostaną w najbliższym czasie usunięte.

Ostatnio powstały dwie stacjonarne jednostki opieki paliatywnej. Centrum Onkologii po raz pierwszy uzyskało kontrakt z funduszem na łóżka paliatywne (5 łóżek). Oczekuję, że ich liczba szybko zostanie zwiększona. Oddział ten stanowi bazę szkoleniową dla lekarzy. Druga jednostka to małe hospicjum w Drożdżowce. Pragnę podkreślić, że ciężar stacjonarnej opieki paliatywnej w Warszawie od lat dźwigają: Hospicjum św. Krzysztofa na Ursynowie i hospicjum Caritas przy Krakowskim Przedmieściu. W pobliżu stolicy pracują hospicja w Otwocku, Wołominie, Żyrardowie.

Większość placówek stacjonarnych to małe jednostki, po kilkanaście łóżek, ale taka jest intencja założycieli. Wielkie jednostki nie sprawdzają się ze względu na obciążenie, także psychiczne, personelu.

W ubiegłym roku na terenie powiatów: garwolińskiego, grodzkiego, legionowskiego i szydłowieckiego nie było placówek finansowanych przez NFZ, ale pacjenci otrzymywali pomoc z powiatów ościennych. W 2013 r. na Mazowszu mieliśmy 1406 miejsc w hospicjach domowych i 226 w stacjonarnych. W 2014 liczba łóżek stacjonarnych wzrosła o 10. Nie jest to duży skok, ale też nie regres. Boimy się zamykania oddziałów paliatywnych, które w pewnym okresie zostały utworzone na terenie szpitali. Z powodu nierentowności występuje tendencja do ich likwidowania.

## Jak są finansowane hospicja?

W większości prowadzone są przez organizacje *non profit*, tj. związki wyznaniowe, fundacje. Głównym płatnikiem pozostaje jednak NFZ. Stawka za osobodzień, płacona przez NFZ, wynosi 210–225 zł. Jest trochę wyższa niż w poprzednim kontrakcie, ale absolutnie nie wystarcza. Minimalna stawka, rekomendowana przez konsultanta krajowego i specjalistów liczących koszty, to około 350 zł. Dlatego nie powstają nowe placówki. Od 2008 r. do czerwca 2014 stawka w hospicjum Caritas AW za osobodzień wynosiła 208 zł. Podwyżka o 12 zł nie pokrywa nawet kosztów inflacji na przestrzeni tych kilku lat. Nadal walczymy o przeżycie. Utrzymanie wysokiego standardu opieki paliatywnej zawdzięczamy

# Implant ucha środkowego dla seniorów



Fot. archiwum IFiPS

We wrześniu br. w Światowym Centrum Słuchu w Kąkietanach prof. Henryk Skarżyński wszczepił, po raz pierwszy w Polsce, nowy implant ucha środkowego typu MET. Szczególna waga zabiegu polega na tym, że implant ten jest przeznaczony m.in. dla seniorów powyżej 65. roku życia z racji wysokiego, naturalnego wzmocnienia dźwięku.

– MET to wszczepialne urządzenie poprawiające słuch, łączące najnowsze rozwiązania technologiczne z dziedziną aparatów słuchowych z zaletami implantów ucha środkowego – wyjaśnia prof. Henryk Skarżyński. – Jest przeznaczony dla osób z niedosłuchem typu odbiorczego i mieszanego, w stopniu od umiarkowanego do znacznego. Działa na zasadzie transmisji wibracji dźwiękowych bezpośrednio do kosteczek słuchowych. Omijane jest więc ucho zewnętrzne, gdzie nie można z różnych powodów zastosować innych, tradycyjnych rozwiązań.

Utrata słuchu jest jedną z dolegliwości wieku starszego, która znacząco wpływa na ogólną kondycję zdrowotną. Nie tylko utrudnia komunikację, lecz także zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń. U osób starszych cierpiących na lekki niedosłuch dwukrotnie rośnie ryzyko depresji, u osób z niedosłuchem średnim – trzykrotnie, a z głębokim – aż pięciokrotnie. Ponadto u osób po 65. roku życia z zaburzeniami słuchu występują zaburzenia funkcji poznawczych (33 proc.), epizody zaburzeń pamięci (80 proc.), ryzyko choroby Alzheimera (90 proc.). 60 proc. pacjentów z różnymi rodzajami niedosłuchu cierpi na szumy uszne. ■ **mkr**

▶ staraniom dyrekcji Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Nieodpłatnie korzystamy z budynków i otrzymujemy różne inne formy pomocy. Nasze hospicjum ma w rejestrze 26 łóżek. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ nie jest zbyt hojny dla opieki paliatywnej. Jesteśmy trzecim od końca województwem, jeśli chodzi o wysokość nakładów na tę działalność.

## Hospicja domowe uzupełniają opiekę stacjonarną?

To sieć naczyń połączonych. Droga pacjenta powinna prowadzić od poradni medycyny paliatywnej przez hospicjum domowe do stacjonarnego, jeśli chory lub jego rodzina tego sobie życzy. Wybór formy opieki zależy od potrzeb, oczekiwań, stanu pacjenta, możliwości opiekuńczych i warunków socjalnych chorego i rodziny. Oczywiście, zależy to także od wolnych miejsc w placówkach. W dramatycznych dla pacjenta i jego rodziny sytuacjach staramy się obejmować opieką jak największą liczbę osób.

## Czy hospicja mają dostateczną liczbę lekarzy?

Chcemy, aby w każdym hospicjum stacjonarnym pracował lekarz medycyny paliatywnej lub specjalizujący się w niej. Bardzo się cieszę, że w 2014 r. będą nowe miejsca specjalizacyjne, bo w ubiegłym nie było takich możliwości z powodów proceduralnych. Obecnie będziemy dysponować siedmioma miejscami specjalizacyjnymi: sześcioma w Centrum Onkologii i jednym w hospicjum przy ul. Pileckiego.

Z danych NFZ wynika, że w województwie mazowieckim w 2013 r. udzielało świadczeń 43 lekarzy medycyny paliatywnej. W Okręgowej Izbie Lekarskiej było zarejestrowanych 25 specjalistów. Pozostali zapewne zarejestro-

wani są w sąsiednich województwach i dojeżdżają do pracy. Niestety, nie wszyscy pracują w hospicjach. Zwykle mają też drugą specjalizację: chirurga, anestezjologa. Oczywiście w swojej pracy wykorzystują wiedzę do leczenia bólu, łagodzenia objawów itp., ale bezpośrednio w hospicjach nie pracują.

## Jaki jest czas oczekiwania na pomoc paliatywną?

W hospicjach stacjonarnych w 2013 r. czas oczekiwania wynosił od 3 do 49 dni, a w domowych od 2 do 73 dni.

Statystycznie łóżka paliatywne wykorzystywane są w 88 proc. Tak naprawdę wykorzystujemy je prawie w 100 proc. Różnica wynika z faktu liczenia przez NFZ dnia przyjęcia i zgonu pacjenta jako jednego osobodnia.

Zależy mi na rozwinięciu współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Aby pacjent potrzebujący opieki paliatywnej miał wsparcie, którego udziela mu cały system opieki zdrowotnej, nie tylko hospicjum domowe. Chory w stanie terminalnym ma prawo do korzystania z nocnej pomocy lekarskiej, pogotowia ratunkowego, ma prawo do miejsca w szpitalu, jeśli należy zastosować procedurę w trakcie hospitalizacji, a także pomocy lekarza POZ. Tylko takie umiejscowienie chorego będzie gwarantowało jemu i umęczonej rodzinie opiekę i poczucie bezpieczeństwa.

Czasami piszę listy lub dzwonię do kolegów z POZ z informacją, że mamy wspólnego pacjenta, któremu musimy zapewnić odpowiednie leczenie i wsparcie. Ustalamy wspólnie, co każda ze stron może zrobić dla tego chorego. Zdarza się, że zdrowie pacjenta leczonego w hospicjum stabilizuje się i może powrócić na jakiś czas do POZ. ■



# Centrum onkologiczne w Radomiu już otwarte!

Obiecywana przez ministra zdrowia szybka ścieżka onkologiczna stanie się tutaj rzeczywistością – zapowiada dr Maciej Chwaliński, dyrektor medyczny Centrum Onkologii Ziemi Radomskiej. Uruchomiona we wrześniu placówka ma docelowo przyjmować rocznie około 20 tys. pacjentów.

– *Wreszcie jesteśmy gotowi!* – tak rozpoczął uroczystą inaugurację COZR dr hab. n. med. Igal Mor, urolog, przedstawiciel inwestora. Jego radości trudno się dziwić, ponieważ prace trwały znacznie dłużej niż planowano. Początkowo zapowiadano przyjęcie pierwszych pacjentów wiosną 2014 r.

Na razie centrum będzie świadczyło głównie usługi diagnostyczno-zabiegowe. – *Chcemy postawić na rzetelną, kompleksową i szybką diagnostykę osób z podejrzeniem nowotworu oraz z rozpoznaną chorobą, by jak najskuteczniej wdrożyć leczenie chirurgiczne, które w wielu przypadkach jest podstawą w walce z nowotworem* – wyjaśnia dr n. med. Maciej Chwaliński, specjalista chirurg onkolog, który objął stanowisko dyrektora medycznego COZR. – *Posiadamy sprzęt najnowszej generacji, niekiedy unikalny w skali Polski, co pozwoli zaplanować proces leczenia co do dnia, a nawet godziny. Szybka ścieżka onkologiczna stanie się u nas rzeczywistością.*

Centrum jest wyposażone w nowoczesne urządzenia pozwalające na wykonywanie tomografii komputerowej (PET), endoskopii, rezonansu magnetycznego, mammografii, histopatologii i diagnostyki obrazowej. Powstał także blok operacyjny i Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

Wysokiej jakości sprzęt będzie wsparciem dla grupy znakomych specjalistów zatrudnionych przez radomską placówkę. – *Dysponujemy doświadczonymi zespołami: urologów z renomowanych ośrodków z Krakowa i Warszawy, ginekologów z Centrum Onkologii w Warszawie, chirurgów z co najmniej 20-letnim doświadczeniem w onkologii* – wylicza dr Chwaliński.

Zatrudnienie znalazło w COZR 11 lekarzy, ale liczba ta ma się szybko zwiększyć, przynajmniej czterokrotnie. Oczywiście pod warunkiem podpisania kontraktu z NFZ. – *Mam nadzieję, że tak się stanie* – mówił podczas otwarcia dr Igal Mor.

A jeśli NFZ odmówi? – *Mamy skromny fundusz na leczenie pacjentów w początkowym okresie. Chciałbym jeszcze raz zapewnić, że żaden chory na nowotwór nie zapłaci u nas nawet złotówki* – podkreśla współwłaściciel radomskiej placówki. Wniosek do NFZ miał zostać skierowany w połowie września.



W drugim etapie, którego zamknięcie przewidziane jest na koniec III kwartału 2015 r., zostanie zagospodarowany pobliski zabytkowy pałacyk. W obiekcie i dobudowanym do niego pawilonie będą się mieścić m.in. oddziały chemioterapii i radioterapii.



Fotografie: R. Natorski

Nie ulega wątpliwości, że COZR to bardzo potrzebna inwestycja. Świadczą o tym statystyki Krajowego Rejestru Nowotworów, z którego wynika, że blisko 73 tys. mieszkańców Radomia grozi nowotwór, a prawie 55 tys. może umrzeć z powodu tej groźnej choroby.

Uruchomienie placówki cieszy również prezydenta miasta Andrzeja Kosztowniaka. – *To trochę poprawi sytuację naszego regionu. Do tej pory mieliśmy bowiem jeden z najgorszych wskaźników liczby łóżek szpitalnych w stosunku do liczby mieszkańców – na 10 tys. przypada zaledwie 65 łóżek* – zaznacza prezydent Radomia. ■

Rafał Natorski



Fot. archiwum Polpharmy

## Granty Fundacji Polpharmy

W 12. konkursie dla ubiegających się o finansowanie dla projektów badawczych z zakresu medycyny i farmacji, organizowanym przez Naukową Fundację Polpharmy, główny grant, w wysokości 325 tys. zł, otrzymało Uniwersyteckie Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu (CITO) ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kierowane przez prof. Agnieszkę Słowik.

Tematem projektu, nad którym będą pracować dwa ośrodki leczenia udaru mózgu, jest pytanie: „Czy wdrożenie nowatorskiej struktury organizacyjnej, dedykowanej terapii ostrego udaru mózgu, poprawi skuteczność leczenia tej choroby?”. Ośrodkiem referencyjnym dla CITO został Oddział Udarowy II Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Polpharma przyznała także nagrody w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych PTF w roku akademickim 2012/2013. Nagrodę I stopnia otrzymała mgr Joanna Sajkowska z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za pracę na temat: „Poszukiwanie powiązań pomiędzy wariantami polimorficznymi wybranych genów a parametrami gospodarki kostnej i układu sercowo-naczyniowego. Molekularna analiza niektórych kompleksów witaminy D3”. ■

mkr

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. Dobrzeleńska 6, tel.: 730-922-999.

