



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

luty 2015 nr 2

Marek Twardowski,
wiceprezes
Zarządu
Porozumienia
Zielonogórskiego
– mówi
o ustaleniach
z ministrem
zdrowia.

[str. 6]

Lekarz nie może
brać udziału
w reklamach

[str. 3]

**Beata
Małeczka-Libera,**
sekretarz stanu
w MZ

[str. 4]

Ochrona
dóbr
osobistych

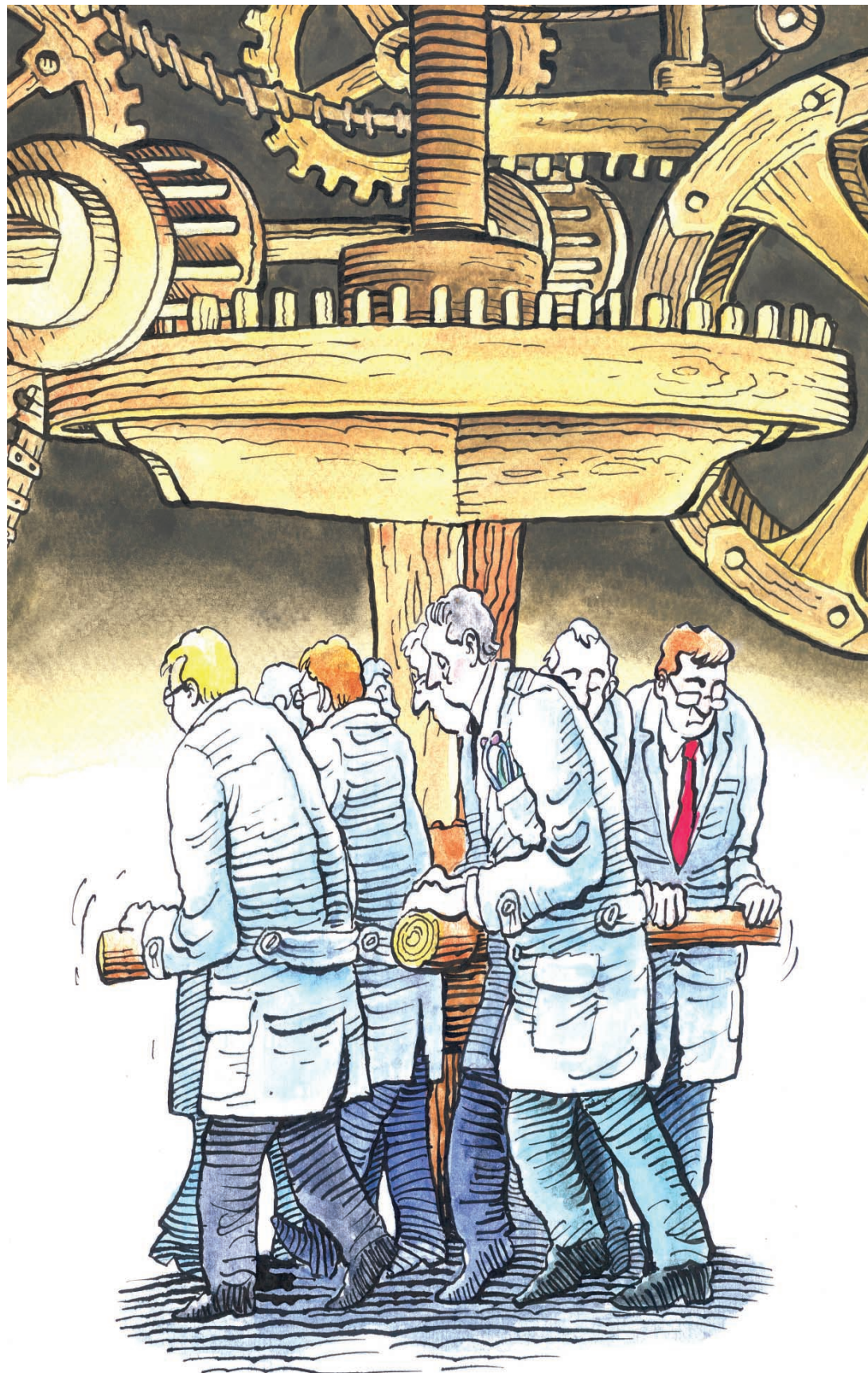
[str. 15]

Jednostko
Terenowa,
błogosław!!!

[str. 19]

Refundacje 2015

[str. 24]



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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

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

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej www.warszawa.oil.org.pl

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

Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków 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 Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

Zespół Radców Prawnych

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

mec. Paweł Jannasz; tel. 22-542-83-28

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

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Zbigniew Czernicki

kanc.: Bożena Dąbrowska; tel. 22-542-83-24; faks 22-542-83-23

Małgorzata Gorońska; tel. 22-542-83-22

Jolanta Dąbrowska; tel. 22-542-83-27

Okręgowy Sąd Lekarski

przewodniczący Roman Jasiński; tel. 22-542-83-21

kanc.: Ewa Mrazek, Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz

tel. 22-542-83-20

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

tel. 22-542-83-64

prac. biura: Julita Kiwatyniec; tel. 22-542-83-48

Okręgowa Komisja Wyborcza

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

kanc.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Dominika Siporska,
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

przewodniczący Aleksander Pieczyński

prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,
Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów

