



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

grudzień 2014/styczeń 2015 nr 12/1

Skarbnik  
OIL w Warszawie  
**Roman  
Olszewski**  
o becikowym  
w naszej Izbie  
[str. 19]

25-lecie  
odrodzonego  
samorządu  
lekarzy  
i lekarzy dentystów  
OIL w Warszawie  
[str. 1]

Recepta  
na dobry system.  
Rozmowa  
z Jego Ekscelencją  
Ambasadorem  
Królestwa Danii  
w Polsce  
Steenem  
Hommelem  
[str. 28]

Podsumowanie  
zmian  
w refundacji  
leków  
w 2014 r.  
[str. 30]







**25 lat**  
ODRODZONEGO  
SAMORZĄDU  
LEKARZY  
i LEKARZY DENTYSTÓW  
OIL w Warszawie







Z okazji jubileuszu Izba wydała książkę „Odrodzony stan lekarski”, której okładki publikujemy

podsumowanie dorobku naszego i innych samorządów zawodowych w budowaniu demokracji w Polsce daje podstawę do optymistycznego patrzenia w przyszłość. Połączenie uroczystości jubileuszowych z wręczeniem dokumentu uprawnienia do wykonywania najpiękniejszego, ale i najtrudniejszego zawodu świata, nie jest przypadkowe.

W dalszej części przemówienia prezes Andrzej Sawoni przypomniał historię samorządu lekarskiego i jego zadania w II Rzeczypospolitej, jego likwidację po II wojnie światowej, a także odrodzenie w latach 90., cele, działalność i osiągnięcia w ostatnich 25 latach.

Zakończył apelem do najmłodszych koleżanek i kolegów, aby podjęli i kontynuowali pracę w samorządzie lekarskim, oraz cytatem z wypowiedzi prof. Jana Nielubowicza: „Ilekoć mam wątpliwości co do słuszności wyboru, czytam zawieszony nad moim biurkiem, a podpisany przeze mnie 52 lata temu dokument – moją przysięgę lekarską. Jak dotąd znajdowałem tam zawsze rozwiązanie moich wątpliwości”.

List z gratulacjami nadesłała premier Ewa Kopacz.

Aleksander Sopliński przypomniał, że przed wojną izby lekarskie odgrywały znaczącą rolę w wykonywaniu zawodu lekarza. Obecnie samorząd pełni funkcje opiniodawcze i dba o etos zawodu, który należy do zawodów zaufania publicznego, ze względu na swój charakter.

Prof. Marek Krawczyk stwierdził, że spotkanie to jest wielkim osiągnięciem, a uczelnia zawsze współpracuje z samorządem. Nie przez przypadek pierwszy demokratycznie wybrany rektor jest patronem Izby warszawskiej. Do młodych skierował apel: – *Bądźcie przyjaciółmi chorych. Nie wystarczy przekroczyć próg, trzeba iść w głąb – doksztalcać się*

# Historia i przyszłość

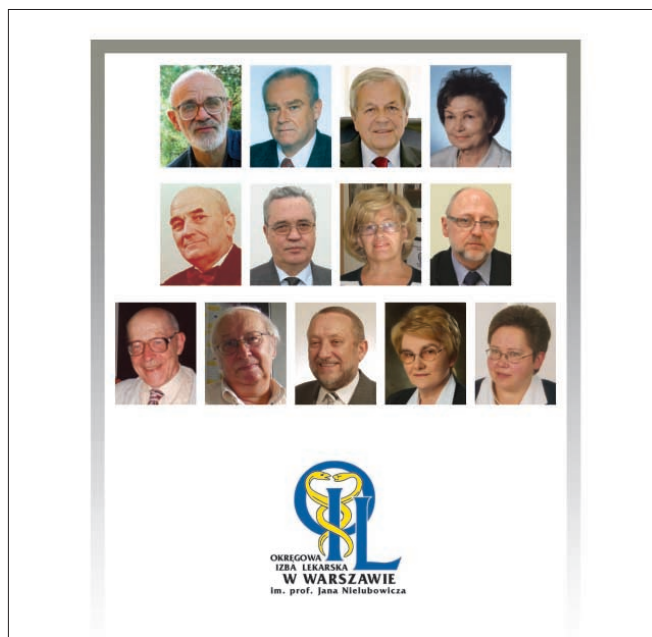
Małgorzata Skarbek

8 listopada 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie świętowała podwójną uroczystość: 25-lecie odrodzenia samorządu lekarskiego oraz wręczenia „Praw Wykonywania Zawodu” młodym lekarzom i lekarzom denty stom, którzy w tym roku ukończyli staż i zdali egzamin końcowy. W ten sposób powiązано historię z przyszłością.

Do hotelu Hilton przybyli liczni goście, a wśród nich: wice-minister zdrowia, członek OIL w Warszawie Aleksander Sopliński, rektor WUM prof. Marek Krawczyk, dziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie prof. Wojciech Maksymowicz i dyrektor CMKP prof. Joanna Jędrzejczak, prezes NRL Maciej Hamankiewicz, prezesi zaprzyjaźnionych izb okręgowych oraz ponad 500 młodych lekarzy. Uroczystość prowadził aktor Jacek Borkowski.

Witając przybyłych, prezes ORL Andrzej Sawoni powiedział m.in.: – *Ponad 25 lat temu Sejm uchwalił ustawę o izbach lekarskich, przekazując część władzy państwowej samorządowi zawodowemu. Był to jeden z istotnych elementów odradzającej się samorządności i demokracji w Polsce. Wielu Polaków, walcząc o suwerenność Polski, pośrednio walczyło o istnienie samorządów zaufania publicznego jako niezbywalnego atrybutu demokratycznego państwa. Po 25 latach wciąż pojawiają się głosy podające w wątpliwość celowość istnienia samorządu w obecnej formule. Historia naszego kraju i innych społeczeństw pokazuje, że zbyt często o raz zdobyte prawa trzeba nadal walczyć. Myślę jednak, że*

*w naukach medycznych. Przytoczył słowa Jana Pawła II: „Wymagajcie od siebie, choćby inni od was nie wymagali”, oraz Alberta Schweitzera: „Otwórz szeroko oczy i rozejrzyj się, czy ktoś nie potrzebuje trochę uwagi”.*



Cd.  
na  
str. 4



Nr 12/2014 – 1/2015 (236–237)  
grudzień 2014/styczeń 2015

Na okładce:

Skarbnik OIL w Warszawie Roman Olszewski  
(fot. egw)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

- ▶ 25-lecie odrodzonego samorządu lekarzy i lekarzy dentyków 1
- ▶ Historia i przyszłość 3
- ▶ powiem wprost 7
- ▶ Do młodych lekarzy 8
- ▶ moim zdaniem... 14
- ▶ biuletyn ORL 15
- ▶ głos z Wiejskiej 16
- ▶ O biegłych na posiedzeniu ORL... 17
- ▶ stomatologia 19
- ▶ Becikowe w OIL w Warszawie 20
- ▶ II Festiwal Filmów Medycznych 22
- ▶ składki członkowskie 23
- ▶ Ochrona dóbr osobistych 24
- ▶ Prawo badań klinicznych... 26
- ▶ Piękna inicjatywa 28
- ▶ Recepta na dobry system 30
- ▶ refundacje leków 38
- ▶ z Mazowsza 39
- ▶ z Delegatury Radomskiej 40
- ▶ wydarzenia 43
- ▶ karty historii 45
- ▶ Ochotniczy Korpus Opiekuńczy 47
- ▶ sport 48
- ▶ literatura i życie 50
- ▶ podróże 50
- ▶ dla smakoszy 52
- ▶ Moje adresy 54
- ▶ wspomnienia 56
- ▶ nowe przepisy prawne 60
- ▶ Bezpłatne porady prawne 60
- ▶ felietony:
- ▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk 2
- ▷ Balicki 12
- ▷ Walewski 12
- ▷ Jankowska 36
- ▷ Kowal 37
- ▷ Müldner-Nieckowski 44
- ▷ SMS z Krakowa 44



## 2015 r. - *vacatio legis?*

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk  
redaktor naczelna

Koniec roku 2014 to dla wielu pracowników ochrony zdrowia oczekiwanie zmian kadrowych w Ministerstwie Zdrowia i gorączkowe negocjacje zagrożonego odwołaniem kierownictwa resortu ze świadczeniodawcami, którzy nie chcą podpisywać umów dotyczących realizacji pakietu onkologicznego z NFZ. Nie chcą, bo przygotowane na chybcika nowe wyceny diagnostyki i procedur onkologicznych są znacznie niższe niż koszty, które będą musieli ponieść w tzw. realu. To przewidywana przez wszystkich kłapa pijarowskiego projektu ministra Arłukowicza, zwanego pakietem antykolejkowym lub onkologicznym. Wejście w życie tego pakietu przyniesie, jak mówią eksperci, jeszcze większy chaos w służbie zdrowia, dłuższe kolejki do specjalistów i na badania, wreszcie katastrofę finansową – pytanie tylko komu? Tym, którzy podpiszą niekorzystne umowy z NFZ (roczna strata dużego szpitala onkologicznego wynosi ok. 100 mln zł), czy płatnikowi?

Zdaniem specjalistów realizacja pakietu spowoduje znaczące ograniczenie dostępności świadczeń medycznych dla innych grup chorych. Naczelna Rada Lekarska uchwaliła na grudniowym posiedzeniu apel do premier Ewy Kopacz o niewprowadzanie po 1 stycznia pakietu onkologicznego. Czy premier – lekarz posłucha głosu swojego środowiska, głosu specjalistów, którzy jednoznacznie i jednoznacznie, z prof. Jackiem Jassemem na czele (niestusłuznie chyba przez wielu uważanym za autora pomysłu), oceniają, że realizacja ustawy o pakiecie onkologicznym jest w tym kształcie nierealna. Czy Ewa Kopacz ogłosi więc *vacatio legis* wejścia w życie pakietu?

W czasie kiedy piszę ten tekst, media żyją „afery kilometrową” parlamentarzystów, czyli podejrzeniem o wyłudzenie pieniędzy publicznych przez posłów. Wśród „bohaterów” medialnych są m.in. ministrowie Bartosz Arłukowicz i Sławomir Neumann. W ostatnich latach, jednocześnie sprawując mandat poselski i funkcje ministerialne, pobrali podobno wiele tysięcy złotych za przejechanie prywatnymi samochodami – jako posłowie – po kilkadziesiąt tysięcy kilometrów (bagatela!) rocznie. Jako ministrowie korzystali dodatkowo z uprawnienia do korzystania ze służbowych limuzyn z kierowcami, co czyni sprawę jeszcze bardziej interesującą. Przejechanie ponad 50 tysięcy kilometrów rocznie jest dużym wyczynem nawet dla niepracującego człowieka, a co dopiero dla zapracowanych!

A może szefowie resortu, zamiast pracować w ministerstwie, całymi dniami i nocami rzeczywiście gdzieś sobie podróżowali? To tłumaczyłoby, skąd się wzięły absurdalne pomysły zawarte w pakiecie onkologicznym.

W pierwszy weekend grudnia odbyły się, pod patronatem prezydenta RP, uroczystości Naczelnej Izby Lekarskiej z okazji jubileuszu 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego. Ze smutkiem skonstatowałam fakt, że wzięło w nich udział niewielu przedstawicieli świata polityki, zwłaszcza ze strony koalicji rządzącej. Pani prezes Rady Ministrów, która jest lekarzem i członkiem naszej korporacji, nie przysłała nawet listu z życzeniami. To dobitnie pokazuje, jak liczą się decydenci z samorządem lekarskim. Może warto się zastanowić, dlaczego? ■

[egwiazdowicz@oilwaw.org.pl](mailto:egwiazdowicz@oilwaw.org.pl)





Wojciech  
Maksymowicz  
o systemie  
zdrowotnym  
w Polsce  
str. 8



Ochrona dóbr  
osobistych,  
czyli, co powinien  
wiedzieć  
każdy lekarz  
str. 23

## Na nowy rok

**M**ija pierwszy rok VII kadencji władz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Przed rokiem zjazd powierzył mi funkcję prezesa OIL w Warszawie i wybrał nową Okręgową Radę Lekarską, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców, Okręgowy Sąd Lekarski i Okręgową Komisję Rewizyjną.

Nowe władze OIL w Warszawie od początku przystąpiły do pracy, a właściwie do realizacji programu wyborczego zaprezentowanego na zjeździe. Głęboką reorganizację przeszło biuro OIL, a jej wynikiem jest dużo sprawniejsze i bardziej transparentne działanie administracji Izby. Przeprowadziliśmy niezbędny remont pomieszczeń Sądu Lekarskiego i Rzecznika, zapewniając tym organom godne warunki pracy. Wyremontowane zostały też I, III i IV piętro siedziby naszej Izby. Tym samym stworzono naprawdę dobre warunki pracy i przyjmowania interesantów, czyli nas, lekarzy. Biuro Obsługi Lekarza, mieszczące się na parterze, w wyremontowanych pomieszczeniach po sklepie Mokpol, nabrało ostatecznego kształtu i stanowi dzisiaj wizytówkę Izby. Gromadzimy środki finansowe na remont V piętra z salą wykładową. Możliwe, że zrealizujemy ten projekt w I półroczu 2015. Mielibyśmy wtedy salę wykładową z prawdziwego zdarzenia. Wypowiedzieliśmy umowę agencyjną firmie ubezpieczeniowej Inter, a pomieszczenia przez nią wykorzystywane zajęte zostały przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego, co obniża koszty jego działania i ułatwi dostęp lekarzy do tego ważnego działu Izby.

W porozumieniu z kancelarią prawną Dittmajer wprowadziliśmy usługę „Prawnik dla lekarza”. Z porad prawnych świadczonych całodobowo, 365 dni w roku, skorzystało w pierwszych siedmiu miesiącach prawie 1000 lekarzy.

Rozpoczęliśmy pracę nad wprowadzeniem w naszej Izbie ISO, czyli systemu zarządzania jakością. Największe trudności, już na szczęście pokonane, wystąpiły z obiegiem i archiwizacją dokumentów izbowych. Mam nadzieję, że na początku przyszłego roku system zarządzania jakością zacznie działać.

Jeszcze w 2014 r. zostanie uruchomiona nowa strona internetowa Izby, która ma przynieść przełom w komunikacji z lekarzami. Oby tak było.

To w dużym skrócie najważniejsze sprawy podjęte w roku bieżącym. Ale to dopiero początek, praca organiczna. Wchodzimy w nowy rok kalendarzowy i drugi rok kadencji ze świadomością, że cała masa spraw czeka na rozwiązanie. Jestem jednak głęboko przekonany, że się doczeka.

Bardzo dziękuję członkom Okręgowej Rady Lekarskiej, a w szczególności jej Prezydium, Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej z Zespołem, Przewodniczącemu Okręgowego Sądu Lekarskiego z Zespołem, członkom Okręgowej Komisji Rewizyjnej za ten rok wyteżonej pracy.

Życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom spokojnych, zdrowych, wesołych świąt Bożego Narodzenia i wszystkiego co najlepsze w Nowym Roku. ■



Fot. egw

Andrzej Sawoni  
prezes ORL  
w Warszawie



Wesołych, zdrowych świąt Bożego Narodzenia  
i szczęśliwego Nowego Roku  
życzy wszystkim  
redakcja „Pulsu”



## Historia i przyszłość



Uhonorowani Medalami im. prof. Jana Nielubowicza

Fotografie: K. Jemioł

▶ Następnie wręczono odznaczenia *Laudabilis* oraz Medale im. prof. Jana Nielubowicza. Pierwszą część spotkania zakończył występ wybitnej śpiewaczki operowej Małgorzaty Wałewskiej (mezzosopran).

Cd.  
ze  
str. 1

W drugiej części prof. Piotr Zaborowski, zwracając się do młodych lekarzy, powiedział m.in.: – Wręczenie „Praw Wykonywania Zawodu” jest rytuałem podobnym to pasowania na rycerzy. Podobnie jak rycerzom, lekarzom towarzyszy pewien kodeks honorowy – Kodeks Etyki Lekarskiej. Charakter lekarza kształtuje się przez pierwsze dwa – trzy lata samodzielnej pracy zawodowej.

Życzył młodym lekarzom, aby na swojej drodze spotkali takich mistrzów, jak profesorowie Julian Aleksandrowicz i Andrzej Szczeklik. Wówczas ich życie zawodowe będzie łatwiejsze. Jedno uratowane życie będzie nagrodą za miesiące ślęczenia nad książkami i uczenia się. Mówił też: – Pacjenci oddają wam to, co najcenniejsze: zaufanie, zdrowie i przyszłość.

Adam Górski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy, podkreślił, że dla młodych lekarzy to jest pierwszy dzień osobistej odpowiedzialności za drugiego człowieka i jego zdrowie. Staż do tego przygotowuje.

Następnie dwie absolwentki pochodzące spoza Polski złożyły przysięgę lekarską przed prezesem ORL. Wręczono Nagrody im. prof. Władysława Szenajcha za najlepsze wyniki egzaminu końcowego, a potem „Prawa Wykonywania Zawodu” ponad 500 lekarzom i lekarzom denty stom.

Uroczystość zakończył koncert Kuby Sienkiewicza.

Wśród młodych lekarzy znalazł się Robert Sosnowski, który powiedział „Pulsowi”: – Jestem zadowolony ze stażu, który odbywałem w Szpitalu im. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej. Poważnie traktowano tam stażystów, była możliwość uczestniczenia w pracy poszczególnych oddziałów. Badałem pacjentów, na chirurgii uczestniczyłem w zabiegach z innymi lekarzami. Na internie również liczone się ze zdaniem stażystów. W najbliższym czasie zamierzam rozpocząć specjalizację z chorób wewnętrznych w tym samym szpitalu. Moja żona Karolina kończy staż za rok. Odbywa go w szpitalu w Płońsku. Ze względu na to, że spodziewamy się potomka, odłożyła egzamin o rok. Jej staż był bardzo dobrze prowadzony, organizowano spotkania stażystów ze specjalistami. Żona twierdzi, że w szpitalach powiatowych można poznać wszystkie dziedziny od strony praktycznej, wykonywać drobne zabiegi.

Halszka Kołaczowska, jedna z najlepszych studentek i stażystek, dodała: – Ja też staż miałam w Szpitalu im. Orłowskiego. Moje pierwsze doświadczenia są pozytywne i zachęcające do dalszej pracy. Największą szkołą był dla mnie staż z chorób wewnętrznych. Na internie cieszyłam się największą samodzielnością. Zdarzały się sytuacje, w których razem z rezydentami i opiekunami musieliśmy podejmować decyzje. To różniło się od typowo studenckiego przebywania w szpitalu. Dostałam się na rezydenturę z onkologii klinicznej w Centrum Onkologii.



## Laudabilisy

8 listopada 2014 r. wręczono najwyższe odznaczenia przyznawane członkom samorządu lekarskiego w Warszawie – *Laudabilis*. Otrzymały je:

**Ewelina Bobek-Pstrucha** – lekarz, dr n. med., specjalista ginekolog-położnik oraz w dziedzinie radioterapii. Bardzo aktywnie działa na rzecz samorządu lekarskiego, delegat na okręgowe zjazdy lekarskie, członek prezydium zjazdu, delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy. Od 1997 r. zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Odpowiedzialna, zdyscyplinowana, kompetentna, odnosząca się z wielkim szacunkiem i uwagą do innych osób.

Ponadto podczas uroczystości Medal im. prof. Jana Nielubowicza otrzymali:

**Joanna Karpińska** – w uznaniu szczególnych zasług za działalność na rzecz samorządu lekarskiego i postawę etyczną.

**Bogdan Zajączkowski** – w uznaniu szczególnych zasług i za zaangażowanie w działalność na rzecz samorządu lekarskiego i pracę zawodową.

**Piotr Winciuнас** – w uznaniu zasług i za szczególne zaangażowanie w pracę na rzecz OIL w Warszawie.



**Piotr Gajewski** – lekarz, dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, absolwent Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie. Aktywny członek Towarzystwa Internistów Polskich, od 2008 r. sekretarz Zarządu Głównego, pracę doktorską obronił na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wraz z prof. Andrzejem Szczeklikiem stworzył miesięcznik „Medycyna Praktyczna”, współtwórca, redaktor prowadzący i wydawca podręcznika chorób wewnętrznych „Interna Szczeklika”. Organizator i pomysłodawca corocznych konferencji „Jesień internistyczna” i „Postępy w chorobach wewnętrznych”, symposium „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej” oraz konkursów literackich „Przychodzi wena do lekarza”. Sponsor nagród dla najmłodszych kolegów.

**Helena Lenczewska-Kulikowska** – lekarz dentyista, specjalista stomatologii zachowawczej i periodontologii. Pracuje przez cztery ostatnie kadencje w Okręgowym Sądzie Lekarskim, ze swoich obowiązków wywiązuje się wzorowo. Dała się poznać jako odpowiedzialna i świetnie przygotowana do prowadzenia szczególnie trudnych spraw stomatologicznych. Odznaczona Brązowym Krzyżem Zasługi.

**Zbigniew Czesław Klimek** – lekarz dentyista, specjalista stomatologii ogólnej I st. W latach 1992–2007 prezes Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Dentyistów, członek PTS. Odznaczony Odznaczeniem im. dr. Andrzeja Fortuny oraz „Zasłużony dla stomatologii polskiej”. Wzór dla innych lekarzy, życzliwy, niezmiernie pomocny i odnoszący się z wielką uwagą i szacunkiem do kolegów i pacjentów.

**Grzegorz Kwitkiewicz** – za szczególne zaangażowanie w działalność samorządu lekarskiego i integrację środowiska stomatologicznego Mazowsza i sąsiednich regionów.

**Piotr Kuchta** – za szczególne zaangażowanie w działalność samorządu lekarskiego i integrację środowiska lekarzy dentyistów na Mazowszu.

**Dariusz Paluszek** – za szczególne zaangażowanie w działalność samorządu lekarskiego i integrację środowiska lekarzy dentyistów.

**Ludgarda Olbrysz** – za szczególne zaangażowanie w tworzenie struktur przychodni stomatologicznych w powojennej Polsce, a także za zaangażowanie w pracę samorządu lekarskiego.

**Leszek Cezary Kosiński** – za szczególne zaangażowanie w pracę podczas przeprowadzania i koordynowania stażu podyplomowego w klinikach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wielu pokoleń lekarzy.

## Nagrody im. prof. W. Szenajcha

Sześcioro młodych lekarzy otrzymało Nagrodę im. prof. Władysława Szenajcha za najlepsze wyniki lekarskiego egzaminu końcowego. Są to lekarze: **Mariusz Tomaniak**, **Paweł Mikulski** i **Michał Peller**, oraz lekarki dentyistki: **Joanna Czermińska**, **Agata Piwowarska** i **Dorota Wasilewicz**.



## Do młodych lekarzy

**D**rodzy Młodzi Koledzy, gratuluję Wam pomyślnego zakończenia ważnego i trudnego etapu w życiu. Witam w lekarskim gronie. Życzę, abyście (...) – mimo dążenia do wąskich specjalizacji – nie ustawali w pogłębianiu wiedzy w zakresie nauk podstawowych, a także w kształtowaniu ducha etyki i solidarności zawodowej. (...) Pamiętajcie, że relacja lekarz – pacjent to jest przede wszystkim relacja dwojga ludzi, z których jeden ma pomóc i ulżyć w cierpieniu drugiemu. Taki jest cel medycyny! Pamiętajcie, że zawsze możecie znaleźć się w sytuacji, gdy pozostaniecie sami, tylko ze swoją wiedzą i z niewielkim początkowo doświadczeniem, jednak zawsze z sumieniem i z sercem. (...)

Nie jesteście świadczeniodawcami wobec świadczeniobiorców – ktokolwiek by Wam takie poniżające określenia narzucał!!! „Pamiętaj, żeś lekarz” – mawiał profesor Szenajch i pisał o tym obszernie w „Myślach lekarza”, pracy poświęconej przede wszystkim młodzieży lekarskiej, w której podkreśla znaczenie humanitarne naszej pracy i ciężar gatunkowy słowa lekarz. Okręgowa Izba Lekarska w uroczystym dniu 25-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego zorganizowała dla Was piękną uroczystość wręczania prawa praktyki. Na start w zawodowe życie postanowiła obdarzyć najlepszych z Was Nagrodą im. Profesora Władysława Szenajcha. Spośród wielu wybitnych wybrano właśnie Jego. Dlaczego? Był niezwykle, szlachetnym człowiekiem. Urodzony w Warszawie w czasie zaborów, w życie dorosłe wkraczał w XX w. Przeżył dwie wojny światowe, a na kartach medycyny polskiej zapisał się jako gorący patriota, humanista, naukowiec, nauczyciel akademicki, organizator służby zdrowia i szpitalnictwa dziecięcego, zarówno w niepodległej Polsce, jak i okresie zniewolenia PRL-u. Był człowiekiem niezwykle skromnym, o głębokim umyśle i wiedzy, ale przede wszystkim o wielkim sercu, życzliwości i bezinteresowności. Całe Jego życie było poświęcone trosce o los dzieci, warunki ich życia, zapobieganie chorobom, leczenie i pielęgnację. (...) Starał się przekazać te cechy swoim uczniom i współpracownikom. (...)

Jestem dumna, że dane mi było przez 20 lat, od początku mojej medycznej drogi, uczyć się fachu i pracować w zespole współpracowników i wychowanków Profesora, w Klinice Diagnostyki Chorób Dzieci Akademii Medycznej przy ul. Działdowskiej w Warszawie. Uważam, że Nagroda im. Profesora Władysława Szenajcha to ogromne wyróżnienie. Dlatego właśnie pozwalam sobie wystosować do Was, Młodzi Koledzy, ten list z prośbą, abyście sięgnęli po pisma Profesora, które pomogą Wam utrzymać etos naszego wspianego zawodu, a które teraz, w dobie nadmiernego pośpiechu, komercjalizacji czy wręcz profanacji humanitarnych zadań i obowiązków wobec zdrowych i chorych ludzi, a zwłaszcza dzieci, są spychane na margines lub zapomniane.

Profesor zmarł w 1964 r. Pochowany jest na Cmentarzu ewangelicko-reformowanym w Warszawie, przy ul. Żytniej 42. Na grobie – poza nazwiskiem, datami urodzenia i śmierci, umieszczono proste, zawierające esencję Jego życia słowa: Lekarz dzieci. Odwiedźcie Go czasami, na pewno bardzo by się ucieszył. ■

prof. dr hab. n. med.  
Barbara Kowalewska-Kantecka, IMiDz









# System zdrowotny 1989–2014 w Polsce wypadkową determinacji i obaw

Wojciech Maksymowicz

## Początki

Obrazy podzespołu Okrągłego Stołu ds. zdrowia w 1989 r. koncentrowały się na dwóch zagadnieniach: konieczności zmiany zasad finansowania i organizacji opieki zdrowotnej oraz jej odpolitycznienia.

W protokole końcowym, podpisanym w imieniu „Solidarności” przez prof. Zofię Kuratowską, zapisano „*docelowy model opieki zdrowotnej będzie miał charakter ubezpieczeniowy w zakresie źródeł finansowania*”.

W stenogramie z obrad czytamy wypowiedź dr. Marka Edelmana: „...chodzi o to, żeby fundusz zdrowia był wyodrębnionym funduszem, niezależnym od budżetu państwa (...). I fundusz taki, który jest funduszem społecznym, nie może być administrowany ani przez jednego człowieka, to znaczy przez ministra, ani przez naczelnika wydziału zdrowia czy prezydenta miasta”.

## Reforma

Po wielu latach nauki, po pierwszych, naiwnych – jak teraz ocenić można – projektach, powstających przed Okrągłym Stołem, w trakcie jego obrad i po nim, w lutym 1997 r. głosami SLD i PSL parlament przyjął ustawę zapowiadającą wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Bez specjalnych uprzedzeń i „ideowych zahamowań” ówczesni eksperci rządzących ugrupowań przejęli większość proponowanych przez ekspertów „solidarnościowych” zapisów, zawartych w projekcie ustawy przygotowanej przez Społeczną Komisję Zdrowia przy Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, formalnie zgłoszonym przez prezydenta RP Lecha Wałęsę.

Po wyborach parlamentarnych, wygranych w 1997 r. przez Akcję Wyborczą Solidarność, premier Jerzy Buzek uznał wdrożenie reformy systemu ochrony zdrowia za jeden z priorytetów nowego rządu. Nie dość, że zadanie było ogromnym i niezmiernie trudnym przedsięwzięciem, to już na wstępie pojawiła się dodatkowa trudność: w umowie koalicyjnej zapisano rozbieżność różnych wizji modelu.

W Unii Wolności, głoszącej w lutym 1997 r. jako opozycja parlamentarna przeciwko ustawie ubezpieczeniowej, było wielu zwolenników finansowania służby zdrowia przez samorządy terytorialne. Przełomowe było spotkanie w gabinecie wicepremiera Leszka Balcerowicza na początku 1998 r., gdy doszło do konfrontacji gotowego projektu nowelizacji

ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z interesującym z punktu widzenia naukowego, ale niewykraczającym poza ramy wstępnych studiów, opracowaniem „Samorządowa Służba Zdrowia”.

Ostatecznie postanowiono, że nie należy marnować wcześniejszego dorobku legislacyjnego. Uznano, że trzeba zachować ciągłość budowy nowoczesnego państwa i na razie „papierowa” decyzja posłów SLD i PSL o utworzeniu ubezpieczeń zdrowotnych musi być wprowadzona w życie. Niezbędne jednak było dostosowanie przepisów do planowanej nowej rzeczywistości, z uwzględnieniem aktualnych realiów ekonomicznych. I tutaj pierwszy szok. Intensywna walka o znaczne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia napotkała niesłychany opór ze strony wszystkich profesjonalistów z dziedziny finansów państwa. Planowano zmiany systemowe przy tzw. neutralnym poziomie finansowania. I wtedy właśnie uchwalono 7,5-procentową składkę zdrowotną...

## Droga do systemu

Rok 1999 pod względem organizacyjnym i własnościowym oznaczał dla systemu: usamodzielnienie placówek ochrony zdrowia, przekazanie roli organu założycielskiego większości zakładów opieki zdrowotnej samorządom terytorialnym, zwiększenie roli podstawowej opieki medycznej (otwarcie drogi ku prywatyzacji), z nadaniem kluczowej roli przyszłym lekarzom rodzinnym, jako „osobistym doradcom medycznym” pacjentów, a zarazem wprowadzającym do wyższych kompetencyjnie i kosztowo szczebli systemu (tzw. *gate-keeper*).

## Finansowanie

Dla finansowania usług medycznych zmiany oznaczały:

- wprowadzenie niezależnego bezpośrednio od budżetu państwa płatnika – kas chorych powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (środki finansowe „wyjęto” spod władzy ustawy budżetowej, nie pozwalając na redukcję nakładów ponoszonych na rzecz opieki zdrowotnej, postrzeganej przez Ministerstwo Finansów jako typowy „budżetożerca”),
- wprowadzenie rachunku kosztów, odpowiedzialność finansową samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, równość w prawach i dostępie do środków publicznych podmiotów publicznych i niepublicznych, co stwarzało podstawę do dalszej prywatyzacji,





– wprowadzenie elementów rynku usług zdrowotnych przez uruchomienie mechanizmów konkurencji (konkurs ofert) w celu wyłonienia najlepszych i najefektywniejszych świadczeniodawców.

## Perspektywy

Wprowadzone w 1999 r. zmiany miały znaczenie fundamentalne, ale nowy system nie był konstrukcją zamkniętą. Zakładano jego dalszą ewolucję i udoskonalanie. Przykładem tego był zapis o przyszłym dopuszczeniu do rynku ubezpieczeń zdrowotnych potężnych ubezpieczalni prywatnych, które poza ubezpieczeniem obowiązkowym, wraz z powszechną sprzedażą polis ubezpieczenia uzupełniającego, mogłyby wnieść duże dodatkowe pieniądze wzmacniające finansowo placówki ochrony zdrowia (bardzo teraz tych pieniędzy brakuje).

Mimo poczucia konieczności zmian (długo odkładanych przez wcześniej rządzące ugrupowania, co było wynikiem obawy przed podjęciem się zadania tak trudnego i naruszającego wcześniejsze przyzwyczajenia społeczeństwa do tzw. gwarancji pełnego bezpłatnego zabezpieczenia opieki zdrowotnej), nowy system spotkał się z powszechną krytyką.

Za niezrozumiały (a może wręcz złośliwy), ciężki błąd systemu uważano wszystkie formalne trudności w uzyskaniu porady specjalistycznej bądź przyjęcia do szpitala (poza stanem zagrożenia życia). Należy stwierdzić, że te sytuacje, postrzegane jako utrudnienia, są w większości wynikiem niezbędnych mechanizmów regulacyjnych, dzięki którym w latach 1999–2001 nie doszło do eksplozji kosztów i zapaści systemu.

## Samo życie

W trosce o pozyskanie głosu wyborców doprowadzono do populistycznych decyzji parlamentu, dotkliwie uszkadzając nowy system. Przykładem była likwidacja przez posłów (i ówczesnej opozycji, i AWS) Krajowego Związku Kas Chorych, przez co zaprzepaszczono możliwość sprawnej ponadregionalnej unifikacji działania kas chorych. W wyniku tej decyzji później ci sami często posłowie optowali za likwidacją kas chorych, uzasadniając swoje decyzje właśnie brakiem unifikacji reguł działania w systemie.

Z podobnie populistycznych powodów Sejm postanowił likwidować Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a później zarzucił systemowi brak wystarczającego nadzoru centralnego. Podczas kampanii poprzedzającej wybory parlamentarne w 2001 r. praktycznie żadna partia (poza Ruchem Społecznym) nie powstrzymała się od głoszenia populistycznych haseł likwidacji kas chorych.

**A potem nastał Narodowy Fundusz Zdrowia... ■**

*oprac. egw,  
na podstawie wykładu wygłoszonego 8 grudnia 2014 r.,  
w czasie konferencji Komitetu Zdrowia Publicznego PAN  
(fragmenty)*

---

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Maksymowicz jest dziekanem Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, w latach 1997–1999 pełnił funkcję ministra zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jerzego Buzka.

---



*Honorowy Patronat Matzonki Prezydenta RP  
Pani Anny Komorowskiej*

SPRZEDAŻ BILETÓW NA GAŁĘ CHARYTATYWNĄ  
do 6.01.2015 – 300 zł/os.  
od 7.01.2015 do 31.01.2015 – 350 zł/os.  
od 1.02.2015 do 12.02.2015 – 400 zł/os.