**Wynajmę** gabinety lekarskie (Galeria Ursynów) tel.: 601-22-87-88.



# CEDE 2014 w Poznaniu

11–13 września 2014 r. na terenie Targów Poznańskich odbyła się 24. Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE. Wystawa jest także wydarzeniem naukowo-szkoleniowym. Spotykają się na niej lekarze dentyści, technicy, asystentki stomatologiczne, studenci, producenci i dystrybutorzy, „wszyscy, którzy pragną śledzić rozwój stomatologii i doskonalić swój profesjonalizm” (prof. Stanisław Suliborski). Organizatorzy dążą do tego, aby „witalność i młodość spotkała się z wiedzą i doświadczeniem”.

XX Zjazd Zespołów Stomatologicznych i liczne seminaria, kursy, pokazy, organizowane przez wystawców i producentów oraz organizacje zawodowe, umożliwiły uaktualnienie wiedzy medycznej w różnych specjalnościach. Wykładowcy z zagranicy – dr Linda Greenwall, dr Kosmas Tolidis oraz dr Rafael Moène – prezentowali najnowsze trendy w minimalnie inwazyjnej stomatologii estetycznej, w sposobach wybielania zębów i w profilaktyce stomatologicznej. Oczywiście nie zabrakło znakomitych polskich prelegentów. Swoją wiedzę i doświadczeniem dzielili się ze słuchaczami m.in.: prof. Małgorzata Pietruska, prof. Tomasz Konopka, prof. Mariusz Lipski, prof. Stanisław Suliborski, dr Ewa Dolińska, dr Danuta Borczyk, dr Teresa Fehrenbach, dr Marcin Aluchna, dr Witold Jurczyński, dr Bartosz Czerkaski, dr Maciej Zarow. Wystąpienia rodzimych naukowców były bardzo różnorodne: od prezentacji gry komputerowej, przygotowującej dzieci i rodziców do pierwszej wizyty w gabinecie stomatologicznym, przez informacje



Fotografie: archiwum



o złotych standardach w profilaktyce stomatologicznej i zagadnienia z zakresu stomatologii estetycznej (np. U-Ve-ner, czyli prosty, a rewolucyjny sposób na licówki w każdym gabinecie stomatologicznym) po wykład o leczeniu próchnicy metodą infiltracji czy o bioaktywnych materiałach w stomatologii. Przedstawiono także informacje na temat: prawidłowego postępowania podczas leczenia kanałowego (w tym najnowszych metod, narzędzi i urządzeń udoskonalających wyniki wspomnianego leczenia endodontycznego), periodontologicznego, protetycznego (m.in. znaczenia komunikacji między lekarzem i technikiem dla osiągnięcia satysfakcjonującego pacjenta efektu leczenia protezy nakładkowej typu Snap-on smile, bez szlifowania zębów, i leczenia implantoprotetycznego. Odbyła się prezentacja implantu 4 mm Straumana Roxolid jako alternatywy dla augmentacji kości, omówiono zagadnienie sedacji wziewnej podtlenkiem azotu jako metody eliminacji lęku stomatologicznego.

W roku bieżącym rozbudowano Strefę Testów, w której można było np.:

- wykonać wypełnienie, odbudować punkt w zębach za pomocą pasków Vari Strip i materiału Enamel Plus HRi,
- dokonać ekstrakcji zęba na modelu, z wykorzystaniem produktu Luxator LX-2, przeznaczonego do stosowania w szczególnie trudnych przypadkach, w celu maksymalnej ochrony tkanek,
- przetestować produkty stomatologii funkcjonalnej – wykonać pomiary ruchów żuchwy na modelu i lekarzu, w celu określenia zaburzeń koordynacji i ograniczania ruchów, a także położenia neuromięśniowego żuchwy,
- zapoznać się z podstawą pracy w lupach i z innymi urządzeniami elektronicznymi, typu łuk twarzowy.

Powiększony został także Speaker's Corner, organizowany przez Dental Tribune Study Club, w którym wygłoszono również wiele ciekawych gratisowych wykładów, stworzono nowy pawilon wystawy, zamknięto patio.

Tradycją targów jest przyznawanie nagród Grand Prix w sześciu kategoriach: A) materiały dla stomatologii, B) oprogramowanie dla stomatologii, C) materiały pomocnicze, preparaty i urządzenia profilaktyczne, D) wydawnictwa i edukacja, E) sprzęt stomatologiczny, F) materiały dla techniki. W 2014 r. wyróżniono wystawców w czterech kategoriach i przyznano sześć nagród (w kategoriach A i B nie przyznano nagród). W kategorii E wyróżniono firmę Hol-Dental za Eye Special C-II, czyli cyfrowy aparat fotograficzny. W kategorii F przyznano dwie nagrody firmie HolTrade za Fast Protec – system do wymiany wosku na akryl lub kompozyt metodą bezgipsową, gwarantujący skrócenie czasu pracy o połowę, oraz za F.J.P. – bezakrylowy, odporny na złamania kopolimer nylonu i acetalu, przeznaczony na protezy całkowite i częściowe wykonane metodą wtrysku termicznego za pomocą odpowiednich wtryskarek. Także dwie nagrody przyznano w kategorii C): firmie BZH Atos M.M. za „Alfa płyny i piana” – zintegrowany system profilaktyki okołozabiegowej jamy ustnej, oraz firmie Stern Weber Polska za Pro Trip Turbo – jednorazowe końcówki na dmuchawkę wodno-powietrzną, eliminujące zakażenia krzyżowe i konieczność sterylizacji, posiadające unikalny dwukanalikowy system do niezawodnej separacji wody i powietrza. Nagrodę w kategorii D) zdobyła firma Polkard za „O-atlas. Atlas techniki ortodontycznej i ortopedii szczękowej”.

W roku bieżącym po raz pierwszy zwiedzający wystawę CEDE mogli głosować na jeden z 21 produktów zgłoszonych do nagrody Grand Prix w nowej kategorii, którą jest nagroda publiczności. Głosowanie odbywało się tylko podczas trwa-



nia wystawy, wyłącznie za pośrednictwem aplikacji mobilnej „CEDE 2014” i trwało od godz. 10 w czwartek 11.09 do godz. 15 w sobotę 13.09 (w trakcie głosowania wyniki były wyświetlane na bieżąco na monitorze obok Biura Targów). Przeważające poparcie, bo ponad połowy głosujących (51 proc.), uzyskała Fundacja Be Active Dentist zrzeszająca młodych, pomysłowych lekarzy dentystów, która przygotowała m.in. Strefę Testów, punkt informacji na temat dotacji z UE oraz punkt szkoleń w zakresie komunikacji z pacjentem i rozwoju praktyk stomatologicznych, prowadzony przez znanego uczestnikom tegorocznej Czerwcowej Sesji Stomatologicznej (zorganizowanej w Galerii Porczyńskich przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie) dr Kamila Kuczewskiego. BAD zorganizowała także niekonwencjonalną w formie akcję charytatywną, z której dochody zostały w całości przeznaczone na pomoc dla lekarza stomatologa, który przeżył udar niedokrwienny mózgu i jest sparaliżowany. Aby wesprzeć szczytny cel, należało wsiąść na jeden z kilku przygotowanych rowerów stacjonarnych i przejechać dowolny dystans (ja także wzięłam udział w akcji, co widać na zdjęciu). Za każdy przejechany kilometr wypracowywało się 3 zł na rzecz wspomnianego kolegi.

Podsumowując: według organizatorów wystawę zwiedziło 13 769 osób (liczba ustalona na podstawie rejestracji danych z identyfikatorów uczestników), czyli około 2 proc. więcej niż w roku ubiegłym. Sukcesywnie rośnie także liczba osób zainteresowanych udziałem w wykładach. W targach wzięło udział 264 wystawców. Zgodnie z ideą organizatorów i trendami europejskim, obowiązującymi w branży wystawienniczej, obserwuje się istotną zmianę jakościową, przejawiającą się coraz mniejszym zainteresowaniem nabywaniem na targach określonych produktów. Handel detaliczny maleje, uwaga gości coraz bardziej skupia się na możliwości wypróbowania prezentowanych materiałów, ekspozowanego sprzętu i osobistym kontakcie z osobami odpowiedzialnymi za dany produkt. Za dwa lata zamiast targów odbędzie się kongres FDI (Światowej Federacji Dentystycznej). Będzie to pierwsze tego typu spotkanie zorganizowane w Polsce i ogromne wyróżnienie dla naszej stomatologii oraz branży wystawienniczej. Trochę szkoda, że – aby wziąć udział w tak dużym przedsięwzięciu wystawowo-edukacyjnym (mam na myśli coroczne Targi CEDE) – musimy jechać tak daleko, chociaż najwięcej stomatologów zrzesza nasza, warszawska Izba. Nie wiem, dlaczego tak jest. Czekam na opinie w tej kwestii przesyłane do redakcji „Pulsu” lub na mój adres e-mailowy, podany na stronie OIL w Warszawie. ■

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

# Dzieci powstańców pamiętają

Małgorzata Skarbek

na podstawie wspomnień Joanny Badowskiej-Folty

Dr Joanna Badowska-Folta jest córką powstańców warszawskich. Jednak w jej rodzinnym domu – inaczej niż u dr. Jana Faryny („Oczami dzieci powstańców”, „Puls” nr 8–9/2014) – rzadko wspominało okupacyjne przeżycia. Ojciec zmarł bardzo wcześnie, zabierając swoją historię do grobu. Mama i jej rodzeństwo nieczęsto powracali pamięcią do lat wojny.

Ojciec Zbigniew Badowski nikomu z rodziny nigdy w czasie okupacji nie wspominał, że należy do AK, a potem, już po wojnie, że brał udział w Powstaniu Warszawskim.

Wszystkie znane opowieści o ojcu pochodzą od osób trzecich. Rodzina dowiedziała się o jego okupacyjnych i powstańczych dziejach dopiero w latach 80. XX w. Do siostry ojca zgłosił się kolega z Powstania i opowiedział o nich. Pośmiertnie przyznano dr. Badowskiemu wszystkie powstańcze odznaczenia. Jako młody chłopak był harcerzem. Przed wojną (po wojnie też) mieszkał na Pradze, przy ul. Inżynierskiej, i należał do VI Obwodu Warszawskiego Okręgu AK. Nosił pseudonim „Poraj”, w Powstaniu pełnił funkcję medyka. Tyle tylko wiadomo o jego wojennych dziejach.

Po wojnie studiował medycynę, którą ukończył w 1950 r. Został asystentem prof. Adama Grucy w Szpitalu Dzieciątka Jezus przy ul. Lindleya. Był niezwykle zdolnym lekarzem, dobrym diagnostą. Znało go i lubiło środowisko lekarskie, cenili pacjenci. Jeszcze wiele lat później, gdy jego córka zdawała egzaminy, był dobrze wspomniany. Niestety, zmarł już w 1954 r.

Był operowany z powodu nagłej, szybko postępującej choroby nowotworowej: dwukrotnie w Polsce, a potem w Sztokholmie, zmarł na zator płucny po operacji.

Córka zastanawia się, dlaczego ojciec tak skrętnie ukrywał swoje okupacyjne dzieje. Mówi: – *To nie był czas, w którym można było się chwalić przynależnością do AK. Nie doczekał odnowy w 1956 r., może wtedy by się ujawnił. Ale myślę, że nie był to jedyny powód jego milczenia. Być może w czasie Powstania przeżył tak potężną traumę, widział rzeczy tak straszne, że chciał ten czas wyrzucić z pamięci, nie wracać do niego. Wyparł ze świadomości, aby móc dalej normalnie żyć. Na osobną opowieść zasługuje siostra mojego ojca Barbara Badowska-Radziejewska, też już dziś nieżyjąca doktor stomatologii. Pracowała w studenckiej przychodni PALMA, niczego się nie dorobiła, a mimo to coś jeszcze oddała społeczeństwu – swoje ciało oddała Akademii Medycznej. To niezwykle rzadki przypadek, a dla rodziny zaskoczenie i powód do smutku, gdyż nie mogliśmy jej pochować i w ten sposób godnie pożegnać.*

Inne były losy matki dr Badowskiej – Barbary Fijewskiej, choć też brała udział w Powstaniu Warszawskim wraz z czworgiem swojego rodzeństwa. Ona również nie lubiła wspominać czasu wojny, nie snuła opowieści o kombatantki, dzieliła się tylko strzępami wspomnień, np. o szyciu mundurów jeszcze pod koniec Powstania, aby godnie wyglądać w czasie wymarszu po kapitulacji.

Rodzina Fijewskich mieszkała przed wojną na Powiślu. Ojciec był tapeciarzem, matka zajmowała się jedenaściorciem dzieci. Uzdolniona tanecznie Barbara chodziła do Prywatnej Szkoły Tańca Scenicznego Tacjanny Wysockiej. Mogła tam się uczyć m.in. dzięki pomocy materialnej Hanka Ordonówny. Podczas okupacji pracowała w Fabryce Kabli w Ożarowie i była słuchaczką tajnego Studia Teatralnego Iwo Galla. W konspiracji nosiła pseudonimy „Puk” i „Basia”, miała stopień plutonowego.