na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia

przewodniczący Rafał Paluszkiwicz

prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

prac. biura: Katarzyna Lisieska

tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna

przewodniczący Marek Czarkowski

prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała

tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentyków

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Rada Funduszu Samopomocy

przewodniczący Roman Olszewski

prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja Etyki Lekarskiej

przewodniczący Konstanty Radziwiłł

prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Komisja Legislacyjna

przewodniczący Aleksander Kotlicki; tel. 22-542-83-46

prac. biura: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja Współpracy z Zagranicą

przewodniczący Krzysztof Schreyer

prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Pośrednictwa Pracy

przewodniczący Andrzej Morliński

prac. biura: Izabella Ziółkowska-Hryciuk, Renata Sobolewska

tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Młodych Lekarzy

przewodniczący Filip Dąbrowski

prac. biura: Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki

prac. biura: Renata Sobolewska, Izabella Ziółkowska-Hryciuk

tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Emerytów i Rencistów

przewodniczący Włodzimierz Cerański

prac. biura: Elżbieta Szczepańczyk; tel. 22-542-83-33

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy

Bohdan Woronowicz; tel. 602-67-07-22

kanc.: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

Rzecznik Praw Lekarza

Andrzej Kuźawczyk

kanc.: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

Mediator

Krzysztof Bielecki; e-mail: prof.bielecki@gmail.com

kanc.: Maja Świerczewska-Chrzęszcz; tel. 22-542-83-08

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentyków

dyrektor Krzysztof Dziubiński

prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

ul. 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

Farex

SZCZEGÓLNIIE POLECANE DLA LEKARZY



NAJLEPSZY



WYBÓR

www.edatapolska.pl



Miesięcznik
Okręgowy
Leczy
Lekarskiej
w Warszawie
m.
prof. Jacek
Nielubowicz

puls

lutego 2015 nr 2

Marek Twardowski, wiceprezes Zarządu Porozumienia Zielonogórskiego – mówi o ustaleniach z ministrem zdrowia. [str. 6]

Lekarz nie może brać udziału w reklamach [str. 3]

Beata Małecka-Libera, sekretarz stanu w MZ [str. 4]

Ochrona dóbr osobistych [str. 15]

Jednostko Terenowa, błogosław!!! [str. 19]

Refundacje 2015 [str. 24]



Nr 2 (238) luty 2015

Na okładce:

wiceprezes Zarządu
Porozumienia Zielonogórskiego
Marek Twardowski
(fot. egw)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ Pacjenci od nas nie odeszli	6
▶ Trzy razy P: pakiet pełen pytań	8
▶ biuletyn ORL	12
▶ Ochrona dóbr osobistych	15
▶ Informatyzacja kontra ochrona danych osobowych	16
▶ składki samorządowe	18
▶ Jednostko Terenowa, błogosław!!!	19
▶ Holistyczne spojrzenie	20
▶ etyka	
▶ <i>Homo homini res sacra</i>	21
▶ Dobra sława	22
▶ refundacje leków	24
▶ stomatologia	
▶ Edukacja jest najważniejsza	27
▶ I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	28
▶ Depresja...	29
▶ XXIV Sesja Noblowska	31
▶ z Mazowsza	32
▶ Z Delegatury Radomskiej	33
▶ literatura i życie	37
▶ podróże – Maroko	38
▶ karty historii	41
▶ wspomnienia	43
▶ nowe przepisy prawne	45
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Walewski	4
▷ Balicki	10
▷ Karczewski	11
▷ Jankowska	34
▷ Kowal	35
▷ Müldner-Nieckowski	36
▷ SMS z Krakowa	36



Kupą, mości panowie...

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Alfred Hitchcock, mistrz suspensu, mawiał, że dobry film powinien zaczynać się od trzęsienia ziemi, a potem napięcie powinno narastać. Okazuje się, że nie tylko słynny reżyser to potrafił, czasami udaje się taki scenariusz zrealizować w życiu. Oto bowiem 29 grudnia, tuż przed końcem roku, minister Arłukowicz oznajmił, że nie osiągnięto porozumienia z najsilniejszą organizacją skupiającą lekarzy rodzinnych, tj. Porozumieniem Zielonogórskim. Oczywiście – zdaniem ministra – z winy PZ. Następnie w czasie codziennych konferencji prasowych minister wygłasza dramatyczne oświadczenia. Dochodzi do zamknięcia gabinetów lekarskich dla około 2,5 mln pacjentów, odbywa się konferencja prasowa przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego, Naczelnej Rady Lekarskiej i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, pada zapowiedź ogłoszenia protestu, a nawet strajku ogólnopolskiego.

Premier Ewa Kopacz oficjalnie milczy, napięcie rośnie. I nagle, jak w dobrym thrillerze, minister – łaskawca i dobrodziej dbający o swoje owieczki (czytaj: pacjentów) i chroniący trzódkę przed złymi wilkami (oczywiście lekarzami) – ogłasza, że ponieważ jest święto Trzech Króli i pacjenci chwilowo przestali być jego zdaniem zakładnikami lekarzy, zaprasza PZ na rozmowy. Finał jak z filmu – dobry minister osiąga sukces, a źli lekarze, myślący tylko o finansach zamiast o pacjencie, zagonieni zostają z powrotem do kieratu.