**VIII CHARYTATYWNA  
GAŁA KARNAWAŁOWA  
PRZYJACIOŁ FUNDACJI  
LEKARSKIEJ  
PRO SENIORE**

*14 lutego godz. 20.00*



**Wieczór poprowadzi  
Jacek Brokowski**

**Udział w uroczystości zapowiedzieli:**

**Natasza Urbańska**

**Żeński Kwartet Smyczkowy Red Heels**

**Zespół House of Music**

**Galiczyjska Orkiestra Straussowska „Obligato”**

**PODZAS GALI ODBĘDĄ SIĘ LICYTACJE  
ORAZ LOTERIA FANTOWA**

**ZGŁOSZENIA ORAZ INFORMACJE:**

tel. 22 542 83 02, 668 398 719

fundacja.proseniore@gmail.com

www.proseniore.pl

**Double Tree by Hilton w Warszawie**  
Zapraszamy

Darowiznę można odpisać od podatku,  
nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



## System zdrowotny 1989–2014 w Polsce wypadkową determinacji i obaw

### Podsumowanie

1. Ewolucja systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie jest efektem przypadkowych działań, lecz stanowi wypadkową: odpowiedzialności polityków za sprawy publiczne (w połączeniu z determinacją), obaw i (nie)przygotowania polityków, kondycji finansowej państwa, stopnia perspektywicznego planowania, oczekiwań społecznych, poziomu wiedzy społeczeństwa.

2. Problemy opieki zdrowotnej zostały docenione jedynie przez nieliczne polskie rządy po 1989 r. Wymienić tu należy przede wszystkim rząd premiera Jerzego Buzka (1997–2001), a także premierów Włodzimierza Cimoszewicza (1996–1997), Kazimierza Marcinkiewicza (2005–2006) i Jarosława Kaczyńskiego (2006–2007). W pewnym stopniu kryteriom tym odpowiada ratunkowa praca w rządzie premiera Marka Belki (2004).

3. Wzrost PKB powinien się wiązać z procentowym wzrostem udziału środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną – średnia w Unii Europejskiej to 9,0 proc. PKB.

4. Aby uniknąć katastrofy i szukania nadzwyczajnych ratunkowych rozwiązań, sprawy opieki zdrowotnej, jej dalszego rozwoju i przygotowania do wyzwań związanych m.in. ze starzeniem społeczeństwa muszą stać się priorytetem rządowym, wyrażonym np. podniesieniem rangi ministra odpowiedzialnego za zdrowie (plus ewentualnie za sprawy społeczne) do pozycji wicepremiera – przewodniczącego odpowiedniego koordynującego komitetu Rady Ministrów.

5. Nie ma pełnej analogii między ekonomiką opieki zdrowotnej i zwykłą działalnością gospodarczą. Dominująca powinna być działalność „nie dla zysku”, nieodpowiadająca zasadom określonym w prawie handlowym.

6. Nie wolno jednak wylewać dziecka z kąpielą – nie można niszczyć tego, co prywatne, a potrzebne.

7. Konieczne jest wznowienie prac nad stworzeniem prawdziwego koszyka świadczeń gwarantowanych i umożliwienie działania systemu dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

8. Niezbędne jest zwiększenie odpowiedzialności państwa za sprawy opieki zdrowotnej, ale bez „ręcznego sterowania” płatkami, co wprowadzała tzw. ustawa kolejkowa ministra Bartosza Arłukowicza.

9. Nie wolno zapominać o innowacyjności i umożliwieniu dostępu do szybko rozwijających się technologii medycznych.

10. Rozwój medycyny akademickiej, wraz z ilościową i jakościową poprawą kształcenia lekarzy i pielęgniarek, musi być jednym z priorytetów państwa. Konieczne jest określenie zasad finansowania i zwiększenie dodatkowego finansowania klinik i szpitali klinicznych („teaching hospitals”). ■

Wojciech Maksymowicz

## Kontrola „Realizacji zadań w ramach planu finansowego na 2013 rok”

NIK stwierdza, że NFZ nie doprowadził do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych. Wydawanie pieniędzy publicznych przez NFZ odbywało się bez ustalonych ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych. Nieskuteczne okazały się działania zmierzające do zmniejszenia czasu oczekiwania pacjentów na hospitalizację w odniesieniu do schorzeń możliwych do diagnozowania i leczenia również w warunkach ambulatoryjnych. (...) Na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazują rosące w Polsce kolejki do lekarzy.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne):

- w poradniach okulistycznych średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł [1] z 32 do 40 dni (o 25 proc.),
- w poradniach kardiologicznych średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 69 do 79 dni (o 14,5 proc.),
- w poradniach neurologicznych średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 27 do 30 dni (o 11,1 proc.),
- w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 25 do 29 dni (o 16 proc.),
- w pracowniach tomografii komputerowej średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 25 do 43 dni (o 72 proc.).

W leczeniu szpitalnym natomiast (przypadki stabilne) m.in.:

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 77 do 95 dni (o 23,4 proc.),
- w oddziałach chirurgii ogólnej średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 24 do 29 dni (o 20,8 proc.),
- w oddziałach chirurgii jednego dnia średni rzeczywisty czas oczekiwania wyniósł 15 dni i był dłuższy średnio o 3 dni niż w roku poprzednim.

W niektórych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2013 r. nie zakontraktowano wszystkich świadczeń, przewidzianych w planach, głównie z uwagi na braki wymaganego personelu medycznego. (...)

Problem braku lekarzy określonych specjalności staje się coraz poważniejszy i zaczyna stanowić istotne ryzyko dla pacjentów, ograniczając im dostęp do świadczeń zdrowotnych. Kształcenie i przygotowanie kadr medycznych będzie przedmiotem kontroli NIK w 2015 r. (...)

NIK zwraca uwagę, że w ciągu najbliższych kilku lat zmniejszenie kolejek do lekarzy może być utrudnione z uwagi na wzrost kosztów leczenia osób starszych, tj. powyżej 65. roku życia. O ile ich udział w kosztach świadczeń ogółem w latach 2009–2013 wzrósł o blisko 3 proc., to w latach 2014–2018 wzrost ten, według szacunków NFZ, może przekroczyć 5 proc.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła natomiast formalne wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r., w szczególności w sytuacji niższych niż planowano przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanej przez ZUS. ■

źródło: [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)  
oprac. egw



Fot. archiwum



Marek Balicki

**G**rudzień to zwykle czas podsumowywania mijającego roku. W ochronie zdrowia działa się w ostatnich miesiącach więcej niż w dwóch poprzednich latach. Czy jednak trzeci rok urzędowania Bartosza Arłukowicza na stanowisku

ministra zdrowia będzie można uznać za udany? Ostateczną odpowiedź przyniosą zapewne pierwsze tygodnie nowego roku i sposób wprowadzenia pakietu kolejkowego.

Pamiętamy początek obecnej kadencji i wielkie zamieszanie związane z ustawą refundacyjną. Towarzyszył temu nikomu niepotrzebny konflikt nowego szefa resortu zdrowia ze środowiskiem lekarskim. Choć w grudniu 2011 r. była jeszcze szansa, by konfliktowi zapobiec, minister jej nie wykorzystał.

Czy teraz, po trzech latach, historia miałaby się powtórzyć w związku z wejściem w życie pakietu onkologicznego? Wszystko wskazuje, że tak. W powszechnej opinii pakiet nie został dobrze przygotowany, więc bałagan w pierwszych miesiącach nowego roku wydaje się nieuchronny. Większość szczegółowych przepisów nie była gotowa do końca listopada. A miesiąc to za mało na dopięcie wszystkiego na ostatni guzik, tym bardziej że część rozwiązań wzbudza kontrowersje.

I znowu, podobnie jak przed trzema laty, minister nie chce słuchać opinii środowiska lekarskiego. Paradoksem jest fakt, że impulsem do wzięcia się przez rząd za rozwiązanie problemu kolejek był apel onkologów do premiera Tuska. Jeszcze podczas wiosennej konferencji prasowej ich przedstawiciele zasiedli obok premiera i ministra. Dzisiaj nikt już o tym nie pamięta. Ostatecznie minister nie skorzystał z propozycji towarzystwa onkologicznego ani nie chciał przyjąć zgłaszanych przez nie poprawek.

Obecną sytuację zasadniczo różni od tej sprzed trzech lat kwestia odpowiedzialności. W sprawie ustawy refundacyjnej minister mógł do nas mrugać, dając do zrozumienia, że otrzymał ją w spadku po poprzednicze. Choć nie była to do końca prawda, bo czasu na wprowadzenie niezbędnych korekt miał dość. Dzisiaj jest jasne, że cała odpowiedzialność spoczywa na ministrze Arłukowiczu. I albo poprawi swoje notowania dzięki sprawnemu zafunkcjonowaniu pakietu kolejkowego, albo zapłaci cenę polityczną za powstały chaos. Niewykluczone, że to jego być albo nie być w rządzie. Bez wątplenia „kolejkowa” nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych, ze wszystkimi konsekwencjami, będzie oceniana jako najważniejsze wydarzenie nie tylko mijającego roku, ale również całej kadencji. Część przyjętych zmian, chociażby próba zaplanowania nowych placówek i ograniczenie liczby kontraktów zawieranych na danym terenie na rzecz kompleksowości świadczonych usług, zmierza w dobrym kierunku. Nie do przyjęcia jest natomiast faktyczne podporządkowanie ministrowi oddziałów wojewódzkich NFZ. Takiej centralizacji systemu dotychczas nie było. Rozstrzygający dla notowań ministra będzie jednak pakiet onkologiczny. Dlaczego zatem nie chciał w tej sprawie współpracować ze środowiskiem medycznym, pozostanie jego tajemnicą. ■



Fot. G. Press

## Przyszło nowe

Paweł Walewski

**M**inister zdrowia ma zawsze pilne sprawy na głowie. Dlatego ustawa genetyczna, dzięki której można by w końcu uregulować wiele problematycznych kwestii związanych z badaniami DNA (również komercyjnymi), czeka już dwa lata na swoją kolej. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, bez której rynek prywatnych świadczeń rehabilitacyjnych przypomina bazar Różyckiego z lat rozkwitu pokątnych interesów, także odkładana jest stale na później. Wszystkie ręce na pokład – nowy rok, więc liczy się tylko pakiet onkologiczny i skrócenie kolejek.

Bartosz Arłukowicz chyba odetchnął, gdy Donald Tusk wyjechał do Brukseli, bo byłby najostrzejszym recenzentem jego reformy. Ba, premier sam tę reformę przeciw ministrowi wymyślił, wywarł na niego polityczną presję, by coś wreszcie w leczeniu nowotworów zmienić, a chorym dać nadzieję na skrócenie kolejek. Uda się? Niewykluczone, że Ewa Kopacz nie będzie miała już równie dużego zapалу do przyglądania się tym zmianom i wykaże większą wyrozumiałość. Nie można jej odmówić wiedzy na temat mechanizmów rządzących ochroną zdrowia, więc i jej sterowanie ministrem nie będzie takie jak w wykonaniu poprzedniego premiera, którego znajomość rzeczy oparta była jednak tylko na doniesieniach medialnych, a nie na własnym doświadczeniu.

Na razie osoby z większym doświadczeniem od byłego premiera (a może i samego ministra) przed pakietem kolejkowym i onkologicznym gremialnie ostrzegają. Okaże się, czy zafundowano nam skok na głęboką wodę, czy też zdecydowano się płynąć na dystans. Katalog pytań, na które odpowiedź poznamy na początku realizacji reformy, jest całkiem spory:

1. Czy kartę onkologiczną (ściślego zarachowania!) pacjenci potraktują jak przepustkę do lepszej medycyny i zaczną się jej domagać nie u ministra, tylko u Bogu ducha winnych lekarzy? Rozbudzone oczekiwania mogą jeszcze bardziej pogorszyć warunki pracy w przychodniach i szpitalach.
2. Jeśli onkologia ma szybko zyskać finansowo, to które dziedziny stracą i z jakimi chorobami będzie się czekać na diagnostykę dłużej?
3. Skoro okaże się, że podejrzenie raka jest rzeczywiście przepustką do wcześniejszego wykonywania badań, czy grozi nam sztuczna epidemia chorób nowotworowych?
4. Ile czasu lekarze rodzinni będą wypełniali karty onkologiczne i w jaki cudowny sposób mają się skrócić kolejki do nich?
5. Kiedy nastąpi ocena tych zmian: za miesiąc, kwartał, czy dopiero po roku? Ustawa refundacyjna sprzed trzech lat wciąż czeka na podsumowanie ze strony resortu zdrowia, a przecież wiadomo, że wszystkich postawionych przed nią celów nie spełniła. ■

*Autor jest publicystą „Polityki”.*



# REZOLUCJA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 21 LISTOPADA 2014 R.

## *w sprawie Pododdziału Proktologii na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu w Warszawie*

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie z ogromnym niepokojem odebrała informację o możliwej likwidacji Pododdziału Proktologii na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu w Warszawie.

Od kilkudziesięciu lat Pododdział Proktologii jest uznawany w Warszawie i całym regionie ośrodkiem, wyspecjalizowanym w udzielaniu pomocy chorym z trudnymi problemami proktologicznymi. Opiekę na najwyższym poziomie znajdują tu będące w trudnej sytuacji zdrowotnej kobiety z proktologicznymi urazami okołoporodowymi, chorzy zakażeni wirusem HIV, homoseksualni mężczyźni, chorzy z nowotworami odbytu i inni wyjątkowo „trudni” pacjenci. Wiedzą o tym pokolenia mazowieckich lekarzy kierujących swoich pacjentów do tego pododdziału. Wyjątkowe doświadczenie zespołu lekarzy i pielęgniarek pododdziału nakazuje szczególną ostrożność przy podejmowaniu decyzji reorganizacyjnych dotyczących Oddziału Chirurgii Ogólnej soleckiego szpitala. Bezpieczeństwo chorych z rzadkimi lub skomplikowanymi problemami proktologicznymi wymaga istnienia w Warszawie wyspecjalizowanej placówki wyznaczonej do sprawowania opieki nad tą szczególną grupą pacjentów. Od podejmujących decyzje w tej sprawie Okręgowa Rada Lekarska oczekuje odpowiedzialności za zdrowie mieszkańców Warszawy i Mazowsza oraz przedkładania interesu zdrowia publicznego nad czyste rozważania finansowe.

Jednocześnie Okręgowa Rada Lekarska, widząc problem zbyt niskich wynagrodzeń Narodowego Funduszu Zdrowia za leczenie chorych proktologicznych, zwraca uwagę na konieczność zmian w tym zakresie. Ze względu na wyjątkowo uciążliwy dla chorych charakter chorób proktologicznych Rada uznaje, że niedopuszczalne jest utrzymywanie zaniżo-

nej wyceny procedur w tej dziedzinie, która prowadzi do obiektywnych trudności finansowych placówek udzielających takich świadczeń.

Wobec powyżej opisanych okoliczności Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się:

- do Władz Spółki Szpital Solec Sp. z o.o. o utrzymanie istnienia odrębnego Pododdziału Proktologii,
- do Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy o wsparcie istnienia Pododdziału Proktologicznego w Szpitalu na Solcu, jako placówki niezbędnej dla bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Warszawy,
- do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o adekwatną do kosztów wycenę świadczeń zdrowotnych z zakresu proktologii. ■



## Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 28 listopada 2014 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	2	choroby zakaźne	1	med. paliatywna	2	pediatria	17	stomatologia endodon.	2
alergologia dzieci.	1	dermatologia	6	med. pracy	3	proktologia	1	stomatologia implant.	1
andrologia	1	diabetologia	2	med. ratunkowa	4	psychiatria	5	stomatologia pedodon.	2
anestezjologia	4	diabetologia dzieci.	1	med. rodzinna	20	psychiatria dzieci.	2	stomatologia periodon.	2
lekarz bez spec.	7	endokrynologia	4	med. społeczna	1	radiologia	6	stomatologia protetyka	3
chirurgia dzieci.	2	gastroenterologia	2	nefrologia	1	radioterapia onkolog.	1	urologia	3
chirurgia nac.	3	geriatria	1	neonatologia	1	rehabilitacja med.	4	USG	4
chirurgia ogólna	5	ginekologia i poł.	6	neurochirurgia	2	reumatologia	3	Dowolna spec.	1
chirurgia onkolog.	1	kardiologia	5	neurochirurgia dzieci.	1	seksuologia	1		
choroby płuc	2	kardiologia dzieci.	1	neurologia	10	stomatologia	7		
choroby płuc dzieci.	1	laryngologia	5	okulistyka	4	stomatologia chirurg.	2		
choroby wewn.	26	med. morska i tropik.	1	ortopedia	7				

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

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



**UCHWAŁA NR 90/R-VII/14  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 24 PAŹDZIERNIKA 2014 R.**

***w sprawie ustalenia terminu i miejsca wręczenia  
odznaczenia Laudabilis***

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §6 ust. 3 Regulaminu przyznawania odznaczenia *Laudabilis*, stanowiącego załącznik do uchwały nr 78/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 września 2014 r., w związku z wnioskiem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dot. wręczenia odznaczenia *Laudabilis* w trakcie połączonych uroczystości obchodów 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego i wręczenia „Prawa Wykonywania Zawodu”, uchwala się, co następuje:

**§1**

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie pozytywnie opiniuje wniosek prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dot. wręczenia odznaczenia *Laudabilis* w trakcie połączonych uroczystości obchodów 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego i wręczenia „Prawa Wykonywania Zawodu”, które odbędą się 8 listopada 2014 r. w Warszawie, w hotelu Hilton przy ul. Grzybowskiej 63.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 91/R-VII/14  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 24 PAŹDZIERNIKA 2014 R.**

***w sprawie przyjęcia terminów posiedzeń  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2015 r.***

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

**§1**

Przyjmuje się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2015 r.:

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1) 16 stycznia, | 6) 19 czerwca,     |
| 2) 27 lutego,   | 7) 11 września,    |
| 3) 20 marca,    | 8) 9 października, |
| 4) 24 kwietnia, | 9) 27 listopada,   |
| 5) 15 maja,     | 10) 18 grudnia.    |

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 92/R-VII/14  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 24 PAŹDZIERNIKA 2014 R.**

***w sprawie zmiany uchwały nr 27/R-VII/14  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania  
przewodniczącego i Komisji ds. Stażu  
Podyplomowego Lekarza i Lekarza Dentysty  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
na okres kadencji 2013–2017***

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §29 ust. 2 Regulaminu Organizacji i Trybu Działania Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okrę-

gowej Izby Lekarskiej w Warszawie, uchwala się, co następuje:

**§1**

W §1 uchwały nr 27/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Stażu Podyplomowego Lekarza i Lekarza Dentysty Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany:

– po wyrażeniu „*koleżanka Marzena Woźniak, lekarz*” dodaje się wyrażenie: „*kolega Piotr Kuchta, lekarz dentysta*”.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 104/R-VII/14  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 21 LISTOPADA 2014 R.**

***w sprawie przyjęcia Regulaminu Funduszu  
Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza***

Na podstawie art. 25 pkt. 10, w związku z art. 5 ustawy z 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), uchwala się, co następuje:

**§1**

1. Przyjmuje się Regulamin Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.

2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§2**

Traci moc uchwała nr 1055/R-IV/04 z 14 maja 2004 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Komisji Rady Funduszu Samopomocy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie ze zm.

**§3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 105/R-VII/14  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 21 LISTOPADA 2014 R.**

***w sprawie zatwierdzenia uchwały nr 4/2014  
z 19 listopada 2014 r. Rady Fundacji Lekarskiej  
„Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych  
i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej  
w sprawie zmiany nazwy fundacji***

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z §13 pkt. 8 Statutu Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore”, biorąc pod uwagę, iż jedynym fundatorem Fundacji „Pro Seniore” jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, uchwala się, co następuje:

**§1**

Zatwierdza się uchwałę nr 4/2014 z 19 listopada 2014 r. Rady Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore” zmieniającą §1 Statutu Fundacji przez zastąpienie dotychczasowej nazwy Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej nazwą: **Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Pro Seniore” im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych w czasie II Wojny Światowej.**

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

prezes ORL **Andrzej Sawoni**,  
sekretarz ORL **Ewa Miękus-Pączek**





Fot. P. Wierzbowski

## Stanisław Karczewski wicemarszałek Senatu RP

**K**oniec roku to czas na podsumowania. Co wydarzyło się w tym roku, czy poprawiło się funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, czy nastąpił jakiś przełom? Czy wchodzimy w Nowy Rok w poczuciu dobrze wykonanej pracy i czy w 2015 r. będzie można liczyć na odczuwalne, korzystne zmiany dla pacjentów i pracowników służby zdrowia?

Deklaracje rządzących są bardzo obiecujące. Wśród nich: skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów, szybsze i lepsze wykrywanie chorób nowotworowych, zniesienie limitów w onkologii. Większość z nas nie wierzy w te zapewnienia. Brak środków na realizację pakietu kolejkowego i onkologicznego stawia te plany pod wielkim znakiem zapytania, choć założenia są bardzo szczytne. Każdy jest za skróceniem kolejek, szybkim i skutecznym leczeniem, bez limitów. Zatem wnioski nasuwa się sam. Stworzono programy z założenia słuszne, ale niewykonalne. Świadczy to, że nie są one elementem całości, lecz jedynie zabiegami propagandowymi, mającymi na celu odwrócenie uwagi od problemów bieżących – braku pieniędzy, wystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek.

Nie znam żadnego dokumentu Ministerstwa Zdrowia lub rządu RP, który prezentowałby założenia polityki zdrowotnej na rok, pięć i dziesięć lat. Premierem została nasza koleżanka, ale w jej *exposé* nie dostrzegłem głębszej myśli dotyczącej polityki zdrowotnej. Nie ma pomysłu, nie ma planu. Są doraźne działania, nastawione na utrzymanie władzy. Niestety, nic więcej.

W 2014 r. minęła piąta rocznica śmierci prof. Zbigniewa Religi. Jako minister miał wiedzę, wizję funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i plan wprowadzania zmian. Jego program zapisany był w dziesięciu punktach. Wdrażanie tego programu miało trwać siedem lat. Ówczesnej opozycji, z Ewą Kopacz na czele, ten czas wydawał się za długi. Profesor był gwałtownie atakowany z tego powodu. Cóż, ekipa PO i PSL rządzi właśnie siedem lat i nie może pochwalić się żadnymi osiągnięciami w zakresie polityki zdrowotnej. Prawo i Sprawiedliwość na początku roku bieżącego zatwierdziło swój

program, oparty na trzech filarach: zdrowiu, rodzinie i pracy. Moja formacja polityczna, w przeciwieństwie do rządzących, wie, że zdrowie Polaków jest i będzie najważniejszym wyzwaniem dla tych, którzy sprawują władzę.

W tej chwili, z końcem roku, napotykamy duże utrudnienia w funkcjonowaniu wielu oddziałów i klinik. Wyczerpane limity powodują ograniczenia przyjmowania osób ze schorzeniami przewlekłymi. W wielu miejscach dyrekcje placówek nakazują przyjmowanie pacjentów jedynie ze wskazań życiowych. Stawia to licznych lekarzy, a przede wszystkim pacjentów, w bardzo trudnej sytuacji. Konieczność przełożenia hospitalizacji pociąga za sobą fatalne skutki zdrowotne i może doprowadzić chorego przewlekle do stanu zagrożenia życia.

Totalnie niezrozumiała jest dla mnie sprawa z młodymi lekarzami, którym metodami administracyjnymi utrudnia się podjęcie i kontynuowanie specjalizacji. Zgłosił się do mnie młody lekarz po stażu, z ustalonym zatrudnieniem pozarezydentualnym, chcący robić specjalizację z radiologii. Irracjonalna blokada na poziomie administracji wojewódzkiej oddala go od rozpoczęcia specjalizacji. Czy ktoś mi wytłumaczy taki stan? Jedynym chyba logicznym wyjaśnieniem jest nadmiar urzędników, którzy jakoś muszą wykazać się aktywnością i blokują rozwój młodych lekarzy.

Właśnie obchodzimy rocznicę powstania izb lekarskich. 25-lecie to okazja do podsumowań i określenia zadań na następne lata. Moim zdaniem główny wysiłek powinniśmy skierować na naprawę wizerunku zawodu lekarza. Kilka dni temu „New England Journal of Medicine” opublikował pracę „Public Trust in Physicians”, a w niej wyniki badania poziomu zaufania, jakim opinia publiczna darzy lekarzy jako grupę zawodową. Wskazują one, że poziom zaufania do lekarzy w Polsce gwałtownie spada – z 73 proc. w 2011 r. do 56 proc. (!) w 2014. Z danych wynika, że Polska znalazła się na ostatnim miejscu w światowym rankingu zaufania do lekarzy. Musimy wspólnie zastanowić się, jakie są główne przyczyny tak fatalnej oceny. W 2015 r. zorganizuję w Senacie konferencję poświęconą tej właśnie sprawie. Już dziś zapraszam do wzięcia w niej udziału.

Z okazji świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom dużo zdrowia, czasu na wypocinek, zadowolenia i satysfakcji z tego, co robimy, a także, by nasza praca była lepiej oceniana przez społeczeństwo. ■

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

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

## 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)

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

## Komisja ds. Emerytów i Rencistów

Spotkania odbywają się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54.  
Dyżur przewodniczącego komisji – w każdy czwartek, w godz. 11.00–14.00, w siedzibie Izby przy ul. Puławskiej 18.



# O biegłych na posiedzeniu ORL; możliwa współpraca z prokuratorami

**W jaki sposób – w ramach swoich kompetencji – samorząd lekarski i środowisko prokuratorów mogą usprawnić współpracę organów ścigania z biegłymi? Na ten temat 24 października 2014 r. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie dyskutowała ze swym gościem – prezesem Stowarzyszenia Prokuratorów RP Grzegorzem Kiecem.**

**P**odczas posiedzenia ustalono, że powstanie platforma wymiany informacji między prokuratorami i lekarzami w celu wymiany doświadczeń. Niewykluczone są też wspólne szkolenia. Ponadto w wielu kwestiach samorząd lekarski i prokuratorzy mogą zajmować wspólne stanowisko, dzięki czemu mają szansę wpływać na kształt nowych aktów prawnych.

Wspólne stanowisko jest potrzebne, bo rząd pracuje nad ustawą o biegłych sądowych. Na razie powstał projekt założeń do tej ustawy. Co zawiera? Przewiduje wymóg ustawowego określenia statusu biegłych sądowych, warunki ich powoływania, odwoływania i zawieszania. Biegły ma nabyć, jednak tylko na czas wykonywania swych czynności, status funkcjonariusza publicznego. Nowe prawo przewiduje kadencyjność biegłych (propozycja w projekcie założeń to pięć lat). Aby zostać biegłym, będzie trzeba przedstawić opinię odpowiedniego samorządu zawodowego, towarzystw naukowych itp. To nie wszystko, proponuje się ponadto, by prezes sądu okręgowego miał prawo powoływania komisji bądź eksperta, który oceni przygotowanie zawodowe kandydata do pełnienia funkcji biegłego.

Istotną zmianą ma być nałożenie na organy zlecające sporządzenie opinii obowiązku informowania prezesa sądu o każdym przypadku rażącego uchybienia w realizacji zadania powierzonego biegłemu.

Projektodawcy nie chcą umieszczać w ustawie kwestii związanych z wynagrodzeniem biegłych. A to właśnie warunki pracy, w tym wynagrodzenie, są jednym z powodów niewielkiej liczby chętnych do pełnienia tej funkcji wśród lekarzy, zwłaszcza tych z wieloletnim doświadczeniem zawodowym.

– *Mamy duże trudności z powoływaniem biegłych, nie tylko w przypadku postępowania dotyczącego błędów lekarskich, ale i spraw kryminalnych* – powiedział podczas spotkania z Okręgową Radą Lekarską w Warszawie prokurator Kiec. Przyznał, że często problemem są koszty: – *Zdarza się, że przełożeni kładą nacisk na powoływanie biegłych, których usługi są najtańsze.*

Lekarze także zwrócili uwagę na nurtujący ich problem kosztów. Głos w dyskusji zabrali członkowie ORL, którzy mają doświadczenie w pracy jako biegli. – *Od 24 lat jestem wpisany na listę biegłych w sądzie w Ostrołęce. Jeśli rozliczam się według stawki godzinowej, to wynosi ona 30 zł za godzinę* – stwierdził prezes ORL Andrzej Sawoni.

Zdaniem Marty Starczewskiej, która pełni funkcję biegłej w Zakładzie Medycyny Sądowej, nieporozumieniem jest wynagrodzenie wahające się między 150 a 300 zł za opinię, w sytuacji, gdy lekarz ma do zgłębienia całe tomy akt. Zwróciła uwagę, że jednocześnie są takie grupy biegłych, które otrzymują wyższe stawki, na przykład biegli rewidenci czy specjaliści wydający opinie dotyczące przebiegu wypadków samochodowych. Stawki za opinie są ustalane w rozporządzeniu ministra sprawiedliwości.

– *Jeśli chodzi o koszty, środowiska prokuratorów i lekarzy niewiele mogą zrobić, ale nie znaczy to, że nic. Możemy wystąpić razem. Dostrzegamy ten problem. Kwestia niskich wynagrodzeń dla biegłych przeszkadza nam w pracy* – podkreślił prokurator Kiec. Zapewnił, że lekarze mogą liczyć na poparcie środowiska prokuratorów w sprawie podwyższenia stawek za wydawanie opinii.

Wynagrodzenia to jednak niejedyny problem. – *Wielu lekarzy mówi: nie będę sobie zawracał głowy. Najpierw sporządzą opinię, potem zostaną wezwani do sądu, stracą tam cały dzień, bo sprawa spadnie z wokandy, a jeszcze dostanę pytanie podobne do tego, które kiedyś mi postawiono: „Czy pacjentka wymagająca opieki całodobowej potrzebuje opieki także we śnie?”* – powiedział prezes Sawoni.

Przewodniczący komisji legislacyjnej Aleksander Kotlicki zwrócił uwagę, że także lekarze bywają nie bez winy, gdyż nie potrafią sporządzać klarownych opinii lub popełniają błędy. O takim przypadku opowiedział „Pulsowi” hematolog prof. Wiesław Jędrzejczak. Został niedawno powołany na biegłego w sprawie, w której opinię wydał inny biegły. Zarzucił on lekarzowi, wobec którego toczyło się postępowanie, że nie przestrzegał wytycznych ustalonych... ponad rok po wydarzeniu.

Wiosną 2014 r. Helsińska Fundacja Praw Człowieka opublikowała opracowany wspólnie z Polską Radą Biznesu raport „Biegli sądowi w Polsce”. Autorzy uznali, że status biegłych sądowych, w szczególności zasady weryfikowania ich kompetencji, wymaga uregulowania na poziomie ustawy. Wskazali też, że konieczne jest określenie ram finansowych, które pozwolą ukształtować wynagrodzenia biegłych i instytutów specjalistycznych na poziomie, który zachęci najlepszych specjalistów do występowania w charakterze biegłych. Wszyscy przyznają, że istnieje problem z wynagrodzeniami, ale woli jego rozwiązania nie widać. Najbardziej cierpią na tym uczestnicy postępowań, w których konieczne jest powołanie biegłego. ■

Justyna Wojteczek



## Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie

Patrząc na wieloletnią tradycję krakowskich spotkań w Ryrtrze, podlaskich w Augustowie czy łódzkich w Słoku i poznając głosy wielu koleżanek i kolegów wyrażone w ankietach rozdawanych podczas czerwcowych sesji stomatologicznych, członkowie komisji postanowili pójść śladem izb – gospodarzy wspomnianych spotkań i zorganizować pierwszą wyjazdową, naukowo-szkoleniową, dwudniową konferencję. Zapraszam więc do wzięcia udziału w I Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, które odbędą się 12–14 czerwca 2015 r. w Serocku, w hotelu Narvil (Conference and Spa), i których tematem wiążącym będą nowości w stomatologii, ale nie tylko. Oprócz wybranych zagadnień ze stomatologii estetycznej, endodoncji, profilaktyki onkologicznej, badań mikrobiologicznych i antybiotykoterapii przedstawione zostaną informacje na temat diagnozowania i leczenia pacjentów obciążonych schorzeniami ogólnoustrojowymi, zaburzeniami w stawach skroniowo-żuchwowych czy wymagających leczenia perioimplanto-protetycznego. Poruszymy także kwestie naszego własnego zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem dbałości o stawy rąk, nóg i kręgosłup). Nie zabraknie informacji z zakresu zarządzania, marketingu, prawnych uwarunkowań reklamy, etyki, konkurencyjności na rynku. Pojawi się również temat odpowiedzialności cywilnej lekarza dentysty wynikającej z obszaru naszych działań zawodowych, jakim jest człowiek, a właściwie jego jama ustna. Planujemy także zorganizowanie warsztatów w trakcie konferencji.

Wykłady zostaną wygłoszone w piątek 12 czerwca, w godzinach 11.00–18.30 i w sobotę 13 czerwca, w godzinach 10.00–18.00. Udział w nich jest bezpłatny. Rejestracja uczestników konferencji – w pierwszym dniu, w godzinach 9.30–10.45. Zapraszamy do skorzystania z noclegu (przewidziane niespodzianki artystyczne podczas uroczystych kolacji, których koszt zostanie pokryty z budżetu komisji). Przedstawione poniżej koszty są efektem negocjacji z hotelem Narvil. W przyszłym roku ceny dla klientów indywidualnych będą znacząco wyższe – w styczniu zostanie wprowadzony nowy cennik.

Koszt pobytu w pokoju dwuosobowym: płatny do 28 lutego – 749 zł, do 30 kwietnia – 899 zł, po 1 maja – 1000 zł (obejmuje dwa noclegi ze śniadaniem i atrakcjami przygotowanymi przez hotel, kawę w przerwach konferencji, obiady i kolacje). Płatne na konto OIL w Warszawie: 70 1050 1012 1000 0024 0567 6459 z dopiskiem **konferencja stomatologiczna**.

Istnieje także możliwość skorzystania z jednego noclegu. Cena doby w pokoju jednoosobowym wynosi 599 zł, w pokoju dwuosobowym – 448 zł.

O szczegółach programu konferencji będziemy informować Państwa na stronie OIL, w zakładkach Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz naszej komisji. ■



**Marta Klimkowska-Misiak**,  
wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów

## Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

serdecznie zaprasza w 2015 r. do wzięcia udziału w szkoleniach dla lekarzy dentystów, które zostaną zorganizowane (w siedzibie OIL przy ul. Puławskiej 18 oraz w szpitalach wojewódzkich, np. w Ciechanowie, Ostrołęce, i powiatowych, m.in. w Ostrowi Maz., Garwolinie) we współpracy z firmami zewnętrznymi (część szkoleń będzie miała charakter warsztatów).

Planowany jest także cykl szkoleń z prawa medycznego.

Szkolenia będą organizowane w soboty, najczęściej w godzinach 10.00–14.00.

Uczestnicy uzyskują punkty edukacyjne (1 godzina wykładu – 1 punkt edukacyjny).

Szkolenia są bezpłatne, pierwsze odbędą się w lutym.

Szczegółowe informacje pojawią się na stronie internetowej Izby, w zakładce Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

## LISTY

Przeglądając „Puls” nr 8–9 2014, natknąłem się na artykuł Macieja Murkowskiego pt. „Chłopcy z Placu Broni”. Autor, analizując dostępność mieszkańców Woli, Bemowa i Woli Zachód do świadczeń – jak to ujął – w zakresie szpitalnictwa, był uprzejmy określić Centrum Attis, jako „szpitalik ograniczający działalność do funkcji ambulatoryjnej i dziennej”.