W Powstaniu walczyła na Powiślu i w Śródmieściu Północ, w Grupie Bojowej „Krybar” AK, w III Zgrupowaniu „Konrad”, 2. kompania, 116. pluton. W tym samym zgrupowaniu była też jej siostra Maria, ps. „Mary”. Niewiele wiadomo o ich szlaku bojowym, ale na Powiślu walki były niezwykle ciężkie.

W Powstaniu brali udział również bracia sióstr Fijewskich: Zbigniew i Tadeusz.

Tadeusz Fijewski to znakomity aktor, twórca wielu wspólnych ról teatralnych i filmowych. Jego losy wojenne były bardzo dramatyczne. Złapany w ulicznej łapance, trafił do obozu koncentracyjnego Sachsenhausen, skąd wykupiła go matka przyjaciela. Po odzyskaniu wolności związał się z podziemnym teatrem wojskowym pod auspicjami Biura Informacji i Propagandy Komendy Głównej AK, w którym występowało wielu znanych aktorów. Dali kilkadziesiąt tajnych spektakli.







W Powstaniu należał do „brygady teatralnej” Leona Schillera, Oddział VI BiP. Z Powiśla przez górny Czerniaków trafił do Śródmieścia. Występował w powstańczych placówkach, szpitalach i schronach, gdzie grał, deklamował i śpiewał. Po kapitulacji poszedł do niewoli. Z oflagu II Gross Born trafił do Lubeki, a stamtąd wrócił do Polski. Przez wiele lat grał w teatrach, filmie, Teatrze Telewizji, Polskim Radiu, tworząc niezapomniane postacie, m.in. w: „Kapeluszu pana Anatola”, „Chłopach”, „Lalce” i radiowych „Matysiakach”. Zmarł w 1978 r.

Jeszcze jeden bliski krewny dr Badowskiej zapisał się w powstańczych annałach. Kapral podchorąży Andrzej Tadeusz Bargiełowski, ps. „Łysek”, „Stączek”, należący do pułku „Baszta”, w Powstaniu nie zdołał dotrzeć do macierzystej jednostki i walczył w 2. kompanii III Batalionu Pancernego „Golski” w Śródmieściu Południowym. W czasie walk wykonał 111 zdjęć na małoobrazkowych negatywach firmy Agfa-Aeropan oraz Minosa. Fotografie powstały w pierwszej dekadzie sierpnia, w rejonie ulic Marszałkowska, Polna, 6 Sierpnia, Lwowska, Koszykowa i Piękna. Sportretował na nich kolegów z „Golskiego” i udokumentował budowę barykad przez ludność cywilną. Negatywy ocalały dzięki ojcu powstańca, który je zdołał przechować.

Po Powstaniu Barbara, podobnie jak brat Tadeusz, trafiła do niewoli. Znalazła się w stalagu w Bergen-Belsen, potem w Lingen. Tam spotkała Leona Schillera, który założył Teatr Ludowy im. Bogusławskiego. Pomagała w przygotowywaniu choreografii spektakli. Jeździli po Europie, występując dla polskich żołnierzy ze spektaklem „Krakowiacy i górale”. Wrócili do Polski w 1945 r. Barbara pracowała w teatrze Schillera, potem w Toruniu, w Łodzi, w Teatrze Polskim i Narodowym w Warszawie. Zajmowała się choreografią i reżyserią teatralną. Ogromnym powodzeniem cieszył się „Kram z piosenkami” w jej reżyserii, wystawiany w wielu miastach Polski.

Nie lubiła „kombatanctwa”, ale zawsze 1 sierpnia spotykała się z kolegami i koleżankami ze swojego zgrupowania. Spotykali się przy kościele na Solcu, gdzie dość wcześnie wmurowano tablicę upamięniającą powstańcze walki. Ich przyjaźnie, wzajemne zaufanie przetrwały wszystkie lata i wszystkie zakręty historii.

Rodzice dr Joanny, Zbigniew i Barbara, poznali się w 1953 r., dość przypadkowo. Prof. Gruca leczył kolano jednej z sióstr Fijewskich. Do szpitala przychodziła z Barbarą. Kiedyś profesora zastąpił młody asystent (przy okazji – postawił prawidłową diagnozę), którego oczarowała uroda ślicznej siostry pacjentki. Jedno z następnych, przypadkowych spotkań, tym razem w kawiarni, skończyło się poznaniem. Uczucie musiało być silne w oboju, skoro po trzech miesiącach odbył się ślub. Niestety, małżeństwo trwało krótko, nagła choroba zabrała Zbigniewa w kilka miesięcy po urodzeniu się córki – Joanny.

Młoda Joanna początkowo chciała studiować psychologię. Ale pod wpływem sugestii matki, która mówiła: „Ty wiesz, jakby tatuś się cieszył, gdybyś została lekarzem”, wybrała medycynę. I nie żałuje. Wiele lat (1979–1996) pracowała w rejonowej służbie zdrowia w śródmieściu Warszawy. W latach 90. „krótką ścieżką” ukończyła specjalizację z medycyny rodzinnej i teraz jest lekarzem rodzinnym na Ursynowie. Żałuje, że tak mało wie o powstańczych losach rodziny. Sądzi, że bliscy po prostu chcieli zapomnieć o tych strasznych przeżyciach, nie przekazali traumatycznych wspomnień dzieciom. ■



Fotografie: archiwum rodzinne



## Pisanie niepiśmiennie

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Pod koniec lat 90. zaczęła się dokonywać trwająca do dziś rewolucja, która polega na tym, że ludzie, którzy dawniej nie musieli pisać, nagle znaleźli się w sytuacji, w której ta czynność okazuje się nieodzowna. Wie o tym dziecko z przedszkola, wie niewykwalifikowany robotnik. Dano im szansę istnieć publicznie, ale pod warunkiem, że będą umieli wykrzesać z siebie coś, co da się umieścić w formularzu ekranowym, w telefonie, na planszy gry. Banki biorą duże opłaty za obsługę przy okienku, więc kto żyw loguje się przez Internet. Porozumiewać się można za pomocą e-mailu lub SMS-u, już nie trzeba używać droższych listów naziemnych ani pióra.

Nikt internetowo ani komórkowo sporządzanych tekstów nie kontroluje, ponieważ ewentualni krytycy są z tej samej parafii i oceniać nie potrafią. Błędy wyławiane przez programy ortograficzne w edytorach tekstów są dla nich nieczytelne, bo żeby z tego skorzystać, trzeba dobrze znać ortografię. Ponieważ większość respondentów i internautów jest na tym samym niskim poziomie wiedzy językowej, nie jest istotne, że tekst jest brzydki i zawiera błędy. Wystarczy, że zawiera treść.

Ujawniła się stara choroba, którą z niewielką przesadą można nazwać „pisanem niepiśmiennym”. Chorymi na nią są wtórni analfabeci, którzy nie chcą się leczyć. Interesanci, internetowi kupujący, uczniowie, a więc jakieś 95 proc. społeczeństwa, są – jak zauważył Jan Grzenia w rozprawie o języku w sieci – gotowi ten stan kultywować. Do złego tonu należy pisanie poprawne. Lepiej przynajmniej raz w tekście napisać *nei* niż wszędzie *nie*, i zaznaczyć swoją osobowość za pomocą karykatury gramatyczno-fonetycznej typu *ludzią* lub *pracujom*.

Objawem patognomicznym tej choroby jest niechlujstwo – zapisy bez polskich znaków diakrytycznych (ąęćńóśź), mylenie liter i ich kolejności, nierozróżnianie liter wielkich i małych, nieobecność interpunkcji albo antyinterpunkcja (np. stawianie przecinków w miejscach, w których występować nie powinny), a często całkowity brak podziału tekstu na części. Sami mają trudności z odczytywaniem takich ciągów, ale nic nie robią, żeby po napisaniu cokolwiek poprawić. Ich zdaniem wszelkie poprawianie jest przejawem szczególnego lekceważenia odbiorcy. Należy pisać dokładnie tak, jak przez głowę przesuwają się strzępy myśli, bo tylko wtedy jesteście wiarygodni i szczerzy.

Niezrozumiałość wypowiedzi na forach internetowych i w e-mailach „*jest wymysłem ludzi, którzy udają wielką kulturę, a sami robią głupoty, zakładają skarpety do sandałów, za wszystko chcą pieniędzy i stroją się w doktoraty*” – cytuję w liście do Lekarskiego Poradnika Językowego (ortografię poprawiłem). Ponadto autorka tej opinii, licealistka, była na sztuce „Skąpiec moliera” i pyta mnie, „*co to jest ta »moliera«, gdyż teatr nie dał widzom żadnego helpu*”.

To nie są żarty. To są fakty, zawołowany analfabetyzm istnieje. Jest zaraźliwy. Nie wiedzielibyśmy o tym, gdyby nie rozwój elektroniki. ■



## Krok w przód, krok wstecz

Coraz trudniej w jednym akapicie zawrzeć syntetyczną relację z życia miasta. To wprawdzie jeszcze nie monstrum à la Mexico, ale już nie senny gród opisywany przez Boya w „Znasz li ten kraj”. Na dodatek zbliżają się wybory samorządowe i magistrat wrze od inicjatyw. A to Krakowska Karta Rodzinna 3+, a to Rada Seniorów, którą poprzedza Wyprawka Szkolna i Budżet Obywatelski. Arena tętni siatkówką, po 15 tys. widzów na meczach nawet bez polskiej reprezentacji

(bo jak zwykle tak się złożyło, że Kraków pominięto w przydziale meczów naszej drużyny). Oczywiście na pierwszym planie 5–6 sierpnia 2014 r. – setna rocznica wymarszu I Kompanii Kadrowej po niepodległość. Msza na Wawelu, wizyta prezydenta RP, „Lekcja śpiewania” na Rynku, uroczysty capstrzyk i apel pod kopcem Marszałka – to tylko część atrakcji, wśród których stulecie przyłączenia Josephstadt, czyli Podgórze, do Krakowa przeszło niemal niezauważone.

A w medycynie najpierw wspomnieć wypada o dwóch jubileuszach: Szpital im. Stefana Żeromskiego w Nowej Hucie obchodzi 60-lecie, a Szpital im. Gabriela Narutowicza 80-lecie istnienia. Oba należą do miasta, przy czym pierwszy ugina się pod ciężarem długów, a drugi kwitnie. Przy podobnym budżecie i zbliżonej dotacji od miasta trudno rzecz zrozumieć. Natomiast przeszło 50 mln zł długów pierwszej z wymienionych placówek trudno bagatelizować.

Za wydarzenie pierwszoplanowe, z krakowskim rodowodem, ale o ogólnopolskim znaczeniu, pozwolę sobie jednak uznać ogłoszenie stanowiska – najpierw Prezydium ORL, a od 10 września br. Okręgowej Rady Lekarskiej – w sprawie klauzuli sumienia. Po wyrazach „zaniepokojenia” tumultem powstałym wokół tej kwestii czytamy w nim m.in.: „*Stoimy na stanowisku, że każdy lekarz ma do niej [czyt. klauzuli] niezbywalne prawo. Uważamy jednak, że cierpienie chorego nie może być jego ceną, zwłaszcza że cenę tę płaci chory, a nie lekarz (...). ORL w Krakowie uważa także, że samorząd zawodowy, do którego przynależność wszystkich lekarzy bez względu na przekonania jest obowiązkowa, powinien zachować pełną neutralność światopoglądową i polityczną, a jego przedstawiciele powinni również w swoich wypowiedziach zachować taką neutralność (...)*”.

Cytuję tylko część krótkiego, ale wyrazistego dokumentu, i nie rozumiem, jakie argumenty sprawiły, że jego rozpatrzenie na posiedzeniu NRL okazało się, z przyczyn jakoby proceduralnych, niemożliwe. Interweniowały, jak się domyślam, siły wyższe.

I to może tyle z Krakowa w przeddzień inauguracji roku akademickiego. 9,83 osób na 1 miejsce na Wydziale Lekarskim i 15,06 na kierunek lekarsko-dentystyczny mówi wszystko. Niedługo będziemy mieć więcej dentystów niż wszystkie pozostałe kraje kontynentu razem. ■

Wasz Cyrulik z Rynku Głównego





# Antywowki na wytrawnie

Dariusz Hankiewicz

Jesień powitała nas urokiem złotych liści i bogactwem owoców. Ale i, z powodu jednego człowieka, mnóstwem jabłek na polskich straganach. A właściwie, czy zastanawialiście się, co to są jabłka i skąd się u nas wzięły? Według mitologii greckiej jabłko stworzyła bogini Ziemi Gaja. To pierwsze drzewo dawało złote owoce nieśmiertelności i rosnęło w ogrodzie strzeżonym przez trzy Hesperydę oraz stugłowego smoka Ladona. Gaja podarowała jabłka z tej jabłoni Herze z okazji jej ślubu z Zeusem. Według mitologii rzymskiej bogini Pomona miała swoją świątynię i kapłanów, a jabłka należały do jej ulubionych owoców. Dla Rzymian jabłko było też symbolem wiecznego życia i zaświatów, a więc końca życia doczesnego, stąd zwrot „*ab ovo usque ad mala*” – od jaja (początku życia) do jabłka (końca życia). Celtowie świat pozagrobowy nazywali Avalonem, czyli Wyspą Jabłek. Zmarli dostawali się tam, płynąc na zachód łodzią. Na Avalonie leżała Równina Szczęścia (Mag Mell), na środku której rosła cudowna jabłonia, jednocześnie pokryta liśćmi, kwiatami i owocami. Jej owoce dawały życie i młodość. W kulturze nordyckiej złote jabłka Iduny, spożywane przez bogów w Asgardzie, także zapewniały wieczną młodość (tak jak nektar i ambrozja w mitologii greckiej). W kulturze chrześcijańskiej jabłko, które wiązało się z po-

gańskimi rytuałami płodności, było symbolem pokusy i pożądania. Co w związku z jabłkiem nabroiła niejaka Ewa, wiemy z Biblii. Według legendy chrześcijańskiej (nie pochodzącej z Biblii) wypukła chrząstka na męskiej szyi pojawiła się dlatego, że pierwszemu mężczyźnie, czyli Adamowi, utknął w gardle kawałek owego zakazanego owocu. Stąd popularna nazwa: jabłko Adama. To dowód, że jabłka rosły już w raju. Mając na względzie ich wielowiekową historię, zaktualizowaną przez współczesną politykę, zdecydowałem się przedstawić przepis na danie właśnie z jabłek. Wszyscy znamy jabłka z ryżem i śmietaną, pewnie ze 100 rodzajów szarlotki, różne wersje zapiekanych jabłek w cieście. Ja chciałbym zaproponować jabłka na sposób wytrawny. Tak naprawdę to przystawka na ciepło. A wykonanie niemal ekspresowe.