No i co? Hitchcock lepiej by nie wymyślił. Hitchcock nie, ale wymyśliła to pewnie jedna z firm pijarowskich albo obie, które za ciężkie pieniądze zatrudnia minister zdrowia. Pieniądze, których brakuje na leczenie np. chorych dzieci z wadami serca. Do niedawna za procedury wyspecjalistyczne (w tym skomplikowane operacje kardiochirurgiczne) płacił resort zdrowia. Ale wizerunek resortu, a zwłaszcza Bartosza Arłukowicza, jest ważniejszy niż leczenie chorych (bo, jak się okazuje, przeniesienie finansowania procedur wyspecjalistycznych do NFZ spowodowało znaczące ograniczenie ich dostępności).

Mieliśmy więc misternie zaprogramowaną akcję pod tytułem „Rząd i jego dzielny minister zdrowia pokonali złych lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego w trosce o dobro pacjenta”. Moim (i nie tylko moim) zdaniem to nie o dobro polskich pacjentów walczył Bartosz Arłukowicz z lekarzami, którzy po raz kolejny pokazali, że tylko w jedności siła, lecz o swoją przyszłość polityczną i stołek ministra. Tajemnicą poliszynela bowiem było, że jego pozycja była zagrożona, a kompletnie nieprzemyślana, źle przygotowana i wprowadzana reforma, pod powszechnie znaną nazwą „pakiet Arłukowicza”, stanowiła wystarczający powód do jego odwołania. Teraz, po osiągnięciu sukcesu w konflikcie z lekarzami rodzinnymi, Arłukowicz pewnie nie zostanie odwołany, bo któż odwołuje zwycięzców. Poza tym, szczęśliwie dla ministra, pojawił się inny poważny dla rządu problem – konflikt z górnkami po zapowiedzi likwidacji czterech nierentownych kopalń. Związki zawodowe zakwestionowały pomysły rządzącej koalicji i nie dopuściły do likwidacji. Sukces górników nie byłby możliwy, gdyby nie ich konsekwencja i wsparcie, jakie uzyskali od innych grup zawodowych.

Wydarzenia z przełomu roku były prawdopodobnie początkiem kolejnych problemów i konfliktów związanych z wprowadzaniem pakietu Arłukowicza. Kilka lat temu lekarzom udało się wygrać z rządem w walce o podwyżki wynagrodzeń dopiero wtedy, gdy w proteście wzięły udział wszystkie środowiska medyczne. „Kupą, mości panowie!” – wołał Onufry Zagłoba. ■

Lekarz nie może brać udziału w reklamach



Fot. egw

**Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Czernicki,
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**

Pragnę przypomnieć Koleżankom i Kolegom Lekarzom i Lekarzom Dentystom, że zgodnie z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej nie powinni brać udziału w żadnych promocjach i reklamach. Przy czym „nie powinni” oznacza w tym przypadku – nie mogą.

Mówię nie tylko o reklamowaniu leków, ale także np. samochodów, operatorów telefonii cyfrowej, sprzętów, biur podróży itp.

Lekarz może oczywiście informować pacjentów o lekach tańszych i oferowanych w promocji, ale tylko wtedy, gdy informacje takie pozwolą mu osiągnąć cel leczniczy. Zaangażowanie w jakiegokolwiek akcje promocyjne leków podważa zaufanie pacjenta do lekarza i narusza godność naszego zawodu.

Zdarza się jednak, że nasi lekarze uczestniczą w reklamach, często dlatego, że nie wiedzą, że tego nie wolno im robić. Niestety, nie są chyba zorientowani, co im wolno. Nie znają też być może Kodeksu Etyki Lekarskiej, który przecież wprost mówi, że lekarz nie może reklamować nie tylko wyników swojej pracy i że nie powinien wyrażać zgody na używanie swojego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

Lekarz musi dbać o wizerunek. Nie powinien się włączać w żadne akcje, które mogą podważać jego autorytet w środowisku i wśród pacjentów. Wiele pokoleń lekarzy pracowało na dobrą opinię o tym środowisku.

Dlaczego lekarze występują w reklamach? Sądzę, że – po pierwsze – ulegają presji bardzo aktywnych firm farmaceutycznych i przedsiębiorstw produkujących wszelkiego

rodzaju parafarmaceutyki lub inne dobra. Po drugie, powodem są po prostu pieniądze, które można otrzymać za udział w reklamie. Takie działania zmuszają niestety Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do działania, bowiem jest to ewidentnie przewinienie zawodowe. Często jednak wystarcza rozmowa wyjaśniająca, by lekarz zrezygnował z takich działań i nie podejmował ich w przyszłości. Rzadko, ale jednak zdarza się, że Rzecznik musi takie sprawy kierować do Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Apeluję do Koleżanek i Kolegów, by pamiętali o przepisach Kodeksu Etyki Lekarskiej, a w razie jakiegokolwiek wątpliwości zwracali się do nas, do Okręgowej Izby Lekarskiej, do Okręgowego Rzecznika. Pozwoli to uniknąć nieprzyjemności.

Przypominam przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej mające zastosowanie w tych sprawach:

Art. 1.

3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Art. 63.

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

2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych. ■

Notowała egw

Decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w grudniu 2014 r. powołano nowe kolegium redakcyjne naszego miesięcznika.

W jego skład weszli:

Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek, Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Konstanty Radziwiłł, Julian Wróbel.