W tym „szpitaliku” wykonuje się ponad 5 tys. operacji rocznie, w dwóch salach operacyjnych. I to nie są drobne zabiegi, w rodzaju usunięcia gradówki, tylko cholecystektomie laparoskopowe, przepukliny, żylaki, operacje ortopedyczne – rekonstrukcje więzadła krzyżowego przedniego, artroskopie, operacje paluchów koślawych, zespołów cieśni nadgarstka, zaćm, skrzywionych przegród, operacje torakochirurgiczne. (...)

Pozostaje mi tylko wyrazić nadzieję, że pan Maciej Murkowski przypadkowo i niezbyt zręcznie określił nasz szpital, kierując się powierzchownym porównaniem kubatury różnych obiektów. Gdyby zechciał przyjrzeć się organizacji pracy bloku operacyjnego, dostrzegłby, że niejeden szpital mógłby czasem skorzystać z doświadczenia „szpitalika”.

**Dariusz Jędrasiak**,  
kierownik Działu Diagnostyki Medycznej Centrum Attis



**MEDYCZNA PLATFORMA**  
E-LEARNINGOWA





## Recepty – pytanie

Pozwalam sobie zadać pytanie dotyczące oznaczeń na receptach. W „Pulsie” było już wiele artykułów na ten temat, jednak ja i moi koledzy mamy wątpliwość co do oznaczenia w polu „Oddział NFZ”.

Pracujemy w woj. mazowieckim, więc oczywiście zawsze wpisujemy 07 (nawet ostatnio firma drukująca nam recepty już tak wydrukowała). Ale jeśli pacjent ze stałym mel-dunkiem w innym województwie, zatem podległy innemu oddziałowi, np. pomorskiemu, przebywa od lat na terenie woj. mazowieckiego (mamy takich podopiecznych w Ośrodku Opiekuńczo-Rehabilitacyjnym), czy właściwie jest pisanie identyfikatora 07, czy jednak identyfikatora odpowiedniego do miejsca zameldowania, choć od lat nieaktualnego, np. 02?

lek. Katarzyna Wierzbicka

## Recepty – odpowiedź

W Rozporządzeniu w sprawie recept, w Rozdziale 2 – Wystawianie recept §3 ust.1 pkt. 3 lit a. stanowi, że lekarz wpisuje „identyfikator płatnika”:

a) określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy (...).

Natomiast w Rozporządzeniu zmieniającym z 21 grudnia 2012 r. dodano w pkt. 3 w Rozdziale 3 – Realizacja recept: „§15. **Osoba wydająca może zrealizować recepty zawierające dane, o których mowa w §3, lub zamieszczone zgodnie z §16, także w przypadku, gdy:**

1) rozmieszczenie tych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie lub

2) recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty,

3) adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego NFZ”.

„Osoba wydająca” to osoba uprawniona do wykonywania czynności fachowych w aptece, a więc m.in. farmaceuta, zgodnie z art. 90 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r. nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

Lekarz powinien zatem wpisać identyfikator płatnika zgodny z miejscem zamieszkania, a osoba wydająca (np. farmaceuta w aptece) **może** w przypadku rozbieżności taką receptę zrealizować, **ale nie musi**. W tej sytuacji pacjent powróci do lekarza w celu poprawienia recepty. Odmienną kwestią jest, że oddziały wojewódzkie NFZ rozliczają się między sobą wartościami poniesionych refundacji dla świadczeniobiorców. Lekarze zaś nie powinni takimi aspektami się zajmować, lecz skupić się na badaniu i ocenie zdrowia pacjenta.

§3 dotyczy lekarza i wystawiania recepty, a §15 – osoby wydającej i realizacji recepty. Są to dwie odmienne czynności.

Janusz Jaroszyński

**Oferuję** uchwyty ampułek amalgamatu do wstrząsarek typu: DMG410, ADM9001 i 9002, DUOMAT3, TIC DENTAL, MIXOMAT i DENTOMAT DEGUSSA, SILWER MIX; MA-10.  
Kontakt tel.: 602-504-662. www.zum.exe.pl

## Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

**Podstawa kodeksu: art. 6.**

*„Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”.*

Autonomia zawodowa lekarza w istocie nie oznacza jego prawa do całkowitej wolności podejmowania działań. Ważne jest bowiem przede wszystkim prawo chorego do bycia leczonym według najlepszych zasad medycyny, nie zaś widzimisię organizatorów ochrony zdrowia, pracodawcy lekarza lub płatnika świadczeń. Lekarz w ramach swobody zawodowej powinien przecież proponować choremu postępowanie zgodne z najbardziej aktualnymi wytycznymi, opartymi na dowodach, uwzględniając swoje doświadczenie i oczekiwania chorego. W wyborze tej propozycji lekarz nie powinien ulegać naciskom administracyjnym, społecznym ani rynkowym, które mogłyby obniżyć jakość opieki medycznej, ale także musi oprzeć się pokusie nakłaniania chorego do poddania się czynnościom lub zabiegom, które są mu niepotrzebne albo wręcz niekorzystne dla niego.

Pierwsza sytuacja zdarza się często w publicznym systemie ochrony zdrowia, bo lekarz jest pod presją oszczędności, limitów kontraktowych, wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia lub niedobrych przepisów. Przeciwstawienie się tym naciskom bywa niełatwe, gdyż zwykle pochodzą bezpośrednio od przełożonych lekarza.

Druga sytuacja też nie jest wcale rzadka: w sektorze prywatnym zdarza się, że asymetria informacji między lekarzem a pacjentem powoduje, że chory i jego rodzina są bezradni i niezdolni do racjonalnego wyboru, gdy lekarz zaleca im (niekoniernie niezbędne) kosztowne badania diagnostyczne lub zabiegi lecznicze. Siła kuszącego pieniądza i dobro firmy, w której praktykuje lekarz, też nie są łatwe do przezwyciężenia. Kodeks jest tu jednak nieugięty i wzywa lekarza do przestrzegania dobra chorego jako pierwszego wyznacznika dyktującego najważniejsze wybory. ■

Konstanty Radziwiłł





Fot. egw

**Z Romanem Olszewskim, skarbnikiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i przewodniczącym Rady Funduszu Samopomocy, rozmawia Justyna Wojteczek.**

cje, m.in. o miesięcznych dochodach. Umowa pożyczki socjalnej – w przypadku lekarzy – wymaga poręczenia dwóch osób, członków naszej Izby. Konieczne jest też zaświadczenie o opłacaniu składek na samorząd. Chcę zaznaczyć, że realizacja wniosków o pożyczki socjalne i szkoleniowe będzie następowała według kolejności ich wpływania. Może się zdarzyć, że na decyzję o przyznaniu takich pożyczek trzeba będzie poczekać.

Kwota pożyczki szkoleniowej, nieoprecentowanej, wzrośnie do maksymalnie 5 tys. zł.

**Rada Funduszu Samopomocy wypłaca również bezzwrotne zapomogi. Czy w tej kwestii też nastąpiły zmiany?**

Tak. Podkreślę, że zapomogi losowe i odprawy pośmiertne po zmarłych lekarzach wypłacane są na bieżąco.

Tzw. zapomogi wypłaca się osobom w trudnej sytuacji materialnej, wynikającej z choroby lub innych losowych przypadków. Rada zmieniła warunki przyznawania stypendium dla dzieci osieroconych przez lekarzy.

## Becikowe w OIL w Warszawie

**Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zmieniła w listopadzie 2014 r. zasady przyznawania świadczeń z Funduszu Samopomocy. Jakie to zmiany?**

Jest ich wiele. Najpierw powiem o istotnej nowości, jaką jest becikowe. Od 1 stycznia 2015 r. na każde urodzone od tego dnia w rodzinie lekarskiej dziecko Izba przekazuje 1000 zł. Ważne, że świadczenie będzie przydzielane niezależnie od dochodu w rodzinie. Wniosek o becikowe trzeba złożyć w terminie trzech miesięcy od dnia urodzenia dziecka wraz z aktem urodzenia i zaświadczeniem potwierdzającym opłacanie składek na samorząd lekarski.

**Czy becikowe przysługuje obojgu rodzicom?**

Nie. Jeśli obydwójce są lekarzami – członkami Izby Lekarskiej w Warszawie – świadczenie przysługuje jednemu z nich. Są już pytania, czy także lekarze stażyści mogą ubiegać się o becikowe. Odpowiedź brzmi „tak”, przecież lekarze i lekarze dentyści w trakcie stażu są członkami naszej Izby.

**Jakie jeszcze zmiany weszły w życie po 1 stycznia?**

Będą nowe kwoty pożyczek socjalnych i szkoleniowych. Maksymalna do tej pory kwota pożyczek socjalnych (5 tys. zł) wzrośnie do 10 tys. zł. Będą przyznawane na dwa lata z oprocentowaniem wynoszącym 6,66 proc.

**Kto może ubiegać się o pożyczkę socjalną?**

Każdy członek naszej Izby oraz jej pracownicy. Pożyczki są udzielane przede wszystkim jako pomoc w trudnej sytuacji materialnej. Kiedyś komisja sprawdzała warunki wnioskodawcy. Teraz wniosek trzeba uzasadnić oraz przedstawić informa-

Teraz będzie ono przysługiwać do 26. roku życia, jeśli dziecko kontynuuje naukę. Każdy wniosek o zapomogę jest analizowany przez Radę Funduszu Samopomocy. Należy do niego dołączyć m.in. zeznanie podatkowe PIT za rok poprzedzający złożenie wniosku. Ostateczną decyzję w kwestii przyznania świadczeń z Funduszu Samopomocy podejmuje Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej.

**PIT nie będzie jednak wymagany w sytuacji, gdy najbliżsi zmarłego lekarza czy lekarza dentyisty zwrócą się do Izby o odprawę pośmiertną?**

Tak, Rada uznała, że w tak dramatycznej sytuacji nie jest właściwe żądanie dokumentów od pograżonych w żałobie bliskich. Odprawa ma wynieść 1000 zł. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Rada może przyznać odprawę osobie niespokrewnionej ze zmarłym. Uwzględniliśmy różne sytuacje życiowe, bazując na naszym doświadczeniu.

**Skąd Fundusz Samopomocy czerpie środki na pomoc?**

Do tej pory otrzymywał 20 proc. nadwyżki bilansowej rozliczenia rocznego Izby. Od 1 stycznia na jego konto będzie wpływać 2,5 proc. miesięcznych wpływów ze składki na samorząd. W poprzedniej kadencji na zapomogi, odprawy i pożyczki rozdysponowaliśmy około 1,2 mln zł. Szacujemy, że po zmianach fundusz będzie dysponował kwotą około 400 tys. zł rocznie. Proszę pamiętać, że przychód funduszu stanowią też wpływy z oprocentowania udzielonych pożyczek. Obecnie spłaca je 65 osób. ■



Zwracam się z uprzejmą prośbą o ustalenie regulacji prawnej i opublikowanie odpowiedzi na łamach miesięcznika „Puls” w następującej kwestii:

1. Czy lekarze stomatolodzy, którzy uzyskali dyplom i prawo wykonywania zawodu z tytułem: lekarz stomatolog, nadal takim tytułem powinni się posługiwać, czy zmienić go na: lekarz dentysta? Opinie w tej sprawie są skrajnie różne, a dotyczy przecież dość znacznej liczby lekarzy. Uczestniczyłem ostatnio w kursie z zakresu prawa medycznego, na którym informowano nas, że tytuł lekarz stomatolog według ustawodawcy obecnie nie istnieje i nie powinien widnieć na pieczętkach lekarskich. Prawidłowo powinno być: lekarz dentysta. Natomiast w dziekanacie WUM uzyskałem telefoniczną odpowiedź, że powinno się posługiwać tytułem z uzyskanego dyplomu. Zgłosiłem się z prośbą do kancelarii prawnej obsługującej OIL w Warszawie o interpretację prawną.

2. Poza tym na kursie z prawa medycznego dowiedziałem się, że nieprawidłowe jest również używanie tytułu lekarz medycyny, bo od dawna nie jest nadawany. Prawnicy twierdzą, że absolwenci wydziałów lekarskich uczelni medycznych uzyskują tytuł lekarz i takim powinni się posługiwać, m.in. na pieczętkach lekarskich.

lek. stom. lub lek. dent. **Paweł Fołtyn**

**Odpowiadając na pytania, które wpłynęły do Izby, wyjaśniam:**

**Ad. 1.** Przedmiotową kwestię rozstrzyga art. 5 ustawy z 10 kwietnia 2003 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (DzU 2003.90.845). Zgodnie z jego brzmieniem „osoby, które nabyły uprawnienia do tytułu zawodowego lekarza stomatologa na podstawie dotychczasowych przepisów, w tym również na podstawie art. 62 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty\*, używają tytułu zawodowego lekarza dentysty”. Wskazana w przywołanym art. 5 ustawy z 10 kwietnia 2003 r. zmiana nastąpiła z 1 maja 2004 r. i wynikała z konieczności dostosowania prawa polskiego do wymogów unijnych.

\* W momencie wejścia w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zatytułowanej pierwotnie: ustawa o zawodzie lekarza, wprowadzony został tytuł zawodowy „lekarz stomatolog”, a wzmiankowany art. 62 uprawniał osoby, które nabyły uprawnienia do tytułu zawodowego „lekarz dentysta” na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów, do używania tytułu zawodowego „lekarz stomatolog”.

**Ad. 2.** Zgodnie z §4 pkt. 1–3 rozporządzenia ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (DzU 2011.196.1167), absolwentom jednolitych studiów magisterskich nadaje się tytuły zawodowe:

- 1) lekarz – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim,
- 2) lekarz dentysta – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym,
- 3) lekarz weterynarii – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla jednolitych studiów magisterskich na kierunku weterynaria.

Jak widać z powyższego, tytułem prawidłowym jest tytuł „lekarz” lub „lekarz dentysta”, ewentualnie „lekarz weterynarii”, w zależności od ukończonego kierunku studiów.

**Bartosz Niemiec, radca prawny**

## II Międzynarodo



**20–22 listopada 2014 r. w Rynie odbył się II Międzynarodowy Festiwal Filmów Medycznych. O jego założeniach mówi prof. dr hab. n. med. Tadeusz Wróblewski, inicjator i organizator przedsięwzięcia.**

deą zorganizowania Festiwalu Filmów Medycznych było stworzenie, dla osób zajmujących się medycyną, forum prezentacji oddzielnego środka przekazu, innego niż tradycyjne. Teraz wszyscy żyją przekazem wizualizacyjnym, w którym przemawia obraz, ewentualnie muzyka. Na festiwalu prezentowane były sfilmowane procedury medyczne, opatrzone komentarzem autora. Tradycyjne formy – opisy, tabele, wykresy – są oczywiście ważne, ale ogromną zaletą sfilmowanych operacji lub innych działań medycznych jest to, że pokazują technikę wykonania zabiegu, jego poszczególne etapy.

Wśród zaproszonych gości i wykładowców znalazło się wielu znakomitych transplantologów oraz ludzi związanych z przeszczepianiem narządów. Obecni byli m.in.: prof. Bolesław Rutkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, doc. Romuald Cichoń, kardiochirurg, jeden z „trzech muszkieterów” prof. Religi, prof. Jacek Szaflik zajmujący się przeszczepianiem rogówki, prof. Marek Durlik ze szpitala MSWiA, specjalizujący się w przeszczepach nerek i trzustki, doc. Waldemar Patkowski i doc. Marek Szymczak – rodzinne przeszczepianie, doc. Tomasz Jakimowicz – rodzinny przeszczep nerki, oraz prof. Roman Danielewicz, dyrektor Poltransplantu. Ceremonię otwarcia uświetnił swoim przemówieniem prof. Marek Krawczyk, rektor WUM.

Na pierwszym festiwalu, w 2013 r., głównym tematem były techniki małoinwazyjne, na drugim – transplantologia. Też jestem transplantologiem. Nie ukrywam, że wprowadzając ten temat, chciałem wzmocnić ideę transplantacji narządów w Polsce. Mam nadzieję, że dzięki temu, iż na festiwalu były obecne środki masowego przekazu, m.in. TVN, oraz przeprowadzono bezpośrednią transmisję on-line na 15 tys. adresów komputerowych, promowanie tej idei będzie coraz szersze.

Festiwal był wysokiej jakości sympozjum naukowym, na którym obok lekarzy i naukowców przemawiał obraz. Zaprezentowano wiele procedur transplantacyjnych: rodzinny przeszczep wątroby u dziecka, pobranie wątroby od dawcy zmarłego, przeszczepienie ortotopowe wątroby, pobranie i przeszczepienie szpiku, rogówki, laparoskopowe pobranie nerki do przeszczepu rodzinnego (film zdobył nagrodę publiczności).

# wy Festiwal Filmów Medycznych

Obejrzelismy również film pokazujący historię tworzenia transportu organów przez wojskowe lotnictwo w Polsce. Na festiwal przybył pilot ppłk M. Czechowski z sił powietrznych, który współpracował w tym zakresie jeszcze z prof. Z. Religą.

Ostatni punkt programu pierwszego dnia to pokaz filmów w sesji Hyde Park. Do sesji Hyde Park można zgłaszać obrazy o dowolnej tematyce, oczywiście związanej z medycyną.

Festiwal uświetniła projekcja filmu „Bogowie” i spotkanie ze scenarzystą Krzysztofem Rakiem.

Obok osób uczestniczących w festiwalu fizycznie filmy obejrzało mnóstwo internautów. Mieliśmy zarejestrowanych 3 tys. odbiorców. Reportaż z przebiegu imprezy wyemituje jedna ze stacji telewizyjnych. Dorobek festiwalu będzie jeszcze wielokrotnie wykorzystywany, także do działań edukacyjnych. Na przykład zasiadający w jury prof. Bolesław Rutkowski chce jedną z naszych sesji zaprezentować na przyszłorocznym zjeździe Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Zebrany materiał, nagrany przez studio festiwalowe, w dużej części zostanie zamieszczony na stronie internetowej powstającej platformy Wirtualnego Uniwersytetu Medycznego.

Notowała *mkr*

Pełną listę nagrodzonych filmów można znaleźć na stronie [www.wideochirurgia.com](http://www.wideochirurgia.com) i dalej: IIMFFM 2014.

**Z prof. dr. hab. n. med. Romanem Danielewiczem, dyrektorem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant,** rozmawia Małgorzata Skarbek.

**Był pan profesorem uczestnikiem II Międzynarodowego Festiwalu Filmów Medycznych 2014 w Rynie. Jak pan ocenia to wydarzenie?**

To bardzo ciekawa inicjatywa, która pojawiła się w związku z coraz szerszym używaniem nowych technik, np. filmów medycznych, do edukacji i promocji niektórych dziedzin medycyny. Prezentuje się w nich przede wszystkim nowe technologie – przeszczepy, zabiegi mało inwazyjne. Wszystko zaczęło się kilka lat temu od upowszechniania nagrań robionych w czasie badań wideoskopowych lub operacji laparoskopowych. Obecnie wzrasta liczba i poszerza się tematyka tych filmów. Pokazywane w roku bieżącym, w Rynie, pod hasłem „Transplantologia w filmie”, dotyczyły głównie tego tematu, ale nie tylko. Pokazywano laparoskopowe pobranie nerki, przeszczepienie rogowki, nerki. Były także filmy z dziedziny chirurgii ogólnej.

Tworzenie takich filmów to dobra inicjatywa. Można bowiem bardzo wyraźnie utrwalić i później prezentować przebieg procedury osobom zainteresowanym. Zatem nie muszą być obecne w sali operacyjnej, co byłoby trudne do przeprowadzenia, a czasem wręcz niemożliwe. Za pomocą nowych technologii można pokazać przebieg operacji bardzo dokładnie, łącznie z drobiazgowymi działaniami i szczegółami technicznymi, co jest możliwe przy operacjach laparoskopowych z użyciem nowoczesnego sprzętu.

Filmy te mogą służyć nie tylko lekarzom do nauki, ale także innym osobom, które nie są profesjonalnie związane z medycyną, np. do promowania idei transplantologii.

**Prezentowano tylko filmy dokumentalne, fabularnych nie było?**

Wyświetlono film fabularny „Bogowie”, który inaugurował festiwal, był to specjalny pokaz. Pozostałe produkcje to filmy dokumentalne, nagrywane podczas procedur medycznych, pokazujące różne techniki i szczegóły operacji.

**Skoro są tak szczegółowe, to poziom ich nagrania czy opracowania jest dobry?**

W większości przypadków to świetne filmy, w bardzo dobrej jakości i rozdzielczości. Zrobione w taki sposób, że wszystkie najważniejsze etapy procedury, choćby przeszczepienia wątroby czy rogowki, było doskonale widać. Filmy te pochodzą nie tylko z Polski. Mogą być wykorzystywane w szkoleniach. Byłem świadkiem prezentacji jednego z tych filmów, dotyczącego laparoskopowego pobrania nerki, przy zupełnie innej okazji, typowo edukacyjnej.

Część filmów ma walor tylko edukacyjny, ale niektóre wchodzi w sferę społecznej promocji transplantologii, co też jest niezwykle ważne.

**Kto jest producentem tych filmów?**

Filmy pochodziły głównie z wiodących ośrodków transplantacyjnych w Polsce, np. z klinik Szpitala przy ul. Banacha – prof. Sławomira Nazarewskiego (poprzedni kierownik kliniki prof. Jacek Szmidt), prof. Marka Krawczyka czy z Klinicznego Szpitala Okulistycznego, kierowanego przez prof. Jerzego Szaflika.

Bardzo ciekawą inicjatywą twórcy i organizatora tego festiwalu, prof. Tadeusza Wróblewskiego, jest pomysł stworzenia wirtualnego uniwersytetu medycyny – portalu internetowego, na którym te i inne filmy zostaną zamieszczone. Będzie można z nich korzystać choćby w domowym zaciszu. Profesor przedstawił nam ten pomysł właśnie w Rynie.

**Czy był to konkurs, czy były nagrody?**

Tak, był to konkurs. Główną nagrodę zdobył film pokazujący laparoskopowe pobranie nerki do przeszczepienia.

Na festiwalu okazało się, że filmów obrazujących operacje transplantologiczne jest wiele, że można bez trudu wypełnić nimi dwa dni projekcji. O ich poziomie i zawartości merytorycznej może świadczyć fakt, że budziły duże zainteresowanie uczestników.



Fotografie: archiwum



# SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,

niniejszym przedstawiam podstawowe informacje dotyczące opłacania składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zgodnie z Uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej. Jednocześnie przypominam, że składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem. W przypadku nieuregulowania składki w terminie automatycznie będą naliczane odsetki ustawowe, powiększające tym samym zobowiązanie wobec Izby. W związku z tym proszę o terminowe wpłaty na indywidualne subkonta składkowe lub w kasie Izby.

**W przypadku pytań lub wątpliwości pomocą służy Sekcja Windykacji Składek  
Biuro OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, parter, pok. 001  
tel.: 22-54-28-338 lub 339, faks: 22-54-28-304  
e-mail: skladki@oilwaw.org.pl**



**Roman Olszewski,**  
skarbnik ORL w Warszawie

## Indywidualne subkonta składkowe

Każdy lekarz i lekarz dentyista, członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, posiada indywidualne subkonto składkowe (Izbę w tym zakresie obsługuje Bank Pekao SA). Numer subkonta zawiera m.in. numer prawa wykonywania zawodu (siedem ostatnich cyfr) i można go wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub uzyskać w Sekcji Windykacji Składek.

**Najwygodniejszym sposobem przekazywania składki członkowskiej jest złożenie dyspozycji stałego zlecenia w banku, w którym posiadają Państwo osobisty rachunek (proponujemy ustalić datę przelewu do 22. dnia każdego miesiąca).**

## Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

**60 zł** – podstawowa kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów,

**10 zł** – kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających ograniczone prawo wykonywania zawodu („lekarze stażyści”).

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

## Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz dentyista:

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

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

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

Lekarz, który przed 1 stycznia 2015 r. uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

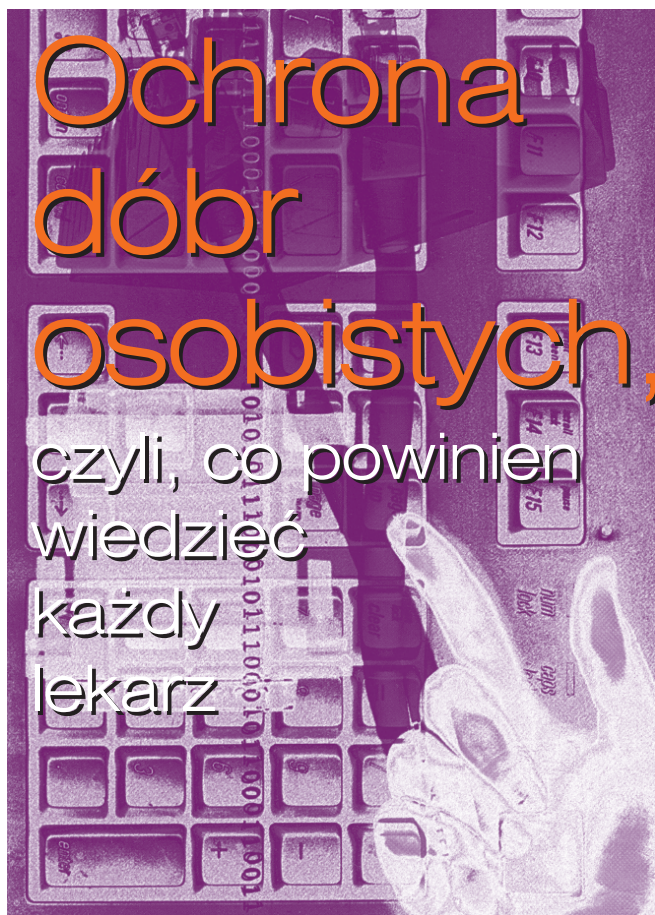
## Przypominamy o obowiązku zgłaszania następujących informacji:

– do Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu OIL w Warszawie dotyczących m.in.:

zmiany nazwiska, miejsca zatrudnienia, adresu zamieszkania i adresu do korespondencji, numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej, informacji o podjęciu lub zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza, informacji o emeryturze lub rencie (daty przyznania, nazwy organu wydającego decyzję) – w terminie 30 dni,

– do Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich OIL w Warszawie:

podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.



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

**Mgr inż. Anna Jurek**  
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego  
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**N**a przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrasta liczba przypadków agresji wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Nie dotyczy to tylko sytuacji mających miejsce na szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie często są przywożone osoby w stanie upojenia alkoholowego, pod wpływem narkotyków lub środków odurzających. Dochodzi do przypadków znieważania, zniesławiania i – niestety coraz częściej – naruszania nietykalności cielesnej. W Internecie zaś pojawiło się wiele stron, na których pacjenci wyrażają swoje opinie dotyczące pracy lekarzy, często nieprawdziwe i naruszające ich dobre imię. Czy lekarze, wykonując swój zawód i stając się osobami publicznymi, pozostają bez środków ochrony prawnej?

Wszystkim obywatelom, czyli także osobom wykonującym zawód lekarza, przysługuje ochrona dóbr osobistych, która uregulowana jest w kodeksie cywilnym (cyt. dalej jako k.c.). Zgodnie z regulacją zawartą w art. 23, dobra osobiste to przede wszystkim: zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska. To przykładowe dobra chronione, gdyż ich katalog ma charakter otwarty. Dlatego dodatkowo wymienić można: integralność fizyczną i psychiczną, prawo do życia prywatnego oraz do spokoju itd. Mimo że kwestia ochrony dóbr regulowana jest przede wszystkim przez k.c., to odpowiedzialność za ich naruszenie rozpatrywana jest również na gruncie prawa karnego.

Godność osobista może zostać naruszona na dwa sposoby. Pierwszym jest zniewaga, drugim natomiast zniesławienie. Te zagadnienia zostały uregulowane w kodeksie karnym (cyt. dalej jako k.k.). W pierwszej kolejności omówimy sprawę zniewagi. Zgodnie z art. 216 k.k.: „*kto znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze, aby zniewaga do osoby tej dotarła, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności*”. Dalej: „*kto znieważa inną osobę za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku*”. Stwierdzić zatem należy, że przewiduje się aż trzy formy popełnienia tego przestępstwa. Po pierwsze, do znieważenia może dojść w obecności osoby pokrzywdzonej, np. podczas rozmowy z nią. Po drugie – publicznie, gdy znieważająca wypowiedź może dotrzeć do dużej liczby odbiorców, oraz po trzecie – bez obecności pokrzywdzonego i niepublicznie, ale z zamiarem, aby wypowiedź dotarła do osoby, do której jest kierowana. Przestępstwo znieważenia może być również popełnione za pomocą środków masowego komunikowania, czyli mediów. „*O tym, czy zachowanie miało charakter znieważający, decydują dominujące w społeczeństwie oceny i normy obyczajowe, a nie subiektywne przekonanie osoby rzekomo znieważonej*” (uchwała Sądu Najwyższego z 5 czerwca 2012 r., sygnatura SNO 26/12, LEX 1231618).

Natomiast zniesławienie to przestępstwo uregulowane w art. 212 k.k., zgodnie z którym „*kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności*”. W §2 jest mowa o tym, że „*jeżeli sprawca dopuszcza się czynu za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku*”. Zauważyć zatem należy, że zniesławienie ma na celu poniżenie konkretnej osoby w oczach innych osób, a nie jej samej. Zatem sama czynność to formułowanie, podnoszenie lub powtarzanie zarzutów dotyczących zachowania lub właściwości danej osoby bądź grupy, a nawet instytucji. Ochronie podlega nie tylko dobre imię jednej osoby, ale także określonej zbiorowości osób połączonych konkretnym celem lub przypadkowo ze sobą powiązanych. Dzisiaj najbardziej popularnym środkiem masowego komunikowania jest Internet. Trzeba jednak zauważyć, że za jego pomocą możemy w różny sposób przekazywać informację, bowiem zwykły e-mail nie będzie oznaczał od razu przestępstwa zniesławienia. Natomiast kłamliwy komentarz na portalu bądź post na forum już nim będzie. Zatem lekarz, który przeczyta na swój temat nieprawdziwy wpis, np. „*Pan dr X jest oszustem, nie potrafi leczyć, nie odwiedzajcie go*”, może czuć się znieważony i złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

Zniesławienie jest przestępstwem formalnym, gdyż nie musi dojść do skutku przez faktyczną utratę zaufania lub poniżenia. Zostanie ono popełnione w momencie, gdy wypowiedź ma na celu działanie powodujące zniesławienie. Ponadto do zniesławienia może dojść nie tylko za pomocą słowa pisanego lub mówionego, ale również za pomocą gestu. Zwróćmy uwagę, że w przypadku popełnienia tego typu przestępstwa sąd, zgodnie z §3 art. 212 k.k. „*może orzec nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego, Polskiego Czerwonego Krzyża albo na inny cel społeczny wskazany przez pokrzywdzonego*”. Przestępstwo ścigane jest z oskarżenia prywatnego. ■ Cdn.





Fot. archiwum

# Prawo badań klinicznych w nowym wydaniu

Piotr Dąbrowski

**Nadchodzą zmiany w zasadach prowadzenia badań klinicznych w Europie. Warto się do nich przygotować, gdyż nowe regulacje mogą zacząć obowiązywać już za półtora roku.**

W czerwcu weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Rozporządzenie uchyla obowiązującą dotychczas dyrektywę 2001/20/WE. W Polsce zasady prowadzenia badań klinicznych regulują obecnie przepisy krajowe, przede wszystkim ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Nowe rozporządzenie zastąpi ustawodawstwo krajowe i będzie obowiązywać bezpośrednio we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Dlaczego zdecydowano się na zmiany? Potrzeba wydania nowych uregulowań wynikała z konieczności większego ujednoczenia prawodawstwa dotyczącego badań klinicznych w całej Unii Europejskiej. To właśnie odmienne podejście organów administracji w poszczególnych państwach członkowskich jest jednym z powodów niskiego tempa rozwoju rynku badań klinicznych oraz ucieczki inwestorów do Azji i Ameryki Północnej. Nowe przepisy mają zwiększyć konkurencyjność gospodarki UE oraz pozytywnie wpłynąć na rozwój badań i innowacji w medycynie. To krok we właściwym kierunku, gdyż zarówno Europa, jak i Polska ma w tym obszarze wiele do zaoferowania. Nie tylko mamy dostęp do różnorodnych grup pacjentów i znaczny potencjał rekrutacyjny, ale także wysoko wykwalifikowany personel, zaangażowany w prowadzenie badań, i możliwość generowania danych klinicznych o bardzo dobrej jakości. Dlatego niezbędne było ponowne uregulowanie zasad prowadzenia badań klinicznych i to w taki sposób, by zlikwidować dotychczasowe przeszkody administracyjne, zachowując wysokie standardy ochrony uczestników badań klinicznych oraz najlepszą jakość i użyteczność danych. Rozporządzenie ma również na celu poprawę wskaźników zaangażowania europejskich naukowców i centrów badawczych w najbardziej innowacyjne projekty medyczne.

Warto zaznaczyć, że – choć rozporządzenia UE obowiązują we wszystkich państwach członkowskich i nie ma konieczności ich implementacji do prawa krajowego – szereg kwestii pozostawiono do rozstrzygnięcia władzom krajowym. Dlatego w najbliższej przyszłości należy się spodziewać

przedstawienia przez nasz rząd projektów ustaw dostosowujących polskie przepisy w zakresie prawa farmaceutycznego, a niewykluczone, że także w zakresie uregulowań dotyczących wykonywania zawodu lekarza w odniesieniu do eksperymentów medycznych. Oczekuje się ponadto ponownego uregulowania zasad współpracy między Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych a komisjami bioetycznymi, wprowadzenia nowego systemu ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej w badaniach klinicznych oraz zasad związanych z finansowaniem przedsięwzięć badawczych w medycynie.

Nowe przepisy zawierają wiele zmian, które będą szczególnie istotne dla lekarzy zaangażowanych w prowadzenie badań nad nowymi produktami leczniczymi. Trzeba zwrócić uwagę na wymogi ustanowione w zakresie rozpoczynania, prowadzenia i dokumentowania badań klinicznych. Omawiane rozporządzenie wprowadza nową definicję badania klinicznego, a także kategorię znacznie szerszą – pojęcie badania biomedycznego. Aby przedsięwzięcie zostało uznane za badanie kliniczne, musi przede wszystkim spełniać kryteria ustanowione dla badania biomedycznego, a w dalszej kolejności – kryteria dodatkowe, wynikające z przyjętych definicji. Tylko badania spełniające kryteria wspomnianych definicji zostaną objęte przepisami rozporządzenia. Wprowadzono również zróżnicowanie badań klinicznych ze względu na stopień interwencji. Tym samym różnicuje się wymogi w odniesieniu do badań klinicznych, w zależności od stopnia narażenia pacjentów uczestniczących w badaniu. Prowadzenie badań o wysokim stopniu interwencji obwarowane będzie koniecznością spełnienia bardziej rygorystycznych wymogów aniżeli w przypadku badań o niskim stopniu interwencji oraz badań nieinterwencyjnych. To właśnie badania o niskim stopniu interwencji umożliwiają bowiem

„ Nowe przepisy mają zwiększyć konkurencyjność gospodarki UE oraz pozytywnie wpłynąć na rozwój badań i innowacji w medycynie.

częstokroć wystarczającą ocenę standardowych metod leczenia i diagnostyki, optymalizując wykorzystanie produktów leczniczych. Ciężar gatunkowy zagrożeń dla uczestników tych badań jest niższy, dlatego stosuje się w tym przypadku mniej restrykcyjne zasady monitorowania oraz dokumentowania.