## Składniki:

- 4 kwaśne jabłka (twarde i chrupiące!)
- 1/2 cytryny
- 10 kg sera brie (lub camembert z zielonym pieprzem)
- gałka muszkatołowa (4 szczypty mielonej)
- 1/2 łyżeczki granulowanego czosnku
- 2 łyżki białego wytrawnego wina
- 4 duże plastry szynki dojrzewającej (np. prosciutto, serrano lub szwarcwaldzkiej)

## Wykonanie:

Jabłka umyć, odkroić górną część, wykroić gniazda nasienne, oprószyć gałką i czosnkiem, skropić sokiem z cytryny. Napełnić jabłka kawałkami sera, skropić winem, owinąć plasterkami szynki i przypiąć je wykałaczkami. Piec ok. 20 minut w temperaturze 190 stopni. Oczywiście jeść na ciepło.

PS Dlaczego tak nazwałem tę przystawkę? Pomyślcie... Smacznego! I jedzmy jabłka! ■

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



# HOT TOPICS DIABETOLOGIA

KOŁOBRZEG, 28–29 listopada 2014 r.

## TERMIN:

28–29 listopada 2014 r.

## MIEJSCE:

KOŁOBRZEG

## KIEROWNIK NAUKOWY:

prof. dr hab. Leszek CZUPRYNIAK

## ORGANIZATORZY:

Klinika Chorób Wewnętrznych  
i Diabetologii Uniwersyteckiego  
Szpitala Klinicznego nr 1  
im. N. Barlickiego w Łodzi

wydawnictwo *Termedia*

KONFERENCJA DIABETOLOGICZNA W ZUPEŁNIE NOWEJ FORMULE

POŁĄCZENIE NAJBARDZIEJ DYSKUTOWANYCH W OSTATNICH MIESIĄCACH  
ZAGADNIENI Z ASPEKTAMI PRAKTYCZNYMI CODZIENNEJ PRACY

SESJA „HOT TOPICS” – O TYM, CO WZBUDZIŁO W TYM ROKU  
NAJWIĘCEJ KONTROWERSJI NA ZJAZDACH W WIEDNIU I SAN FRANCISCO

SESJA „PUŁAPKI CODZIENNEJ DIABETOLOGII” – O TYM, NA CO TRZEBA UWAŻAĆ, PRACUJĄC W GABINECIE LEKARSKIM Z CHORYMI NA CUKRZYCĘ

SESJA POŚWIĘCONA TYM CHOROZOM TOWARZYSZĄCYM CUKRZYCY, KTÓRE SPRAWIAJĄ OBECNIE CHORYM I LEKARZOM NAJWIĘCEJ KŁOPOTÓW W PROCESIE TERAPII

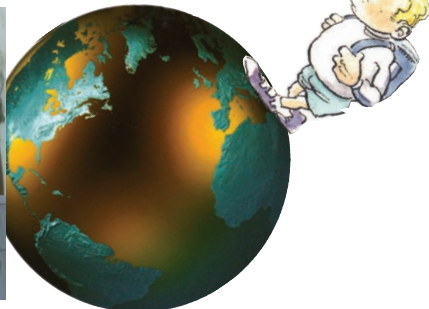
SESJA „DOSKONALENIE PRAKTYKI DIABETOLOGICZNEJ” – PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI I RADY DOŚWIADCZONYCH DIABETOLOGÓW DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA  
Z PACJENTAMI Z CUKRZYCĄ, OPARTE NA PRZYPADKACH KLINICZNYCH

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)



Jacek Walczak



Mogą się paść całą dobę, bo słońce tu nie zachodzi przez ponad 60 dni. Po kilku miesiącach zapada długa noc, której mrok mogą rozjaśnić najwyżej zorze polarne. Od października do kwietnia droga do przylądka jest zamknięta. Szarobure pustkowia mogą rozczarować, ale wielu twierdzi, że urwisko, sterczące 307 m powyżej poziomu morza, niezwykle pobudza zmysły. Nostalgiczną atmosferę pogłębiają niemal ciągle padające deszcze. Trzeba mieć sporo szczęścia, by natrafić na dzień, kiedy przez 24 godziny widać słońce. Przy pochmurnym niebie, gdy obniżające się słońce znajdzie się między powierzchnią morza a chmurami, czasami zaświeci na chwilę jaskrawoczerwonym

# Syjamski król na końcu świata



Fotografie: J. Walczak

*„I oto jestem na Przylądku Północnym, na skraju Finnmarku. I ośmieliłem się stwierdzić, że jednocześnie na końcu świata, jako że nie ma zamieszkałych miejsc dalej na północ. Ten fakt dopełnia moją satysfakcję. Przybyłem tutaj, zobaczyłem i czuję się spełniony. I zaspokojony. Tutaj kończy się moja ciekawość...”*

Tak napisał ksiądz turysta Francesco Negri z Ravenny, który po dwuletniej włóczędze dotarł w 1664 r. do North Cape. Nazwę nadał przylądkowi w 1553 r. jego angielski odkrywca Richard Chancellor, podczas wyprawy w poszukiwaniu północnego połączenia z Pacyfikiem. Norwegowie określają przylądek po swojemu – Nordkapp. Natomiast dla Saamów (Lapończyków), najstarszych mieszkańców tej ziemi, było to święte miejsce, znane jako Knyskanes.

Na smaganej wiatrami, bezleśnej wyspie Mageroya rozłożyła się rybacka wieś Honningsvåg, najbardziej na północ położona miejscowość w Europie. Stąd jest tylko 34 km do najdalej wysuniętego skrawka kontynentu – Przylądka Północnego. Rozległy płaskowyż pokryty tundrą latem odwiedzają renifery.

światłem. Panują tu wyjątkowo nieprzyjazne człowiekowi warunki, które jednak od dawna budzą romantyczną stronę duszy licznych podróżników. Zbudowano w tym miejscu nowoczesny Ośrodek Przylądka Północnego. Czegoż tam nie ma: kino, sala wystawowa, restauracja, sklepy, bank, poczta itp. I... muzeum Tajlandii. Niesłychane, takie muzeum w takim miejscu.

Najbardziej odległe rejony naszego kontynentu przyciągały, ale nie za często, rozmaitych dziwaków, ale też wielkie osobistości. Wizytę Filipa Orleańskiego, późniejszego króla Francji, upamiętnia stojący na skarpie pomnik. W roku 1873 przybył tam także król Norwegii Oskar II. Przyjechał chyba po to, by ocenić, czym to z łaski bożej ma zarządzać. Z okazji tej wizyty wniesiono prowizoryczne zabudowania, które miały służyć królowi. To prymitywne schronienie stało się z czasem poważnym ośrodkiem turystycznym.

Król Syjamu (obecnie Tajlandia) Rama V przybył do Europy poznawać zachodnią cywilizację. Gdy składał wizytę na dworze szwedzkim, pokazano mu koniec kontynentu. Było to w roku 1907.





zania z dalekich krajów: telegraf, pocztę, komunikację lądową. W założonej przez niego szkole uczono w języku angielskim. Król nakazał też wybudowanie wielu pałaców i budynków na wzór europejski.

Wędrówki syjamskiego króla przyczyniły się zatem do tego, że Syjam, jako jedyny kraj w Indochinach, oparł się kolonizacji.

Do dzisiaj ślady jego wizyty na norweskim Nordkappie są widoczne. W jednej z sal Ośrodka Przyładka Północnego w szklanej gablocie leży całkiem spory kamień. Są na nim wydrapane napisy w języku tajskim, z wyraźną datą: 1907. Tak upamiętniono fakt wizyty syjamskiego króla na końcu świata. ■



Mocarstwa europejskie tworzyły protektoraty lub kolonie na niemałych połaciach południowo-wschodniej Azji. Tylko Syjam, aczkolwiek ogromnym kosztem, oparł się tym zakusom. Zatem nie bez powodów młody król Rama V Chulalongkorna z dynastii Chakri udał się w daleką podróż. Zależało mu, by lepiej poznać zachodnie systemy rządów, a także zwyczaje Europejczyków.

Pierwszy raz dotarł do Europy w 1897 r. Wylądował w Rzymie, by przez Wiedeń i Warszawę udać się do Petersburga. Spodziewał się zyskać przychylność cara Rosji, który mógł stanowić przeciwwagę w stosunku do władców brytyjskich i francuskich. Podczas pobytu w Warszawie zatrzymał się w Łazienkach, skąd pisał w listach do żony o tym, jak bardzo Polska mu się podoba. Użył nazwy kraju, którego wtedy nie było na mapach.

Po raz drugi przybył do Europy w 1907 r. Podróż rozpoczął w Nicei. Na zbudowanym specjalnie dla niego parowym jachcie opłynął Stary Kontynent. Ponownie odwiedzał dwory panujących. Wtedy właśnie był na Nordkappie. Po powrocie do Syjamu zreformował administrację i wprowadził rozwią-

**Drodzy Przyjaciele,  
Absolwenci Warszawskiej Akademii Medycznej  
– rocznik 1965 wydziałów lekarskiego,  
pediatrycznego i stomatologicznego**

**6 czerwca 2015 r.**, o godz. 12.00,  
w auli Zakładu Dydaktyki,

w obecności JM Rektora i pt. Dziekanów WUM  
odbędzie się uroczyste odnowienie dyplomów  
z okazji 50. rocznicy ich otrzymania.

Informacje oraz zgłoszenia (do 30 listopada 2014 r.):  
Wydz. Lekarski – Katarzyna Tymińska, tel.: 606-42-14-22  
e-mail: katarzyna.tyminska@icloud.com

Pediatria – Krystyna Wójcik, tel.: 604-50-56-04  
e-mail: krystynawojcik@gmail.com

Stomatologia – Jerzy Korewicz, tel.: 22-773-81-65  
e-mail: jkorewicz@ikard.pl

Krzysztof Dąbrowicz, tel.: 600-88-78-89  
e-mail: jkjd@wp.pl

# Artystka i tableau vivant

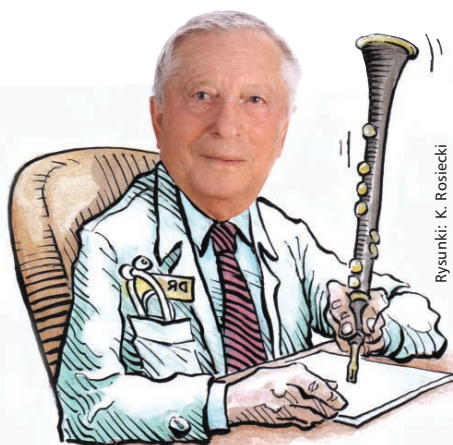
Artur Dziak

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Z wielu zjazdów i konferencji ortopedycznych, na które z obowiązku musieliśmy jeździć, pozostały mi kolorowe wspomnienia, które w chwilach okresowej chandry z lubością sobie przypominam.

We wdzięcznej pamięci zachowuję zjazd w Krakowie w latach 70., kiedy bujne życie towarzyskie koncentrowało się w modnym wówczas hotelu Cracovia. Na zapowiadany uroczysty bankiet pożegnalny wszyscy szkodliwie już od początku zjazdu, gdyż większość przyjechała tylko po to, by uciec z domu i pobalować. Niektórzy przeto słusznie pytali, czy żeby napić się wódki, trzeba jechać aż tak daleko, ale pytania te były równie retoryczne, co głupie, gdyż wiadomo, że chodzi o zasmakowanie wolności!

Po wystąpieniach różnych oficjeli i po wzajemnym prawieniu sobie wymuszonych duserów, a niekiedy zupełnie wrednych gratulacji z powodu wspaniałego, tak pod względem na-



Rysunki: K. Rosiecki

ukowym (co było zawsze okropnym kłamstwem), jak i towarzyskim (co akurat było prawdą), zjazdu przystępowano do intensywnego picia, po to, by się upić, gdyż takie wówczas panowały reguły.