Redakcja Biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls”

składa serdeczne podziękowania dotychczasowym członkom kolegium:

Stanisławowi Ancyparowiczowi, Włodzimierzowi Cerańskiemu, Zbigniewowi Czernickiemu, Januszowi Garlickiemu, Wiesławowi Jędrzejczakowi, Tadeuszowi Kalbarczykowi, Jerzemu Kruszewskiemu, Ryszardowi Majkowskemu, Stanisławowi Niemczykowi, Grażynie Pacosze, Elżbiecie Rusieckiej-Kuczałek, Danucie Samolczyk-Wanyurze, Mieczysławowi Szatankowi, Tadeuszowi Tołoczce oraz Andrzejowi Włodarczykowi, podkreślając ich zaangażowanie w tworzeniu kolejnych wydań „Pulsu”, integrację środowiska lekarskiego Mazowsza oraz wkład, jaki wnieśli w misję informacyjną skierowaną do członków naszej Izby.

Szczególnie pamiętamy o współpracy z tymi członkami kolegium redakcyjnego, których nie ma już wśród nas.

Byli to: Wojciech Maria Kuś, Wojciech Rowiński oraz Maria Wierzbicka.



Fot. G. Press

Chwila prawdy

Paweł Walewski

Początek roku upłynął pod znakiem pytań o sens wprowadzenia pakietu onkologicznego, czyli sztandarowego pomysłu Bartosza Arłukowicza. W tym miejscu mała dygresja: czy to faktycznie pomysł ministra? Dziś już nikt nie pamięta, że dwa lata temu lekarze skupieni w Polskim Towarzystwie Onkologicznym rozpoczęli prace nad Cancer Planem, których plon Bartosz Arłukowicz twórczo rozwinął w swoim rządowym programie. A właściwie zwinął, gdyż podstawowe założenia strategii walki z rakiem zostały okrojone i zawężone do dwóch punktów: wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej i dowartościowania Centrum Onkologii z jego ośrodkami regionalnymi.

Jak bardzo wzmocniona poczuła się podstawowa opieka zdrowotna, wszyscy mogliśmy zobaczyć 6 stycznia, kiedy dziedzicem Ministerstwa Zdrowia dumnie kroczyli – niby trzej królowie – przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego na negocjacje ostatniej szansy. Po kilkunastu godzinach ogłoszono porozumienie, które nie jest nawet paktem o nieagresji, bo nikt nie wie, jak realizacja założeń pakietu onkologicznego będzie wyglądała w praktyce. Nikt nie potrafi tego przewidzieć nawet w kierownictwie resortu, co zrozumiałe, gdyż żadna analiza na podstawie jakiegoś pilotażu nie została przeprowadzona. Zresztą nie wiem, czy akurat pilotaż zdałby egzamin, gdyby na wieść, że na Mazowszu rozdają Zielone Karty, zjechały do Warszawy rzesze pacjentów gotowych wejść bocznymi drzwiami do systemu i skorzystać z nielimitowanych świadczeń.

Minister zdrowia, wprowadzając swój pakiet onkologiczny 1 stycznia, postąpił tak, jakbyśmy mieli za nim skoczyć do basenu na główkę. A to przecież zupełnie inna konkurencja, czeka nas długi dystans, więc zupełnie inne pre-dyspozycje są potrzebne. Konfrontacyjne napięcie między mi-nistrem a środowiskami medycznymi źle wróży na przyszłość. Po raz kolejny trzeba przypomnieć, że ochrona zdrowia to system naczyń połączonych i nie można reformować jej wycinkowo, nie pamiętając o całości. Każda reforma powodująca wyłom w systemie i buntująca lekarzy tej czy innej specjalności ostatecznie obraca się przeciwko pacjentom, bo zamiast poprawy ich warunków leczenia powstaje trudny do posprzątania bałagan. Minister zdrowia odchodzi, ale na rozgrzebanym pobojuwisku ktoś leczyć się musi. Oby ten scenariusz nie urzeczywistnił się przy okazji pakietu onkologicznego, bo choroby nowotworowe to szczególnie wrażliwa dziedzina. Dyskomfort lekarzy obciążonych nowymi obowiązkami jest spory, ale jaki w takim razie jest dyskomfort pacjentów? Zdyktansować się od raka przecież nie można, tak jak nie da się zamknąć przed nim drzwi i powiedzieć „strajk”. Niestety, są tacy, którzy na tym raku chcieliby koniecznie zarobić. Tylko kto ostatecznie wystawi rachunek? ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Nowo powołana sekretarz Zdrowia, pełnomocnik rządu o zdrowiu publicznym

Beata Małeck

Doktor nauk medycznych, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Ma specjalizacje z dziedziny laryngologii i zdrowia publicznego. Od 1996 r. przez sześć lat była zastępcą dyrektora ds. leczenia, a następnie dyrektor naczelną. W latach 1994–1998 radna Dąbrowy Górniczej. Od 2005 r. jest posłanką na Sejm RP z ramienia PO. Od 2007 r. wiceprzewodnicząca Komisji Zdrowia, a od 2012 – przewodnicząca Podkomisji Stałej do spraw Zdrowia Publicznego. 7 stycznia 2015 r. została powołana na stanowisko sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, jako pełnomocnik rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym.

Zgodnie z Zarządzeniem ministra zdrowia z 14 stycznia 2015 r. w sprawie zakresu czynności sekretarza stanu oraz podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia (Dz.Urz. MZ z 2015 r., poz. 2), inicjuje, koordynuje i nadzoruje wykonywanie zadań przez Departament Pielęgniarek i Położnych oraz Departament Zdrowia Publicznego. Nadzoruje działalność jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych

Beata Małeck-Libera powiedziała:

Takie zadanie wyznaczyła mi pani premier

Czy na dobre rozpoczęła już Pani pracę w Ministerstwie Zdrowia? Czy już się Pani w nim zdomowiała?