Znacząco zmieni się procedura uzyskiwania pozwolenia na prowadzenie badania klinicznego oraz składania dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia procesu oceny jego zasadności, bezpieczeństwa oraz związanych z nim aspektów etycznych. Zgodnie z założeniami, cała komunikacja między sponsorem a właściwymi władzami państw członkowskich UE odbywać się będzie za pośrednictwem specjalnego portalu

internetowego. Sponsor badania klinicznego, składając wniosek, będzie mógł określić, w których państwach zamierza prowadzić badanie kliniczne, i wskazać kraj właściwy do oceny wniosku. To właśnie wskazane państwo członkowskie przeprowadzi całą procedurę administracyjną, zasięgnie opinii innych zainteresowanych państw oraz wyda pozwolenie na prowadzenie badania klinicznego. Decyzja ta, co do zasady, będzie respektowana we wszystkich krajach członkowskich, które zostały wskazane we wniosku i na których obszarze prowadzone ma być badanie kliniczne. Co więcej, podczas realizacji badania klinicznego możliwe będzie zwiększenie liczby państw członkowskich, na których terytorium sponsor chciałby owo badanie prowadzić. Jednocześnie ściśle określono termin wydawania pozwoleń przez władze krajowe. Nowa procedura zdecydowanie uprasza i przyspiesza proces inicjacji badań klinicznych, które z założenia mają być prowadzone w wielu państwach członkowskich naraz. Wbrew pozorom taka droga uzyskania pozwolenia na prowadzenie badań klinicznych nie pozostaje w kręgu zainteresowania jedynie dużych sponsorów, takich jak koncerny farmaceutyczne. Korzystać z niej mogą również lekarze, którzy będą chcieli rozpocząć badania kliniczne na skalę dużo mniejszą, zarówno w aspekcie liczby zrekrutowanych pacjentów, jak również środków finansowych i zasobów.

Które jeszcze zmiany należy uznać za istotne dla lekarzy? Warto przyrzeć się wymogom dotyczącym kwalifikacji osób zaangażowanych w prowadzenie badania klinicznego. Inne są w odniesieniu do badacza głównego, inne muszą spełnić pozostali członkowie zespołu badawczego. Badacz musi być lekarzem w rozumieniu prawa krajowego lub wykonywać zawód, który w zainteresowanym państwie członkowskim uznawany jest za kwalifikujący do pełnienia funkcji badacza, ze względu na wiedzę naukową i doświadczenie w zakresie opieki nad pacjentem. Pozostałe osoby zaangażowane w prowadzenie badania klinicznego muszą posiadać kwalifikacje odpowiednie do wykonywania swoich zadań, zdobyte w drodze kształcenia, szkolenia lub doświadczenia. Z zapisów rozporządzenia wynika, że członkowie zespołu badawczego, poza badaczem głównym, legitymować się powinni odpowiednimi kwalifikacjami (prawodawca nie określił ich dokładnie), nie wymaga się, by byli lekarzami. Prawdopodobnie krajowe projekty ustawodawcze zawierają będą dookreślenie „odpowiednich kwalifikacji”, aby ułatwić interpretację tego kryterium i w sposób niebudzący wątpliwości wskazać, jakimi cechami powinien wykazać się kandydat na członka zespołu badawczego.

Rozporządzenie reguluje też sytuację, w której badacz albo badacze występują w podwójnej roli – badacza i sponsora jednocześnie. Dopuszcza się istnienie luźnych, nieformalnych sieci badaczy lub instytucji badawczych, które wspólnie prowadzą badanie kliniczne. Sieci takie będą mogły uzyskać status współsponsorów badania klinicznego, nie zmienia to jednak zakresu ich odpowiedzialności. Osoby i podmioty te z mocy prawa nabywają tożsame uprawnienia i obowiązki, które były przypisane zwykle dużym, działającym komercyjnie sponsorom. Niezależnie od ciężącej na nich odpowiedzialności współsponsory będą mogli podzielić swoje obowiązki w drodze odrębnej umowy.

Szereg zmian przewidziano także w zakresie uzyskiwania świadomej zgody przyszłych uczestników badań klinicznych. Wprowadzono m.in. kategorię zgody uproszczonej uczestników badania klinicznego w przypadku badań, których metodologia wymaga, aby do otrzymywania różnych badanych produktów leczniczych wyznaczano grupy uczestników, nie zaś indywidualnych uczestników. Tryb uproszczonej zgody można zastosować jedynie, jeśli badanie przeprowadzane jest tylko w jednym państwie członkowskim i dotyczy produktów leczniczych dopuszczonych już do obrotu. Uregulowano również kwestię, która jest szczególnie boleską w realizacji obecnie obowiązujących przepisów, mianowicie wystąpienie sytuacji nagłych (związanych z zagrożeniem życia pacjenta), kiedy zgoda uczestnika i udzielenie odpowiedniej informacji pacjentowi może nastąpić po decyzji o włączeniu go do badania klinicznego. Ponadto, zgodnie z treścią rozporządzenia, podczas starań o zgodę pacjenta badacz powinien wziąć pod uwagę wszelkie istotne okoliczności, które mogłyby wpłynąć na decyzję potencjalnego uczestnika o udziale w badaniu klinicznym, w szczególności kwestię, czy potencjalny uczestnik należy do grupy gorzej sytuowanej pod względem ekonomicznym lub społecznym albo znajduje się w sytuacji zależności instytucjonalnej lub hierarchicznej, która mogłaby w niewłaściwy sposób wpłynąć na jego decyzję o udziale w badaniu.

Wprowadzonych rozporządzeniem zmian jest znacznie więcej. Przykładowo: okres przechowywania dokumentacji badania klinicznego został wydłużony pięciokrotnie, do 25 lat. Dlatego w kolejnych artykułach postaram się omówić bardziej szczegółowo uregulowania, które są ważne dla lekarzy zaangażowanych w prowadzenie badań klinicznych. ■

## Coroczna aktualizacja obowiązkowego ubezpieczenia OC

Komisja ds. Praktyk Lekarskich Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie przypomina, że lekarze i lekarze dentyści wykonujący praktyki lekarskie mają obowiązek corocznego przedstawiania organowi rejestrowemu (właściwej izbie lekarskiej) dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Brak dopełnienia tego obowiązku może być uznany za rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności leczniczej objętej wpisem, co zgodnie z art. 108 ust. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej może skutkować wykreśleniem z rejestru lub zgodnie z art. 107 ust. 1, 2 i 3 teże ustawy – nałożeniem kary pieniężnej.

**Aleksander Pieczyński,**  
przewodniczący Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich



Fot. egw



# Piękna inicjatywa

Małgorzata Skarbek

**Zakon Kawalerów Maltańskich, reaktywowany w Polsce po 1989 r., powrócił też do swojej misji pomocy ubogim i cierpiącym. Jednym z przejawów tej pomocy jest działający od dwóch lat w Barczewie koło Olsztyna i współfinansowany przez zakon zakład opiekuńczo-leczniczy, przyjmujący chorych w najcięższych stanach.**



Placówkę, pod nazwą Powiatowy Szpital Pomocy Maltańskiej pw. bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich, utworzono już w 2004 r. Jednak wtedy mieściła się w Olsztynie, w budynku dawnego szpitala wojskowego (obecnie uniwersyteckiego). Działała w bardzo złych warunkach, nieprzystosowanych do opieki nad pacjentami unieruchomionymi i przewlekle chorymi. Tymczasem w Barczewie niszczał zabytkowy obiekt (zbudowany w 1901 r.) szpitala zakaźnego, zamkniętego w 1997 r.

Dzięki porozumieniu władz wojewódzkich i powiatowych, a także dofinansowaniu z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, odremontowano i zmodernizowano ten obiekt, a Fundacja Polskich Kawalerów Maltańskich wygrała konkurs na świadczenie usług opieki długoterminowej. Budynek użyczono zakonowi na 20 lat.

W ten sposób ogromnie potrzebna placówka zyskała nową, wygodną siedzibę. Przeprowadzka nastąpiła w 2012 r.

– *W pierwszej kolejności przyjmujemy pacjentów, którzy wymagają przewlekłej wentylacji mechanicznej, czyli podłączenia do respiratora* – mówi mgr Edyta Skolmowska, dyrektor placówki. – *Trafiają do nas z oddziałów szpitalnych: intensywnej terapii, neurologii, chorób wewnętrznych i chirurgii. Są to zwykle osoby w podeszłym wieku, które przeszły zatrzymanie krążenia, reanimację, ciężkie udary, są w stanie nieświadomości. Bez kontaktu werbalnego. Większość to jednak osoby ze schorzeniami neurologicznymi. Jest grupa pacjentów, także podeszłym wieku, po ciężkich udarach, ale odłączonych od respiratora, w stanie wegetatywnym, także bardziej lub mniej świadomych, karmionych sondą, wymagających odsysania, z cewnikami lub w pampersach. Wszystko to są stany ciężkie, nierokujące wyzdrowienia. My dla tych osób stanowimy swego rodzaju hospicjum, sprawujemy opiekę paliatywną.*

*Zdarzają się też osoby młodsze, po urazach czaszkowo-mózgowych, ze stwardnieniem bocznym zanikowym (SLA) oraz z zaostrzeniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w stadium, które wymaga wentylacji. To osoby świadome, komunikujące się z nami. Są przykute do łóżka, znające swoją sytuację, opieka nad nimi jest dla nas wyzwaniem.*

15 miejsc dla pacjentów korzystających z respiratora oraz około 30 dla pozostałych w stanach ciężkich przygotowano na piętrze. Na dolnej kondygnacji znajdują się 33 łóżka dla chorych na Parkinsona, w końcowym stadium choroby Alzheimera, ze złamaniami szyjki kości udowej, osób świadomych, ale wymagających opieki i rehabilitacji. Są w lepszym stanie zdrowia, mogą uczestniczyć w rehabilitacji zajęciowej, korzystać z pomocy logopedy. Część tych osób można wypisać do domu z wyraźną poprawą. Również część pacjentów z POChP udaje się wyprowadzić ze stanu ciężkiego i odłączyć od respiratora. Też wychodzą do domu po kilku miesiącach. Gdy rehabilitacja przynosi efekty, przedłuża się ich pobyt, aby uzyskać maksymalną korzyść.

– *Nie mamy spektakularnych sukcesów, bo pacjenci są zwykle obciążeni wieloma chorobami, np. układu krążenia, cukrzycą, ale pewne funkcje można usprawnić, choć*







do końca życia będą wymagać opieki – kontynuuje Edyta Skolmowska. – Pacjenci w najcięższych stanach, potrzebujący respiratora lub w stanie wegetatywnym, nie oczekują długo na miejsce w naszym zakładzie. Ze względu na to jak ciężkie stany leczymy występuje też duża rotacja chorych. Zatem gdy tylko zostanie skompletowany wniosek, szpital uzna, że może chorego wypisać, a rodzina wyrazi zgodę, przyjmujemy go najdalej w ciągu tygodnia. Natomiast na miejsca w dolnej kondygnacji czeka się nawet pół roku.

Ponadto w budynku, na niskim parterze, mieści się administracja, kaplica, magazyny, a na poddaszu – sala konferencyjna, na co dzień używana do terapii zajęciowej, gabinet logopedy i sala terapii polisensorycznej (pobudzania lub wyciszania pacjenta).

Fundacja Polskich Kawalerów Maltańskich doskonale wyposaża placówkę. Są tu kardiomonitoring, pulsoksymetry, ssaki medyczne, instalacja tlenowa, sprzęt do rehabilitacji (Ugule z pełnym oprzyrządowaniem, wanny do hydromasażu, pionizatory i parapodium, magnetronica). Jest także sprzęt do pielęgnacji, specjalne wanny z podnośnikami służące do kąpieli chorych niepodłączonych np. do respiratorów. Bez tego sprzętu trudno sobie wyobrazić codzienną opiekę.

– Wyróżnia nas posiadanie jeszcze jednego, unikalnego aparatu – mówi Edyta Skolmowska. – To cyberoko – urządzenie do komunikacji z osobami w stanie minimalnej świadomości i z całkowitym bezwładem ciała. Pomaga ono komunikować się za pomocą żreń. Skonstruowane zostało przez pracowników Politechniki Gdańskiej w 2013 r. Otrzymali za nie nagrodę prezesa Rady Ministrów, interesuje się nim wiele ośrodków na świecie. Natomiast w kraju korzysta z niego jeszcze niewiele placówek. My testujemy je od roku.

Zakład zatrudnia około 90 osób na różnych rodzajach umów, w tym lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych: neurologa, pulmonologa, anestezjologów, lekarzy rehabilitacji medycznej. Lekarze dyżurują, natomiast pielęgniarki pracują w systemie całodobowym. Wszystkie mają kwalifikacje w zakresie opieki długoterminowej lub anestezjologii. Jedną z pielęgniarek zajmuje się tylko leczeniem odleżyn i ran. Pielęgniarki są wspomagane przez opiekunki medyczne

zajmujące się pielęgnacją podstawową, też mające kwalifikacje opiekuna medycznego. Jest również dziewięciu rehabilitantów, dwóch psychologów i logopeda.

NFZ w ramach kontraktu finansuje świadczenia leczniczo-opiekuńcze. Drugim źródłem finansowania jest odpłatność ze strony pacjentów. Ustawa stanowi, że pacjent pokrywa koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70 proc. swego dochodu, ale nie więcej niż 250 proc. najniższej emerytury. Nie ma określonej dolnej kwoty, pacjenci na zasiłkach socjalnych też płacą 70 proc.

Fundacja Polskich Kawalerów Maltańskich zaś finansuje ze środków zbieranych w ramach akcji charytatywnych zakupy nowego sprzętu, remonty itp.

Takich placówek powinniśmy mieć znacznie więcej. ■

## Zakon Kawalerów Maltańskich

Suwerenny Rycerski Zakon Szpitalników św. Jana z Jerozolimy, z Rodos i z Malty, bo tak brzmi pełna nazwa tej organizacji, ma wielowiekową tradycję. Wywodzi się bezpośrednio ze średniowiecznych bractw i zakonów rycerskich powstających w czasach wypraw krzyżowych. Odegrał znaczącą rolę w historii Europy, głównie ze względu na swój potencjał militarny i flotę wojenną. Ale wielkie zasługi ma także w dziedzinie zakładania i prowadzenia pierwszych średniowiecznych szpitali. Działalność tę, zgodnie ze swoimi zasadami zawartymi w haśle *Tuitio Fidei et Obsequium Pauperum* (Obrona wiary i służba ubogim i cierpiącym), zakon kontynuuje również współcześnie.

Tradycja przynależności do zakonu joannitów przetrwała do dziś i w wielu rodach stanowi tytuł honorowy.

Na ziemi polskiej rycerze zakonnicy dotarli wcześniej, już w połowie XII w., najpierw na Śląsk, a potem na inne tereny. Zakon, rozwiązany w okresie zaborów, odrodził się w 1927 r. jako Związek Polskich Kawalerów Maltańskich. Po II wojnie światowej funkcjonował na emigracji, w 1992 r. został reaktywowany w kraju. Należy do niego 160 osób.

mk



# Recepta na dobry system

Rozmowa z Jego Ekscelencją  
Ambasadorem Królestwa Danii w Polsce  
Steenem Hommelem.



Fot. archiwum Ambasady Królestwa Danii w Polsce

**Panie ambasadorze, jaki jest poziom wydatków na ochronę zdrowia w Danii? Czy jest wystarczający, o ile to w ogóle możliwe w przypadku służby zdrowia?**

Dania ze swoimi wydatkami plasuje się poniżej średniej OECD. W zależności od sposobu liczenia, jeżeli włączymy wydatki na opiekę nad osobami starszymi, otrzymamy wynik 11 proc. PKB. Nie licząc tej opieki – 8,3 proc. Uważamy, że jest to zrównoważony poziom wydatków oraz – co najważniejsze – rośnie on wolniej niż w innych państwach. Jednocześnie liczba usług zdrowotnych dla duńskich obywateli wzrasta i notujemy wysoki poziom zadowolenia ze służby zdrowia. Spada także śmiertelność w szpitalach. Wybiegając w przyszłość, sądzę, że posiadamy formułę, która pozwala szukać odpowiedzi na wyzwania przyszłości: starzenie się społeczeństwa i choroby cywilizacyjne. Nie mówię, że mamy już gotowe rozwiązania, ale wiemy, jak stawić czoła owym wyzwaniom w perspektywie najbliższych 20–30 lat.

**Czy duński system powstał w procesie ewolucji, czy rewolucji?**

To był postępujący proces, prowadzący do osiągnięcia mniej więcej płaskiego wykresu wydatków przy wzroście wydajności. Wprowadzaliśmy wiele małych usprawnień, a także duże reformy, które zawsze stanowią wyzwanie dla polityków. Służba zdrowia to temat wrażliwy społecznie. Wykonaliśmy restrukturyzację na dużą skalę, połączoną z reformą administracyjną. Przesunęliśmy odpowiedzialność za opiekę zdrowotną do regionów (województw). Posiadają one w pełni wyposażone „superszpitale”, z pełnym zakresem zaawansowanych usług. Doprowadziło to do zamknięcia wielu mniejszych lokalnych placówek. Całkowita liczba szpitali spadła mniej więcej o połowę.

**I w tej sytuacji udało się utrzymać wysoki poziom satysfakcji pacjentów?**

Przeżyliśmy po wprowadzeniu reformy wiele emocji. Pierwsza reakcja na obszarach wiejskich brzmiała „zabierają mi mój lokalny szpital”, ale ci sami pacjenci dobrze wiedzieli, że jeżeli poważnie zachorują, zostaną przewiezieni na leczenie do dużego szpitala, z pełnym potencjałem i zaawansowanymi procedurami. Jednakże nie wszystkie małe szpitale zostały zamknięte. Część zamieniono w centra rehabilitacji i profilaktyki. Zachowaliśmy więc mniej skomplikowane procedury bliżej ludzi, a te zaawansowane skoncentrowaliśmy na poziomie regionalnym. Przeprowadziliśmy tę reformę zamiast utrzymywać wszystkie placówki szpitalne – i te małe, lokalne, i te duże, wysokospecjalistyczne.

**Jaka jest struktura własnościowa szpitali w Danii?**

Pytanie mogłoby sugerować, że posiadamy system ubezpieczeń zdrowotnych jak w Polsce czy Wielkiej Brytanii. Nie mamy takiego systemu. Duński system służby zdrowia jest w 84 proc. państwowy. Oznacza to, że opieka zdrowotna jest w praktyce bezpłatna. Oznacza to również, że w duńskim systemie nie ma motywacji do osiągnięcia zysku finansowego przez lekarzy czy przez szpitale. Służba zdrowia jest wynagradzana z budżetu państwa, który co roku przekazuje środki do regionów, w oparciu o długoterminowe prognozy kosztów. Skoro nie ma zachęt finansowych, system skupia się na zdrowiu pacjenta, nie zaś na własnym przetrwaniu.

### **Na zdrowiu, zamiast na wycenach, kontraktacjach i wynikach?**

Tak właśnie. Jest to podstawa duńskiego systemu. Jeżeli zapytać Duńczyków, czy zgadzają się płacić wysokie podatki, odpowiedzą, że tak, bo podatki zapewniają wysoki standard usług publicznych. To rodzaj umowy społecznej. Jesteśmy zadowoleni z tego rozwiązania. Dzięki temu możemy się skupić na potrzebach pacjentów, nie na zyskach graczy biznesowych. Na przykład system amerykański, z dużym udziałem podmiotów prywatnych, jest raczej kosztowny. W Danii szpital nie jest w żaden sposób motywowany do hospitalizacji pacjentów. Wręcz przeciwnie – jest motywowany do ograniczania czasu spędzanego w szpitalu. Dziewięciu na dziesięciu pacjentów leczy się wyłącznie u lekarzy pierwszego kontaktu. Pacjenci nie są „wypychani” do szpitali. W Danii chcemy, aby hospitalizowany chory jak najszybciej wrócił do domu na rehabilitację, która *nota bene* dostępna jest także w lokalnym szpitalu. Wielu pacjentów woli jednak korzystać z tej formy pomocy, będąc już w domu. Nie chcemy także, żeby pacjent opuszczał lekarza z plikiem recept. Nadużywanie leków jest drogim i nieefektywnym, w szczególności nadużywanie antybiotyków.

### **Wszystko jest bezpłatne, z wyjątkiem leków.**

Wizyta u lekarza jest darmowa, pobyt w szpitalu jest darmowy, łącznie z wyżywieniem i noclegiem. Nie trzeba posiadać ubezpieczenia, aby korzystać z tego systemu. Jednakże istnieje współpłacenie za leki – do wysokości 1200 koron (ok. 700 zł) rocznie.

### **Dania dysponuje wysokoefektywnymi procedurami i terapiami, w tym nowoczesnymi, innowacyjnymi lekami. W jaki sposób udaje się Duńczykom trzymać wydatki na stałym poziomie, gdy potrzeby wciąż rosną: potrzeba więcej lekarzy, pielęgniarek, sprzętu, leków?**

Tak naprawdę nie potrzebujemy ich więcej. Po prostu produktywność i ścisła dyscyplina budżetowa są w stanie zaspokoić rosnące potrzeby. Liczba leczonych pacjentów i poziom aktywności w duńskiej służbie zdrowia rośnie. Wydatki są natomiast stałe. W zasadzie w 2009 r. mieliśmy taki sam budżet jak obecnie.

### **Jak by pan ambasador zdefiniował produktywność w ochronie zdrowia?**

W administracji obowiązuje zasada stałego zwiększania produktywności, także w służbie zdrowia. Regiony muszą zaspokoić lokalne potrzeby w ramach budżetów otrzymanych od rządu. Produktywność jest zapewniana przez wdrożenie całościowego, holistycznego podejścia do spraw zdrowia. Oznacza to, że w przypadku złamanej nogi nie patrzymy tylko na koszt gipsu, ale także na łańcuch długoterminowych skutków, takich jak koszt zwolnień chorobowych czy zaplanowanych wizyt u lekarza. Podejście holistyczne zakłada, że nie

tylko bierzemy pod uwagę dzisiejsze wydatki, ale również inwestujemy, aby uniknąć wydatków w przyszłości. Regiony są w stanie to ocenić, ponieważ zapewniają wiele różnych usług publicznych. Oczywiście, jeżeli zapytać duńskich lekarzy, czy szpitale chcą więcej pieniędzy, odpowiedzą „tak”. Jednakże potrafią zapewnić finansowanie różnych usług medycznych przez przesuwanie środków między zadaniami.

### **Kto dokonuje tej oceny? System sprawia wrażenie skomplikowanej biurokratycznej maszyny ze złożonymi procedurami i mnóstwem analitycznej pracy nad podażą i popytem.**

W rzeczywistości kluczem jest obieg informacji oraz otwartość. System jest otwarty na wszystkich uczestników, to nie jest zamknięte koło. Korzystamy z intensywnego zaangażowania osób zarządzających na wielu szczeblach, także przedstawicieli sektora prywatnego. Wspólnie poszukujemy przyszłościowych rozwiązań. Wszystko jest możliwe dzięki powszechnej informatyzacji. Rekomendacje lekowe – jak już wcześniej informowałem – uaktualnia się co dwa tygodnie. Recepty są elektroniczne. Praktycznie wszystkie osobiste rejestry medyczne są dostępne dla lekarzy od ręki, przez sieć informatyczną. Mogę sprawdzić historię leczenia pacjenta do lat 70. Każdy lekarz ma do niej natychmiastowy dostęp. Wszystko to są elementy efektywnego zarządzania przez wiedzę, czyli produktywności. Jeżeli chodzi o biurokrację, śledzimy także proporcje między „ciepłymi rękami” a „zimnymi rękami”. Te pierwsze to osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem, na pierwszej linii. „Zimne ręce” to urzędnicy za biurkami. Czasami nowe procedury pozwalają na ograniczenie zaangażowania „ciepłych rąk”, kiedy pacjenta w domu może wspomóc aparatura medyczna. To również bierzemy pod uwagę, zarządzając produktywnością.

### **Różne podmioty rynku zdrowia mają różne punkty widzenia i różne interesy. Jak duński sektor zdrowia radzi sobie z potencjalnymi konfliktami interesów?**

Nasze podejście opiera się na harmonii. Nie widzimy konfliktu między firmami farmaceutycznymi a ministerstwem zdrowia czy finansów. W rzeczywistości wypracowaliśmy model współpracy, w którym firmy dostarczają nam część narzędzi do realizacji części naszych celów. Firmy wiedzą, że mamy ograniczenia budżetowe i nie mogą nas obciążać zbyt dużymi wydatkami. My z kolei jesteśmy zależni od ich ogromnych inwestycji w zakresie badań i rozwoju. Nazwałbym to wzajemnym szacunkiem. Dzięki rozległej informatyzacji możemy aktualizować wykazy leków refundowanych co dwa tygodnie. Zdołaliśmy radykalnie ograniczyć cenę leków generycznych i wygospodarować miejsce dla leków innowacyjnych, które, jak sądzimy, dają lepsze długoterminowe efekty. Powinnością prawodawcy jest zebrać jak najwięcej informacji na temat substancji leczniczej i potencjalnych długoterminowych skutków jej stosowania. Dlatego strona rządu skupia się na transparentnym dialogu ze wszystkimi partnerami. Uważam, że konieczne jest dopuszczenie zewnętrznych podmiotów: firm farmaceutycznych, organizacji pozarządowych, stowarzyszeń pacjentów. Mogą one znacznie pomóc w poszukiwaniu rozwiązań problemów służby zdrowia. Wierzę, że koszt ich nieobecności w tych procesach jest wyższy niż ich nadreprezentacji.

### **Choroby cywilizacyjne, takie jak cukrzyca, wymagają coraz większych nakładów na leki i sprzęt. W jaki sposób Dania radzi sobie z tymi wyzwaniem?**

To globalnie jest bardzo poważny problem. Koszt niezdiagnozowanej lub nieleczonej cukrzycy jest dziś niski, lecz



► będzie bardzo wysoki w przyszłości, i to nie tylko dla sektora ochrony zdrowia. Środki zaradcze, jakie widzimy, to przede wszystkim profilaktyka, promocja zdrowego trybu życia, wczesna wykrywalność i prawidłowa terapia w odpowiednim czasie. Te inwestycje jednakże się zwracają. Lekceważenie ich jest znacznie droższe.

### Kraje skandynawskie są znane z polityki „zdrowego starzenia się”. Jaka jest na to recepta?

Stabilny system służby zdrowia z wczesnym planowaniem pod kątem przyszłych potrzeb. Ma to wiele aspektów. Jednym z przykładów jest promocja transportu rowerowego. Można rzeczywiście obliczyć liczbę hospitalizacji, których uniknięto dzięki korzystaniu z rowerów. Mniej zanieczyszczeń, lepsza wydolność krążeniowa i tak dalej. W Kopenhadze ponad połowa mieszkańców wybiera rower zamiast samochodu. Inwestowanie w ścieżki rowerowe jest więc promocją zdrowia, a także zdrowej starości. Zaczynamy od wczesnej edukacji na temat zdrowego stylu życia. Chcemy utrzymać ludzi w zdrowiu na rynku pracy, a potem mieć zadowolonych emerytów. Kiedy wejdą w podeszły wiek, chcemy, aby mieszkali we własnych domach tak długo, jak to możliwe. Oni często nie chcą iść do domów spokojnej starości. Dlatego rozwijamy lokalne struktury wsparcia dla osób starszych. Pracownicy socjalni przychodzą do domów, aby im pomagać, to właśnie „ciepłe ręce”. Jak wielu takich pracowników potrzeba, jest przedmiotem dyskusji i badań.

### W jaki sposób sektor prywatny znajduje sobie miejsce na publicznym rynku zdrowia w Danii?

Nasz sektor prywatny nie jest bardzo duży. Jednakże otrzymał swoje miejsce w narodowym systemie ochrony zdrowia. W gruncie rzeczy próżno w nim szukać lepszych lekarzy czy lepszej opieki medycznej niż w sektorze państwowym. Może sektor komercyjny lepiej pacjentów karmi i zapewnia im większe wygody, ale niewiele ponadto. Dziesięć lat temu mieliśmy poważne problemy z kolejkami pacjentów czekających na planowe operacje. Doprowadziło to do wprowadzenia nowej regulacji: każdy chory czekający na zabieg ponad dwa miesiące otrzymał prawo skorzystania z placówki prywatnej. Koszt jego zabiegu pokrywa wówczas państwo. Zanim wprowadziliśmy to rozwiązanie, sektor prywatny nie odgrywał poważnej roli w systemie ochrony zdrowia Danii. W wyniku wprowadzenia nowych przepisów w krótkim czasie stał się rodzajem bufora, oferując kompetentne usługi. Z drugiej strony sektor publiczny otrzymał zachętę do zwiększenia wydajności. W rezultacie w porównaniu z Norwegią i Finlandią mamy raczej krótkie terminy oczekiwania na zabiegi operacyjne.

### Podsumowując: jak by pan ambasador podsumował filozofię duńskiego systemu opieki zdrowotnej?

Generalnie chodzi o dostarczanie potrzebnych usług wspierających zdrowie i jakość życia, przy utrzymaniu jak najniższych kosztów.

### Najniższych kosztów dla pacjenta?

Nie, dla duńskiego społeczeństwa. Dla pacjenta jest to bezpłatne. ■

Wywiad po autoryzacji.

Materiał przygotowany przez Stowarzyszenie „Dziennikarze dla Zdrowia”, towarzyszący XIII Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, wrzesień 2014 r.



Małgorzata Okupny

Proponujemy czytelnikom cykl artykułów poświęconych sprawie refundacyjnym, ważnym dla każdego lekarza, bez względu na to, czy leczy pacjentów w ambulatorium, czy w szpitalu. Będą się ukazywać w „Pulsie” od początku przyszłego roku, co miesiąc, i będą zawierać informacje praktyczne, pomagające lekarzowi w jak najlepszym stosowaniu farmakoterapii objętych którąś z form refundacji.

Obwieszczenia ministra zdrowia dotyczące list leków refundowanych są publikowane co dwa miesiące, więc w kolejnych numerach „Pulsu”, drukowanych po ogłoszeniu owych list, będziemy szczegółowo informować o substancjach czynnych, które po raz pierwszy znalazły się na liście, o nowych zrefundowanych wskazaniach substancji czynnych już refundowanych, o wskazaniach niezarejestrowanych (*off label*), które objęto refundacją, o nowych programach lekowych, o zrefundowaniu nowych substancji czynnych w ramach istniejących programów, o zmianach kryteriów włączania pacjentów do programów oraz o wszelkich istotnych zmianach w tych programach i katalogu chemioterapii. Będziemy też informować o ważnych zmianach w zakresie dopłat pacjentów do już refundowanych produktów leczniczych. Naszym celem jest rzetelne przedstawianie faktów i ich konsekwencji, nie jest nim natomiast ocena zmian, którą pozostawiamy Państwu. Wskażemy źródła informacji dotyczących listy, opisów programów lekowych, cen i dopłat oraz charakterystyk zrefundowanych produktów leczniczych, będziemy też doradzać, jak najprościej z nich korzystać.

## Refundacje

Zajmiemy się również przybliżeniem najważniejszych zagadnień refundacyjnych, których znajomość jest niezbędna każdemu praktykowi do optymalnego korzystania z możliwości, jakie dają wykazy. Będziemy wyjaśniali ustawowe mechanizmy obserwowanych przez Państwa zmian w zakresie np. dopłat ze strony pacjentów, pojawiania się refundacji wskazań niezarejestrowanych, definicje ustawowe, które nie zawsze są zgodne z klinicznymi. Chcemy też odpowiadać na Państwa pytania dotyczące refundacji i powiązanego z nią bezpośrednio zagadnienia wystawiania recept i prowadzenia dokumentacji medycznej.

Istotnym elementem procesu refundacyjnego w Polsce jest działalność Agencji Oceny Technologii Medycznych. Rekomendacje prezesa tej instytucji są jednym z ustawowych kryteriów branych pod uwagę przez ministra zdrowia przy podejmowaniu decyzji o zrefundowaniu m.in. nowej cząsteczki lub nowego wskazania dla już refundowanego produktu leczniczego. Będziemy Państwa o nich systematycznie informować.

Zachęcamy do zapoznawania się z tematyką refundacji oraz nowymi możliwościami refundowanej farmakoterapii Państwa pacjentów, które powstały dzięki zmianom w 2014 r. ■

# Podsumowanie zmian w refundacji leków w 2014 r.

Wszystkie przedstawiane w tym artykule informacje zostały opracowane na podstawie obwieszczeń ministra zdrowia z 23.12.2013, 24.02.2014, 23.04.2014, 24.06.2014, 22.08.2014 i są zgodne z postanowieniami zawartymi w aktualnie obowiązującym Obwieszczeniu ministra zdrowia z 22 października 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. MZ 14.71).

Rozszerzenie dostępności refundowanej farmakoterapii może przybierać różne formy, zrozumiem ich ułatwi śledzenie zmian refundacyjnych przedstawionych w niniejszym tekście oraz w następujących:

- dodanie do refundacyjnych wykazów leków zawierających nowe, nierefundowane do tej pory substancje czynne. Zawsze w takim przypadku określony jest zakres wskazań stosowania leku, który będzie objęty refundacją: mogą to być wszystkie zarejestrowane wskazania bądź wskazanie refundacyjne określone stanem klinicznym pacjenta, w przypadku stwierdzenia którego lek może być zapisany z refundacją. Nowe substancje czynne dopisuje się zarówno do listy aptecznej, jak i do programów lekowych oraz tzw. katalogu chemioterapii;
- dodanie do wykazu nowych leków złożonych z substancji czynnych, które już wcześniej zostały objęte refundacją. W tym przypadku również musi być określony zakres refundacji, który może być inny niż dla składowych substancji czynnych;
- rozszerzenie zakresu wskazań refundacyjnych leków już obecnych na listach, zgodnych z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zmiana może dotyczyć rozszerzenia refundacji na wszystkie zarejestrowane wskazania już wcześniej refundowanego leku albo o wybrane jedno lub kilka wskazań objętych ChPL. Należy zwrócić uwagę, że poziom refundacji nowego wskazania może być inny niż wskazania już wcześniej refundowanego;
- rozszerzenie zakresu wskazań objętych refundacją niezawartych w ChPL (wskazania pozarejestrycyjne); rozszerzenie może dotyczyć jednego lub więcej wskazań pozarejestrycyjnych dla leków zawierających tę samą substancję czynną. Tego rodzaju refundacje mają miejsce zarówno na liście aptecznej, jak i w ramach chemioterapii w tzw. katalogu chemioterapii;

e) szczególnymi formami rozszerzania refundacji w ramach programów lekowych, oprócz dołączania do nich nowych substancji czynnych, są m.in. zmiany kryteriów włączania pacjentów, którzy mogą być zakwalifikowani do programu (np. obniżenie wieku, zmiany opisu stanu klinicznego), umożliwianie stosowania danego leku na wcześniejszych etapach leczenia oraz wydłużenie okresu stosowania leku.