Ponieważ coraz więcej zjazdowiczów stawało się marudnymi i trzeba było ich na czas eliminować od stołu, wydawało się, że bankiet, wzorem poprzednich, szybko umrze śmiercią naturalną, gdyż będzie się stawać coraz nudniejszy. Wszystko się odmieniło, gdy na salę wkroczył mocno spóźniony Antonio. To, że Antonio z racji swych niekonwencjonalnych zachowań był zawsze pożądany w towarzystwie, było wiadomo, ale w tym momencie uczestnicy bankietu zorientowali się, że czekają nas dodatkowe rozkosze ducha, a to dzięki damie, która u boku Antonia weszła na salę!

Dama Antonia wzbudziła powszechne zainteresowanie, a nawet niekła-

many zachwyty u wielu. Była to „bujna blondynka”, o posągowych kształtach i przystojnej twarzy. Mało tego! Szła jak rasowa modelka, zręcznie prezentując cudowną wprost zawartość dekoltu oraz zgrabne nogi, które z powodu wyjątkowo długiego rozcięcia sukni wydawały się nie mieć końca. Idąc, rozdawała radosne uśmiechy, a tajemniczy uśmieszek czaił się stale na jej może nazbyt pełnych i swawolnych ustach. Gdyby tylko to, ale gdzież tam! Antonio przedstawił damę jako „wybitną artystkę kabaretową i teatralną” – dosłownie!

Nic też dziwnego, że chociaż znaleźć się w pobliżu „artystki” zapragnęli wszyscy siedzący za długim stołem uczestnicy bankietu, nie wyłączając tzw. leśnych dziadków. Zaczęło się na wypródki całowanie rączek oraz wypowiedzianie niesłychanie czołobitnych duserów i komplementów. Antonio nie mówił nic, tylko rozglądał się dumnie dookoła, od czasu do czasu rzucając przyjaznym spojrzeniem na swoją własność.

Nie muszę mówić, że do późnych godzin nocnych dama była źródłem zainteresowania wszystkich. Ponieważ co chwilę, jak na pułkowej paradzie, wystrzeliwały gromkie okrzyki „Zdrowie”, „Sto lat” i tym podobne pijackie prowokacje, pito gęsto i – co niktogo nie dziwiło – dama piła równo ze wszystkimi, czym przysparzała sobie coraz większej adoracji.

Kiedy śpiewy, toasty i zawołania w czasie *standing ovation* sięgnęły zenitu, ktoś krzyknął: „Z pantofelka” – i rozpoczęło się picie szampana z bućki damy. Nie wiem, kto wpadł



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 dań 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](mailto:rezerwacja@klublekarza.pl)



na pomysł, zważywszy że pozbawiona obydwu pantofli dama normalnie tańczyć nie może, by zatańczyła na stole – chociaż małą solówkę!

I dama w pojedynkę stworzyła *tableau vivant* wśród wrzasków oszalałych z uwielbienia dla jej talentu adoratorów i przy brzęku tłuczonego szkła zastawy ściąganej ze stołu wraz z obrusami.

Jeden ze śpiewanych romanów cygańskich – „*Ech wy, Cyganki*” – musi bisować wielokrotnie, gdyż słowa: „*Die-niek niestarczit – siebie prodam*” tak rajcują doktorów, że posyłają pikolaków na miasto po kosze kwiatów!

Po pewnym czasie wykonywany nieprzerwanie przez artystkę show zaczął mnie nieco nużyć, więc przesiadłem się do innego stolika, przy którym mniej ostro pili. Kiedy powróciłem na swoje miejsce, przy stole pozostali tylko nieliczni, którzy nie padli w boju, a Antonia i damy nie było.

Do naszego pokoju wróciłem, kiedy świtało, i stwierdziłem, że w łóżku Antonia znajdują się dwie osoby. Porozrzucana dookoła odzież i bielizna wskazywały, że gdzieś obok znajduje się dama. Gdy zmierzałem do swego łóżka, znajdującego się pod przeciwległą ścianą pokoju, potknąłem się o wybebeszoną torebkę. Na podłodze leżało wszystko, co kobieta zwykła mieć w torebce, w myśl powiedzenia

„*Chaque femme cherchez toujours quelque chose dans ta sac*”. Kiedy usiłowałem nogą cały ten towar odsunąć od mego łóżka, dostrzegłem podłużną kartkę z paskiem. Była to tzw. wypiska z Fordonu, surowego więzienia w okolicach Krakowa!



Budzenie Antonia nie miało żadnego sensu, gdyż naturalnym porządkiem rzeczy musiało już być „po konsumpcji”, a zwyczajowe „*chansement des dames*” nie było mi

w głowie, naciągnąłem więc kołdrę i szybko zasnąłem, gdyż co jak co, ale sen był mi szczególnie potrzebny. Kiedy się obudziłem, gdzieś koło południa, zakochanej pary nie było. Dopiero pod wieczór podzieliłem się z Antoniem mym spostrzeżeniem, ale nie zrobiło to na nim żadnego wrażenia. Gdy zapytałem, czy nie czuje się zaniepokojony, Antonio z rozbrajającą szczerością oświadczył:  
– *Arturku, ona mi wszystko powiedziała.*

Jakkolwiek zjazdy zazwyczaj miały niewiele wspólnego z nauką, to dostarczały przeróżnych uciech, więc warto było od czasu do czasu na nie jeździć. Wiele komicznych sytuacji przynosiły bankiety i przeróżne przyjęcia, kiedy spożyte alkohole powodowały, że „Baczewski tańczy”.

Wspaniałym przykładem tego było np. obserwowanie metamorfozy zachowań na co dzień przyjaźniących się dwóch profesorów – jednego z Poznania, drugiego z Warszawy. Pierwszy nosił dumne imię Alfons, drugi – Marian. Zanim wypijany alkohol, a obydwoj wypić lubili, zmać ich umysły, wszystko było *comme il faux* i zwracali się do siebie *per „Alusiu”* i „*Marianku*”. Gdy tylko jednak mózgi swe przytopili w gorzale, natychmiast

dochodziło do odkopania prawdziwych imion, przeto pierwszy zwracał się do drugiego *per „Alfonsie”*, drugi zaś do pierwszego *per „Moniusiu”*. ■

**8.10.2014 r.**, środa, godz. 18.00

„Sorry, taki mamy klimat”  
– Dariusz Rączka (śpiew, gitara, kompozycje),  
Maciej Rejmentowski (gitara).

**15.10.2014 r.**, środa, godz. 18.00

„W świecie ballady polskiej i rosyjskiej”  
– recital Eugeniusza „Żeni” Tiemnikowa.

**20.10.2014 r.**, poniedziałek, godz. 14.00

Spotkanie Koła Lekarzy Emerytów OIL.

**22.10.2014 r.**, środa, godz. 18.00

„Święto Zmarłych w Meksyku”  
– prowadzi Teresa Walendziak.

Spotkania Koła Seniorów Rocznika 1946–1951 TLW odbywają się w każdy pierwszy wtorek miesiąca.

We wtorki, w godz. 11.00–16.00,  
zapraszamy na towarzyskie rozgrywki brydżowe.  
Informacje – tel.: 602-639-916, 22-823-96-83.

## Polskie Towarzystwo Lekarskie oraz Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

(Warszawa, ul. Raszyńska 54)

zapraszają na posiedzenia Sekcji Historycznej:

**31.10.2014 r.** o godz. 11.30

dr n. med. Marcin Rawicz ze Szpitala Dziecięcego  
w Warszawie – „Historia walki z bólem  
a rozwój anestezjologii w Polsce”

**26.11.2014 r.** o godz. 11.30

dr n. med. Marek Bukowski  
z Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
– „Chirurgia dziecięca w muzeum”

**12.12.2014 r.** o godz. 11.30

dr med. Jan Gliński, przewodniczący Sekcji Historycznej  
PTL i TLW – opowie o swoim życiu zawodowym  
i społecznym oraz pracy publicystycznej.

# Pamięci dr Ireny Suszczewskiej-Fischer



Latem br. w II Klinice Chirurgii Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha w Warszawie odsłonięto tablicę poświęconą osobowościom tej placówki. Wśród zasłużonych lekarzy znalazła się dr med. Irena Suszczewska-Fischer.

Irena Suszczewska urodziła się w 1926 r. Studiowała medycynę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Łodzi w latach 1945–1947, a następnie w Warszawie. Dyplom uzyskała

w 1952 r. Od 1950 pracowała w Klinice Chirurgii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, w której zrobiła oba stopnie specjalizacji z chirurgii ogólnej. W 1966 r. obroniła pracę doktorską „Wpływ hipowolemii ostrej i przewlekłej na wyniki leczenia operacyjnego krwotoku z wrzodu żołądka i dwunastnicy”. Interesowała się szczególnie hematologią i hipersplenizmem (zespół dużej śledziny). Była jedną z założycielek szpitalnego laboratorium.

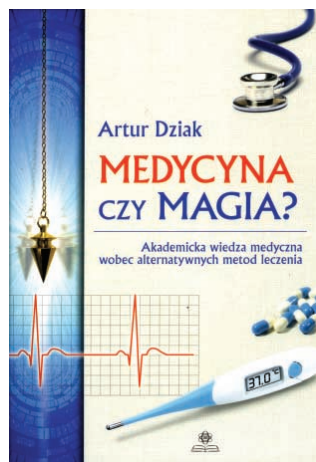


Fotografie: archiwum WUM

W 2008 r., z okazji 90-lecia kliniki, uhonorowano Ją medalem „Za zasługi dla ochrony zdrowia” i akademickim Medalem im. Tytusa Chałubińskiego. Przez lata wykładała w Akademii Medycznej, wśród Jej uczniów było wielu znakomitych lekarzy, m.in. obecny rektor WUM prof. Marek Krawczyk.

W 1974 r. przerwała pracę ze względu na wyjazd z mężem na placówkę do Moskwy. Tam pracowała jako wolontariuszka w szpitalu, wykonywała operacje chirurgiczne. Po powrocie do Polski od 1979 r. do emerytury pracowała w pogotowiu przy ul. Hożej. Zmarła 1 marca 2014 r. ■

mkr



## O ludzkiej naiwności, szarlatanerii i głupocie

Ukazała się niezwykle cenna książka prof. Artura Dziaka, pt. „Medycyna czy magia? Akademicka wiedza medyczna wobec alternatywnych metod leczenia”.

Nazwisko autora gwarantuje wysoki poziom i przydatność publikacji, jest to bowiem praca unikalna pod względem naukowym. Prof. Artur Dziak z wielką uwagą podchodzi do wszelkich zjawisk związanych z paramedycyną, co jest o tyle istotne, że – będąc profesorem i nauczycielem akademickim – ma nawyk rzetelnego przedstawiania faktów.

Pisanie przychodzi prof. Dziakowi łatwo, zwłaszcza że wspomniana książka jest jedną z kilkudziesięciu jego publikacji. Wszystkie cechowała bogata faktografia i poczucie humoru, tak typowe dla prof. Dziaka. Autor przedstawia wszystkie rodzaje pseudomedycznych procedur, od występujących w starożytności po stosowane dziś. Mam tu na myśli: cudowne uzdrowienia, homeopatię, akupunkturę, zielarstwo, magię, hipnozę, okultyzm i zwykłe, bezcelne oszustwo.

Najgorsze, że te „sztuki medyczne” są zwykłą szarlatanerią, obliczoną na naiwność i głupotę ludzi, i nie zostały poparte żadnymi naukowymi badaniami. Nawet premier dużego kraju (Indii) Morarji Desai wypijał codziennie ok. 300 g własnego moczu, twierdząc, że to daje mu siłę i zdrowie.

Inny przykład świadomego oszustwa: felczer, pracujący rano w szpitalu jako gipsiarz, po południu w swoim mieszkaniu „leczył” pacjentów metodą „głębokiego płukania jelit”. Wprowadzał do esicy gumowy dren i pod ciśnieniem wlewał wodę. Pacjenci, którzy przetrwali ten „zabieg medyczny”, mieli rzeczywiście dobre wypróżnienia, ale trafił się pacjent z *colitis ulcerosa*, który po płukaniu doznał perforacji jelita i zmarł. Hochsztapler się wybronił (miał sporą kasę), bowiem pacjentów skłonnych do poddania się zabiegowi nie brakowało. Naiwność ludzka nie ma granic: *Stultorum plena sunt omnia* (Głupich pełno wszędzie).

Autor obwinia tu także środki masowego przekazu, pisząc m.in.: „...to dzięki telewizji wyrosły w Polsce autorytety przeróżnych hipnotyzerów, zielarzy, bioenergoterapeutów, kręglarzy i masażystów, wyznawców »leczniczych« ćwiczeń, tarota, magicznych kul i wielu innych. Tak prasa, jak i telewizja są w stanie uwiarygodnić największe brednie i głupstwa”.

Uważam, że książkę tę powinni przeczytać ze zrozumieniem wszyscy lekarze i dziennikarze mający wpływ na kształtowanie opinii. ■

Jerzy Borowicz





## Andrzej Zaorski 1923–2014

Andrzej Zaorski, nasz drogi kolega, serdeczny przyjaciel odszedł 2 czerwca 2014 r.