Rozpoczęłam pracę 7 stycznia. Kilka dni pracy już za mną. Czy się zdomowiałam? To chyba za duże słowa. Zagłębiałam się w tematykę, bo zdrowie publiczne to ogromny i szeroki temat. Wyzwanie, które postawiła przede mną pani premier, jest olbrzymie. Dotyczy nie tylko działań w obrębie Ministerstwa Zdrowia, ale także wymaga koordynacji i współpracy z innymi resortami. To jest dodatkowe wyzwanie. Pracę rozpoczął już specjalny zespół roboczy. Wraz z ekspertami będziemy przygotowywać projekt ustawy o zdrowiu publicznym, ale także harmonogram prac. Oczekiwania pani premier i moje także są takie, żeby w szybkim tempie przedstawić projekt ustawy, do uzgodnień i skierować go do Sejmu jako projekt rządowy. Wiem, że wszystkie osoby, które do tej pory pracowały nad dużymi projektami, a teraz nad tym są dobrze przygotowane do tego zadania, ponieważ dyskusje na temat tego, jak ta ustawa miałyby wyglądać trwały wiele miesięcy a nawet lat. Myślę, że prace te pójdą nam sprawnie i że szybko będziemy mogli przedstawić ten projekt.

stanu w Ministerstwie du ds. projektu ustawy

a-Libera

przez Ministerstwo Zdrowia, tj.: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza w Warszawie, Domu Pracownika Służby Zdrowia w Warszawie, Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie, Krajowego Centrum do spraw AIDS w Warszawie, Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia w Łodzi, Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku, Ośrodka Readaptacyjno-Rehabilitacyjnego w Karczewie, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie, Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach, Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu oraz Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim.

Źródło: www.mz.gov.pl



Fot. egw

Czy ta ustawa to Pani kluczowy projekt?

Tak. Takie zadanie wyznaczyła mi pani premier.

Czy ma już Pani pomysły na ustawę, jak ona ma wyglądać?

Oczywiście pomysły mamy. Nie tylko ja, wiele innych osób, które pracowały nad wcześniejszymi tematami związanymi ze zdrowiem publicznym. Wiemy, jaki kształt ma mieć ta. Niektóre kwestie wymagają większej uwagi i dyskusji, ale wiemy w którym kierunku chcemy podążać.

(...)

Czy można, rzeczywiście, trzymać Panią za słowo, że ta ustawa do końca kadencji powstanie?

Tak, to moje zadanie i zrobię wszystko, by zostało zrealizowane.

Źródło: Medexpress, Alicja Dusza, 5.01.2015

Potrzebujemy bardzo konsekwentnej polityki zdrowotnej

Powiedziała pani podczas debaty „Priorytety 2015”, że ma swoją wizję systemu, jaka ona jest?

Dla mnie ochrona zdrowia jest tematem bardzo szerokim, w którym to mieści się opieka zdrowotna i wszystko to, co jest związane, co wpływa na naszą kondycję, aktywność

i wreszcie na zdrowie. Natomiast obszar zdrowia publicznego, to nie tylko polityka zdrowotna, ale również jest to obszar środowiska, edukacji, aktywności fizycznej. Dlatego ważny jest narodowy program ochrony zdrowia, bo jest on zapisem strategii, priorytetów, które powinny być wytyczone dla państwa i które pokazują, w których obszarach powinniśmy zdecydowanie budować strategię zdrowotną, bo jest to największe wyzwanie dla społeczeństwa. Jeżeli będziemy konsekwentnie takie programy realizować przez wiele lat, bo w przeciągu roku, czy dwu lat niewiele się zmieni, to wtedy dopiero ten efekt zdrowotny dopiero pokaże rzeczywiste skutki dopiero po wielu latach. Potrzebujemy bardzo konsekwentnej polityki zdrowotnej.

A kim w takim razie jest pacjent, ten, powiedzmy uczestnik systemu – czy to ktoś już chory, czy każdy z nas, który może znaleźć się pod opieką medyczną?

Jestem lekarzem i dla mnie pacjent, to osoba, która wymaga wsparcia lekarskiego, ma jakieś objawy chorobowe, wymaga profilaktyki, a więc konkretnych działań. Natomiast ten, który w ogóle nie choruje, jest zdrowy, a aktywnie pracuje, to nie chciałabym go nazywać pacjentem. Natomiast jeżeli mówimy o systemie ochrony zdrowia, czyli bardzo szerokim pojęciu, to wtedy mówimy dopiero o nas wszystkich, bo wtedy mówimy o profilaktyce, promocji, zapobieganiu. I to jest możliwe wtedy, gdy w tych wszystkich pracach aktywnie działa społeczeństwo. ■

Źródło: Menedżer Zdrowia, portal MZ-Top 10, JM|18.01.2015

Oprac. egw



Marek Twardowski,
wiceprezes Zarządu Porozumienia Zielonogórskiego,
członek zespołu negocjacyjnego
prowadzącego rozmowy w Ministerstwie Zdrowia
6–7.01.2015 r.

Pacjenci od nas nie odeszli

7 stycznia zakończył się protest Porozumienia Zielonogórskiego. Po kilkunastogodzinnych negocjacjach z ministrem zdrowia zostało zawarte porozumienie. Co udało się uzyskać z listy państwa postulatów?