Ze wszystkimi wymienionymi formami rozszerzania refundacji mieliśmy do czynienia w mijającym roku. W dalszej części tekstu przedstawiamy, w formie tabel opracowanych na podstawie obwieszczeń ministra zdrowia, podsumowanie zmian. Pierwsze trzy tabele dotyczą zmian na liście aptecznej, zawierają: nowe substancje czynne, nowe leki złożone oraz nowe wskazania objęte refundacją leków już refundowanych. W ostatniej tabeli przedstawiamy zmiany w zakresie programów lekowych.

W 2014 r. refundacją zostały objęte również wskazania pozarejestrycyjne różnych leków wcześniej refundowanych, dostępnych na receptę w aptece, jak również znajdujących się w katalogu chemioterapii. Prezentacja tych zmian przekracza jednak ramy niniejszego artykułu. Informacje o nich można znaleźć na stronach Ministerstwa Zdrowia: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>, w dokumencie Obwieszczenie ministra zdrowia z 22 października 2014. W załączniku do obwieszczenia w zakładce A1, w kolumnie N, zatytułowanej „Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją”, opisane są wszystkie refundowane „pozarejestrycyjne wskazania” leków znajdujących się na liście, a w załączniku „Zakresy wskazań objętych refundacją (wg ICD-10) w ramach chemioterapii” – cały zakres refundowanych wskazań dla leków umieszczonych w katalogu chemioterapii.

W Obwieszczeniu ministra zdrowia z 24 czerwca 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. MZ 14.56) refundacją zostały objęte nowe substancje czynne stosowane w programie *in vitro* oraz rozszerzono refundację niektórych leków już refundowanych o wskazania związane z tym programem (<http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>).

Autorka artykułu oraz redakcja „Pulsu” zapewniają, że dołożyły wszelkich starań, aby dane i informacje zawarte w tym artykule były rzetelne i aktualne. Mają one jednak charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być podstawą jakichkolwiek roszczeń.



Tabela 1. Nowe substancje czynne zrefundowane w 2014 r., dostępne w aptece na receptę w całym zakresie wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym; stan aktualny do końca 2014 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena det. (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją (wskazania rejestracyjne)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Pregabalinum	Lyrica, kaps., 75 mg	14 szt.	50,16	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	ryczałt	14,35
Pregabalinum	Lyrica, kaps., 75 mg	56 szt.	184,55	jw.	ryczałt	31,69
Pregabalinum	Lyrica, kaps., 150 mg	14 szt.	84,89	jw.	ryczałt	10,06
Pregabalinum	Lyrica, kaps., 150 mg	56 szt.	312,11	jw.	ryczałt	3,2
Ivabradinum	Procoralan, tabl., 5 mg	56 szt.	210,8	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca większą, równą 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym beta-adrenolitykiem lub, gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane	ryczałt	3,2
Ivabradinum	Procoralan, tabl., 7,5 mg	56 szt.	310,29	jw.	ryczałt	3,2
Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	2428,19	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)	ryczałt	3,2
Desloratadinum	Leki zawierające desloratadynę*			We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	30%	
Lipegfilgrastimum	Lonquex, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp. -strz. a 0,6 ml	3400,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt	3,52
Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 150 µg	30 kaps. + inhalator	112,43	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18. roku życia	30%	70,06
Indacaterolum	Onbrez Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 300 µg	30 kaps. + inhalator	116,43	jw.	30%	34,94
Lakozamid	Vimpat, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	49,75	Terapia dodana u chorych powyżej 16. roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	ryczałt	3,2
Lakozamid	Vimpat, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	350,04	jw.	ryczałt	3,2
Lakozamid	Vimpat, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	518,84	jw.	ryczałt	3,2
Lakozamid	Vimpat, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	688,65	jw.	ryczałt	3,98
Lakozamid	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	140,91	jw.	ryczałt	3,2
Posaconazolom	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	2728,27	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	ryczałt	3,2
Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 tabl.	105,84	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38. dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14. dnia po przebytej alloplastyce) – prewencja pierwotna	30%	68,99
Haloperidolum	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp. a 1 ml	35,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	bezpł.	0
Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30x1 kaps. + 1 inhalator	136,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18. roku życia	30% <sup>c</sup>	40,92

\* Produkty lecznicze zawierające desloratadynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 22.10.2014 sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 22.10.2014 r., w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Ur. MZ 14.71).

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>

**Tabela 2. Nowe leki złożone, dostępne w aptece na receptę w całym zakresie wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym, dopisane do listy aptecznej w 2014 r.; stan obowiązujący do końca 2014 r.**

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją (wskazania rejestracyjne)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Tramadolum + Paracetamolium	Leki zawierające tramadol i paracetamol 37,5+325 mg, 75+650 mg*	10, 20, 30, 60, 90 szt.		We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	30%	
Tramadolum + Paracetamolium	Leki zawierające tramadol i paracetamol 37,5+325 mg, 75+650 mg*	10, 20, 30, 60, 90 szt.		Nowotwory złośliwe	bezpłatny	
Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 tabl.	15,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	30%	10,36
Indapamidum Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 tabl.	14,62	iw.	30%	9,22 +
Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 kaps.	13,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	30%	8,4
Ramiprilum Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 kaps.	20,66	iw.	30%	10,57 +
Ramiprilum Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 kaps.	19,12	iw.	30%	14,07 +
Ramiprilum Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 kaps.	26,33	iw.	30%	16,24 +
Oxycodoni-hydrochloridum + Naloxoni-hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 tabl.	90,42	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe	bezpłatny	0
Oxycodoni-hydrochloridum + Naloxoni-hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 tabl.	172,58	iw.	bezpłatny	0
Oxycodoni-hydrochloridum + Naloxoni-hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 tabl.	47,42	iw.	bezpłatny	2,21

\* Produkty lecznicze zawierające tramadol i paracetamol wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 22.10.2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. MZ 14.71).

Na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 22.10.2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. MZ 14.71).

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>

**Tabela 3. Nowe wskazania rejestracyjne objęte refundacją w 2014 r. leków już refundowanych, wydawanych w aptece na receptę**

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania rejestracyjne objęte refundacją	Poziom odpłatności
Filgrastimum	Leki zawierające filgrastym*	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt
Pegfilgrastimum	Neulasta, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml, 1 amp.-strz. a 0,6 ml	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt
Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg, 14 szt., 15 mg, 42 szt. i 20 mg, 14 szt.	Leczenie zakrzepicy żył głębokich oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18. roku życia; leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych	30%
Acidumzoledronicum	Leki zawierające kwas zoledronowy**	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt
Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg, 1 amp.-strz. a 0,5 ml, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg, 1 amp.-strz. a 0,5 ml	Akromegalia, leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych	ryczałt
Octreotidum	Sandostatin LAR, 30 mg, 1 fiol., amp.-strz. zrozp. 2,5 ml, Sandostatin LAR, 20 mg, 1 fiol., amp.-strz. zrozp. 2,5 ml, Sandostatin LAR, 10 mg, 1 fiol., amp.-strz. zrozp. 2,5 ml	Akromegalia, leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma, leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynymi wywodzącymi się ze środkowej części przjelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	ryczałt
Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml, 1 amp.-strz. a 1 ml	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5, mierzone metodą DXA) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, ze złamaniem osteoporotycznym, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania	30%

Cd. tabeli na str. 34



Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania rejestracyjne objęte refundacją	Poziom odpłatności
Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg, 100 tabl., granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg, 50 saszetek	Padaczka oporna na leczenie, zespół Westa	ryczałt

Cd. tabeli ze str. 33

\* Produkty lecznicze zawierające filgrastym, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 22.10.2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Ur. MZ 14.71).

\*\* Produkty lecznicze zawierające kwas zoledronowy, z wyjątkiem Zoledronicacid Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 22.10.2014 r., w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Ur. MZ 14.71). Na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 22.10.2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Ur. MZ 14.71).

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>

**Tabela 4. Zmiany w zakresie programów lekowych wprowadzone w 2014 r.: nowe substancje czynne, rozszerzenie wskazań refundacyjnych, kryteriów w ramach istniejących i nowych programów lekowych; stan aktualny do końca 2014 r.**

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Program lekowy	Oznaczenie załącznika *	Rodzaj zmiany
Abirateroniacetat	Zytiga, tabl., 250 mg	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	Załącznik B.56.	Nowy program, nowy lek
Velaglucerasum alfa	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.	Leczenie choroby Gauchera typu I	Załącznik B.60.	Nowy program, nowy lek
Axitinibum	Inlyta, tabl. 1 mg i 5 mg	Leczenie raka nerki	Załącznik B.10.	Nowy lek dodany do istniejącego programu
Golimumabum	Simponi, 50 mg	Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym	Załącznik B.33.	Nowy lek dodany do istniejącego programu
Golimumabum	Simponi, 50 mg	Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (LZS)	Załącznik B.35	Nowy lek dodany do istniejącego programu
Golimumabum	Simponi, 50 mg	Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	Załącznik B.36.	Nowy lek dodany do istniejącego programu
Trastuzumabum	Herceptin, 150 mg	Leczenie zaawansowanego raka żołądka	Załącznik B.58.	Nowy program lekowy
Toxinumbotulinicumtypum A ad iniectabile	Dysport, 300 j. i 500 j. Botox, 100 j. Allergan Xeomin, 100 j.	Leczenie spastyczności kończyny górnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A	Załącznik B.57.	Nowy program lekowy
Pazopanibum	Votrient, tabl. 200 mg, 400 mg	Leczenie mięśniaków tkanek miękkich	Załącznik B.8.	Lek dodany do istniejącego programu
Gefitynibum	Iressa, tabl. 250 mg	Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca	Załącznik B.6.	Lek dodany do istniejącego programu
Bevacizumabum	Avastin, 100 mg/4 ml oraz 400 mg/16 ml	Leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika	Załącznik B.50	Zmiana kryteriów włączenia pacjentek
Imatinibum	Glivec, tabl. 100 mg, 400 mg	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	Załącznik B.3	Dodano nowe wskazanie
Entekawirum	Baraclude, tabl. powł., 0,5 mg i 1 mg	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B	Załącznik B.1.	Zmiana kryteriów włączenia pacjentów
Tenofowiridisoproxilum-fumaratum	Viread, tabl. 245 mg	jw.	jw.	jw.
Tenofowirumdisoproxilum	Tenofowiridisoproxil Teva, tabl. 245 mg	jw.	jw.	jw.
Cysteaminibitartras	Cystagon, kaps. twarde, 50 mg i 150 mg	Leczenie wczesnodziecięcej postaci cystynozy nefropatycznej	Załącznik B.61.	Nowy program, nowy lek
Interferonum beta-1a	Avonex, 30 µg/0,5 ml	Leczenie stwardnienia rozsianego	Załącznik B.29	Zmiany kryteriów kwalifikacji pacjentów, zmiana czasu trwania terapii
Interferonum beta-1a	Rebif 44, 44 µg/0,5 ml	jw.	jw.	jw.
Interferonum beta-1b	Betaferon, 250 µg/ml	jw.	jw.	jw.
Interferonum beta-1b	Extavia, 250 µg/ml	jw.	jw.	jw.
Glatirameriacetas	Copaxone, 20 mg/ml	jw.	jw.	jw.
Rituximabum	MabThera, 100 mg i 500 mg	Leczenie chłoniaków złośliwych	Załącznik B.12.	Dodano nowe wskazanie dla leku
Immunoglobulinum-humanum	Leki zawierające immunoglobuliny ludzkie	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	Załącznik B.62	Nowy program, zmiana kryteriów kwalifikacji pacjentów
Sunitinibum	Sutent, kaps. 12,5 mg i 25 mg	Leczenie mięśniaków tkanek miękkich	Załącznik B.8.	Lek dodany do istniejącego programu
Sorafenibum	Nexavar, tabl. powł., 200 mg	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	Załącznik B.3	Lek dodany do istniejącego programu

\* Oznaczenie załącznika zawierającego opis programu lekowego określającego zakres refundacji. Każdy program lekowy jest oznakowany odrębnym numerem,

źródło: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/programy-lekowe>

Na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 22.10.2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Ur. MZ 14.71).

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia>

# Polskie Towarzystwo Chorób Płuc ma nową siedzibę

Pomieszczenia są jasne i przestronne. Dają poczucie lekkości i swobodnego oddechu. Wnętrza nowej siedziby Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w Warszawie są nowoczesne. Ich gospodarz szczyli się długoletnią tradycją, wielkim dorobkiem naukowym i organizacyjnym w zakresie pneumonologii. W jubileuszowym, 80. roku działalności PTChP w nowej siedzibie rozpoczyna kolejny rozdział jakże ważnej aktywności naukowej i edukacyjnej.

Początki organizacji sięgają 1934 r. To wówczas rozpoczęło działalność Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą. Miało swoje oddziały w Łodzi i Wilnie, a od 1935 r. także we Lwowie. Jeszcze przed II wojną światową podjęło prace nad przygotowaniem projektu Polskiego Instytutu Badań nad Gruźlicą oraz ustawy przeciwgruźliczej. W 1951 r. przedwojenną nazwę zmieniono na Polskie Towarzystwo Ftyzjatryczne, a w 1959 – na Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne. Dopiero w 2006 r. przyjęto nazwę obecną: Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Niezależnie od nazewnictwa, choć w skrócie pokazuje ono tematyczny rozwój zainteresowań organizacji: od gruźlicy po szerokie spektrum zagadnień pneumonologii, towarzystwo od początku działalności zachęcało lekarzy do pracy naukowej, popularyzowało tematy związane z chorobami płuc, prowadziło działalność wydawniczą. Pierwszą publikacją było pismo „Gruźlica”, od 1962 r. zastąpione przez „Gruźlicę i Choroby Płuc”. W 1976 r. tytuł uległ zmianie, brzmiał „Pneumonologia Polska”. Od 1991 r. ukazuje się dwumiesięcznik „Pneumonologia i Alergologia Polska”.

PTChP to jednak nie tylko historia. Obecnie organizacja ma 17 oddziałów regionalnych i 12 sekcji tematycznych. Podobnie jak w minionych dekadach, są organizowane cyklicznie zjazdy naukowe, będące okazją do wymiany myśli, prezentacji dokonań i omówienia najważniejszych problemów współczesnej pneumonologii. Towarzystwo reprezentuje też polską ftyzjatrię i pneumonologię na arenie międzynarodowej. I choć zadania PTChP związane z pracą naukową i popularyzowaniem wiedzy się nie zmieniają, współczesność niesie nowe wyzwania i nowe cele. Zadania na lata 2014–2018, określone przez Zarząd PTChP, to m.in.: prace związane z utworzeniem Krajowego Rejestru Rzadkich Chorób Płuc, tworzenie i uaktualnianie wytycznych w chorobach płuc, ale też ich wdrażanie w praktyce i monitorowanie zastosowania. To również kontynuacja działalności Akademii PTChP. W jej ramach rozpoczęto w 2013 r. realizację dużego projektu edukacyjnego dotyczącego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Prowadzone są warsztaty dla lekarzy.



Fot. W. Skorupa

Działa też forum dyskusyjne. Towarzystwo aktywnie włącza się w propagowanie wiedzy o POChP na szerokim forum społecznym, wspierając na przykład organizację Światowego Dnia POChP w Polsce. Członkowie PTChP prowadzą szkolenia przed- i podyplomowe z zakresu pneumonologii, opiniują projekty dla potrzeb Ministerstwa Zdrowia i NFZ, współpracują z Agencją Oceny Technologii Medycznych.

Rozwój medycyny, nowe technologie i wyzwania cywilizacyjne wpisują się w działalność PTChP. Warto pamiętać, że gruźlica, od której zaczęła się historia towarzystwa, a która zniknęła z jego nazwy, tak jak miała zniknąć, zgodnie z obiegową opinią, z obszaru zdrowotnych zagrożeń, wciąż pozostaje istotnym problemem społecznym. I wciąż jest jednym z medycznych zagadnień, któremu towarzystwo poświęca swoją pracę.

20 listopada 2014 r. uroczystego przecięcia wstęgi w nowej siedzibie, przy ul. Wroniej 45, na warszawskiej Woli, dokonali: prof. Władysław Pieruchała, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, i wiceprezes prof. Paweł Śliwiński (na zdjęciu). Towarzyszyło im liczne grono członków PTChP i zaproszeni goście. ■

Anetta Chęcińska

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





# Chorzy na Polskę

Janina Jankowska

Wszyscy jesteśmy chorzy na Polskę. Prześmiewcy i nadymani narodowcy. I nie ma się czego wstydzić. Gorzej, gdy jej symbolami i historią zaczynamy prowadzić ze sobą niezrozumiałą walkę.

Przypatrzmy się aktorom tego spektaklu. Jest grupa skrajnych radykałów, która ma dość martyrologii i całej towarzyszącej jej narracji. Zdrowy odruch? Być może, ale na nic ta ucieczka. Chory na Polskę był Witold Gombrowicz, który bez Sienkiewiczowskiej „Trylogii”, utrwalającej w polskich duszach ideę ojczyzny, nie napisałby „Ferdynand” poszukującej synchronizacji. Co napędzałoby jego bunt i literacki kunszt, jeśli nie polskość?

Chora na Polskę jest znana wokalistka Maria Peszek, która śpiewa: „Gdyby była wojna, byłabym spokojna. Nie dawałbym ci Polsko ani jednej kropli krwi”. Swoją drogą te słowa nabierają nowych znaczeń, odkąd Krym znalazł się w granicach państwa rosyjskiego, a nasza część Europy z każdym nowym ruchem Władimira Putina traci dawne poczucie bezpieczeństwa. Zostaną jednak przy słowach, które towarzyszyły autorce w chwili narodzin tego tekstu: „Sorry, Polsko, wybacz mi, tylko nie każ mi wybierać, nie każ walczyć, nie każ ginąć, nie chciej Polsko mojej krwi”. Czy nie pojawia się tu delikatny ton zakamufłowanej ekspiacji? Jakby autorka tłumaczyła się z zerwania łączności z losem pradiadów, którym niewesoły program życia napisał XVIII, XIX, XX wiek (utrata niepodległości, przegrane powstania: kościuszkowskie, listopadowe, styczniowe itp.). Raczej należy to odczytać jako zdecydowany głos sprzeciwu wobec przeszłości, głos na rzecz postawy patrzenia w przyszłość, zerwania z historycznie zakodowaną rolą ofiary skazanej na walkę o przetrwanie. OK, mnie się to podoba. Martyrologię mamy w genach. Oto w kontrze świeża, zdrowa postawa, która ma prawo zaistnieć w de-

mokratycznym państwie. Nie widzę powodów do oburzenia. Lubię pokonywanie stereotypów. Nawet Maciej Maleńczuk nie budzi mojego sprzeciwu wobec „Tęczowej swasty” wyśpiewanej w przededniu 11 listopada z intencją pojednania. Aprobuję takie artystyczne prowokacje, purnonsensy. Trochę to śmieszne, ale daje do myślenia. Te dwie, zdawałoby się przeciwstawne, grupy: narodowcy i skandaliści – buntownicy, są chore na Polskę. Co to znaczy? Polska jest dla nich ważna. Moim zdaniem jedni i drudzy są nam potrzebni.

Oddzielną kategorię stanowią politycy, którzy z natury rzeczy z Polską na ustach walczą ze sobą. Oby był to piękny spór! Spór o programy, o drogi prowadzące do rozkwitu Rzeczypospolitej i jej obywateli. Jest inaczej. Czasem można odnieść wrażenie, że tę klasę najmniej obchodzi Polska. To ludzie tak bardzo zajęci samą akcją utrzymywania i zdobywania władzy, że na obywateli i przyszłość kraju nie starcza już uwagi. Dziennikarze też chętniej śledzą wewnętrzne fabuły tej kasty niż konsekwencje zaniechań, porzucanych programów, braku czytelnej strategii, rozmytej odpowiedzialności. Politycy śledzą, co piszą dziennikarze. Na tym polega komunikacja. W efekcie powiększa się w społeczeństwie rzesza „ludzi zbędnych”, młodych, niezagospodarowanych, którzy stają się widoczni w zadymach Marszu Niepodległości. Nie włączają się do „kotylińskiej jedności sytych”. Dlaczego więc zjeżdżają na święto 11 listopada z całej Polski? Dlaczego niektórzy z nich sięgają po kostki brukowe? Skąd ta frustracja? Czy są to tylko elementy kryminogenne, wykorzystywane przez marginalnych, cynicznych polityków, czy ludzie pozbawieni perspektyw? Gdy spojrzeć z góry na te tysiące młodych, trudno nie zauważyć, że to jednak potencjał. Nikt z tzw. mainstreamu z nimi nie rozmawia. Dostali pieczęć: kibole i bandyci. Niektórzy dodają – faszyści. I nagle, w tej atmosferze rozmyślań nad naszą narodową chorobą, wpada mi w oko taka wypowiedź zamieszczona w Internecie:

„Polska potrzebuje zajęcia się problemami spychanych na margines życia jej najsłabszych obywateli. Jeżeli politycy nie zrozumieją tego w porę, to mogą szybko przekonać się, że ci najsłabsi są jednak silniejsi od nich i choć rzadko pokazują swoją siłę, to jej pokaz może przybrać rozmiary apokaliptyczne”. Wszyscy jesteśmy chorzy na Polskę, ale rządzących i opozycję ta przypadłość do czegoś zobowiązuje. ■



FUNDACJA LEKARSKA  
**PRO SENIORE**

Pomóżmy tym, którzy pomagali nam

**KRS nr:0000250527**

przeznacz 1% swojego podatku  
na szczytny cel

nr konta 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

  
604 911 233

  
fundacja.proseniore@gmail.com  
www.proseniore.pl

  
22 542 83 02



# Szampan z Krymu

Paweł Kowal

**Czy** wygnany ukraiński profesor z uniwersytetu w Symferopolu jak sędziwy Żyd powie do swojej żony w tym roku: „za rok na Krymie”? A jeśli tak, to czy dożyje momentu, gdy rzeczywiście będzie mógł do siebie wrócić? Tak czy owak tym razem na ukraińskich stołach nie pojawi się szampan z Krymu, chociaż Ukraińcy mogą tak sobie nazywać napój gwiazd i celebrytów, dopóki Ukraina nie zacznie wprowadzać w życie umowy stowarzyszeniowej z UE. Wtedy Francuzi już dopilnują swoich praw do nazwy. Są takie sylwestry, gdy toast smakuje inaczej niż rok wcześniej. Czasami dlatego, że odszedł ktoś bliski, a czasami dlatego, że zmieniła się nieco mapa. Dla wielu Europejczyków zdarzyło się tylko to drugie, mieszkańcom Kijowa czy Charkowa nieraz zdarzyło się i to pierwsze – według rozmaitych szacunków na froncie w Donbasie oddało życie około 5 tys. osób. Niemało już na Ukrainie ludzi, którzy mają za kim zapłakać.

W takich krajach jak Francja czy Niemcy politycy, dziennikarze i zwykli obywatele naprawdę przez lata myśleli, że

Rosja jest trudna, ale się „modernizuje”. Właśnie to słowo było przez ostatnie prawie trzy dekady (od chwili, gdy w 1985 r. Zachód zobaczył na własne oczy młodego sekretarza Gorbaczowa i jego uroczą żonę Raisę) kluczem do Rosji. Paradygmat modernizacji na tym polegał, że wszyscy byli przekonani, iż Rosja, czerpiąca niewyobrażalne zyski ze sprzedaży ropy i gazu (często zdecydowanie za drogiej), w końcu się zmieni. Miała inwestować w komputery, a kupić broń, miała kształcić dzieci na Syberii i Uralu, a wykształciła nowoczesną armię. Stypendium zafundowane Rosji przez cywilizowany świat poskutkowało aneksjami na oczach zdumionego Zachodu i poczuciem bezsilności. I nie ma dzisiaj Europejczyka ani Amerykanina, który może powiedzieć, że go to wszystko nie obchodzi. Polityka Putina od dawna nie jest już zależna od gestów dobrej woli Zachodu. Szef rosyjskiego państwa poczuł krew i strach, nie widzi powodu, by się zatrzymać, chyba że sam uzna za konieczną zmianę dotychczasowej polityki. Jeśli Zachód nie chce kolejnych hybrydowych wojen w Estonii lub na Bałkanach – mówią o tym ostatnio kanclerz federalna Angela Merkel – musi pokazać, że jest w stanie się zbroić. Musi zacząć odstraszać. Zatem sylwester w Polsce, w Niemczech, nawet na Alasce nie będzie już taki sam jak rok temu.

W okolicach Odessy zostały jeszcze Ukraińcom winnice, ale słyną bardziej z win czerwonych. Bogatsi Ukraińcy i tak zainwestują w wina francuskie, nieliczna średnia klasa kupi w kijowskich supermarketach wina z Nowego Świata, ostatnio modne jest Chile. Ale gdyby ktoś, powiedzmy za rok, zapragnął pocziwego *cuvée* spod Odessy? Oby je za rok kupił. ■

150. ROCZNICA POWSTANIA STYCZNIOWEGO (1863-1864)

## Opieka lekarska w czasie powstania styczniowego

**Powstanie styczniowe istnieje w naszej świadomości mocno, choć od tamtych wydarzeń upłynęło 150 lat. Wiele napisano o rozstrzygnięciach politycznych i militarnych, mniej o systemie opieki medycznej.**

Rząd Narodowy zorganizował pomoc lekarską dla wojsk powstańczych w formie sieci skromnych „szpitalików” w głębi lasów, wyposażonych w narzędzia chirurgiczne i lekarstwa. W wyznaczonych wsiach i miasteczkach były ukryte sakwojaże z narzędziami chirurgicznymi. Gdy do ranne- go powstańca przyjeżdżał lekarz, narzędzia przynoszono



z ukrycia i sterylizowano przez gotowanie w wodzie na domowej kuchni. Z reguły nie było eteru ani chloroformu, więc ból uśmierzano opium. W tej sytuacji zabiegi – najczęściej amputacje kończyn – musiały być wykonywane bardzo szybko, a lekarze operujący często mówili *contra spem spero*, czyli „mam nadzieję wbrew nadziei”. Tak operowano kończynę dolną malarzowi Adamowi Chmielowskiemu, obecnemu świętemu bratu Albertowi, opiekunowi bezdomnych i twórcy przytulisk krakowskich, a także rannemu w powstaniu Ludomirowi Benedyktowiczowi, artyście malarzowi, któremu amputowano lewe ramię w łokciu i prawą dłoń (malował później pędzlem umieszczonym w metalowej obejmie na przedramieniu).

Rannych po zabiegach przenoszono do domów sympatyzy- jących z powstańcami, a także bardzo często do wikarówek przy plebaniach. W celu dalszego leczenia przewożono ich nocami do „szpitalików” w lasach, gdzie byli w miarę bezpieczni.

Wśród lekarzy ofiarujących pomoc medyczną powstańcom byli także profesorowie medycyny i ich asystenci, licznie włączali się w nią felczerzy.

Komisji lekarskiej przy Wydziale Wojny Rządu Narodowego przewodniczył prof. Polikarp Girsztowt (1827–1877), pracownik Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie.

Wielu medyków było prześladowanych i więzionych oraz zsyłanych na syberyjską katorgę za ratowanie życia powstańcom. Pamiętajmy o bohaterstwie naszych Kolegów. ■

Piotr Edward Gołębski



## Nowa karetka dla najmłodszych pacjentów

**Szpital Dziecięcy im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie wzbogacił się o nową karetkę transportową.**

Samorząd Województwa Mazowieckiego podaje, że placówka zapewnia pomoc, diagnostykę i leczenie specjalistyczne dzieciom do 18. roku życia. W 2013 r. w lecznicy uruchomiono nowy obiekt z oddziałem intensywnej terapii i szpitalnym oddziałem ratunkowym. Inwestycja o wartości ponad 71 mln zł w całości została sfinansowana ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. – *Każdy zakup wyposażenia dla naszych szpitali cieszy. Nowa karetka oznacza większe bezpieczeństwo małych pacjentów. To znakomicie wyposażony i przystosowany do przewozu dzieci pojazd* – podkreśliła Elżbieta Lanc. Zakup pojazdu o wartości ponad 260 tys. zł został dofinansowany z budżetów województwa i państwa.

## Ząbki: coraz bliżej budowy szpitala psychiatrycznego

**Władze województwa podpisały z Bankiem Polska Kasa Opieki S.A. oraz Spółką „Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica” Sp. z o.o. umowę wsparcia. Pozwoli ona na rozpoczęcie budowy nowych budynków szpitala psychiatrycznego w Ząbkach.**

Samorząd Województwa Mazowieckiego podaje, że w roku 2017 pacjenci przeniosą się z XIX-wiecznych pawilonów do nowoczesnego i bezpiecznego szpitala. Wartość kosztorysowa inwestycji wynosi około 177 mln zł. Środki będą pochodzić z emisji obligacji. Szpital „Drewnica” od lat potrzebuje nowej siedziby. Obecnie funkcjonuje w kilkunastu budynkach, których historia sięga nawet 1885 r. Placówka leczy chorych w zakresie opieki psychiatrycznej i uzależnień na siedmiu oddziałach. Łącznie może być w niej hospitalizowanych 299 pacjentów. Budynki szpitalne są w bardzo złym stanie technicznym. Jedynym rozwiązaniem, co podkreśla samorząd wojewódzki, w takiej sytuacji jest budowa nowego obiektu, o czym 19 maja br. zdecydowali radni województwa. Projektowany szpital usytuowany będzie w pełnej zieleni okolicy. Gwiazdzisty kształt budynku zapewni sprawną komunikację wewnętrzną i podniesie bezpieczeństwo pacjentów. Każdy segment tworzyć będzie oddzielną bryłę o zróżnicowanym charakterze, określonym przez program funkcjonalno-przestrzenny. Segmenty zostaną połączone wielofunkcyjną strefą, urządzone tak, by przypominała duży ogród zimowy. Znajdą się tu m.in. kawiarnia, czytelnia, kaplica oraz sale terapii zajęciowych. Wszystkie pomieszczenia, w których łącznie będzie około 300 łóżek, zostaną wyposażone w klimatyzację i wentylację. Zainstalowany w budynku wewnętrzny monitoring podniesie bezpieczeństwo pacjentów. W nowej placówce znajdą się nowoczesne sale do fizykoterapii oraz innych zajęć terapeutycznych, a także część konferencyjna, umożliwiającą organizację w Drewnicy szkoleń i sympozjów naukowych. Nowe warunki zapewnią rozszerzenie działalności poradni przy szpitalnych. Pacjenci będą mogli liczyć na pomoc także lekarzy innych specjalizacji, m.in. neurologów, chirurgów, ginekologów, geriatrów, stomatologów. Szpital otoczony będzie dużym ogrodem, w którym znajdą się alejki spacerowe i altanki.

## Uroczystość w Ostrowi Mazowieckiej

**Blokowi operacyjnemu Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej nadano imię Witolda Arendarczyka, chirurga, byłego dyrektora szpitala, który przyczynił się do powstania obecnej placówki.**

Witold Arendarczyk rozpoczął pracę jako dyrektor ostrowskiego szpitala w 1953 r. W tamtym czasie placówka mieściła się w starych, drewnianych budynkach przy ul. Różańskiej. Fatalne warunki, z jakimi mierzyli się lekarze i pacjenci, zmusiły dr. Arendarczyka do podjęcia zdecydowanych działań. W 1963 r. otwarto nowy szpital. Uroczystość była także okazją do wręczenia placówce certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008.

## Nowy SOR w Ciechanowie

**W Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie otwarto nowy Szpitalny Oddział Ratunkowy.**

Całkowita wartość projektu wyniosła 9 045 434,94 zł, w tym środki unijne to 7 480 000 zł. Województwo wyasygnowało 1 556 444,26 zł, a szpital ze środków własnych – 8990,68 zł. Inwestycję „Rozbudowa, modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” zrealizowano w ramach Priorytetu XII – „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”, Działania 12.1 – „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko 2007–2013”. W ramach inwestycji został dobudowany dwukondygnacyjny trakt o szerokości 6,75 m w wewnętrznym dziedzińcu, przylegającym do istniejących pomieszczeń budynku dla potrzeb części zabiegowej SOR. Istniejące na zewnątrz elementy (podjazd kryty, dojścia piesze) pozostały bez zmian. Łącznie dobudowano i zmodernizowano 878,8 mkw.: 439,40 mkw. – część konsultacyjna i przyjęć oraz 439,40 mkw. – część zabiegowa.

## W Grodzisku Mazowieckim walczą z bólem

**W październiku 2014 r. w Szpitalu w Grodzisku Mazowieckim wykonano pierwszy w Polsce zabieg neurostymulacji epiduralnej rdzenia i nerwów rdzeniowych za pomocą wielofunkcyjnej elektrody PASHA, bez jej implantacji na stałe.**

Gościnnie w zabiegu uczestniczył neurochirurg ze Szpitala Klinicznego w Düsseldorfie. Placówka informuje, że procedura polegała na pojedynczym nakłuciu na skórze pleców. Została wykonana w znieczuleniu miejscowym i nie wymagała wszczepienia elektrody na stałe. Mechanizm przeciwbólowego działania metody wynika z wyciszenia nadaktywnego, patologicznego przewodzenia bólu w rdzeniu kręgowym, najczęściej w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Pacjenci poddani leczeniu uzyskali znaczną redukcję bólu i byli bardzo zadowoleni z efektów tej metody. Czas do pełnego uzyskania efektu przeciwbólowego wynosi około dwóch tygodni. ■

pk

# Kolejny trudny rok

Wszystkie radomskie szpitale podpisały już umowy z NFZ na pierwsze półrocze 2015. Jednak wciąż nie znają wysokości kontraktów. Najprawdopodobniej pieniędzy znów będzie za mało, co pogłębi fatalną sytuację finansową placówek.

W poprzednim numerze „Pulsu” informowaliśmy, że Radomski Szpital Specjalistyczny był zmuszony zaciągnąć kredyt w wysokości 20 mln zł, niezbędny do prowadzenia bieżącej działalności i wypłaty pracownikom zaległych wynagrodzeń. Sytuacji finansowej RSS nie poprawiło przekroczenie kontraktu z NFZ. Kierownictwo placówki szacowało, że kwota tzw. nadwykonań sięgnie na koniec 2014 r. 2 mln zł. Dlatego konieczne okazało się przesuwanie na następny okres rozliczeniowy zabiegów planowych na niektórych oddziałach (głównie neurochirurgii, chirurgii ogólnej i ortopedii).