Żegna Go mała garstka koleżanek i kolegów z okupacyjnej Szkoły Sanitarnej, pozostała z 1900 słuchaczy. Szkołę tę założył ojciec Andrzeja, Jan Zaorski, w 1941 r. Od tajnej Rady

Wydziału Lekarskiego otrzymał polecenie zorganizowania nauki dla młodzieży posiadającej świadectwo maturalne, pragnącej studiować medycynę.

Andrzej urodził się w Warszawie 22 marca 1923 r. Wychowywał się w rodzinie o tradycjach patriotycznych. Jego dziadek był lekarzem. Ojciec Jan urodził się w Krakowie 8 marca 1887 r., Wydział Lekarski skończył na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie w 1914 r. Służył w Legionach w I Brygadzie, blisko komendanta Józefa Piłsudskiego. Podczas wojny z bolszewikami w 1920 r. z armią gen. Edwarda Rydza-Śmigłego dotarł pociągiem sanitarnym do Kijowa. Matka Andrzeja, z Jaczewskich, także była córką lekarza. Starsza siostra Barbara również została lekarzem.

Mieszkał w Warszawie, przy ul. Wareckiej. Andrzej uczęszczał do Gimnazjum im. Jana Zamojskiego przy ul. Smolnej 30. Od października 1939 r. zaczął działać w harcerskich Hufcach Polskich. Był komendantem hufca żoliborskiego, aż do aresztowania w grudniu 1943 r.

Wybuch II wojny światowej uniemożliwił mu uczęszczanie do gimnazjum. Polakom wolno było zdobywać wykształcenie tylko w zakresie czterech klas szkoły powszechnej. Andrzej dużą maturę zdał na kompletach w 1941 r.

Jego ojciec, dzięki temu, że przed wojną był właścicielem i dyrektorem szkoły masażu przy ul. Smolnej 30, otrzymał od władz niemieckich zezwolenie na otwarcie prywatnej szkoły sanitarnej. 10 marca 1941 r. przy prawej furcie wejściowej na teren Uniwersytetu Warszawskiego została powieszona tablica w językach niemieckim i polskim: *Private Fachschule für Sanitares Hilfpersonal in Warschau – Prywatna Szkoła Zawodowa dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego dr. Jana Zaorskiego w Warszawie*. Budynek szkoły został odgradzony drutem kolczastym od terenu UW, zajętego przez Niemców. W szkole wykładali przedwojenni profesowie i docenci uniwersyteccy.

W latach 40. ojciec Andrzeja zorganizował punkt krwiodawstwa na terenie szpitala przy ul. Kopernika 43, w którym pracował. Krew przetaczano biorcy bezpośrednio od dawcy za pomocą strzykawki Jubee. Legitymacja krwiodawcy chroniła przed wywiezieniem na roboty do Rzeszy. Andrzej często oddawał krew. Legitymacja opatrzona „gapą” kilkakrotnie ocalała go podczas ulicznej łapanki.

15 lutego 1943 r. dyrekcja Szkoły Sanitarnej otrzymała polecenie natychmiastowego opuszczenia zajmowanego budynku i pozostawienia wszystkich pomocy naukowych. Andrzej z kolegami ratowali mikroskopy, pod płaszcami wynosili preparaty i wykresy. Roznosili je do prywatnych mieszkań i do cudem zdobytego przez ojca Andrzeja pomieszczenia na ostat-

nim piętrze Szkoły im. Wojciecha Górskiego przy ul. Hortensji. Andrzej przekonał wozaków stacjonujących pod pomnikiem Mikołaja Kopernika do przewiezienia prawdziwego skarbu, jakim był węgiel, koniecznego do ogrzania sali wykładowej i pomieszczeń, gdzie odbywały się ćwiczenia. Udało się wywieźć z terenu uniwersytetu przeszło dwie tony cennego opał. W nowym pomieszczeniu, szybko przystosowanym do wykładów i ćwiczeń, młodzież uczyła się nadal.

4 października 1943 r. docent Jan Zaorski z synem Andrzejem zostali aresztowani. Zatrzymano ich w Komendzie Policji Niemieckiej przy Krakowskim Przedmieściu 1. Jana oskarżono o złamanie umowy z władzami niemieckimi dotyczącej zakresu nauki w Szkole Sanitarnej, czyli utrzymywanie zbyt wysokiego poziomu nauki i przeprowadzanie trudnych egzaminów. Po kilku dniach Niemcy przewieźli ich w al. Szucha, gdzie zaliczyli tzw. tramwaj – wielogodzinne oczekiwanie na przesłuchanie w zbiorowej celi, w której więźniowie musieli siedzieć nieruchomo na drewnianych ławkach ustawionych w dwóch rzędach wzdłuż ścian. Następnie przeszło dwa miesiące byli więzieni na Pawiaku. Matka Andrzeja usilnie starała się o uwolnienie męża i syna. Pomagała jej w tym doskonała znajomość języka niemieckiego. 2 grudnia 1943 r. obaj zostali zwolnieni. Andrzej kontynuował studia. Od stycznia 1943 r. był zatrudniony na etacie sanitariusza w szpitalu przy ul. Kopernika 43. Z obawy przed ponownym aresztowaniem nocował właśnie tam. Ojciec Andrzeja nadal kierował Szkołą Sanitarną. Działała do wybuchu Powstania Warszawskiego.

Podczas Powstania docent Jan Zaorski zarządzał szpitalem mieszczącym się w podziemiach gmachu PKO przy ul. Świętokrzyskiej. W domu Wedla przy Szpitalnej matka przygotowywała posiłki dla powstańców. Andrzej otrzymał przydział do zgrupowania Chrobry II Narodowych Sił Zbrojnych (w konspiracji działał od 1941 r.). W domu stojącym przy Alejach Jerozolimskich opatrywał rannych i przeprowadzał małe operacje. Po upadku Powstania uniknął wywózki do Niemiec, bo w Piastowie uciekł z transportu. Niemcy strzelali do niego, na szczęście niecelnie. Przedostał się do Milanówka, do ewakuowanego z Warszawy szpitala, i tam zaczął pracę na oddziale chirurgicznym. Po wkroczeniu Armii Czerwonej otrzymał rozkaz udania się w okolice Krakowa w celu prowadzenia tam tajnej działalności. Wraz z sanitariuszkami ze zgrupowania Chrobry II znalazł się w Oświęcimiu. W obozie opatrywał rannych jeńców.

Po powrocie do Warszawy kontynuował naukę. Część wykładów odbywała się w Akademii Weterynaryjnej przy ul. Grochowskiej. Andrzej rozpoczął pracę w Kole Medyków przy ul. Oczuki jako sekretarz i kierownik sekcji personalnej. Organizował m.in. stołówkę dla studentów. 16 listopada 1945 r. został zatrzymany na ulicy i przewieziony do więzienia przy ul. Rakowieckiej. Był jednym z 13 studentów, członków NSZ, posądzonych w słynnym procesie o szkodliwą działalność przeciw Polsce Ludowej i Związkowi Radzieckiemu. Skazano Go na trzy lata więzienia. Został przeniesiony do Wronek, gdzie warunki były bardzo ciężkie. Na mocy amnestii wyszedł na wolność w czerwcu 1947 r. Pojechał do rodziny, do Konstancina. Został zatrudniony w szpitalu, ale nie otrzymał etatu z powodu utraty praw obywatelskich na dwa lata. Pracował w szpitalu w Żyrardowie, po roku przeniósł się do Mińska Mazowieckiego. Po odzyskaniu praw obywatelskich wrócił do Warszawy i zaczął pracować na oddziale chirurgicznym szpitala na Pradze. W 1951 r. zdobył dyplom lekarski.

W 1961 r. otrzymał od Światowej Organizacji Zdrowia propozycję wyjazdu do Konga Belgijskiego. W bardzo prymitywnych warunkach prowadził tam dwuosobowy szpital

dla miejscowej ludności. Po dwóch latach powrócił do Warszawy i zaczął pracę na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Oczuki, u prof. Jana Nielubowicza.

W latach 1973–1986 pełnił funkcję dyrektora Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha. Był wspaniałym organizatorem pracy, pod Jego kierunkiem szpital prosperował perfekcyjnie.

Przez wiele lat miał stały kontakt ze słuchaczami okupacyjnej Szkoły Sanitarnej. Został prezesem Koła Słuchaczy Szkoły Sanitarnej docenta Jana Zaorskiego oraz Lekarzy i Medyków Powstania Warszawskiego przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Prowadził comiesięczne zebrania, organizował zjazdy i obchody. Razem z prezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wręczał odznaczenia zasłużonym koleżankom i kolegom. Mam przed oczami Jego postać krążącą wokół, gdy starał się, by uroczystości przebiegały sprawnie. Sam został uhonorowany wieloma orderami i odznaczeniami, m.in.: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem 35-lecia Obrony Cywilnej na Terenie Stołecznego Miasta Warszawy, Srebrnym Medalem za Zasługi dla Pożarnictwa, Złotą Odznaką Honorową za Zasługi dla Warszawy, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia i wieloma odznaczeniami resortowymi.

Przez wiele lat był członkiem Sekcji Historycznej działającej przy Polskim Towarzystwie Lekarskim, prowadzonej niestrudzenie przez dr. Jana Bohdana Glińskiego. Współpracował z wydawnictwem „Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, istniejącym od 1837 r. Drukował w nim wspomnienia o swoim ojcu, profesorach i kolegach.

W 1991 r., na 50-lecie założenia okupacyjnej Szkoły Sanitarnej, zorganizował zjazd słuchaczy, na który przyjechali tak-

że rozsiani po świecie koledzy. Zjazd odbył się bardzo uroczysto na Zamku Królewskim w Warszawie.

W przeddzień przy wejściu na teren Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha została odsłonięta tablica pamiątkowa: „*Pamięci nauczycieli tajnego nauczania medycyny w latach okupacji hitlerowskiej Szkoły doc. Jana Zaorskiego i Uniwersytetu Warszawskiego*”. Tablicę ufundowano w 100. rocznicę urodzin doc. Jana Zaorskiego – 8 maja 1987 r.

Przez wiele lat utrzymywał ścisły kontakt z druhmi z hufca harcerskiego. Często odwiedzał Gimnazjum im. Jana Zamojskiego przy ul. Smolnej. Był honorowym prezesem stowarzyszenia wychowanków. Brał czynny udział we wszystkich uroczystościach szkoły, wygłaszał prelekcje dla uczącej się w niej młodzieży. Zawsze witany był z wielkim entuzjazmem i serdecznością.

Odwiedzał mnie wielokrotnie z koleżanką Janką Bauer-Gellert, by wspominać trudne czasy młodości. 14 stycznia 2014 r. brał udział w ostatniej Wigilii Zaorszczaków. Było na niej zaledwie 12 osób.

11 lutego 2014 r. przyjechał na comiesięczne zebranie do Domu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54. Na zebranie przyszły trzy osoby i On. Tyle zostało z kilkudziesięcioosobowej grupy.

Pod koniec lutego jako pacjent trafił na Oddział Chirurgii Naczyniowej Szpitala przy ul. Banacha. Kilkakrotnie rozmawiałam z Nim przez telefon. Obiecywał, że jak wyjdzie ze szpitala, zorganizuje spóźnione „jajeczko”. 19 kwietnia podczas ostatniej rozmowy ograniczył się tylko do słów „nie mogę mówić”. Gdy po wielomiesięcznym pobycie w szpitalu rozstał się z życiem, miał skończonych 91 lat. Odczułam wielką pustkę i smutek. Żegnaj, Drogi Przyjacielu, my, Zaorszczacy, wciąż pamiętamy o Tobie.

Irena Cwiertnia-Sitowska



## Józef Stempień 1931–2014

26 marca 2014 r. odszedł od nas na wieczny dyżur dr n. med. Józef Stempień.

Mistrz, mentor, przewodnik. Znakomity nauczyciel, niekwestionowany twórca siedleckiej szkoły wieloprofilowej interny, gdzie poza nefrologią, dializoterapią, kardiologią wysoki poziom miała

również gastrologia i pulmonologia. Niestrudzony organizator siedleckiej służby zdrowia, którą postawił na właściwe tory, zawsze pełen pomysłów, które starannie, pragmatycznie realizował krok po kroku. Uczył prawdziwej nowoczesnej medycyny, uczył życia, karmił, nagradzał, doradzał i bronił. Był dumny nie tylko ze swoich, ale przede wszystkim z naszych osiągnięć, cieszył się nimi.

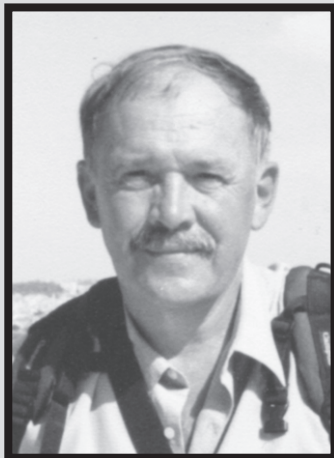
Zawsze wiele wymagał od siebie i od innych. W równej mierze dotyczyło to punktualności i dydaktyki (słynne referaty czwartkowe, kolokwia, konferencje naukowe w ramach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego). Nigdy nie odpuszczał, ale miał dla nas nagrodę – spotkania integracyjne podczas nie-

oficjalnej części konferencji, które niejednokrotnie trwały aż do rana. Czekaliśmy na nie, bo sprawiały, że czuliśmy się jedną, wielką internistyczną rodziną. On to sprawił, nasz Mistrz!