Mieliśmy ich kilkanaście. Nie zgadzaliśmy się na zapisy z zarządzenia prezesa NFZ z 17 grudnia 2014 r. Udało się nam uzgodnić, że zawarte umowy nie mogą być jednostronnie zmieniane przez NFZ. Nie mogliśmy zaakceptować, że lekarza zobowiązuje się do pracy od godziny 8 do 18, od poniedziałku do piątku. Lekarzy, którzy pracują na umowę o pracę, obowiązuje czas 7 godzin 35 minut. Wynegocjowaliśmy zapis, że lekarz pracuje między 8 a 18. Sam też ustala harmonogram przyjęć, gdyż najlepiej zna potrzeby i oczekiwania swoich pacjentów. Taki grafik przekazuje NFZ, który nie ma prawa go zmienić. Rozmawialiśmy oczywiście o stawce kapitałowej lekarzy. Podnieśliśmy ją z 136,80 do 140,04 (obowiązuje od 1 stycznia 2015 r.). Dla lekarza, który przekaże sprawozdanie o badaniach, wzrośnie ona od sierpnia do 142,08, a dla tych, którzy robią ich dużo, mają chorą populację, do 144 zł od października. To nasz naprawdę duży sukces, gdyż przekroczenie 138 zł będzie satysfakcjonujące. Rozmawialiśmy też o stawce kapitałowej pielęgniarek i położnych. Nie chcieliśmy naruszać autonomii Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, ale w naszych przychodniach pracują pielęgniarki poz. W związku z planami NFZ wykreślenia pacjentów nieaktywnych z systemu eWUŚ (dotyczy to około 10–12 proc. zapisanych na listach) zaproponowane podwyżki stawek dla pielęgniarek i położnych

nie pokryją strat. Wynegocjowaliśmy, że stawki pielęgniarek wzrosną od 1.01.2016 r. ze względu na wykonywanie nowych obowiązków ustawowych. Zwracaliśmy też uwagę na nieaktywnych, „świecących na czerwono” pacjentów na listach eWUŚ. Na razie złożone oświadczenia takich osób będą ważne przez trzy okresy rozliczeniowe. Wyeliminowaliśmy też konieczność corocznego potwierdzania w NFZ informacji o rachunku bankowym. To sprawa małej wagi, ale uciążliwa. Ustaliliśmy, że umowy będą aneksowane od 1.01.2015 r., a deklaracje zachowają ważność, mimo kilkudniowej przerwy w udzielaniu usług. Rozmawialiśmy też o pakiecie onkologicznym i licznych zastrzeżeniach. Minister zgodził się na powołanie zespołu (z naszym i innych podmiotów udziałem), który dokona po pierwszym półroczu oceny funkcjonowania pakietu. Już teraz lista zastrzeżeń jest długa. Zapisaliśmy również punkt o ustawowym powołaniu w każdym powiecie koronera do spraw nieokreślonych zgonów. Taka instytucja funkcjonuje z powodzeniem w wielu krajach unijnych.

Jakie postulaty przepadły i czego nie udało się uzyskać? Czy Porozumienie Zielonogórskie było przygotowane na kontynuację protestu w razie fiaska negocjacji?

Na 7 stycznia było zaplanowane wystąpienie premier Ewy Kopacz podsumowujące 100 dni pracy rządu. Widzieliśmy, że problem musi być przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązany szybko, inaczej zapewne dalsze rozmowy prowadzilibyśmy z innym ministrem. Ale tak, byliśmy gotowi protest kontynuować, gdyby nie udało się dojść do porozumienia. W noc negocjacji

do Warszawy jechało już 1600 lekarzy z sąsiednich województw. Zamierzali spotkać się z premierem Kopacz. Na szczęście nie było to konieczne. Natomiast nie porozumieliśmy się w kwestii dobrowolności umów wieloletnich w poz. Minister nie chciał tu niczego zmieniać. Na razie mamy umowy do końca 2015 r. Jeżeli ich nie aneksujemy, może być problem. Ale przed nami rok wyborczy, rozmowy będą zapewne z kim innym. Mam jednak nadzieję, że taka sytuacja się nie powtórzy, żeby gabinety były nieczynne. Naszym oponentom nie udało się zniszczyć reprezentacji lekarzy rodzinnych, która będzie obserwować i punktować to, co dzieje się w ochronie zdrowia, niezależnie od tego, kto rządzi. Wszystkie organizacje lekarskie nam kibicowały, poparł nas też samorząd lekarski. Również pacjenci, mimo apeli ministra Artukowicza, od nas nie odeszli.

Jednak większość lekarzy, około 85 proc., otworzyło z początkiem stycznia gabinety. Czy porozumienie z 7 stycznia obejmuje także tych, którzy umowy podpisali wcześniej, na innych warunkach, w oparciu o porozumienie wynegocjowane przez Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia z Wielkopolski i zarządzenie prezesa NFZ z 17 grudnia 2014 r.?