W 2015 r. radomski szpital ma otrzymać od funduszu nieco więcej pieniędzy, ale będą przeznaczone m.in. na realizację szybkiej ścieżki onkologicznej. To zadanie dość kosztowne, dlatego wiele wskazuje, że przed RSS kolejne trudne miesiące.

Umowę z NFZ podpisał też Mazowiecki Szpital Specjalistyczny, który od roku funkcjonuje jako spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, co miało poprawić zarządzanie radomską placówką, a także jej sytuację finansową.



Fotografie: R. Natorski

Czy tak się stało? Po trzech kwartałach 2014 r. nadwykonania MSS przekroczyły 10 mln zł. To konsekwencja przede wszystkim obniżenia oddziałów neurochirurgii, neurologii, pulmonologii i chirurgii dziecięcej. Jeśli dodać koszty nieuregulowanych przez NFZ świadczeń z ubiegłych lat, okaże się, że „dziura” w budżecie placówki sięga 36 mln zł. Szpital wciąż liczy na porozumienie z funduszem i odzyskanie pieniędzy za nadwykonania. Równolegle toczą się postępowania sądowe w tej sprawie.

Kontrakt na poziomie zbliżonym do tego z 2014 r. NFZ zaproponował szpitalowi psychiatrycznemu w Krychnowicach, który większość limitów wyczerpał już w październiku, zwłaszcza na oddziałach psychosomatycznym i rehabilitacji neurologicznej. Negocjacje trwają. Wartość kontraktu powinna wzrosnąć o 20–30 proc., co wydaje się nierealne.

Mimo problemów finansowych, radomskie szpitale nie rezygnują z inwestowania w sprzęt i remonty obiektów. RSS zaoszczędził ponad 110 tys. zł na remoncie dachu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i izby przyjęć. Pieniądze przeznaczono na wprowadzenie systemu informatycznego, a także zakup sprzętu medycznego. Placówka otrzymała również dofinansowanie w ramach narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych – 3,3 mln zł na zakup tomografu. Natomiast Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013–2016 POLKARD” przekazało RSS 155 tys. zł na nowy aparat USG. W najbliższych planach jest także zakup angiografu.

W szpitalu psychiatrycznym największą inwestycją jest termomodernizacja Oddziału Somatycznego, która ma się zakończyć w 2015 r. Jej koszt wynosi 2,4 mln zł, a pieniądze udało się pozyskać z Funduszu Norweskiego. ■

Rafał Natorski

## Konflikt w szpitalu na Józefowie

**Zewnętrzna firma wykonująca usługi radiologiczne zastąpiła etatowych radiologów w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. To konsekwencje ich konfliktu z kierownictwem placówki.**

Radiolodzy z MSS nie godzili się na zwiększenie czasu pracy w ramach etatu – zamiast 5 godzin dziennie mieli być dyspozycyjni przez 7 godzin i 35 minut. Nie przekonali ich argumenty dyrekcji szpitala, że wprowadzenie zmian narzucają nowe przepisy ustawy o działalności leczniczej. Lekarze chcieli pracować na dotychczasowych zasadach lub otrzymać podwyżkę. Do porozumienia nie doszło i dziewięciu z dwunastu radiologów złożyło wypowiedzenie.

Szpital ogłosił konkurs na świadczenie całodobowych usług radiologicznych w ramach kontraktu z NFZ. Zgłosiła się tylko jedna firma, z Warszawy, z którą lecznica podpisała umowę na trzy lata. Przez ten okres placówka ma zaoszczędzić blisko milion złotych, o tyle bowiem koszty działalności firmy zewnętrznej będą tańsze niż etaty lekarzy.

Według nowych zasad sześciu radiologów dyżuruje w godz. 8–15, dwóch w godz. 15–18 i jeden między godz. 18 a 8. Ich obecność jest obowiązkowa przy wykonywaniu tomografii, rezonansu magnetycznego i USG.

Rozwiązanie budzi jednak kontrowersje. Zdaniem wielu specjalistów jeden radiolog na nocnym dyżurze, szczególnie w tak dużym szpitalu jak MSS, to zdecydowanie za mało. Czy obawy były uzasadnione, okaże się niebawem... ■

raf



## Medal Senatu RP

„Dobro Rzeczypospolitej najwyższym prawem” – prof. Henryk Skarżyński otrzymał Medal Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z rąk marszałka Bogdana Borusewicza.



Fot. archiwum

Przekazując medal, marszałek Senatu powiedział, że to wyróżnienie jest wyrazem najwyższego uznania za wkład prof. Skarżyńskiego w rozwój polskiej medycyny. Dodął, że dzięki wieloletnim działaniom profesora nasz kraj znajduje się w światowej czołówce państw realizujących badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym.

Podczas uroczystości prof. Henryk Skarżyński przypomniał, że Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach to jedyna taka placówka na świecie. Jej historia zaczęła się 20 lat temu, kiedy powołano pierwszy w Polsce (a drugi w Europie) Ośrodek Diagnostyczno-Lecznico-Rehabilitacyjny dla Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Cochlear Center”. Na jego bazie w 1996 r. powstał Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, a w 2003 – wybudowane w Kajetanach pod Warszawą – Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy. W roku 2012 rozbudowano je i utworzono Światowe Centrum Słuchu.

Medal ustanowiony z okazji 500-lecia istnienia Senatu w Polsce przyznawany jest wyjątkowym Polakom za szczególne osiągnięcia na rzecz kraju. **rk**

## Wirus paniki?

Fundacja 2065 im. Lesława A. Pagi zorganizowała debatę ekspertów poświęconą zagadnieniom organizacyjnym i ekonomicznym związanym z groźbą epidemii gorączki krwotocznej Ebola. W debacie wzięli udział m.in. Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie.

Eksperti podkreślali, że w naszej części Europy nie należy się spodziewać dużej liczby przypadków zakażenia wirusem Ebola, ale konieczne jest zachowanie ostrożności. Centralizacja działań i przestrzeganie wszystkich procedur daje gwarancję panowania nad ewentualnym rozprzestrzenieniem się choroby, jeśli pojawiłby się jej przypadek. Nigdy jednak nie można powiedzieć, że procedura jest skończona i doskonała, zawsze można coś ulepszyć. Pomocny w tym jest system zarządzania jakością. Podkreślano, że nadal potrzebne są szkolenia lekarzy i pielęgniarek, choć zakaźnicy są do ewentualnej epidemii przygotowani. **mkr**

## Medycyna i literatura

I Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Kolegium *Artes Liberales* Uniwersytetu Warszawskiego zorganizowały 13–14 listopada 2014 r. wspólną sesję naukową: „Literatura piękna i medycyna”. Sesja poświęcona była szeroko rozumianym refleksjom nad związkami środowisk tylko na pozór odległych – lekarzy i humanistów.

Literaci chętnie sięgają po tematykę medyczną. Lekarze zaś nierzadko chwytają za pióro. Piszą nie tylko pamiętniki, ale i powieści oraz eseje, nie wspominając o literaturze pozabeletrystycznej: podręcznikach, dysertacjach, artykułach.

– Nie wszyscy używają tak pięknej polszczyzny jak prof. Bochenek, który pisał: „Gruczoł krokowy ma kształt już to cytryny, już to orzecha” – powiedział prof. Mirosław Wielgoś, dziekan I Wydziału Lekarskiego. – *Staramy się jednak pisać poprawną polszczyzną.*

Prof. Marek Kulus przypomniał, że również tegoroczny wykład inauguracyjny na WUM poświęcony był związkowi medycyny z literaturą, a także z muzyką. Lekarzom i studentom pochłoniętym codziennością potrzebna jest chwila refleksji, szersze spojrzenie na otaczający świat i zachodzące w nim procesy.

Prof. Alina Nowicka-Jeżowa, przedstawicielka Polskiej Akademii Nauk, która objęła patronat nad konferencją, powiedziała, że idea spotkania dwóch środowisk odwołuje się do dobrych czasów, w których *universitas* znaczył powszechność. Oba środowiska mają wspólny obiekt zainteresowań – człowieka, sprawy ludzkie. Konieczna jest obustronna wymiana wiedzy, doświadczeń. Najwybitniejsi polscy lekarze byli humanistami, na przykład prof. Antoni Kępiński.

Podczas kilku sesji naukowcy z wielu uczelni w kraju przedstawiali zagadnienia różnorodne, choć zawsze związane z medycyną, od literatury starożytnej po najnowszą, polską i obcą. Były to referaty poświęcone poszczególnym pisarzom bądź problemom medycznym w różnych dziełach. Na przykład prof. Hanna Serkowska (UW) omówiła w swym wykładzie powieści, których tematem jest zmaganie się z chorobą Alzheimera.

W kilku wystąpieniach zaprezentowano dorobek pisarzy, którzy byli lekarzami, m.in. Michaiła Bułhakowa, a także prof. Andrzeja Szczeklika, który nie przestając leczyć, zajął się literaturą. **mkr**

## Szczepimy przeciw pneumokokom

Zainicjowano społeczną kampanię edukacyjną „Pneumokokom mówimy: szczepimy!”, której organizatorem jest Fundacja Aby żyć.

Wyniki badań opinii publicznej potwierdzają naszą nikłą wiedzę o zagrożeniach związanych z pneumokokami i możliwościach profilaktyki. 70 proc. Polaków ma błędne informacje na ten temat albo nie wie nic. Tylko 16 proc. zdaje sobie sprawę, że bakterie te mogą być przyczyną zapalenia płuc lub sepsy.

Do chorób inwazyjnych wywoływanych przez pneumokoki należą m.in.: zapalenie płuc z bakteriami, posocznica i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Najczęściej chorują dzieci do piątego roku życia, ale najwięcej powikłań i ciężkich zakażeń występuje w pierwszych dwóch latach życia. Zdaniem ekspertów jedyną i skuteczną formą zapobiegania jest stosowanie szczepień ochronnych. W Polsce dostępne są dwie szczepionki koniugowane (10- i 13-walentna), których bezpieczeństwo skontrolowano w badaniach klinicznych.

Akcja edukacyjna jest tym bardziej potrzebna, że obserwuje się rosnącą niechęć i nieufność wobec wszelkich szczepień ochronnych. **mkr**

## „Nie jest jeszcze za późno”

**Od 2002 r. obchodzony jest Światowy Dzień Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP), która nieodwracalnie uszkadza płuca. Stanowi trzecią przyczynę zgonów na świecie, a w Polsce – czwartą.**

Wciąż jeszcze jest stosunkowo mało znana i późno diagnozowana. W Polsce liczbę chorych na POChP szacuje się na 2 mln osób, z czego 80 proc. może ją mieć nierozpoznaną. Chorzy zgłaszają się do lekarza w stadium zaawansowanym, gdyż objawy: przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny i duszność wysiłkową bagatelizują. Większość przypadków jest konsekwencją wieloletniego palenia tytoniu.

Wczesne rozpoznanie to warunek szybkiego podjęcia terapii, która może spowolnić rozwój schorzenia, zapobiec zaostrzeniom i poprawić jakość życia. Podstawową rolę w diagnostyce odgrywa badanie spirometryczne. Każda osoba mająca objawy typowe dla POChP lub narażona w przeszłości na czynniki ryzyka powinna mieć wykonaną spirometrię.

Ważnym problemem jest nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych. Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP podkreśla rolę lekarza – zarówno w doborze odpowiedniego inhalatora, jak i przeszkoleniu chorego w zakresie korzystania z leku.

Tegoroczny Dzień POChP obchodzony był pod hasłem „Nie jest jeszcze za późno”. **mkr**

## Światowy Dzień Osteoporozy

**19. Światowym Dniem Osteoporozy zainicjowano całoroczną kampanię poświęconą zwiększaniu wiedzy o profilaktyce, diagnostyce i leczeniu osteoporozy oraz innych chorób metabolicznych kości.**

Organizowany przez Międzynarodową Fundację Osteoporozy (IOF) Dzień Osteoporozy obejmuje akcje krajowych stowarzyszeń pacjentów z całego świata. Tematem przewodnim tegorocznej edycji była „Osteoporoza u mężczyzn”, a organizatorzy starali się obalić kilka mitów dotyczących choroby.

Pierwszy mit: osteoporoza jest chorobą kobiet. Wbrew obiegowej opinii to nieprawda. Z powodu tego błędnego rozumowania miliony mężczyzn nie zdają sobie sprawy z grożącemu im ryzyku wyniszczających złamań. Prawdopodobieństwo złamania kości u mężczyzn z powodu osteoporozy jest większe niż zachorowania na raka prostaty.

Drugi mit: osteoporoza jest naturalną konsekwencją starzenia się. Nie! Złamanie następujące po niegroźnym upadku nie jest normalne w żadnym wieku.

Trzeci mit: osteoporoza nie jest chorobą wymagającą podjęcia pilnego działania. Nie! Zmieniająca się struktura wiekowa populacji sprawia, że gwałtownie rośnie grupa osób po 60. roku życia, czyli najbardziej narażonych na zachorowanie.

Czwarty mit: osteoporozy nie można zdiagnozować ani leczyć. Nie! Istnieje wiele szybkich testów, mających na celu określenie ryzyka zachorowania, i dokładnych testów stosowanych przez lekarzy. W potrzebie wdraża się efektywne leczenie.

Piąty mit: osteoporoza w minimalnym stopniu oddziałuje na mężczyzn i ich najbliższą rodzinę. Nieprawda. Złamania występujące w wieku 50–65 lat powodują znaczny spadek produktywności mężczyzn.

Dla polskich pacjentów pojawiła się dobra wiadomość. Nowa lista leków refundowanych, obowiązująca od 1.09.2014 r., rozszerza dotychczasowe wskazania stosowania dla leku zawierającego denosunab (pierwsze ludzkie przeciwciało monoklonalne stosowane w leczeniu osteoporozy). Daje to szansę na poprawę standardu leczenia osteoporozy. **mkr**

## Walka o oddech



**Jednym z głównych problemów chorych na mukowiscydozę w Polsce, które mają znamienity wpływ na skrócenie czasu ich przeżycia, jest brak spójnego, dobrze zorganizowanego i odpowiednio finansowanego systemu leczenia. Średnia życia w naszym kraju tych chorych wynosi 22 lata, a dla przykładu w Wielkiej Brytanii – 45 lat. Najbardziej potrzebny jest zatem u nas nowoczesny ośrodek leczenia mukowiscydozy oraz dostęp do wielu leków i sprzętu rehabilitacyjnego.**

Jedyna placówka tego typu, zajmująca się 1400 pacjentami (dorosłymi i dziećmi), istnieje w Rabce Zdroju, na tamtejszym oddziale Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, najstarsza i największa organizacja działająca na rzecz osób z tą chorobą, dąży do stworzenia drugiego ośrodka, w centralnej Polsce. Zbiera na ten cel fundusze.

Justyna Kowalczyk, mistrzyni olimpijska w biegach narciarskich, od 2011 r. wspiera chorych na mukowiscydozę, odwiedzając chore dzieci w Rabce oraz ofiarowując swoje trofea na potrzeby TWzM. Dzięki jej darowiznom towarzystwo doposażało swoją wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego oraz zakupiło wyposażenie dla otwartego w 2013 r. nowego oddziału Kliniki Pneumonologii w Rabce. Ostatnio Justyna Kowalczyk zainicjowała internetową aukcję charytatywną, na którą przekazała sztabkę złota otrzymaną w nagrodę za zdobycie medalu olimpijskiego w Soczi. **mkr**



# 35 lat po dyplomie.

Spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, rocznik 1979



Fotografie: K. Zieniewicz

**Po** raz czwarty odbyło się spotkanie absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie z rocznika 1979, tym razem po 35 latach od absolutorium. Zorganizowano je 15 listopada 2014 r. w hotelu Radisson Blu Sobieski w Warszawie. Wzięło w nim udział 150 koleżanek i kolegów z kraju i z zagranicy. Cieszy to tym bardziej, że liczba uczestników poprzednich spotkań – po 30 latach w 2009 r. w Klubie Galop w Zielonce, po 25 latach w 2004 r. w hotelu Boss w Warszawie oraz po 20 latach w 1999 r. w Hotelu Polonii w Pułtusku – była tylko nieco większa.

Uczestników spotkania, jak zazwyczaj, w kilku słowach powitał przewodniczący roku prof. Krzysztof Zieniewicz. Wyraził przede wszystkim niekłamną radość z możliwości wspólnego spędzenia wieczoru z tak licznie zebrany gronem koleżanek i kolegów z roku. Podziękował wszystkim za przybycie, zwłaszcza tym, którzy pokonali wiele setek kilometrów. Wyraził również głębokie przekonanie, że nikt nie wykorzystywał w tym celu słynnych ostatnio kilometrów.

Impreza miała charakter towarzysko-biesiadny. Przy dobrym jedzeniu, ciekawych rozmowach i miłej muzyce czas wszystkim upływał szybko. Część koleżanek i kolegów ma możliwość spotkania się częściej w mniejszym lub większym gronie, zarówno na forum prywatnym, jak i zawodowym. Niektórzy koledzy uczestniczyli w spotkaniu absolwentów po raz pierwszy, tym bardziej byli mile widziani i tym ciekawsze były rozmowy.

Zabawa trwała do białego rana i wiele osób, żegnając się, wyrażało chęć spotkania się za pięć lat. Oby tak się stało i byśmy spotkali się w nie mniejszym gronie.

**Joanna Pawłowska**

Komitet Organizacyjny: Joanna Pawłowska, Krzysztof Zieniewicz, Grażyna i Jacek Naorniakowscy, Agnieszka i Marek Migdalcowie, Małgorzata Walewska-Wolf, Piotr Małkowski

## Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku, rocznik 1990

Z okazji 25-lecia uzyskania dyplomu zapraszamy na zjazd, który odbędzie się na Zamku Gniew 13–14.06.2015.

Zgłoszenia i szczegółowe informacje u organizatorek:

Joanna Dombrowska-Kołodziejczyk, tel.: 600-129-685, e-mail: asia\_dombrowska@wp.pl

Elwira Stasiuk, tel.: 607-620-142, e-mail: elvic@wp.pl oraz na stronie: www.zamek.gniew.pl

Spółka Medyk w Skierniewicach bardzo **pilnie zatrudni** lekarza dentystę specjalistę oraz lekarza rodzinnego.  
Tel.: 501-153-077.

**Wynajmę lokale** (14, 37, 120 mkw.) na gabinety lekarskie, przychodnię lub inną działalność zdrowotną w Pałacu Międzylesie w Warszawie, przy ul. Żegańskiej 21/23. Na miejscu jest już laboratorium, dietetyk, psycholog, stomatolog, restauracja, sklep ze zdrową żywnością, sala konferencyjna.  
Duży parking, doskonały dojazd. Kontakt: Dariusz Puławski, tel. 602-313-326.

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

Zespół gabinetów specjalistycznych Evi Medi Spa w Warszawie **zaprasza do współpracy** dermatologa.  
Proponujemy stałe wynagrodzenie za godzinę i prowizję od wykonanych zabiegów. Oferujemy również wynajem na dogodnych warunkach w pełni wyposażonego gabinetu ginekologicznego.  
Zainteresowane osoby prosimy o kontakt pod adresem: jstawicki@supermedia.pl lub tel.: 608-533-035.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, **pilnie zatrudni** na stanowisku lekarza konsultanta ZUS (umowa o dzieło) lekarza posiadającego II stopień specjalizacji, w szczególności w zakresie: urologii, ortopedii, laryngologii, okulistyki, reumatologii, onkologii, neurologii, chirurgii naczyniowej. Tel.: 22-714-21-37.

Złożenie kwiatów pod pamiątkowym obeliskiem przed gmachem rektoratu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, krótka sesja przypominająca historię nauczania medycyny w Warszawie i wspomnienia absolwentów wojennej tajnej szkoły doc. Zaorskiego – tak wyglądały obchody jubileuszu 205 lat akademickiego nauczania medycyny w stolicy połączonego z jubileuszem 70-lecia reaktywowania Wydziału Lekarskiego WUM.

Uroczystości, które odbyły się 14 listopada 2014 r., miały miejsce w kierowanym przez prof. Edwarda Towpika Muzeum Historii Medycyny WUM.

14 listopada to data święta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Rektor WUM prof. Marek Krawczyk stwierdził, że listopad w historii uczelni jest miesiącem szczęśliwym, ponieważ na przestrzeni wielu lat to właśnie w tym miesiącu miały miejsce najważniejsze wydarzenia.

Podczas uroczystości najwięcej uwagi poświęcono historii uczenia medycyny w Warszawie w czasie okupacji i tuż po wojnie. – *Pamięć o tych czasach powinna zostać na zawsze z nami* – podkreślił prof. Marek Krawczyk.

Przypomniał, że tajne akademickie nauczanie medycyny w Warszawie było fenomenem na skalę europejską, a determinacja nauczycieli akademickich tuż po wojnie oraz entuzjazm studentów, by Wydział Lekarski reaktywować zaraz po wojnie, niezwykle.

4 marca 1941 r. otwarta została w Warszawie tajna szkoła doc. Jana Zaorskiego, która oficjalnie nosiła nazwę Prywatnej Szkoły Zawodowej dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego Jana Zaorskiego. Nie było to jedyne miejsce nauczania medycyny w Warszawie. W październiku i listopadzie 1939 r. Ludwik Paszkiewicz i Witold Orłowski rozpoczęli jej nauczanie na tajnych kompletach. Działał też Tajny Uniwersytet Ziemi Zachodnich. Bazę kliniczną dla tych ośrodków stanowiły warszawskie szpitale.

– *Muszę opowiedzieć o naszych profesorach: ich praca była nadludzkim wysiłkiem. Zdarzały się różne, trudne sytuacje wynikające z okoliczności okupacji. Nazywaliśmy nasz sposób studiowania „angielskim”, bo zajęcia często łączono z egzaminem. Kolejność zdawania poszczególnych partii materiału mogła być różna, na przykład zdawało się egzamin z zajęć teoretycznych już po zaliczeniu części klinicznej* – wspominał absolwent szkoły Zaorskiego prof. Zbigniew Szreniawski.

Przypomniano też dzieje powojenne. Prof. Edward Towpik opowiedział o próbach reaktywacji nauczania medycyny już pod koniec 1944 r., początkowo wbrew intencjom ówczesnych władz polskich. Studenci mogli się uczyć w budynku Szpitala Przemienienia Pańskiego przy ul. Boremlowskiej na warszawskiej Pradze. Absolwenci Szkoły Boremlowskiej ciepło wspominali siostrę Różę, która karmiła marmoladą nowo przybyłych, wyniszczonych wojenną tułaczka studentów.

– *Entuzjazm do nauki był olbrzymi. Zawsze też będę wspominał wzajemną serdeczność i życzliwość studentów, nasz zapęt do społecznej pracy. Życzylbym sobie, żeby dzisiejsza młodzież miała tyle entuzjazmu, ile my mieliśmy* – powiedział absolwent Szkoły Boremlowskiej dr Mieczysław Buczkowski.

# Historia akademickiego nauczania medycyny w Warszawie liczy 205 lat



Fot. R. Sitowski

Dziś Warszawski Uniwersytet Medyczny to wiodąca i stale rozwijająca się placówka akademicka. Była rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. Katarzyna Chałasińska-Macukow podkreśliła podczas uroczystości, że obie uczelnie: WUM i UW, mają nie tylko wiele wspólnych wspomnień, ale też wspólną teraźniejszość i przyszłość w postaci międzyuczelnianych przedsięwzięć. Jednym z nich jest Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii – największe przedsięwzięcie biomedyczne i biotechnologiczne w Europie Środkowo-Wschodniej. Tworzy je konsorcjum: WUM, UW, Politechnika Warszawska oraz siedem instytutów Polskiej Akademii Nauk. ■

jw





## Sepsa, Ebola i ebola

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Ostatnio przeżyłem epidemię pytań o „ebolę”, o to, czy wyraz ten piszemy wielką, czy małą literą i dlaczego, i czy wyraz „ebola” mówi o chorobie, czy o wirusie. Rzecz mocna, bo banię rozbiły środki masowego przekazu, a te, jak już do czegoś się wezmą, to ze szczętem.

Pamiętajmy jednak, że media sądzą na przykład, iż sepsa to choroba. Pod ich wpływem nawet niektórzy medycy zapomnieli, że jest to ‘typ przebiegu choroby’, a nie choroba sama, i że istnieje piękna polska jej nazwa: *posocznica*. O *posocznice* (zamiast sepsy) słusznie upomina się prof. Jacek Juszczyk, ongiś długoletni specjalista krajowy chorób zakaźnych. Swego czasu na oczach milionów telewizorów lekarze edukowali dziennikarzy i usiłowali wytłumaczyć, że posocznica (sepsa) nie można się zarazić, ale że choroby mogą przyjąć jej postać. Nie pomagało. Po takich wykładach szanowni redaktorzy (telewizyjni) i tak pytali: „Jeżeli – jak mówi pan profesor – sepsą nie można się zarazić, to w jaki sposób zarazili się sepsą ci, którzy mieli z nią kontakt?”.

Słowo *sepsa* pochodzi od greckiej nazwy opisanego przez Pliniusza Starszego gatunku jadowitego węża *seps, sepis*. Stąd wywodzi się używany w medycynie wyraz *septicus, -us, -a, -um*, pierwotnie ‘gnilny, żrący, zjadliwy, gryzący’, później według Pliniusza ‘przyspieszający gojenie przez niszczenie obumierających tkanek’. Dzisiaj *septyczny* to ‘wywołujący zakażenie’, ‘wywołany przez zakażenie’ lub ‘mający związek z zakażeniem’ (np. oddział septyczny), a jego antonimem jest *antyseptyczny*.

Goniące za sensacją media wsparły eksponowanie chorób: *wściekłych krów, Creutzfeldta i Jakoba, gryp ptasiej, świńskiej*. Wyglądało to tak, jak zawsze wtedy, gdy chodzi o wielkie pieniądze. Nic nie zmusza państw do przyznawania wielkich grantów równie skutecznie jak akcyjnie rozdmuchiwany rozgłos. Tamte sprawy szybko poszły w niepamięć, już krów, łabędzi, świń i kurcząt tak łatwo się nie zabija, ale teraz ma nas bulwersować *ebola* lub *Ebola*. Lepiej nie patrzeć na telewizor, bo można się zarazić.

Słowniki dopuszczają oboczność pisowni (wielką lub małą literą) i nazywanie tym mianem zarówno wirusa, jak i choroby, ale nie są to leksykony medyczne. Naukowe podstawy są następujące. *Ebola* to nazwa rzeki w Zairze (później w Kongu-Léopoldville, Kongu-Kinszasie, a oficjalnie Demokratycznej Republice Konga), nad którą stwierdzono pierwsze potwierdzone wirusologicznie przypadki śmiertelnego zakażenia *wirusem Ebola* (ang. *Ebola virus*), nazwane *gorączką krwotoczną Ebola* (*Ebola* pozostaje tu nazwą własną), i mimo że nie wszystko jeszcze o tej chorobie wiemy (znacznie więcej o wirusie), obie nazwy już utrwaliły się w piśmiennictwie lekarskim jako terminy obowiązujące.

Rzecz jasna w żargonie pokoju lekarskiego wirus i chorobę można sobie nazywać dowolnie, choćby *ebolą* („podobno na lotnisko przeleciała jakaś ebola”), ale dobrze jest mieć świadomość, że to język potoczny i medialny, by nie rzec – multimedialny. ■

http://www.lpj.pl



## Opieka paliatywna

Polska medycyna żyje pakietem onkologicznym. Mnożą się wątpliwości, zastrzeżenia, protesty. W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, wychodzącym naprzeciw tym trendom, zrodziła się inicjatywa likwidacji od nowego roku niewielkiego oddziału opieki paliatywnej.

W świetle tendencji demograficznych, a także haseł polityki „senioralnej”, wygląda to niezbyt przekonująco, ale po analizie kosztów opieki paliatywnej aprobata

NFZ dla decyzji szpitala wydaje się gwarantowana. W placówce bowiem obliczono, że koszty utrzymania jednego pacjenta przez dobę wynoszą około 400 zł, tymczasem NFZ od 2008 r. konsekwentnie oferuje jej 210 zł. Kalkulację Szpitala Uniwersyteckiego uznał za wiarygodną także Szpital Wojskowy w Krakowie, który natychmiast poinformował, że planuje pójść tym śladem. Więcej oddziałów opieki paliatywnej w Krakowie nie ma, a w całej Małopolsce działało ich dziewięć, teraz będzie siedem. Nieco bulwersujący wydaje się fakt, że w całym procesie dydaktycznym krakowsy studenci medycyny nie zetkną się z opieką paliatywną.

Ale jak się okazuje – o czym poinformował dziennikarzysta na konferencji prasowej dziekan Wydziału Lekarskiego UJ prof. Tomasz Grodzicki, były konsultant krajowy ds. geriatrici – w większości polskich uczelni medycznych opieki paliatywnej uczy się „na sucho” albo w ogóle się nie uczy. Nic więc dziwnego, że przybyli na konferencję założyciele Koalicji Walki z Bólem Jerzy Stuhr wraz z małżonką i Grzegorz Turnau lekko ostłupieli, kiedy dowiedzieli się, że w pakiecie onkologicznym o opiece paliatywnej nie ma ani słowa.

Funduszowi – jak napisała dziennikarka „Gazety Wyborczej” Iwona Hajnosz – doskwiera zwłaszcza koszt leczenia pacjenta nowotworowego. Najgorsze jest to, że chory nie kwalifikuje się jeszcze do hospicjum, może trochę pożyć, a nawet wyzdrowieć. Ale niebotycznie mnoży koszty. Na to zgody NFZ nie ma. Owszem, w niektórych krajach, bogatszych, pacjenci oddziałów paliatywnych leżą na nich latami. Ale u nas?

Dziekan Grodzicki nieśmiało dodał też, że opieki paliatywnej wymagają nie tylko pacjenci onkologiczni, ale też ci po udarach, leczeni pulmonologicznie i neurologicznie. Z wydatkami na zdrowie zbliżamy się do rampy. Chyba nie miejsce definiować, jakiej.

Jak już zacząłem o Szpitalu Uniwersyteckim UJ, to warto wspomnieć, że rozstrzygnięto przetarg na budowę jego nowej siedziby. To aktualnie największa inwestycja prozdrowotna w Polsce, warta ponad 1,2 mld zł, z czego 800 mln ma wyasygnować budżet państwa. I cieszyć by się można, zwłaszcza w Krakowie, gdyby nie fakt, że faza przygotowawcza tonie w kłębowski sprzecznych interesów, nie wiadomo, co pozostać ma w dawnej siedzibie, a co budować należy od nowa. Jaki zatem przetarg rozstrzygnięto, wiedzą tylko nieliczni. Wiadomo jedynie, że wybrano wariant najtańszy. A jeśli dysponenci nie chcą się wiedzą podzielić, to opinia publiczna może domniemywać wszystko... ■

Wasz Cyrulik z Rynku Głównego

# Ochotniczy Korpus Opiekuńczy

## – OKO

**Prof. Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, opowiada, że dwa lata temu zapytał Andrzeja Zaorskiego i Halinę Jędrzejewską, przedstawicieli środowiska powstańców warszawskich, co TLW może dla tego środowiska zrobić, w czym pomóc. Usłyszał, że byli powstańcy najbardziej potrzebują opieki. Są samotni, chorzy, ich dzieci mieszkają przeważnie zagranicą, a im nie ma kto pomóc w załatwianiu spraw, zakupach, często też nie radzą sobie z codziennymi obowiązkami.**

**R**ozmawiałem o tym z posłami, senatorami, ministrami – mówi profesor. – *Wszyscy byli za, ale nic z tego nie wyszło. Wtedy pomyślałem o PCK. Spauperyzowane w PRL-u, jednak przetrwało, zachowując swoje struktury w całej Polsce. Porozmawiałem z prof. Kotowiczem, prezesem PCK na Mazowszu, z którym znamy się od lat, i wspólnie postanowiliśmy spróbować odtworzyć przedwojenny Ochotniczy Korpus Opiekuńczy PCK. W latach 30. XX w. zrzeszał on 70 tys. sióstr PCK. Po wojnie było ich już tylko 60. A kiedy w latach 60. został przejęty przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, służby praktycznie przestały istnieć.*

27 sierpnia 2014 r. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i Oddział Mazowiecki PCK podpisały umowę o utworzeniu Ochotniczego Korpusu Opiekuńczego PCK. Miesiąc później odbyła się konferencja założycielska z udziałem przedstawicieli środowisk powstańczych, medycznych, prawniczych, uniwersyteckich. Na stanowisko prezesa Rady Programowej powołano prof. Jerzego Jurkiewicza.

Drużyny opiekuńcze mają się składać z sióstr, zatrudnianych przez PCK, i wolontariuszy. Na początek planowane jest zapewnienie każdemu podopiecznemu dwóch godzin opieki tygodniowo. Akcja się rozpoczyna, trwa nabór opiekunek i wolontariuszy. – *Cieszę się, że prof. Jurkiewicz wystąpił z tą inicjatywą* – podsumowała dr Halina Jędrzejewska,

wiceprezes Związku Powstańców Warszawy. – *Wszystkie dotychczasowe inicjatywy profesora się udawały, więc i ta się uda.*

Związki Powstania z medycyną opisano w licznych relacjach, wspomnieniach i pracach naukowych. Od 1975 r. w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim działa koło studentów Szkoły dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego doc. Jana Zaorskiego. Podczas okupacji wielu przyszłych lekarzy kształciło się w niej, w ramach tajnego nauczania, pod opieką sław przedwojennej medycyny. Większość studentów brała udział w Powstaniu Warszawskim.

Koło studentów Szkoły Zaorskiego liczyło w 2000 r. 100 osób, w tym 10 lekarzy. Dziś pozostało już tylko kilka osób. Od 15 lat kołem kieruje prof. Andrzej Danysz, również student Szkoły Zaorskiego i uczestnik Powstania. To on był inspiratorem wydania wspomnień medyków z Powstania, w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” (nr 7/2003), pt. „Powstanie Warszawskie a medycyna”. 2-tomowe dzieło zawiera 71 relacji lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszek z dramatycznych 63 dni.

W Powstaniu Warszawskim uczestniczyło 900–1000 lekarzy i studentów medycyny oraz 5–6 tys. sanitariuszek i pielęgniarek. W 25 warszawskich szpitalach, 122 szpitalach polowych i 200 punktach sanitarnych uratowano ponad 25 tys. rannych powstańców i cywili. Służbę powstańczą przyplaciło życiem około 200 lekarzy oraz 1000 sanitariuszek i pielęgniarek.

W obecnej siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w willi przy ul. Raszyńskiej 54, honorowe miejsce zajmuje sztandar TLW, ufundowany z inicjatywy powstańców warszawskich. To jeden z symboli bliskich związków medycyny z Powstaniem. Przez dwa lata okupacji mieszkał w tej willi generał Antoni Chruściel, ps. Monter, dowódca Powstania Warszawskiego. 25 lipca 1944 r. zebrali się tam dowódcy oddziałów powstańczych, na pierwszej i jedynej odprawie, podczas której zmieniono godzinę wybuchu Powstania z pierwszej po północy na piątą po południu. Następną odprawa, ustalająca dzień rozpoczęcia Powstania, odbyła się w pobliżu, przy ul. Filtrowej.