Swoimi rolami i zaszczytami wypełniłby niejedno życie. 54 lata w zawodzie: internista, kardiolog, doktor nauk medycznych. Przez 26 lat był ordynatorem, najpierw w ZOZ, potem w wojewódzkiej siedleckiej internie. Dr Stempień był pionierem dializoterapii, twórcą pierwszej powiatowej stacji dializ, pierwszym lekarzem wojewódzkim i konsultantem wojewódzkim ds. interny. Pełnił też funkcję przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Organizował coroczne konferencje pod nazwą „Siedlecki dzień nefrologiczny” i konferencje kardiologiczne (wspólnie z Instytutem Kardiologii w Warszawie). Był uznanym autorytetem medycznym, świetnym lekarzem, nauczycielem i Mistrzem, który wykształcił 99 specjalistów, w tym 13 z II stopniem specjalizacji, i 9 ordynatorów.

Wielokrotnie nagradzany Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotą Odznaką „Za zasługi dla województwa warszawskiego”, Medalem „Za zasługi dla Muzeum Diecezjalnego i życia kulturalnego regionu”, Medalem Moskwy nadanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, i aż dwiema *Aleksandriami*, nagrodami prezydenta Siedlec: pierwszą w 1999 r., kolejną – *Super Aleksandrią* – dziesięć lat później, dla uczczenia jubileuszu 50-lecia pracy zawodowej. Dwukrotnie wpisany do Złotej Księgi Miasta i Powiatu Siedlce.





## Paweł Wojciech Grajner 1947–2014

Paweł Wojciech Grajner urodził się w 1947 r. w Warszawie. Jego ojciec, Kazimierz, był doktorem chemii, jednym z postulatorów i organizatorów powojennego kształcenia kadry analityków medycznych. Matka, Zofia, była nauczycielką.

W 1971 r. ukończył I Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Zawodowo czynny ponad 45 lat, był zawsze sumiennym pracownikiem i cenionym specjalistą.

Po studiach rozpoczyna pracę w Przychodni Rejonowej w Nowym Dworze Mazowieckim. W latach 1972–1973 pełni funkcję kierownika przychodni rejonowej w Modlinie, a w okresie 1973–1975 jest lekarzem rejonowym przychodni w Łomiankach. Dyżuruje w Nowodworskim Pogotowiu Ratunkowym. Od roku 1974 jest zatrudniony w Zakładzie Radiologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, gdzie pod opieką dr. med. Mieczysława Zakrzewskiego, dr. med. Józefa Załuski oraz dr. Krzysztofa Lercha zostaje dopuszczony do egzaminu specjalizacyjnego. Po przedstawieniu pracy pogładowej pt.: „Wygłobienie podstawy czaszki” oraz zdaniu egzaminu komisyjnego uzyskuje w 1977 r. specjalizację I stopnia z radiologii.

A jakim był człowiekiem? Jakim Go zapamiętamy? Ja zapamiętam Go jako niezwykle mi zycziwego, wspaniałego Przyjaciela, bardzo wymagającego, silnego, który nigdy się nie poddawał, nie znosił słabości, perfekcyjnego, pełnego uwag, pomysłów i rad, sumiennego, dumnego, zawsze z podniesioną głową.

Taki był w pracy, ale w domu, o którym często opowiadał, siedząc w „lekarским” na kanapie – kochający mąż dla żony Haneczki, bo tak się do niej zwracał, i supertata dla córki Beaty, do której nie mówił inaczej jak Kuka, i dla syna Tomka.

Był z nich dumny. Rodzina była dla Niego najważniejsza! Mówił o niej z miłością, nawet oczy Mu się wtedy zmieniały. Potem spełnił się również jako dziadek Michała, Ady oraz Mai i wreszcie pradziadek Kuby i Jasia.

Pan Ordynator Józef Stempień miał dwie rodziny. Pierwszą – swoją prywatną, którą bardzo kochał, i która dawała Mu niezwykle wsparcie w każdej sytuacji zawodowej i życiowej, była Jego portem. I drugą – wielką internistyczną. Dla obydwu był prawdziwą głową rodziny i kapitanem.

Dziękujemy Ci za to Mistrzu, spróbujemy Cię nie zawieść.

Żegnamy Cię z głębokim żalem. Przyszedł czas na wieczny odpoczynek, który racz Mu dać Panie. 26 marca 2014 r. ogarnęła nas pustka, którą trudno będzie wypełnić.

**Dorota Gałczyńska-Zych**  
dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Jego głównym pracodawcą przez następne 23 lata (1984–2009) staje się Lecznica Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przy ul. Emilii Plater w Warszawie, w której pracuje z dr. med. Włodzimierzem Furmanem. Podejmuje także współpracę z ZOZ w Łukowie, która trwa aż 25 lat. Lata 1999–2012 to wyłożona praca w Szpitalu Inflancka, gdzie zostaje kierownikiem pracowni radiodiagnostycznych. W modernizującej się placówce wdraża normy i procedury ISO. Ambitne plany dyrekcji zostają zrealizowane, szpital otrzymuje akredytację.

Z czasem dr Grajner staje się specjalistą diagnostyki mammograficznej. Najdłużej związany był z przychodnią „Na Poborzańskiej”. Pracował tam 32 lata! Od 2013 r. był pracownikiem etatowym i koordynatorem pracowni rtg.

W latach 1976–1992 był zatrudniony w Przemysłowym Zespole Opieki Zdrowotnej nr 5 w Warszawie. Pracował także w przyzakładowym szpitaliku FSO, do którego jeździł opisywać zdjęcia. Wielkość zakładu FSO i regularne badania pracowników oznaczały ogromną liczbę opisów zdjęć klatek piersiowych. Z czasem fabryka została kupiona przez koncern Daewoo. Kres koreańskiego koncernu był również końcem pracy dr. Grajnera w fabryce. Od 1991 do 2014 r. pracuje również w ZOZ Legionowo, w przychodni przy ul. Sowińskiego.

Pracował na umowy-zlecenia także m.in. w: ZOZ Warszawa Śródmieście, Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Legionowie, Przychodni „Medar” w Warszawie, Lekarskiej Spółdzielni „Centrum Medyczne” w Warszawie, Przychodni „Adeco” w Warszawie, Przychodni „Aida” w Warszawie oraz Przychodni „MediQ” w Legionowie.

Pamiętamy Go jako człowieka zawsze zatroskanego o swoją rodzinę. Dbał o współpracowników, starając się ocieplać kontakty służbowe. Paweł był bardzo towarzyski, dzięki niezrównanej pamięci i wiedzy rozmawiał ze wszystkimi na dowolny temat. Chętnie pomagał. Stałe podtrzymywał więzy z bliższą i dalszą rodziną. Dla nich, przyjaciół i kolegów, pozostanie po Nim wielka pustka.

Jego pasją były podróże. Przez 20 ostatnich lat co roku podróżował z ukochaną żoną Lilianą. Zwiedzali Polskę i świat. Setki zdjęć są niepowtarzalnym zapisem ich podróży.

Pozostawił żonę, ich małżeństwo trwało 42 lata, i syna Piotra, który został historykiem filozofii, kontynuując zamiłowanie ojca i dziadka do historii.

**Piotr Michał Grajner**



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki

### Gosi Rotbart

Pozostanie zawsze w naszej pamięci. Wyrazy współczucia dla córki Karoliny.

Koleżanki i koledzy z grupy 11/1983 Śląskiej AM



28 sierpnia 2014 r. odeszła

### śp. dr n. med. Małgorzata Rotbart-Fiedor

Ukochana Mama i Córka, lekarz z zamiłowania, oddana pacjentom, kochająca ludzi.

Karolina Fiedor z Babcią



# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Więcej: [www.miesiecznik-puls.org.pl](http://www.miesiecznik-puls.org.pl) (Nowe przepisy prawne)

**29 lipca 2014 r. został opublikowany w DzU z 2014 r., poz. 1000, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 lipca 2014 r., sygn. akt K 25/13, w sprawie zgodności z konstytucją art. 16 ust. 3 pkt. 1, pkt. 2, pkt. 3, pkt. 4 i pkt. 6 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU nr 169, poz. 1411, ze zm.), który stanowi, że w rejestrze potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej zamieszcza się dane potencjalnego dawcy obejmujące: imię i nazwisko, miejsce urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, wskazanie podmiotu, który dokonał badania antygenów zgodności tkankowej.**

Ponadto TK orzekł, że przepis art. 16 ust. 6 wymienionej ustawy, stanowiący, że powyższe dane udostępnia się ministrowi zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej, jest niezgodny z konstytucją.

**1 sierpnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 17 lipca 2014 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy oraz ekwiwalentu pieniężnego za okres niewykorzystanego urlopu wypoczynkowego nauczycieli akademickich, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 959.**

Przepis art. 153 ustawy z 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (DzU z 2012 r., poz. 572, ze zm.) stanowi, że nauczycielowi akademickiemu przysługuje w okresie urlopu wypoczynkowego wynagrodzenie, jakie otrzymywałby, gdyby w tym czasie pracował. Zmienne składniki wynagrodzenia są obliczane na podstawie przeciętnego wynagrodzenia z okresu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia urlopu. Jeżeli zatrudnienie trwało krócej, to przeciętne wynagrodzenie oblicza się z całego okresu zatrudnienia, z uwzględnieniem stawek wynagrodzenia obowiązujących w okresie urlopu.

Wynagrodzenie za jeden dzień urlopu wypoczynkowego, w części ustalonej na podstawie składników wynagrodzenia określonych w stawkach miesięcznych w stałej wysokości oraz składników wynagrodzenia określonych procentowo od tych stawek, oblicza się, dzieląc sumę tych składników przysługujących w miesiącu wykorzystywania urlopu przez 21. Tak obliczone wynagrodzenie za jeden dzień urlopu wypoczynkowego mnoży się przez liczbę dni tego urlopu.

Do ustalenia ekwiwalentu pieniężnego za okres niewykorzystanego urlopu wypoczynkowego uwzględnia się składniki wynagrodzenia określone w stawkach miesięcznych w stałej wysokości oraz składniki wynagrodzenia określone procentowo od tych stawek, w wysokości przysługującej nauczycielowi akademickiemu w miesiącu, w którym nabył prawo do tego ekwiwalentu.

**4 sierpnia 2014 r. został opublikowany w Monitorze Polskim z 2014 r., poz. 600, komunikat prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 14 lipca 2014 r. w sprawie ogłoszenia rocznego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r.**

**6 sierpnia 2014 r. został opublikowany w DzU z 2014 r., poz. 1055, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 30 lipca 2014 r., sygn. akt K 23/11, w którym TK orzekł m.in., że art. 19 ustawy o policji, art. 9e ustawy o Straży Granicznej, art. 36c ustawy o kontroli skarbowej, art. 31 ustawy o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych, art. 27 ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, art. 31 ustawy o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, art. 17 ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym – w zakresie, w jakim nie przewidują gwarancji niezwłocznego, komisyjnego i protokolarnego zniszczenia materiałów zawierających informacje objęte zakazami dowodowymi, co do których sąd nie uchylił tajemnicy zawodowej (adwokackiej, dziennikarskiej, notarialnej, radcy prawnego, doradcy podatkowego i lekarskiej), bądź uchylenie było niedopuszczalne, są niezgodne z konstytucją.**

Wymienione przepisy w zakresach w nich wskazanych tracą moc obowiązującą z upływem 18 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw RP.

**6 sierpnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 960.**

Lekarzem w trakcie specjalizacji jest lekarz, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji oraz uzyskał od kierownika specjalizacji potwierdzenie wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- pielęgniarzką opiekę długoterminową domową.

Świadczenia gwarantowane realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej za pomocą respiratora, bądź nieinwazyjnej ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarzkę oraz osobę posiadającą wykształcenie w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji, zgodnie z wymogami określonymi w załączniku do rozporządzenia,
- 2) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi powyżej



16 godzin na dobę, w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwo-mięśniowych oraz w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia bez względu na czas trwania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę posiadającą wykształcenie w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji,

3) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi od 8 do 16 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę posiadającą wykształcenie w zakresie fizjoterapii lub rehabilitacji.

Przepisy określone w pkt. 1–3 stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 sierpnia 2014 r.

Załącznik do rozporządzenia określa warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2015 r.

**8 sierpnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 14 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 968.**

Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- skierowanie do szpitala lub innego podmiotu,
- skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację,
- zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska,
- karta przebiegu ciąży,
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych produktach leczniczych lub środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania, oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, zawierającego jej dokładny opis, lub załącza jej kopię.

**13 sierpnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1078, obwieszczenie ministra obrony narodowej z 21 maja 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach.**

**14 sierpnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1083, obwieszczenie ministra obrony narodowej z 21 maja 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra obrony narodowej w sprawie postępowania w razie wypadku lub ujawnienia choroby, pozostających w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej.**

**22 sierpnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra administracji i cyfryzacji z 29 lipca 2014 r.**

**w sprawie numerów telefonicznych, które mogą być obsługiwane w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1050.**

**25 sierpnia 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1118, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 14 lipca 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.**

**27 sierpnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1125.**

**1 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1144.**

Rozporządzenie określa zakres i tryb oraz sposób dokumentowania badań lekarskich:

- kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia,
- uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie studiów są narażeni na działanie powyższych czynników.