1187 mln zł to kwota zarezerwowana na podstawową opiekę zdrowotną. 87 mln zł przeznaczono na generowanie kart DiLO (diagnostyki i leczenia onkologicznego). To w pozostałych 1100 mln zł nasi eksperci znaleźli dodatkowe środki, które w grudniowych umowach nie zostały uwzględnione. I to z tej kwoty uzyskaliśmy stawkę kapitacyjną 140,04 zł. Podczas negocjacji zażądaliśmy, aby projekt nowego zarządzenia NFZ (z 7.01) był dołączony do porozumienia. Tak też się stało. Na ministerialne wątpliwości, co z tymi, którzy już umowy podpisali i pracują według wcześniejszych zasad, odpowiedziałem przekornie, że może trzeba dać ludziom wolność wyboru. Jeżeli są zadowoleni, to niech tak pozostanie. Minister przyznał, że obowiązywać będzie zarządzenie, które wynegocjowaliśmy. Ale może warto zapytać, czy lekarze rodzinni w Polsce, także ci, których gabinety były czynne od początku stycznia, wolą pracować w oparciu o zarządzenie z 17 grudnia czy z 7 stycznia? Czy tych pierwszych znajdzie się dwóch, pięciu, a może stu? Jestem pewien, że 100 proc. akceptuje rozwiązania wynegocjowane przez Porozumienie Zielonogórskie, bo są po prostu korzystne.

PS Na pytanie, czy część ustaleń z negocjacji między ministrem zdrowia a Porozumieniem Zielonogórskim pozostała niejawną, Marek Twardowski odpowiedział: „Nie potwierdzam i nie zaprzeczam”. ■

Rozmawiała **Anetta Chęcińska**



Wojciech Pacholicki,
prezes Zarządu
Mazowieckiego Porozumienia
Pracodawców Ochrony Zdrowia,
wiceprezes FZPOZ
Porozumienie Zielonogórskie,

o sytuacji na Mazowszu podczas protestu lekarzy rodzinnych i wynikach negocjacji z ministrem zdrowia:

Na przełomie roku w podstawowej opiece zdrowotnej mieliśmy na Mazowszu zatrudnionych około 500 lekarzy. Nie pracowało około 120 przychodni z terenu dawnych województw ostrołęckiego, radomskiego i siedleckiego oraz kilka w powiecie płońskim. Sytuacja była trudna. Pacjenci z powodu uporu ministra nie mogli dostać się do swojego lekarza. Łatwiej było w dużych miastach, gdzie istnieją poradnie niezrzeszone, szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć, a trudniej w gminach, gdzie przychodnia bez umowy była jedynym miejscem udzielania świadczeń. Porozumienie podpisane 7 stycznia pozwala nam bezpiecznie pracować w roku 2015. Zagwarantowane zostały najważniejsze kwestie, takie jak: trwałość deklaracji wyboru, czas pracy poradni, harmonogramy pracy personelu i mechanizmy kontroli prowadzonych przez NFZ. Uzgodniono, że monitorowane będą sprawy związane z pakietem onkologicznym i kolejkowym. Najbliższe miesiące pokażą, czy i jak należy korygować te projekty. Będziemy się temu uważnie przyglądać. ■

ach

Stanowisko Prezydium ORL w Warszawie z 7 stycznia 2015 r. w sprawie pakietu onkologicznego

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z zadowoleniem przyjmuje do wiadomości informację o podpisaniu porozumienia między ministrem zdrowia a Porozumieniem Zielonogórskim, a w konsekwencji rozpoczęcia normalnego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Prezydium informuje, że popierało i nadal popiera działania i postulaty lekarzy POZ, i stwierdza, że porozumienie było możliwe dzięki dobrej woli negocjatorów ze strony lekarskiej.

Jednocześnie Prezydium negatywnie ocenia prowadzoną przez ubiegły tydzień przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia kampanię dezinformacji, nacisków administracyjnych, politycznych i finansowych, mającą na celu zmanipulowanie opinii publicznej przeciwko lekarzom, którzy nie podpisali umów z NFZ. Jeszcze bardziej zdumiewa fakt kontynuowania przez ministra zdrowia napaści medialnych na lekarzy po podpisaniu porozumienia.

Prezydium podkreśla, że samorząd lekarski od początku krytykował rozwiązania i sposób konsultacji przepisów tzw. pakietu onkologicznego. Pakiet ten, wprowadzany w pośpiechu i bez zapewnienia odpowiednich środków, mimo licznych krytycznych uwag ekspertów i środowisk lekarskich, może doprowadzić do jeszcze większej destabilizacji i chaosu w ochronie zdrowia, a także spowodować pogorszenie dostępu do opieki zdrowotnej pacjentów nieonkologicznych. Jednocześnie Prezydium po raz kolejny stwierdza, że utrzymywanie nakładów na ochronę zdrowia na poziomie najniższym w Unii Europejskiej uniemożliwia poprawę jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych. Prezydium deklaruje wolę udziału w debacie na temat poszukiwania najlepszych rozwiązań w ochronie zdrowia.

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

**Pakiet jest pełen dziur.
Na swój użytek mogą je wykorzystać
pacjenci. Niestety, nie tylko oni.**

Z prawnego punktu widzenia mamy pakiet regulacji dotyczących realizacji koncepcji usprawnienia diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce – uchwalone zmiany ustaw, wdrożone rozporządzenia i opublikowane zarządzenia prezesa NFZ. Wszystko powinno być jasne. Niestety, nie jest. Dobre prawo to oczywisty, jednoznaczny przekaz w sprawie norm postępowania. Powinno jasno określać uprawnienia i obowiązki, nie rodząc pytań, nie mając dziur i nie budząc wątpliwości. Ale pakiet onkologiczny uchwalany był w pośpiechu, są w nim nedoróbki. Co może wykorzystać dla siebie pacjent, a co płatnik?

wstępnej i/lub pogłębionej w AOS, czy też jest wydłużony o czas pobytu pacjenta na oddziale? Czy jeśli konieczne jest rozliczenie diagnostyki szpitalnej poza pakietem onkologicznym, dopuszcza się przesunięcie pieniędzy z pakietu onkologicznego na zakres podstawowy z powodu niewłaściwego rozdziału funduszy na oba zakresy przez NFZ? Problemy i pytania rodzą się na każdym etapie. Wiadomo, że diagnostyka, mimo dołożenia wszelkich starań, może być czasem niemiarodajna. Jak postępować, a w szczególności rozliczać pacjenta z zachowaniem terminów określonych w ustawie i zarządzeniach prezesa NFZ, gdy badanie, np. biopsję, należy powtórzyć? Biorąc pod uwagę, że pobrany materiał podlega obróbce kilka tygodni (badanie histopatologiczne), nie jesteśmy w stanie ustalić rozpoznania.