**Ewa Dobrowolska**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wspólnie z wieloma instytucjami i stowarzyszeniami podjęły uchwałę o wspieraniu działań opiekuńczych prowadzonych przez Ochotniczy Korpus Opiekuńczy Wolontariuszy i Sióstr PCK „OKO”, utworzony przez Mazowiecki Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża.

### **Uchwała Rady Programowej Ochotniczego Korpusu Opiekuńczego „OKO”**

Organizacje, instytucje i osoby tworzące Radę Programową „OKO” postanowiły podjąć wszechstronną współpracę z Polskim Czerwonym Krzyżem w celu odtworzenia i rozwinięcia Korpusu Sióstr PCK i Korpusu Wolontariuszy, dla możliwie najszerszego podjęcia działań opiekuńczych dla osób najbardziej tego potrzebujących, w szczególności żołnierzy Powstania Warszawskiego.

przewodniczący Rady Programowej  
**prof. Jerzy Jurkiewicz**

Serdecznie zachęcamy Koleżanki i Kolegów do czynnego włączenia się w pracę Korpusu OKO (np. przez uczestnictwo w wolontariacie, pomoc w szkoleniu sióstr PCK itp.).

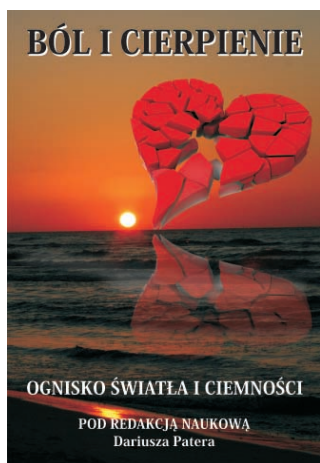
Zwracam się z gorącym apelem o przyłączenie się do akcji „Złotówka dla OKO” poprzez złożenie w miejscach pracy deklaracji o gotowości comiesięcznego przekazywania symbolicznej złotówki na specjalne konto PCK nr:

**50 1160 2202 0000 0002 0932 7456**

z dopiskiem „Pomoc dla Korpusu OKO”.



## Drugi tom książki „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności”



W życiu człowieka dzieją się czasami rzeczy powodujące skrajną rozpacz. Cierpienie i ból, jakie temu towarzyszą, przybierają różne postacie. Ból fizyczny można uśmierzyc dzięki nowoczesnym środkom farmakologicznym, trudno jednak za pomocą leków przepędzić wszystkie lęki związane z chorobami powodującymi niesprawność lub zagrażającymi życiu.

Uczestnicy dyskusji panelowej, podczas III Konferencji Służby Zdrowia, spojrzeli na problem bólu i cierpienia z punktu widzenia różnych dyscyplin – medycyny, psychologii, filozofii, teologii. Niniejsza publikacja zawiera materiały zaprezentowane podczas tego spotkania. Chociaż jest to lektura trudna, dotyka bowiem miejscami spraw ostatecznych, warto ją zgłębić. Być może ułatwi wyruszenie na spotkanie z samymi sobą, jak również z tymi, którym moglibyśmy pomóc. Pozwoli jednocześnie na przeanalizowanie roli, jaką odgrywamy w życiu, pomoże opanować strach, kiedy nas lub naszych bliskich dotknie nieszczęście. Ból, cierpienie i związane z nimi lęki to największe ciężary, jakie musimy w życiu dźwigać.

Dziękuję dr. Mieczysławowi Szatankowi za trud włożony w przygotowanie konferencji i ks. dr. Dariuszowi Paterowi za opracowanie niniejszej monografii. ■

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie

Zapraszamy na IV Konferencję Służby Zdrowia „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności” (medycyna – filozofia – teologia), 11 kwietnia 2015 r. na UKSW w Warszawie, ul. Dewajtis 5.

Organizatorzy:

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie i Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

## Nagrody w konkursie „Puls Słowa”

Już po raz piąty jury Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentyków, w składzie: Zdzisław Tadeusz Łączkowski – przewodniczący, Alina Chraaból-Sura, Zbigniew Irzyk, Maria Żywicka-Luckner, „Majka” – sekretarz, przyznało nagrody i wyróżnienia.

Uroczyste rozdanie nagród odbyło się w Domu Literatury podczas 43. Warszawskiej Jesieni Poezji. Oprawę muzyczną spotkania zapewnił Sławomir Korsan, gościnnie wystąpił laureat II nagrody Waldemar Hładki. Wieczór poprowadziła pomysłodawczyni konkursu Maria Żywicka-Luckner.

### Nagrody i wyróżnienia zdobyli:

#### w poezji

I – Maria Magdalena Człapińska ze Zduńskiej Woli

II – Waldemar Hładki z Krakowa

III *ex aequo* – Tomasz Kościński z Poznania

Zbigniew Kostrzewa z Łowicza

#### wyróżnienia

Barbara Bruszyńska z Poznania,

Piotr Piątek z Kołobrzegu,

Grzegorz Dziekan z Radomia,

Marcin Wołowicz z Pruszcza Gdańskiego,

Jan Stanisław Kamyk Kamieński z Kraśnika,

Ewa Ossowska z Żuromina,

Mieczysław Śmiałek z Warszawy,

Aldona Kraus z Warszawy

#### w prozie

I – Magdalena Tyszkiewicz z Gdańska

II – Jadwiga Wielgat-Hejduk z Mieszkowa

III – Maria Magdalena Człapińska ze Zduńskiej Woli

#### wyróżnienie

Zbigniew Kostrzewa z Łowicza



Fotografie: M. Żywicka-Luckner

Jury składa podziękowanie Naczelnej Izbie Lekarskiej, Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, dyrekcji SZPZLO Warszawa Praga-Północ za umożliwienie organizacji konkursu, który niech trwa, dopóki lekarze poeci chcą odkrywać przed nami światy nieznane. ■

Zdzisław Tadeusz Łączkowski



# Wokół masywu Mont Blanc

Zwyczaj w górach najwyższy szczyt wzbudza największe zainteresowanie, często niesłusznie, bo niższe wierzchołki w okolicy bywają znacznie ładniejsze. W Alpach jest podobnie, jednak majestat masywu Mont Blanc rzeczywiście zasługuje na uwagę. Nie bez powodu góra otoczona jest infrastrukturą turystyczną i corocznie odwiedzana przez tłumy wczasowiczów. Można przejechać pod wierzchołkiem samochodem przez tunel łączący główne kurorty po włoskiej i francuskiej stronie, można też – kolejką linową ponad masywem, podziwiając znacznie ciekawsze widoki na najwyższe szczyty alpejskie oraz gigantyczne lodowce.

Ofertę dopełnia szlak poprowadzony w kilku wariantach wokół całego masywu, przygotowany zarówno dla pieszych, jak i dla rowerzystów. Klasyczna wersja nosi nazwę Tour du Mont Blanc, liczy około 180 km. Prowadzi przez trzy kraje: Francję, Włochy i Szwajcarię, i przechodzi przez główne doliny oraz oddzielające je przełęcze. Od kilkunastu lat, wraz z nastaniem mody na bieganie, na szlaku tym rozgrywany jest bieg ultramaratoński, oczywiście nazwany Ultra Trail du Mont Blanc (UTMB). Marketingowy profesjonalizm organizatorów uczynił z niego największą imprezę w Europie (tysiące uczestników i sześciodniowe party przy muzyce) o niezwykle rozdmuchanej otoczce ekologiczno-ideologicznej (górski majestat i cisza), co nijak jedno do drugiego nie pasuje. Na szczęście „Jego Wysokość” Mont Blanc wszystko to znosi ze stoickim spokojem. Oprócz głównego biegu odbywają się też trzy krótsze, niezamykające całej pętli, oraz jeszcze dłuższy (około 300 km!), okrężny, dla zespołów kilkunastu osobowych o nastawieniu turystyczno-przygodowym, prowadzony bez klasyfikacji (oczywiście wszyscy ścigają się we własnym zakresie, takie czasy).

Znalezienie się na starcie UTMB wymaga zgromadzenia punktów kwalifikacyjnych (skąd to znamy...) w innych biegach ultra i szczęścia w losowaniu, bo chętnych do udziału jest aż nadto – na 2300 miejsc zgłasza się 10 tys. osób z całego świata. Mimo trudności, pokusa wzięcia udziału w tej przygodzie była na tyle duża, że przeszkody zostały pokonane i w końcu udało się wystartować. Pierwszy raz w 2012 r. Niestety katastrofalna pogoda wymusiła skrócenie trasy i zamiast pętli wokół Mont Blanc był bieg tam i z powrotem tylko we Francji (w przeszłości bywało jeszcze gorzej, z odwołaniem imprezy włącznie, bo Mont Blanc bywa kapryśny). W 2014 r. prognozy były lepsze, więc zapadła decyzja o rozegraniu zawodów na całej trasie. Jednak początek okazał się niezbyt udany. Głośnym fanfaram na starcie z francuskiego Chamonix o godz. 18 towarzyszyła potężna ulewa i, zamiast szumnie zapowiadanych niepowtarzalnych widoków przy

księżycu na drugiej i trzeciej przełęczy (obie około 2500 m n.p.m.), było błoto pod nogami i łańcuch latarek uczestników we mgle. Dopiero po północy rozpoznało się. Wschód słońca był dokładnie taki, jak w opisach organizatora, czyli naj..., naj..., naj... Okolice półmetka we włoskim Courmayeur zaoferowały „pełnię lata”, nawet trochę za upalną do biegania. Na szczęście „zdalnie” chłodziły nas kolejne mijane lodowce spływające z masywu Mont Blanc, budzące zachwyt, przepięknie wyeksponowane, usytuowane po przeciwnej stronie doliny. Następne przełęcze, tym razem w Szwajcarii, to już bardziej halowe i reglowe oblicze Alp. Dla odmiany druga noc na trasie była pogodna, niebo usiane gwiazdami i rozległe widoki na światła leżących w dolinach osiedli. Ostatnia góra na trasie, znów we Francji, jest dość wysoka, skalista, zimna i wietrzna (nazwa La Tete aux Vents zobowiązuje). Traversowanie partii podszczytowych jest skomplikowane, dłuży się, szczęśliwie zapas sił pozostał, a wizja bliskiej już mety uskrzydlała. O świcie piękna panorama Mont Blanc z majestatycznymi lodowcami jest niczym wisienka na tym wspaniałym torcie. Zawodnicy, którzy się przeliczyli i wcześniej przeszarżowali, zapamiętają to podejście zupełnie inaczej... Do mety dotarli 1582 osoby z 2434 startujących.

W klasycznym wydaniu turystycznym przejście szlaku wokół masywu Mont Blanc jest przewidziane na blisko dwa tygodnie, z noclegami w schroniskach górskich i pensjonatach położonych w dolinach. Jeśli brak czasu, można wędrówkę rozłożyć na dwa wyjazdy i niespiesznie delektować się wspaniałymi widokami. Urok trasy i potwierdzające go opowieści licznych szczęśliwych turystów (wielu spoza Europy, z tłumami Japończyków na czele) przekonują, że warto rozważyć takie spędzenie urlopu. A dla zabieganych zawsze pozostaje start w zawodach UTMB i odbycie wycieczki wokół dachu Europy w niecałe dwa dni. ■

**Tomasz Mikulski**



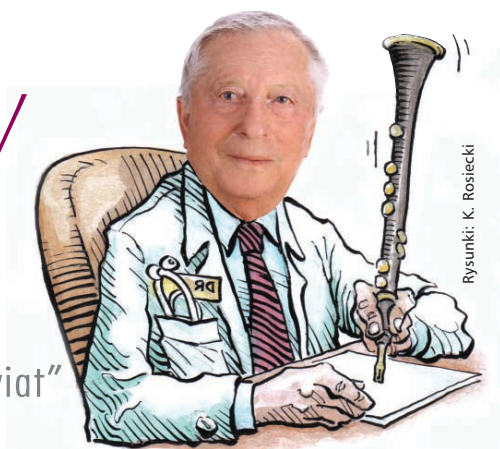


# Lokalny koloryt

„Zagrajcież mi,  
niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak

Przy ul. Brzeskiej, pod numerem 31, mieściła się słynna knajpa Schron Marynarza, prowadzona przez autentycznego przedwojennego matrosa Wincentego Andruszkiewicza. Właściciel, jak się potocznie mówiło, „wpaadał w oko”, gdyż ważył podobno powyżej ćwierć tony! Nic też dziwnego, że poruszał się jedynie własną bryczką, która – zaprzężona – całymi dniami stała pod knajpą. Jeszcze do końca lat 60. utrzymanie konia nie sprawiało na Szmulkach kłopotu, gdyż nieopodal, przy ul. Markowskiej, były składy z paszą. Ponieważ działania wojenne i Powstanie oszczędziły Pragę, można było, jeszcze po wojnie, idąc głównymi ulicami – Targową, Żąbkowską czy Radzymińską, napotkać stare szyldy, noszące przedwojenny sznyt: „Ondulacja Trwała i Permanentna”, „Farbowanie Włosów i Rzęs”, „Pracownia Kapeluszy i Biustonoszy – na każdy sezon i pogodę”, „Bernard Rozajin – Mydło Siarkowe na Świerzb i Łuszczycę”, „Mydła Schichta i Lampki Nagrobne, także Pasta do Podłóg Pyłochłon”, „Gimzolin oraz Szuwaks Wazelinowy”, „Radion Sam Pierze”.



Zresztą nierzadko witryny sklepów „Towary Różne” czy „Galanteria Skórzana” zdobyły dodatkowo beduiny i „szerokodupiate” odaliski z gołymi brzuchami i cyckami, a na wystawie sklepu „Towary Galanteryjne – Jankiela Pasmantaria” można było przeczytać: „Pięknej pani powinien towarzyszyć prawdziwy mężczyzna oraz jego zapach Wody Kolońskiej – Dakkar Noir”!

Gdzieniedzie napotkać też jeszcze można było słynną Wańkowiczowską promocję „Cukier krzepi”, do której dowcipna zawsze ulica dopisywała: „Wóda lepiej”. Podobnie szybką reakcją wykazali się zwiedzający Wystawę Ziemi Odzyskanych w 1948 r., we Wrocławiu, na której rozlepiono plakaty zachęcające do jedzenia ryb. Dodać należy, że nakłanianie do ryb było związane z uzyskaniem przez Polskę prawie 500 kilometrów wybrzeża, a także z tym, że zbliżająca się wojna w Korei miała nasz kraj na długie lata pozbawić dostaw mięsa. Na pierwszym kolorowym plakacie, z wypisanym wielką czcionką wezwaniem: „Bałtyk

twoje morze, makrela twoją rybą”, szybko dopisano: „I k... twoja mać”.

Przy dworcu kolejki dużym wzięciem u narodu cieszył się wędrowny fotograf, który na poczekaniu robił zdjęcia do wszelkich legitymacji „honorowych i służbowych” oraz specjalne, egzotyczne. W dużych płóciennych makietach, rozwieszonych na sztalugach, były wycięte otwory. Gdy włożyło się w któryś z nich głowę, można było na poczekaniu mieć fotografię w samolocie na tle nieba z obłokami lub z łabędziami pływającymi po pałacowym stawie. Naprzeciwko Kępczej, tuż przy bocznym wejściu na bazar Różyckiego, znajdowała się słynna księgarnia Gebethnera i Wolffa, w której w latach powojennych można było zaopatrzyć się w podręczniki szkolne i uniwersyteckie. Tuż obok znajdowały się sklepy ogólnospożywcze, typu „mydło i mazidło”, oraz niezliczone sklepiki i warsztaciki, w których kupowało się lub naprawiało dosłownie wszystko, co potrzebne było wówczas człowiekowi do życia. Można było naprawić końskie siodło, zegarek, maszynę do szycia, odrutować garnek, naostrzyć nożyczki, przymocować urwaną rączkę porcelanowej lalce, skleić sztuczne zęby, rowerową „kiche”, naprawić parasolkę, złapać oczka w pończosze lub sprawić sobie nowy kapeluszek.

Na bazarze Różyckiego oferowano, oprócz różnej tandety, futra, zegarki, złoto, w tym „lipa tombak – amerykańskie złoto” oraz fałszowane „twarde” i „miękkie”, sprzedawane frajerom.

Kiedy wkrótce doszło do całkowitego ogołocenia sklepów z mięsa, w miasto



## 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



poszła informacja o wyhodowaniu nowego polskiego gatunku nierogacizny, pozbawionej łopatek i szynek. Ponieważ w sklepach mięsnych dostać można było jedynie łby, ogony i kopyta, na poczekaniu pojawił się komentarz: *„Uważasz pani, pani Wątróbkowa – jedna kumoszka mówi do drugiej – za kapitalistów to świnię mieli i dupy, i łopatki, a tera to tylko łby i racice!”*. Kiedy po latach zaszedłem na Brukową, by zobaczyć, czy stoi jeszcze nasz dom, na wystawie apteki, działającej w narożnym lokalu babcinej *„Pralni Parowej z Prasowalnią”*, przeczytałem ze wzruszeniem *„Oryginalna maść końska – 19,50 zł”*. Przy Zachariasza, gdzie mieszkała na koniec babcia Rozalia, wisi jeszcze szyld *„Sklep Ogólnospożywczy”*, a na witrynie sklepu dożywa swych lat tabliczka: *„Cukry i Czekolady Frampoli”*. W majowe wieczory, a niekiedy też w innych letnich miesiącach, na podwórkach-studniach, przed ukwieconymi ołtarzykami z Matką Boską, usytuowanymi z dala od bramy, a zazwyczaj koło trzepaka, od niepamiętnych czasów odprawiano małe misteria wspólnego odmawiania różańca oraz nabożnych śpiewów. Mimo że podwórka były przejściowe i znaczna część lokatorów kamienic utrzymywała się z szemranych interesów, była ciągle pijana, wychodziła na rabunek lub z niego powracała, względnie dawała drapaka przed milicją, w czasie podwórkowych nabożeństw cicho było, jak makiem zasiał! Z zawsze otwartych na ścieżaj

lufcików nie dobiegały żadne wycia, pijackie bluzgi, wołania o pomoc czy wyzwiska, gdyż zakłócenie lokalnej ceremonii religijnej było równoznaczne z samobójstwem.

W wejściowej bramie podwórka, prowadzącej do dwóch, względnie trzech usytuowanych amfiladowo kamienic, stale podpierano ściany paru nielicho „zmęczonych” lokatorów, spluwających okresowo z obrzydzeniem, spragnionych jakiegokolwiek rozrywki. Zadziwić ich czymkolwiek było trudno, więc trzeba było widzieć szczęście malujące się na zakazanych obliczach, gdy od czasu do czasu jakiś „głupi” z ulicy nie uszanował świętości czasu i miejsca. W jednej chwili, bezszmerowo, by nie zakłócić podwórkowej liturgii, chwata ów sprowadzany był do parteru i przeciągany buzią po kocich łbach do najbliższego rynsztoka, skąd mógł w najwyższym przerażeniu popędzić na oślep!

Szumki były od niepamiętnych czasów wylęgarnią dowcipów, które tak obrazowo oddawał Stefan Wiechecki-Wiech w swych cotygodniowych felietonach, w „Ekspresiaiku”. Miejscowy krotochwilny ludek natychmiast komentował najdrobniejsze wydarzenia praskich dni i nocy. Typowe podwórko-studnia. Z lufcika na pierwszym piętrze wychyla się przybrana papilotami głowa lokatorki, która woła: – *Pani Wądołkowa, pani Wądoł-*

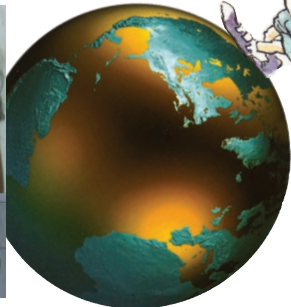
*kowa!* Po trzecim zawołaniu wychyla się z lufcika wyższego piętra podobnie rzadkich cnót i urody jejmość i pyta:

- *A czego tam?*
- *A to nie umarł przypadkiem ktoś z domowników?*
- *A dlaczego to niby miałby umrzeć?*
- *A bo rano, jak po mleko szłam, to widziałam u pani kanonika!*
- *Pani Kupściowa – reakcja zaczepionej jest ostra jak brzytwa – a jak w zeszłym tygodniu od szanownej pani ufan nad ranem wychodził, to czy ja pytałam, czy będzie wojna?*

Babcia Rozalia była chodzącą encyklopedią Pragi, być może dlatego, że po opuszczeniu majątku związała swe losy z „miastem”, które młodej mężatce z zapyziałej prowincji oraz po wędrownościach za mężem po bezkresach Rosji wydawało się prawdziwym mołochem.

Wyrwany przez wojnę z sielskiego życia na przedmieściach wielkiego miasta, chłonałem całym sobą niekończące się opowiadania i monologi, co więcej, oczarowany barwnością jej opowieści, prosiłem o jeszcze. Żyłem wówczas w hermetycznym kręgu czytanych książek – nie było telewizji, komputerów, ruchome kino było rzadkością, a teatr był głównie sceną amatorską i nierzadko teatrem podwórkowym. Stąd moje wspomnienia, których czas nie zatarał i chyba nigdy nie zatrze. ■





Jacek Walczak

## Randka w ciemno

**P**edrito prowadził odkrywcę stromymi ścieżkami w kierunku najszerszego, wyraźnie widocznego tarasu, wzdłuż którego rozciągał się kanał doprowadzający wodę. Cała trójka ruszyła upatrzonym tarasem i wkrótce znalazła się w sercu dziewiczej dżungli. W półmroku zielonej gęstwiny Bingham natychmiast zauważył porośnięte mury wykonane z kamieni, nadzwyczaj dokładnie obrobionych. Zrazu trudno było rozpoznać kształty budowli, bo większość zasłonięta była drzewami i zaroślami, które wrażały tam przez wieki”.

Tak w lipcu 1911 r. Hiram Bingham odkrył ruiny Machu Picchu. Ostatnie strome podejście pokonałem niemal po omacku. Moja latarka na czole czwartego dnia odmówiła współpracy. Dotknąłem ręką kamiennych murów, które o tej porze,

jeszcze w nocy, były nieprzyjemnie zimne i wilgotne. Wygramoliłem się na płaski gład i uznałem, że w tym miejscu – zapewne najwyższym na przełęczy – najlepiej doczekać świtu. Inti Punku (Brama Słońca) za czasów imperium Inków kończyła Drogę Inków, jedyne połączenie ze światem tajemniczego miasta-sanktuarium Machu Picchu. Dalej na zachód ścieżka prowadziła w dół, do ruin. Tak sobie przynajmniej to wyobrażałem, bo ciemności otaczały wszystko dookoła. Po jakimś czasie wzrok przyzwyczaiał się do mroku i zacząłem dostrzegać przed sobą potężne góry. Chyba chmury pokrywały wierzchołki na zachodzie, bo ich kształty były niewyraźne. Została mi co najmniej godzina do zobaczenia tego

miejsca, na co czekałem tyle lat. Czułem się jak przed spotkaniem z piękną dziewczyną, znaną ze zdjęć, filmów, opowieści, legend oraz zwykłych plotek. Przygotowywałem się do niego długo i skrupulatnie. Teraz pojawiła się obawa, czy to spotkanie nie zakończy

się rozczarowaniem. Czasem bywa, że miejsca słynne, piękne na fotografii, widziane na własne oczy przynoszą zawód. Zdarzyło mi się to już kilka razy.

Wschodnia część nieba była jeszcze usiana gwiazdami. Zaczęły błędnąć wraz z pojawiającymi się nad horyzontem rozjaśnieniami. Potem szarości zamieniły się w ciemnoróżową poświatę. Czas, jak niegdyś dla Inków, stracił swój wymiar także dla mnie. Gdzieś daleko na wschodzie, za świętą górą Inków – Veroniką, pojawiły się strzelające w niebo słabe, żółtawe promienie. Przede mną, w dolinie, sanktuarium Machu Picchu spało jeszcze w grafitowej mgłę. Wiedziałem, że legendarne miejsce tworzą dwa kręgi gór. Na wewnętrznym, niższym, na siodełku między Machu Picchu (Starą Górą) i Huayna Picchu (Młodą Górą) Inkowie zbudowali to niezwy-

### DLA SMAKOSZY



Fot. D. Hankiewicz

## Wigilijna zupa

Dariusz Hankiewicz

**W** polskich domach podawane są różne zupy wigilijne, najczęściej barszcz czerwony z uszkami. Warszawiacy uszka gotują i podają w zupie, natomiast krakowiacy smażą je najpierw i podają na oddzielnym talerzyku. Ze Śląska pochodzi siemieniotka, czyli zupa lniana. Kresowiaci w Wigilię zajadają się słodką zupą migdałową, a osoby o delikatniejszych żołądkach – suszem na ciepło z makaronem, koniecznie doprawionym cynamonem i goździkami. Na Pomorzu jada się inne zupy wigilijne, przede wszystkim wytrawne zupy rybne. Czasami podawane są na słodko, z bakaliami i śmietaną. Serwuje się również zupy grzybowe. W tradycji Lubelszczyzny jest wigilijny barszcz czerwony ze zwykłych lub z kiszonych buraków. Dobór składników nie jest przypadkowy. W dawnych czasach miały one zapewnić jedzącym zdrowie i dostatek na nadchodzący rok. Każdy składnik symbolizował co innego: kapusta – dostatek, ryby – obfitość, mak i groch – nadzieję na odrodzenie, chleb i kluski – sytość, orzechy i bakalie – urodzaj i miłość. Grzyby zaś zdrowie! A skoro spotykamy się na łamach gazety dla lekarzy, proponuję przepis właśnie na grzybową z... ziemniakami.

Składniki na 4 osoby:

- 2 garście suszonych grzybów (najlepiej prawdziwków lub podgrzybków)
- 2,5 l bulionu warzywnego (niesolonego)
- 2–3 łyżki stołowe ciemnego sosu sojowego
- 2–3 kostki bulionu grzybowego
- 2–3 łyżki śmietany 30 proc.
- 1/3 łyżeczki białego (!) pieprzu
- szczypta drobno zmielonego czarnego pieprzu
- 0,7 kg ziemniaków

Przygotowanie:

Dzień wcześniej gotujemy wywar warzywny (marchewka, pietruszka, seler, por i 1 łyżka oliwy). Po wyjęciu warzyw wrzucamy grzyby i gotujemy około 1 godz., a następnie zostawiamy wszystko w garnku na noc. Następnego dnia odcedzamy grzyby (możemy je wykorzystać do farszu, np. do pierogów!). Dodajemy dwie kostki bulionu grzybowego, dwie, trzy łyżki ciemnego sosu sojowego i biały pieprz. Doprowadzamy do wrzenia i odstawiamy do wieczora. Na godzinę przed wieczorem wigilijną dodajemy zahartowaną śmietaną (to znaczy rozprowadzoną w kilku łyżkach ciepłej zupy) i doprowadzamy tylko do wrzenia. Na talerzach układamy pokrojone w kawałki oddzielnie (!) świeżo ugotowane ziemniaki i zalewamy zupą. I na stół.

Życzę wszystkim smacznego i zdrowych świąt Bożego Narodzenia oraz dobrego Nowego 2015 Roku! ■

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





Fot. J. Walczak

kłe miasto. Na pionowej osi tych koncentrycznych okręgów wznosi się samotna góra Putucusi. Dolina rzeki Urubamba z trzech stron omija Putucusi, a także samo sanktuarium, które leży 400 m wyżej. Niemal pionowe ściany skutecznie bronią dostępu do świętych miejsc. Miałem to wszystko „zarejestrowane” w głowie, ale nie mogłem sobie wyobrazić „Pięknej Damy” w promieniach wschodzącego słońca.

Wreszcie rozpoczął się spektakl, jakiego dotąd nie widziałem. Pierwsze promienie oświetliły na czerwono zachodnie turnie zewnętrznego kręgu gór. Poniżej, gdzie stoją ruiny, jeszcze panowały ciemności. Świt między zwrotnikami trwa dużo krócej niż w naszej szerokości geograficznej, zatem widoki zmieniały się niesłychanie szybko. Turnie świeciły już

na żółto, a czerwień przeszła niżej, zatrzymując się na chwilę na wierzchołkach Machu Picchu i Huayna Picchu. Ledwie widoczne ruiny wciąż jeszcze miały szary kolor. Kiedy górne partie świeciły już pełnym blaskiem, zmieniające się barwy schodziły coraz niżej. Wtedy dopiero miasto pokazało się jak w blasku reflektorów. Długie poranne cienie podkreślały wyraźnie cudowny plan miasta. Wszystkie obiekty wyłamały się z symetrii otoczone niespotykanymi tworem natury. Błąkające się wokół białe obłoki, niczym falująca biała suknia, dodawały „Damie” szczególnego powabu.

Jak Hiram Bingham niemal 90 lat wcześniej, stałem z zaporą tchem. Doskonale rozumiałem jego odczucia z pierwszego spotkania z podniebnym sanktuarium Inków. ■



# Moje adresy cz. 4

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

Irena Ćwiertnia-Sitowska

**M**oja mama miała na imię Nina, mieszkała w nowo wybudowanym domu przy ul. Szarej 14, na rogu Rozbrat, od 1933 r. Lokal na III piętrze został zakupiony po sprzedaży w 1932 r. placu w Wawrze. Plac nazywał się „Kruszynka”. W niedziele odwiedzaliśmy go i robiliśmy zdjęcia.

Na Krakowskim Przedmieściu, pod numerem 70, tuż przy Nowym Zjeździe, mieszkała moja koleżanka Krysia Smoleńska. Bywałam u niej często, razem odrabialiśmy lekcje i bawiłyśmy się lalkami. Na spotkanie z okazji jej imienin Zosia Krygier, uczęszczająca do tej samej klasy, przyprowadziła starszego brata, który zaproponował odegranie małej scenki. Ja zagrałam na pianinie fragment „Halki” Moniuszki, a wtedy przez otwarte drzwi wkroczył brat Zosi. Na końcu szczołki do zamiatania była zawieszona halka. Pokaz ogromnie rozbawił zgromadzonych gości.

Podczas oblężenia Warszawy w 1939 r. rodzinę Zosi dotknęło nieszczęście. Został zabity jej brat Stefan.

Przy kościele św. Anny, tuż koło kamienicy Krysi, było usytuowane Muzeum Przemysłu i Rolnictwa. Z boku budynku, przy Krakowskim Przedmieściu 66, znajdowało się młodzieżowe kino „Urania”. Bilety były bardzo tanie, na kieszeń ucznia (54 grosze). Podczas wyświetlania filmu zza parawanu rozbrzmiewały dźwięki muzyki granej na pianinie. Melodie dostosowywano do akcji obrazu. Podczas scen romantycznych płynęły spokojne, sentymentalne tony, gdy przedstawiano fragmenty dramatyczne lub batalistyczne – muzyka była głośna i gwałtowna. W 1936 r. poszliśmy z Krysią na piękny film dźwiękowy, dozwolony od 18 lat (miałyśmy wtedy po 15 lat) – „Kleopatra”, z Claudette Colbert w roli głównej. Film był wspaniały, byłyśmy zachwycone i podniecone. O tym wykroczeniu dowiedziała się moja sroga i rygorystyczna mama. Na różgi byłam już za duża, więc postanowiła mnie ukarać w inny sposób. Miałam nie pojechać na planowaną przez gimnazjum wycieczkę do Wilna, Pikieliszek i Kalwarii. Byłam zrozpaczona. Jak zwykle pomogła niezawodna babunia Józia. Po jej interwencji na wycieczkę jednak pojechałam.

Idąc Krakowskim Przedmieściem, mijałam codziennie księgarnię Gebethnera i Wolffa, w której co roku dziadziusię kupował dla mnie podręczniki oraz obowiązkowe lektury. Do dziś ocalała książka pt. „Dzieci ojczyzny” napisana przez Marię Dąbrowską. Nabywał też nuty: „Szkołę Różyckiego”, „Ćwiczenia Czernego” oraz „Skarbczyki” z utworami w fałtowym układzie.

Korzystając z bliskości gmachu Zachęty, na pl. Małachowskiego, mama prowadziła mnie często na wystawy obrazów (w tym okresie nie było jeszcze Muzeum Narodowego). Do dzisiaj pamiętam, w którym miejscu wisiły arcydzieła Matejki, Wyczółkowskiego, Czachórskiego, Fałata i Stanisławskiego.

Gdy byłam trochę starsza, chodziłam na poranne przedstawienia operowe do Teatru Wielkiego. Często śpiewały Lucyna Szczepańska i Wanda Wermińska. Przypominam sobie, jak z ogromną werwą primadonna wcielała się w żywiołową postać Carmen. Poznałam wtedy najsłynniejsze dzieła operowe: „Fausta”, „Rigoletto”, „Pajace”, „Rycerskość wieśniacza”, „Verbum mobile”, „Halkę” i „Żydówkę”.

W 1931 r., w okresie kryzysu 1929–1933, mama pracowała w szwedzkiej firmie maszyn rolniczych, która mieściła się w pobliżu cyrku Staniewskich przy ul. Ordynackiej. Często kupowała bilety do loży na wystawiane w cyrku widowiska. Oglądałam tresurę zwierząt, podziwiałam „Cyrk pod wodą” oraz słynnego maga Blakmana.

Od 1933 r. mama zaczęła pracować w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Udało się jej otrzymać tę pracę, mimo panującego kryzysu, dzięki interwencji generała Dreszera, którego adiutant był pacjentem mojego dziadziusia. Gmach, w którym znajdowało się biuro ZUS, usytuowany był przy ul. Polnej. Obok mieściła się elegancka kawiarnia Lardellego, zbudowana w kształcie rotundy. Wnętrze ozdobiono wieloma lustrami i palmami, była tam estrada koncertowa, na której występowali znakomici wokaliści. Czarowała swym głosem także Lucyna Szczepańska – słowik opery. Rotunda przylegała do gmachu ZUS, co umożliwiało pracownikom odwiedzanie jej podczas przerwy śniadaniowej. Mama codziennie wstępowała do kawiarni na aromatyczną kawę i świetne wypieki. Podczas Powstania Warszawskiego kawiarnia została poważnie uszkodzona, w końcu całkowicie ją rozebrano.

Moją ulubioną cukiernią był lokal Lourse’a przy Krakowskim Przedmieściu 13, w gmachu Hotelu Europejskiego, z wejściem od strony ul. Ossolińskich. Wystrój wnętrza był bardzo wytworny – stoliki z marmurowymi blatami i krzeselka w stylu Ludwika XV. Przychodziłam tam z mamą na doskonałe ciastka tortowe oraz lody podawane zawsze ze szklaną zimnej wody.



Z dziadkiem Janem w parku Paderewskiego, 1931 r. Obok – Pierwsza Komunia, 1932 r. Na Nowym Świecie, 1931 r.