Lekarz przeprowadza badanie lekarskie na podstawie skierowania wydanego przez placówkę dydaktyczną.

Lekarz przeprowadza badanie lekarskie z uwzględnieniem:

- oceny potencjalnych lub istniejących zagrożeń dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich,
- zakresu i częstotliwości przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników określonych w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (DzU nr 69, poz. 332 ze zm.),
- prac wzbronionych młodocianym, określonych w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z 24 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (DzU nr 200, poz. 2047).

Po przeprowadzeniu badania lekarskiego lekarz wydaje zaświadczenie lekarskie, które zawiera:

- pieczętkę jednostki służby medycyny pracy przeprowadzającej badanie lekarskie,
- datę wydania zaświadczenia lekarskiego,
- imię i nazwisko, datę urodzenia i numer PESEL osoby badanej, a jeżeli nie posiada numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- kierunek praktycznej nauki zawodu albo kształcenia,

- nazwę i adres placówki dydaktycznej, która wydała skierowanie na badania lekarskie,
- orzeczenie o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich,
- podpis i pieczęć lekarza,
- datę następnego badania lekarskiego,
- pouczenie o terminie i sposobie wniesienia odwołania od zaświadczenia lekarskiego.

W przypadku stwierdzenia w zaświadczeniu lekarskim istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich lekarz informuje osobę badaną o przyczynach uzasadniających wydanie takiego zaświadczenia oraz wpisuje uzasadnienie do dokumentacji badania lekarskiego osoby badanej.

Zaświadczenie lekarskie wydaje się w dwóch egzemplarzach, z których jeden osoba badana przekazuje placówce dydaktycznej, a drugi jest dołączany do dokumentacji badania lekarskiego osoby badanej. W przypadku gdy osoba badana, której zaświadczenie lekarskie dotyczy, nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, zaświadczenie wydaje się jej przedstawicielowi ustawowemu, który przekazuje je placówce dydaktycznej.

Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie.

Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie, do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy.

Lekarz, za którego pośrednictwem jest wnoszone odwołanie, przekazuje je wraz z dokumentacją badania lekarskiego osoby badanej do podmiotu odwoławczego w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

Badanie lekarskie w trybie odwoławczym przeprowadza się w terminie 14 dni od dnia otrzymania odwołania przez podmiot odwoławczy.

Zaświadczenie lekarskie wydane w trybie odwoławczym jest ostateczne.

W przypadku gdy zaświadczenie lekarskie wydał lekarz kolejowego ośrodka medycyny pracy, odwołanie od zaświadczenia lekarskiego składa się, za jego pośrednictwem, do Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej.

Lekarz dokumentuje badanie lekarskie zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia z 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (DzU nr 149, poz. 1002).

**2 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1093.**

Kierownik jednostki kontrolowanej ma prawo w terminie 7 dni od dnia otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu, przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej.

**11 września 2014 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1135.**

Konsultantem może być osoba, która posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie – w dziedzinie pokrewnej, oraz daje rękojmię należytego i bezstronnego wykonywania zadań konsultanta.

Minister zdrowia może powołać konsultanta krajowego spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Minister zdrowia może zwrócić się o przedstawienie, w określonym terminie, kandydata do pełnienia funkcji konsultanta krajowego do:

- stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo
- stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo

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:





szających specjalistów w dziedzinie pokrewnej do dziedziny, w której ma być powołany konsultant krajowy – w przypadku braku stowarzyszeń, o których mowa wyżej, lub

– właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia.

Wojewoda w porozumieniu z ministrem zdrowia może powołać **konsultanta wojewódzkiego** spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin, o których mowa wyżej.

Powyższy przepis stosuje się do powoływania przez właściwych wojewodów konsultanta wojewódzkiego wspólnego dla kilku województw.

Kandydata na **konsultanta wojewódzkiego** przedstawiają ministrowi zdrowia odpowiednio wojewoda albo właściwi wojewodowie, w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym, po zasięgnięciu opinii właściwych okręgowych samorządów zawodów medycznych.

Kadencja konsultanta trwa 5 lat.

**Organ, który powołał konsultanta, odwołuje go przed upływem kadencji:**

- 1) jeżeli konsultant złożył rezygnację z pełnionej funkcji,
- 2) jeżeli w ocenie tego organu konsultant nie realizuje powierzonych mu zadań i uprawnień lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie,
- 3) na wniosek ministra zdrowia – w przypadku konsultanta wojewódzkiego,
- 4) jeżeli konsultant został skazany prawomocnym wyrokiem sądu na karę ograniczenia albo pozbawienia wolności, albo zawieszono mu prawo wykonywania zawodu,
- 5) jeżeli nie wyłączył się od wykonania czynności określonych w ustawie, mimo zaistnienia przesłanek tego wyłączenia,
- 6) jeżeli nie złożył w terminie oświadczenia albo jest ono niezgodne ze stanem faktycznym,
- 7) na wniosek ministra obrony narodowej – w przypadku konsultanta powołanego w dziedzinie mającej na celu realizację zadań państwa związanych z obronnością kraju.

**W przypadku odwołania konsultanta z przyczyn określonych w pkt. 2, 5 lub 6 albo jego śmierci powołuje się konsultanta z pominięciem procedur, o których mowa na wstępie.**

**Konsultant ma obowiązek wyłączenia się od wykonania czynności, której wykonanie:**

- mogłoby mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki, lub
  - mogłoby mieć wpływ na prawa lub obowiązki:
- a) podmiotu wymienionego w oświadczeniu składanym przez konsultanta zgodnie z przepisami ustawy,
  - b) podmiotu, który przekazał korzyść majątkową określoną w ustawie.

W przypadku wyłączenia konsultant informuje niezwłocznie organ, który go powołał.

W przypadku wystąpienia czasowej przeszkody, uniemożliwiającej wykonywanie zadań **konsultanta krajowego**, do wykonania zadania niecierpiącego zwłoki minister zdrowia wyznacza konsultanta krajowego w dziedzinie pokrewnej, a gdyby takiego nie było, właściwego konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, informując o tym właściwego wojewodę.

W przypadku wystąpienia czasowej przeszkody, uniemożliwiającej wykonywanie zadań **konsultanta wojewódzkiego**, do wykonania zadania niecierpiącego zwłoki wojewoda wyznacza konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, a gdyby takiego nie było, właściwego konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, informując o tym właściwego wojewodę.

W przypadku wystąpienia czasowej przeszkody, uniemożliwiającej wykonywanie zadań **konsultanta wojewódzkiego**, do wykonania zadania niecierpiącego zwłoki wojewoda wyznacza konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, a gdyby takiego nie było, wojewoda zwraca się do właściwego konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, pełniącego funkcję na terenie innego województwa, za zgodą właściwego wojewody.

**Kandydat na konsultanta albo konsultant składa organowi powołującemu oświadczenie zawierające informacje, czy:**

- 1) jest członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców:
  - a) wykonujących działalność leczniczą,
  - b) wykonujących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym,
  - c) wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych,
  - d) wykonujących działalność ubezpieczeniową,
  - e) którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie,
  - f) którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych,
- 2) posiada akcje lub udziały w spółkach handlowych, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt. 1,
- 3) jest wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt. 1,
- 4) wykonuje działalność gospodarczą w powyższym zakresie,
- 5) wykonuje zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem:
  - a) wykonującym działalność, o której mowa w pkt. 1, lub
  - b) posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych, lub udziały w spółdzielniach wykonujących, taką działalność, lub
  - c) będącym wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej, lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej,
- 6) jest członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- 7) prowadzi badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot:
  - a) wykonujący działalność, o której mowa w pkt. 1, lub
  - b) posiadający akcje lub udziały w spółkach handlowych, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa wyżej, lub
  - c) będący wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej, lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej,
- 8) przystosowuje wyniki badań naukowych lub prac rozwojowych, do potrzeb praktyki lub je wdraża,
- 9) prowadzi badania kliniczne w rozumieniu ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,

10) wykonuje zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu:

- a) wykonującego działalność, o której mowa w pkt. 1, lub
- b) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa wyżej, lub
- c) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej, lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w powyższym zakresie,

Kandydat na konsultanta składa oświadczenie w terminie 7 dni od dnia przedstawienia jego kandydatury organowi powołującemu.

Konsultant ma obowiązek złożenia kolejnego oświadczenia w przypadku jakiegokolwiek zmiany stanu faktycznego, przedstawionego w poprzednim oświadczeniu, w terminie 14 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.

Konsultant składa organowi powołującemu oświadczenie zawierające informacje o korzyściach o wartości wyższej niż 380 zł, w tym o wyjazdach krajowych lub zagranicznych niezwiązanych z funkcją konsultanta, których koszt nie został pokryty przez instytucje go zatrudniające, uzyskanych od podmiotu:

- wykonującego działalność, o której mowa w pkt. 1, lub
- posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych, lub udziały w spółdzielniach wykonujących powyższą działalność, lub
- będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej, lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej,
- w terminie 14 dni od dnia otrzymania korzyści.

Kwota podlega corocznej waloryzacji. Oświadczenia są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra zdrowia.

Oświadczenia weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.

Oświadczenia kandydat na konsultanta albo konsultant składa pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Konsultant krajowy może polecić konsultantowi wojewódzkiemu w tej dziedzinie medycyny wykonanie określonego zadania mieszczącego się w zakresie zadań konsultanta wojewódzkiego, określając termin jego wykonania.

Informację o wydaniu polecenia konsultant krajowy przekazuje ministrowi zdrowia oraz właściwemu wojewodzie.

Konsultanci w ochronie zdrowia powołani przed dniem wejścia w życie ustawy pełnią funkcję do końca kadencji, na którą zostali powołani.

Wymienieni konsultanci składają oświadczenie nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. W przypadku niezłożenia tego oświadczenia organ, który powołał konsultanta, odwołuje go.

**18 września 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje, opublikowane w DzU z 2014 r. poz. 1172.**

Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe zawiera, oprócz danych określonych w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (tekst jednolity DzU z 2014 r. poz. 319), **sumaryczną ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie albo ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki.**

Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P może dotyczyć takiej ilości środka lub substancji, która nie przekracza zapotrzebowania pacjenta na **maksymalnie 90 dni stosowania.**

Na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P można wystawić **do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania.**

**Na receptie podaje się sposób dawkowania przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych.**

Jeżeli ze wskazanego przez osobę wystawiającą receptę sposobu dawkowania nie można obliczyć sumarycznej ilości przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych, osoba wydająca przyjmuje, że są to dwa najmniejsze opakowania określone w wykazie określonym w obwieszczeniu ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a w przypadku leków niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Recepty, na których przepisano preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, są realizowane **nie później niż w ciągu 30 dni od daty ich wystawienia.**

**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.



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

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

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

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

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

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

*asystent prezesa ORL/administrator budynku OIL w Warszawie*  
Wojciech Surowiecki; tel. 22-542-83-50

**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  
*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** – p.o. kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38  
Janina Rzemkowska-Niesiołowska, Marcin Trocki,  
Izabela Wiszniewska; tel. 22-542-83-39

**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 Mrazek, Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz  
tel. 22-542-83-20

**Okręgowa Komisja Rewizyjna**  
przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć  
tel. 22-542-83-64  
*prac. biura*: Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

**Okręgowa Komisja Wyborcza**  
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka  
*kanc.*: 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 Dentystów**  
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  
*kanc.*: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

**Rzecznik Praw Lekarza**  
Andrzej Kuźawczyk  
*kanc.*: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

**Mediator**  
Krzysztof Bielecki; e-mail: [prof.bielecki@gmail.com](mailto:prof.bielecki@gmail.com)  
*kanc.*: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

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

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

**Delegatura Radomska**  
(26-600 Radom, ul. Przerwy-Tetmajera 13)  
przewodniczący Julian Wróbel  
*prac. biura*: Joanna Ziembicka-Zięba, 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





## Herosi spod Giewontu

**B**lisko 700 herosów zdrowego stylu życia stanęło na starcie XII Igrzysk Lekarskich w Zakopanem w 18 dyscyplinach. Drugie tyle osób towarzyszyło im z żarliwym i gromkim dopingiem oraz startowało poza konkursem. Jak zwykle bezkonkurencyjni na parkiecie okazali się warszawscy koszykarze, z Tomaszem Borkowskim na czele. Gwiazdą zakopiańskiej pływalni była niepokonana Małgorzata Sawa, lekarz dentysta z Radomia. W konkurencjach siłowych brylował Konrad Bońda z Milanówka, a za stołem pingpongowym – lekarski wicemistrz świata Andrzej Bernatowicz.

Czasem drogę do laurów pokrzyżowała kontuzja lub awaria roweru. Nie zabrakło także zabawnych sytuacji.

Tekst i zdjęcia: Marek Stankiewicz