13 maja 1932 r., po odbytej uprzednio spowiedzi w kaplicy Matki Boskiej u Świętego Krzyża, razem z całą klasą przystąpiłam do Pierwszej Komunii Świętej w kościele Sióstr Wizek (w którym na organach grywał niegdyś Fryderyk Chopin). Komunii udzielił nam biskup Antoni Szlagowski. Po uroczystości mama zaprowadziła mnie do cukierni Lourse'a na słodkie śniadanie. W tamtych czasach nie było zwyczaju, by urządzać wytworne przyjęcia i obdarowywać dzieci kosztownymi prezentami. Podarki otrzymywałam po zakończeniu roku szkolnego. Dostałam angielską raketę do gry w tenisa, komplet dzieł Henryka Sienkiewicza, szwajcarski zegarek. Po zdaniu matury otrzymałam od dziadka Jana wspaniały rower, a od mamy srebrną puderniczkę ze złotymi pasczkami. Mam ją do dnia dzisiejszego.

Jesienią 1935 r. dziadkowie przeprowadzili się razem ze mną na Grochów, do własnego domu przy ul. Lubartowskiej 18. Zaczęły się codzienne długie jazdy tramwajem na lewy brzeg Wisły, do Śródmieścia. Rano pomoc domowa odprowadzała mnie na przystanek tramwajowy na ul. Grochowskiej. Odnosiła mi ciężką teczkę z książkami i pomagała wsiąść do wagonu. Dalej byłam zmuszona odbywać jazdę sama. Przed 8 rano docierałam na ul. Traugutta 6, aby zdobywać wiedzę. Długie jazdy zabierały dużo czasu także mojemu dziadusiowi. Sytuacja stała się bardzo uciążliwa.

Na polach, rozciągających się za placem dziadków, obecnie przeprowadzono dwie ulice i pobudowano domy. Powstały ul. Lubiniecka i Księdza Jana Sztuki. Na końcu ul. Lubartowskiej, za ul. Osowską, ciągnęły się rozległe łąki. Przechodząc przez nie, można było dojść do Olszynki Grochowskiej, na której 25 lutego 1831 r. odbyła się krwawa bitwa stoczona



przez oddziały generałów Chłopickiego i Skrzyneckiego z armią rosyjską dowodzoną przez feldmarszałka Dybicza.

W 1936 r., podczas pierwszego miesiąca wakacji, udałam się z grupą młodzieży z sąsiedztwa nad brzeg Wisły. Była to daleka wyprawa, zabrała dużo czasu. Babcia, zaniepokojona moją długą nieobecnością, powiadomiła telefonicznie mamę, która po przyjeździe do domu sprawiła mi niezłą reprymendę.

W tym okresie modne było tango „Ostatnia niedziela”. Miałam nuty tej melodii, często grałam ją na pianinie.

Pewnego dnia wydarzył się nieprzyjemny incydent. Na ulicę Lubartowską przyjechała młoda dziewczyna. Powiedziała mi, że została przyjęta do gimnazjum Janiny Tymińskiej, do mojej klasy. Korzystając z wolnego już wakacyjnego czasu, chciała poznać przyszłe koleżanki. Odwiedziła już Halę Trubaczek, a teraz przyjechała do mnie. Zaczęły się rozmowy i zabawy. Po obiedzie udaliśmy się na długi spacer w kierunku Olszynki Grochowskiej. Po powrocie „koleżanka” oznajmiła, że zerwała się jej podwiązka. Aby ją poprawić, poszła do sypialni. Ja w tym czasie, zadowolona z nowej znajomości, skakałam radośnie wokół stołu w przyległym pokoju. Po poprawieniu garderoby dziewczyna zakomunikowała, że już jest późno i musi wrócić do domu. Wieczorem babcia wysunęła szufladkę toaletki i stwierdziła brak pierścionka z brylantem. Otrzymała go od dziadka na uroczystość 25. rocznicy ślubu. Wszczęł się niesamowity zamęt. Wszyscy zastanawiali się, kto mógł zabrać cenny przedmiot. Po przyjeździe z pracy dziadziuś zawiadomił policję. Przybył posterunkowy, wypytał dokładnie, kto w tym dniu był u nas w mieszkaniu. Gdy opisaliśmy młodą osobę, która mnie odwiedziła, oświadczył, że pseudokoleżanka jest znaną młodocianą złodziejką, specjalistką od kradzieży cennych przedmiotów. Wkrótce złodziejkę zatrzymano, na komisariat wezwano babcię, pokazano jej wiele odzyskanych pierścionków, ale żaden nie był jej własnością. Przystępczyni przyznała się, że pierścionek oddała do lombardu, niewykupiony w terminie przepadł bezpowrotnie. ■

Fotografie: archiwum rodzinne







## Prof. Teresa Wyszyńska (1931–2014)

**20 września 2014 r. odeszła prof. Teresa Wyszyńska – twórcza polskiej szkoły nefrologii i nadciśnienia tętniczego u dzieci.**

Wraz z nią odeszła cała epoka takich lekarzy i ludzi. W naszych wspomnieniach jest zawsze imponująca wiedzą, nie

tylko nefrologiczną, ale z każdej specjalności medycznej, ciekawa świata i ludzi, przyjazna i ufna, pełna energii i pomysłów, mimo zajmowania eksponowanych stanowisk i zasług, nieodmiennie skromna. Kierowała naszym zespołem bez narzucania własnej woli, pozwalała na realizowanie pomysłów, jednocześnie dyskretnie czuwała nad całością prac. Miała rzadko spotykany tzw. szósty zmysł. Niejednokrotnie zdarzało się, że gdy byliśmy bardzo zaniepokojeni stanem pacjenta, Pani Profesor tylko popatrzyła na dziecko i w gabinecie lekarskim oznajmiała: – *Nie martwcie się, będzie żyło.* I tak było.

Pracując w zespole Pani Profesor w CZD, czuliśmy zawsze Jej wsparcie i byliśmy dumni, że stoimy u Jej boku.

Urodziła się 11.01.1931 r. w Warszawie. Matka Zofia Barbara z d. Bogusławska pracowała jako asystent na SGH, ojciec January Suchodolski był prawnikiem. Szczęśliwe dzieciństwo przerywa wybuch II wojny światowej. Na Jej oczach umiera Warszawa. Matka z trzema córkami cudem wydostaje się z zawalonej gruzami piwnicy domu przy ul. Świętokrzyskiej 19. Znajdują schronienie w mieszkaniu przy ul. Wareckiej, potem uciekają do podwarszawskiego Komorowa, gdzie stoi ich dom letni. Dziewczynki uczą się na tajnych kompletach, Teresa udziela lekcji żydowskiej dziewczynce ukrywanej przez sąsiadów. Na przydomowych kortach tenisowych matka z córkami zakłada ogródek i uprawia ziemniaki, co pozwala przetrwać wojenny głód.

W 1941 r. w Auschwitz-Birkenau ginie ojciec January Suchodolski. W 1944 r. 13-letnia Teresa, chcąc pomóc matce, zatrudnia się w szpitalu w Komorowie jako pielęgniarka.

Po wojnie rozpoczyna naukę w warszawskim Liceum im. J. Słowackiego. Tam spotyka Annę Salińską, ich przyjaźń przetrwa do końca życia. Zawsze potem razem pracują. W 1948 r. zdają maturę i rozpoczynają studia medyczne na istniejącym wtedy Wydziale Pediatrycznym.

Na drugim roku studiów Teresa wychodzi za mąż za Władysława Wyszyńskiego, w 1951 r. rodzi się syn Andrzej. Teresa nie przerywa studiów. W 1953 r. zostaje lekarzem pediatrą. Podejmuje pracę w Instytucie Matki i Dziecka. W 1955 r. rodzi drugiego syna – Pawła, co nie stanowi przeszkody w pracy zawodowej. Paradoksalnie, więcej wyzwań dodaje Jej skrzydeł. W marcu 1961 r. za pracę „Wpływ układu wewnątrzwydzielniczego trzustki na przebieg nerczycy doświadczalnej” uzyskuje tytuł doktora nauk medycznych.

W 1961 r. zostaje ordynatorem Oddziału Dziecięcego w Miejskim Szpitalu Dziecięcym nr 1 w Warszawie, przy ul. Kopernika. To w tej starej placówce, w bardzo trudnych warunkach, Pani Profesor rozwijała swoją pasję – nefrologię

dziecięcą. Na początku lat 70. ubiegłego wieku utworzyła tam Oddział i Poradnię Nefrologii Dziecięcej.

W 1966 r. pierwsza w Polsce zastosowała dializę otrzewnową jako metodę leczenia ostrej, a w 1968 r. przewlekłej niewydolności nerek u dzieci. W 1975 r. uzyskała tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego za „Badania nad opornością na kortykoterapię w zespole nerczycowym u dzieci”.

Gdy powstawało Centrum Zdrowia Dziecka, ówczesna dyrektor prof. Maria Goncerzewicz zaproponowała naszej Szeffowej zorganizowanie zespołu ds. nefrologii i kierowanie nim. W lutym 1977 r. doc. Teresa Wyszyńska została jednym z pierwszych lekarzy tego szpitala. Zgromadziła wokół siebie młodą kadrę, początkowo jako kierownik zespołu ds. nefrologii, a później ordynator Oddziału Nefrologicznego. Po mianowaniu CZD instytutem oddział stał się Kliniką Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, którą kierowała aż do przejścia na emeryturę w 2002 r.

Prof. Wyszyńska interesowała się nie tylko schorzeniami nerek, ale też problemem nadciśnienia tętniczego u dzieci, które występowało bardzo często w tych chorobach. Udowodniła, że odpowiednie leczenie ma ogromny wpływ na przebieg tych schorzeń. W CZD pod Jej przewodnictwem kontynuowane były prace nad innymi przyczynami nadciśnienia tętniczego, ustalano standardy postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

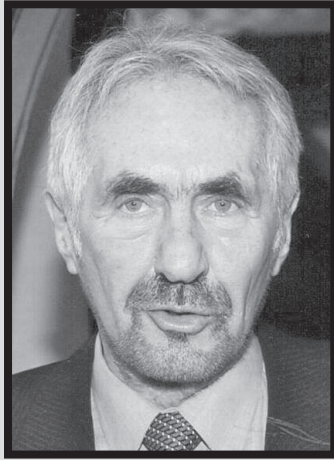
13 lutego 1986 r. otrzymała tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych. Prof. Wyszyńska zgromadziła wokół siebie wielu pediatrów z całej Polski, którzy zajmowali się nefrologią, organizowała liczne szkolenia, także indywidualne. Zналиśmy się dobrze, wymienialiśmy doświadczeniami, a pani Profesor nie odmawiała pomocy. Wykładała pięknie, jasno, z właściwym sobie wdziękiem. Ale też publikowała wiele artykułów o tematyce nefrologicznej, najchętniej w „Pediatrii Polskiej”. Z redakcją tego czasopisma była związana od 1964 r., najpierw jako członek komitetu redakcyjnego, a od 1994 r. jako redaktor naczelna.

Była także w radzie redakcyjnej „Nefrologii i Dializoterapii Polskiej”.

Od 1954 r. należała do Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, a w roku 1973 zorganizowała sekcję nefrologiczną tego towarzystwa. W 1994 r. powstało Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej, którego była pierwszą przewodniczącą. W 2003 r. została jego członkiem honorowym. Działała też w sekcji nefrologicznej Towarzystwa Internistów Polskich i, od 1965 r., w różnych komisjach PAN i Komitetu Badań Naukowych.

Znano ją i ceniono także poza granicami Polski. Od bardzo wielu lat należała do kilku międzynarodowych towarzystw naukowych, np. International Kidney Association (od 1993 r. pełniła tam funkcje eksperta – doradcy ds. nefrologii) i European Renal Association. Była jednym z członków założycieli ESPN (European Society of Paediatric Nephrology). W 1991 r. została członkiem honorowym tej organizacji.

Prof. Wyszyńska publikowała wyniki swoich badań zarówno w kraju, jak i zagranicą. Jej dorobek obejmuje 118 pozycji (w tym 60 prac oryginalnych), trzy monografie oraz 30 rozdziałów w 19 podręcznikach. Ukoronowaniem Jej pracy było wydanie podstawowego do dzisiaj podręcznika nefrologii dziecięcej w Polsce, pt. „Choroby układu moczowego u dzieci”, który redagowała wspólnie z prof. Marią Sieniawską. Zawarto tam oryginalne polskie doświadczenia, uznane w świecie.



## Andrzej Kiepas (1933–2013)

11 grudnia 2013 r. odszedł od nas lekarz Andrzej Kiepas. Urodził się w 1933 r. w Radomiu, studiował w Warszawskiej Akademii Medycznej, którą ukończył w 1959.

W 1960 r. rozpoczął specjalizację w zakresie położnictwa i ginekologii w ramach wolontariatu na

Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala Praskiego, pod kierunkiem Ordynatora dr. Kazimierza Anusiaka. W 1962 został zatrudniony na etacie młodszego asystenta. Pracując cały czas na oddziale, uzyskał I i II stopień specjalizacji. Od 1979 r. pełnił funkcję zastępcy ordynatora, a następnie,

w okresie 1984–1998, ordynatora oddziału. Gdy przechodził na emeryturę w 1999 r., otrzymał od personelu oddziału album z następującym wpisem:

*„Czy w słowach można zawrzeć?*

*– 5480 dni i nocy spędzonych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala Praskiego, dramaty, porażki i sukcesy operowanych ponad 6 tys. kobiet,*

*– pierwszy radosny krzyk i płacz ponad 25 tys. nowo narodzonych dzieci,*

*– napięcie i stres 32 lekarzy zdających egzaminy specjalizacyjne pod Twoim kierunkiem.*

*Słowa są zbyt proste i suche, by oddać atmosferę i czas Twojej ordynatury. Dziękujemy Ci z całego serca za klimat, który stworzyłeś, za przyjaźń, za pomoc i dobre słowa, za to, że nauczyłeś nas zawodu i szacunku dla pacjentek, za wszystko, co dla nas uczyniłeś”.*

O każdej porze dnia i nocy Twój telefon był dostępny dla nas, dziś niestety milczy, ale wierzymy, że w dalszym ciągu czuwasz nad oddziałem i jego wszystkimi pracownikami.

Władysław Fidziński



## Lucyna Brzywczy (1927–2014)

21 października 2014 r. pożegnaliśmy w kościele i na cmentarzu parafialnym w Szymanowie drogą nam koleżankę mgr biologii i lekarza medycyny Lucynę Brzywczy. Była człowiekiem skromnym, mądrym i uzdolnionym w wielu kierunkach.

Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości w Liceum Sióstr Niepokalanek w Szymanowie studiowała na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie zdobyła stopień magistra biologii. Została zatrudniona w charakterze pracownika naukowego w Zakładzie Systematyki Roślin UW. Ze względu na wiedzę w dziedzinie botaniki, zdolności rysunkowe i graficzne została zaproszona do wykonania wszystkich rycin z dziedziny botaniki w Encyklopedii PKW. Następnie studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie uzyskała dyplom lekarza medycyny.

Odnaczała się wytrwałością. Dała się poznać jako osoba zrównoważona, o dobrym i sympatycznym usposobieniu, życzliwa i pomocna każdemu. Była niezawodnym przyjacielem. Całe życie zawodowe poświęciła chorym. Była wzorem lekarza klinicysty. Pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych Centralnego Klinicznego Stołecznego Szpitala, Zarządu Służby Zdrowia MSWiA oraz w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie w Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii.

Mimo trudności życiowych, wykazała bardzo wiele samozaparciu i pracowitości. Po przedwczesnej śmierci siostry została opiekunką jej dzieci. Zastępowała im matkę. Uzyskała specjalizację w zakresie interny, kardiologii i psychiatrii. Wychowała troje swoich podopiecznych na lekarzy medycyny. Znała trudny los samotnych matek. Swoją szeroką, wielokierunkową wiedzę służyła, jako wolontariuszka, kobietom w Domu Samotnej Matki w Chylicach, założonym przez Prymasa Tysiąclecia kardynała Stefana Wyszyńskiego. Była człowiekiem prawym. Swoją niezwykłą osobowością pomagała ludziom zagubionym, pracując w katechumenacie Koleżeńskiego Zjednoczenia Jazłowieckiego. W roku 2010, podczas uroczystego potwierdzenia dyplomu lekarskiego, pragnęła spotkać się z koleżankami i kolegami absolwentami z lat 1955–1960. Zgłosiła swój udział. Niestety ciężka choroba przykuła ją do łóżka do końca Jej życia.

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Śmiełek

Prof. Wyszyńska była też promotorem siedmiu doktoratów, recenzentem licznych prac habilitacyjnych, w CZD wielokrotnie wchodziła w skład Rady Naukowej, pełniąc funkcję zastępcy przewodniczącego.

Jej bliscy w mowie pożegnalnej pytali: *„Czy nie za dużo jak na jedną, drobną, skromną osobę?”*. Okazuje się, że nie. Bo znajdowała jeszcze czas na systematyczną opiekę nad starzejącymi się bliskimi, trzymała za rękę, gdy umierali.

Zawsze pragnęła kontaktu z ludźmi. Nie zapomnimy, jak cieszyła się, gdy do Niej dzwoniłiśmy albo odwiedzaliśmy Ją w Brwinowie, gdzie ostatecznie zamieszkała. Zawsze chętnie

opowiadała o kolejnych wnukach i prawnuczce. Parskała żarliwym śmiechem, gdy wspominała szalone wypadki motocyklowe, wyczyny wysokogórskie, noce pod żaglami i sploty kajakowe. Lubiliśmy Jej błyskotliwy intelekt.

Jak dobrze, że byłaś z nami i jesteś nadal w naszej pamięci, nasza ukochana Szefowo.

dr n. med. Zofia Konopielko  
dr n. med. Anna Wieteska  
prof. dr hab. n. med. Paweł Januszewicz

Dziękujemy Rodzinie Pani Profesor za udostępnienie zdjęć i danych z życiorysu.





# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

**8 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 3 października 2014 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1359.**

Badanie lekarskie nauczyciela akademickiego jest przeprowadzane na podstawie skierowania wydanego przez rektora uczelni, w której nauczyciel akademicki jest zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy.

Nauczyciel akademicki zgłasza się na badanie lekarskie w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania skierowania na to badanie.

Nauczyciel akademicki wraz ze skierowaniem przedstawia uprawnionemu lekarzowi dokumentację medyczną z przebiegu dotychczasowego leczenia.

Badanie lekarskie przeprowadzane przez uprawnionego lekarza obejmuje badanie podmiotowe oraz przedmiotowe, z uwzględnieniem ogólnego stanu zdrowia, oceny układu krążenia, układu ruchu, układu nerwowego, układu oddechowego oraz narządu mowy.

W przypadku gdy uprawniony lekarz uzna za niezbędne wykonanie badań pomocniczych lub konsultacji specjalistycznych, wystawia nauczycielowi akademickiemu skierowanie na te badania lub konsultacje.

Badanie lekarskie oraz konsultacje specjalistyczne lub badania pomocnicze przeprowadza się z uwzględnieniem specyfiki pracy wykonywanej przez nauczyciela akademickiego i konieczności powstrzymania się od wykonywania tej pracy z uwagi na jego stan zdrowia.

**14 października 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1384, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, z 4 września 2014 r., w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.**

**22 października 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1435, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, z 17 września 2014 r., w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.**

**22 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu zawierania umów w celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz sposobu ich finansowania, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1437.**

Minister zdrowia może zlecić, w drodze umowy, realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi:

- szpitalom i oddziałom zakaźnym zapewniającym izolację i leczenie osób chorych na choroby zakaźne oraz zapewniających całodobowo konsultacje lekarzy specjalistów w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych,
- poradniom i punktom konsultacyjnym w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych oraz szczepień ochronnych.

Zawieranie umów w celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert.

W przypadku:

- potwierdzenia przez głównego inspektora sanitarnego zaistnienia ryzyka zawleczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej,
- wystąpienia na terytorium RP zakażenia, podejrzenia zachorowania lub zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną,
- wystąpienia na terytorium RP zagrożenia epidemicznego lub epidemii choroby zakaźnej,
- ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi, sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym,

minister zdrowia zawiera umowy z wyznaczonymi przez siebie podmiotami spośród podmiotów, o których mowa na wstępie.

**22 października 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1434, obwieszczenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych warunków i trybu wydawania pozwoleń oraz dokumentów niezbędnych do przywozu, wywozu, wewnątrz-wspólnotowego nabycia lub wewnątrz-wspólnotowej dostawy środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1.**

**22 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 17 października 2014 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania wyjaśniającego i dyscyplinarnego, prowadzonego wobec nauczycieli akademickich, oraz sposobu wykonywania i zatarcia kar dyscyplinarnych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1430.**

**23 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1360.**

**31 października 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 24 października 2014 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1480.**

**4 listopada 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1512, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 17 września 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo atomowe.**

4 listopada 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1502, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 17 września 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy.

5 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 30 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1516.

7 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1440.

Zmiana przepisów rozporządzenia dotyczy świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Badania hematologiczne obejmują morfologię krwi obwodowej z płytkami krwi, morfologię krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, retykulocyty odczyn opadania krwinek czerwonych OB.

Badania biochemiczne i immunochemiczne obejmują dodatkowo: żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), FT3, FT4, PSA – Antygen swoisty dla stercza – całkowity, wolny).

Badania mikrobiologiczne obejmują m.in. posiew wymazu z gardła z antybiogramem.

Wykaz został poszerzony o diagnostykę ultrasonograficzną (głowy/szyi, klatki piersiowej, przewodu pokarmowego, układu moczowego, brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej), inną diagnostykę ultrasonograficzną (węzłów chłonnych, moszny, w tym jąder i najądrzy) oraz echokardiografię i spirometrię.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania endoskopowe: gastroscopię i kolonoskopię.

**Lekarz przyjmujący deklarację wyboru:**

a) lekarz, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

– posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej – przyjmujący deklarację wyboru świadczeniobiorców: dorosłych lub do ukończenia 18. roku życia,

– posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – przyjmujący deklarację wyboru świadczeniobiorców dorosłych,

– posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii – przyjmujący deklarację wyboru świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia,

b) lekarz, o którym mowa w art. 14 ust. 1 i 3 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU nr 166, poz. 1172).

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

Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed 1 stycznia 2015 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

11 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 28 października 2014 r. w sprawie wykazu norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Służby Więziennej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1499.

13 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 października 2014 r. w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1474.

13 listopada 2014 r. zostało opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1573, obwieszczenie ministra zdrowia z 19 września 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu ośrodków toksykologicznych odpowiedzialnych za kontrolę zatruc produktami biobójczymi oraz podmiotów obowiązanych do zgłaszania zatruc.

15 listopada 2014 r. weszła w życie ustawa z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1491.

**Nowelizacja ustawy dotyczy finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.**

Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od NFZ zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, z wyjątkiem obowiązkowych szczepień ochronnych, opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego, oraz przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów.

Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego.

Skierowanie lub zlecenie może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż RP państwie członkowskim UE.

W przypadku świadczenia z zakresu **lecnicstwa uzdrowiskowego** warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego.

W przypadku świadczenia z zakresu **programów lekowych** warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest zakwalifikowanie pacjenta przez świadczeniodawcę do danego programu lekowego.

W przypadku świadczenia udzielanego w ramach **programów zdrowotnych** warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.

W przypadku **świadczenia zawartego w wykazie określonym przez ministra zdrowia** warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie **wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ** na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż RP państwie członkowskim UE. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą.



Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania **zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego**, zawartego w danym wskazaniu w wykazie ogłoszonym przez ministra zdrowia lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium:

- państwa członkowskiego UE, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE przez osobę uprawnioną do wystawiania recept, zgodnie z przepisami tego państwa,
- innego niż RP państwa członkowskiego UE, na podstawie recepty transgranicznej wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż RP państwie członkowskim UE.

Zwrot kosztów dotyczy wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określonego w tym wykazie.

Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie:

- finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między NFZ a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa,
- limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa wyżej, z uwzględnieniem odpłatności określonej w ustawie o refundacji leków,
- odpowiadającej wartości wyrobu medycznego, nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego.

Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium RP.

**Wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy ten wniosek.**

W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów nie wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, decyzję wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.

W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, wydanie decyzji następuje w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania.

W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego z udziałem krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż RP państwie członkowskim UE, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmowy zwrotu kosztów następuje w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

Od tej decyzji przysługuje odwołanie do prezesa NFZ.

**Minister zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu.**

**W przypadku gdy koszty realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerw określonych w planie finansowym, fundusz zawieszona wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego.**

W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE lub EFTA, oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium RP wydaje, na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji, **Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.**

Okręgowe rady lekarskie i Naczelna Rada Lekarska udzielają organowi innego niż RP państwa członkowskiego UE, na jego wniosek, informacji na temat prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wskazanej we wniosku, do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej. Informacji udziela się za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI.

**15 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1545.**



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



OKRĘGOWA  
IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Nietubowicza

**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWOŃIĄC POD NUMER:**  
**704 277 577**

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci:  
orange T-Mobile PLAY Plus netia & tp

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

Świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ:

- świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń,
- leczenie w ramach programów lekowych,
- terapia izotopowa,
- teleradioterapia stereotaktyczna,
- teleradioterapia hadronowa wiązką protonów,
- terapia hiperbaryczna,
- wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne,
- badania genetyczne,
- pozytonowa tomografia emisyjna,
- badania medycyny nuklearnej,
- tomografia komputerowa,
- rezonans magnetyczny.

**15 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1538.**

**15 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1551.**

Rozporządzenie określa:

- tryb składania i rozpatrywania wniosku o:
  - a) wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na uzyskanie w innym niż RP państwie członkowskim UE świadczenia opieki zdrowotnej będącego świadczeniem gwarantowanym, zawartego w wykazie określonym przez ministra zdrowia,
  - b) wydanie zgody przez dyrektora oddziału funduszu na uzyskanie w innym niż RP państwie członkowskim UE lub w państwie członkowskim EFTA, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia,
  - c) skierowanie przez prezesa NFZ do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,
- wzory wymienionych wniosków,
- tryb składania i rozpatrywania wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz wzór tego wniosku,
- tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA,
- tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju oraz do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

**19 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra obrony narodowej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1508.**

**21 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 17 października 2014 r. w sprawie listy podmiotów uprawnionych do przeprowadzania badań lekarskich i psychologicznych oraz orzekania w celu sprawdzenia spełnienia wymagań zdrowotnych, fizycznych i psychicznych, niezbędnych do uzyskania licencji maszynisty oraz świadectwa maszynisty, a także zachowania ich ważności, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1534.**

**1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1138.**

Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na wspomnianej liście na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- stanu zdrowia świadczeniobiorcy,
- rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu,
- chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie,
- zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Przytoczonych przepisów nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

**Świadczeniodawca przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń.**

Świadczeniodawca przekazuje co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu funduszu, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń, informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Wymienione informacje oddział wojewódzki funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją co najmniej raz w tygodniu.

Prezes NFZ tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich funduszu.

Prezes funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.



# 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 12 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 12 miesięcy.

Weryfikacją lekarza, pragnącego skorzystać z bezpłatnej  
pomocy prawnej, będzie podanie numeru „Prawa Wyko-  
nywania 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



**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego** – przeniesiono na ul. Puławską 18 (siedziba OIL w Warszawie)  
– czynny od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00.

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 przysłać 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 lekar-  
skim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorząd-  
ów 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**

Świadczeniodawca jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

**Świadczeniobiorca, u którego lekarz stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.**

**Świadczeniobiorca, u którego:**

1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,

2) lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy,

**ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.**

Wymienionych przepisów nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

**Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz udzielający świadczeń z zakresu poz w ramach umowy z NFZ albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy.**

Lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów.

Lekarz wpisuje w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów.

Świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane.

W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana świadczeniobiorcy.

**Lekarz udzielający świadczeń z zakresu poz w ramach umowy z NFZ może wydawać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli ustalony dla niego przez oddział wojewódzki NFZ indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie jest niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.**

Wskaźnika rozpoznawania nowotworów nie ustala się, jeżeli od rozpoczęcia wydawania przez lekarza kart diagnostyki i leczenia onkologicznego liczba świadczeniobiorców, którym ten lekarz wydał karty oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie, nie przekroczyła 30.

**Oddział wojewódzki funduszu, z którym lekarz udzielający świadczeń z zakresu poz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo z którym zawarł umowę świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, u którego ten lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej, informuje tego lekarza oraz świadczeniodawcę o ustaleniu indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.**

Oddział wojewódzki funduszu informuje lekarza oraz świadczeniodawcę o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia przez lekarza udzielającego świadczeń z zakresu poz szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Lekarz udzielający świadczeń z zakresu poz nie może wydawać kart diagnostyki i leczenia onkologicznego od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego NFZ wymienionych informacji, do dnia przedstawienia oddziałowi wojewódz-

**kiemu funduszu przez lekarza dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.**

Jeżeli lekarz, udzielający świadczeń z zakresu poz w ramach umowy z NFZ, wyda kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego po otrzymaniu od oddziału wojewódzkiego funduszu informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika, a przed przedstawieniem temu oddziałowi dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, oddział wojewódzki funduszu jest uprawniony do nałożenia kary umownej w wysokości określonej w umowie.

**Oddział wojewódzki NFZ, na wniosek – odpowiednio – świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza udzielającego świadczeń z zakresu poz, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.**

Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być wykorzystane tylko raz.

**Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za której wykonanie świadczeniodawca nie pobiera opłaty.** Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W przypadku:

- gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę,
- zakończenia leczenia onkologicznego świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

W wymienionych przypadkach świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej, dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

**Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:**

- oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko i imię lub imiona, datę urodzenia, oznaczenie pfc, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię lub imiona przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego oraz adres jego miejsca zamieszkania),
- oznaczenie świadczeniodawcy, w tym lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej,
- datę sporządzenia,



- dane dotyczące objawów,
- dane dotyczące badań diagnostycznych,
- dane o skierowaniu do lekarza specjalisty,
- dane dotyczące diagnostyki onkologicznej,
- rozpoznanie,
- dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej,
- plan leczenia onkologicznego,
- unikalny numer identyfikacyjny,
- datę zakończenia leczenia onkologicznego,
- numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów,
- dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru.

W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej **diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**, kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy zmienia się, dostosowując ją do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy.

**Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane przez dermatologa i okulistę na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.**

Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż pięć lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, na okres dłuższy niż dziesięć lat, wymaga zgody prezesa NFZ.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

Zgodnie ze zmianą wprowadzoną w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

W takim przypadku recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określania tych osób.

Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia bez dokonania osobistego badania pacjenta zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

Zgodnie ze zmianą wprowadzoną w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, przepisów dotyczących ograniczenia długości trwania kontroli oraz prowadzenia kontroli równocześnie z innym organem nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców, dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Osobom wpisanym, przed dniem wejścia w życie ustawy, na listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

przez **okulistę i dermatologa**, świadczenia te są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczeniobiorca, który przed dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) oczekiwał na diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego,
- 2) rozpoczął diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego,

może, po dniu wejścia w życie ustawy, uzyskać na swój wniosek od lekarza, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ, kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego na zasadach określonych w ustawie.

Przepisu nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

**Lekarz udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ może wydawać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do dnia otrzymania z oddziału wojewódzkiego funduszu pierwszej informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.**

Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2016 r.

**1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1442.**

Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz na warunkach określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia:

- posiada procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego,
- stosuje się do standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny,
- zapewnia co najmniej dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych,
- zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż **siedem tygodni** od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

**Termin na wykonanie diagnostyki onkologicznej wynosi:**

- **dziewięć tygodni** od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia – w przypadku wpisania na tę listę w okresie **od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015**,
- **osiem tygodni** od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia – w przypadku wpisania na tę listę w okresie **od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016**.

**1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1441.**

**Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne powinien:**

– posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą:

a) wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:

– onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci albo hematologii – w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego, albo onkologii klinicznej – w pozostałych przypadkach,

– radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,

– chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej, odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego), w przypadku leczenia dzieci – chirurgii dziecięcej,

– rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej,

b) określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół i podjęcie leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia,

c) wyznaczenie koordynatora, po określeniu sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół, do którego zadań należy w szczególności udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem,

– zapewniać zaplanowanie leczenia onkologicznego przez zespół,

– zapewniać udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa,

– zapewniać w lokalizacji:

a) w przypadku leczenia dzieci – oddział o profilu onkologia i hematologia dziecięca lub chirurgia onkologiczna dziecięca, lub onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca,

b) w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego – oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym,

c) w pozostałych przypadkach – oddział o profilu zabiegowym, – zapewniać udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń:

a) chemioterapii oraz

b) radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,

odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym,

– stosować się do standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej powinien zapewnić zakwaterowanie albo zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.

**1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 września 2014 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2015 r., opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1251.**

**1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra finansów z 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1544.**

Zwolnień z obowiązku ewidencjonowania obrotu przy zastosowaniu kas rejestrujących nie stosuje się w przypadku świadczenia usług w zakresie opieki medycznej przez lekarzy i lekarzy dentyistów.

W przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów korzystających do tychczas ze zwolnienia, którzy po 31 grudnia 2014 r. kontynuują świadczenie usług w zakresie opieki medycznej, świadczenie tych usług jest zwolnione z obowiązku ewidencjonowania do 28 lutego 2015 r.

Zwolnienie traci moc 1 marca 2015 r.

W przypadku podatników rozpoczynających po 31 grudnia 2014 r. świadczenie usług w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy przed wykonaniem takiej usługi nie dokonywali sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, świadczenie tych usług jest zwolnione z obowiązku ewidencjonowania przez okres dwóch miesięcy następujących po miesiącu, w którym wykonano taką usługę.

**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 Biezańska, 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 Tołłoczko, Andrzej Włodarczyk **BIULETYN ORL:** Ewa Miękus-Pączek **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Elżbieta Cichoćka, 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 Naturski, 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 ds. lekarzy dentystów** Marta Klimkowska-Misiak  
tel. 22-542-83-56

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

**Wiceprezes ORL** Konstanty Radziwiłł; 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 księgowa** 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 Błaszczyk; 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; 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-Chrząszcz; tel. 22-542-83-08

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

**Mediator**  
Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com  
*kanc.:* Maja Świerczewska-Chrząszcz; 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. Puławska 18, 02-512 Warszawa; pon. – pt.: 8.00–16.00  
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65;  
odz@oilwaw.org.pl

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

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

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

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

**HONDA**

The Power of Dreams



**CIVIC TOURER**

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

**Koniecznie zapytaj o szczegoły:**

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



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





## Naszą misją jest poprawianie jakości życia ludzi.

Zawsze pozostajemy wierni swoim wartościom, zarówno realizując programy wsparcia dla pacjentów, tworząc atmosferę w miejscu pracy, jak i kładąc nacisk na odpowiedzialność społeczną.

Szanujemy ludzi, budujemy zaufanie i szukamy unikalnych rozwiązań, aby zmieniać życie na lepsze każdego dnia.