Trzy razy P: pakiet pełen pytań

Rafał Janiszewski

Leczenie podstawowe vs. skojarzone

Najważniejszą kwestią, w kontekście rozdzielania pieniędzy w umowie na leczenie szpitalne – oddziały, jest odpowiedź na pytanie, kiedy świadczenia na rzecz pacjenta onkologicznego wykonywane są w trybie zakresu podstawowego umowy (hospitalizacja), a kiedy zaliczamy je do zakresu skojarzonego (pakiet onkologiczny). Nie jest jasne, w jaki sposób należy rozliczyć leczenie chorego, dla którego najlepszą opisaną w standardach postępowania terapią jest radykalne wycięcie zmiany (która dopiero po zabiegu jest poddawana badaniu histopatologicznemu w celu określenia jej charakteru). Takie same wątpliwości pojawiają się, gdy konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki w warunkach szpitalnych, z uwagi na interwencyjność zabiegów (np. torakochirurgia czy urologia) lub długość diagnostyki (np. ciągłe badania wykonywane przez całą dobę). Mówimy tutaj przede wszystkim o zabiegach diagnostycznych możliwych do przeprowadzenia wyłącznie w warunkach szpitalnych (np. u pacjentów z guzami płuca i opłucnej, wymagających odpowiednio: torakotomii, wideotorakoskopii – VATS, EBUS, mediastinoskopii, mediastinoskopii, biopsji transtorakalnej lub bronchofibroskopii). Co ważne, bez ich wykonania nie ma możliwości zamknięcia etapu diagnostyki wstępnej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (KDiLO).

Pytań więcej niż odpowiedzi

Czy w trybie szybkiej ścieżki (pieniędzy wydzielonych na realizację pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym) możliwe jest przeprowadzenie i rozliczenie hospitalizacji diagnostycznej lub diagnostyczno-leczniczej, o której mowa wyżej? Czy mimo pobytu pacjenta w szpitalu nadal niezależnie mierzony jest czas na wykonanie diagnostyki

Zanim zbierze się konsylium

Podobny problem z ustaleniem dalszego postępowania pojawia się, gdy zebrany materiał diagnostyczny nie jest dla konsylium wystarczający do podjęcia decyzji o planie leczenia. Trzeba przy tym pamiętać, że o ile chory ma postawioną diagnozę, o tyle z jednej strony ma prawo oczekiwać szybkiego podjęcia leczenia, a z drugiej leczenie nie jest możliwe bez ustalenia jego przebiegu. Jak to się zatem będzie miało do obowiązku rozpoczęcia leczenia w ciągu 14 dni?

Niejednokrotnie konsylium może uznać, że w danym momencie pacjent wymaga obserwacji. Czy wówczas zamkamy kartę pacjenta onkologicznego? Kwestia obserwacji chorego jest również wątpliwa (w ramach pakietu) po zakończeniu realizacji planu leczenia. Jeśli bowiem zawarta jest w nim ścieżka terapeutyczna i np. kończy się ona chemioterapią, chory najczęściej później wymaga systematycznej obserwacji. Wydaje się, że po zakończeniu leczenia (zrealizowaniu planu określonego przez konsylium) karta pacjenta onkologicznego jest zamykana, a pacjent zostaje skierowany np. do lekarza POZ w celu monitorowania. Czy jednak w przypadku wznowy lekarz ten ponownie wystawia kartę na to samo zachorowanie (przecież, zgodnie ze standardem, chorego uznajemy za wyleczonego dopiero po pięciu latach od zakończenia leczenia)? Kiedy, zgodnie z pakietem onkologicznym, kończy się leczenie onkologiczne? Czy leczenie schorzeń będących następstwem leczenia onkologicznego realizuje się nadal w ramach pakietu? Jeśli tak, będziemy mieli przez lata pacjentów, którym należy zapewnić nie tylko szybki dostęp do świadczeń, lecz także ich bezlimitowe finansowanie.

Pytanie o prawa ozdowieńców

Już dzisiaj spotykam się z pytaniami lekarzy, czy chorzy, u których rozpoznano chorobę nowotworową przed 1 stycznia 2015 r., a którzy obecnie są poddani hormonoterapii, powinni być objęci regulacjami pakietu i czy należy im wystawiać karty pacjenta onkologicznego? W zasadzie tak powinno być, wszak jest to leczenie nowotworu. W ostatecznym zarządzeniu prezesa NFZ specjalnym finansowaniem objęto pacjentów tzw. pierwszorazowych. Przepis wskazuje, że są to chorzy, którzy nie korzystali ze świadczeń w tym zakresie w ciągu poprzedzających 730 dni. O ile jestem w stanie to określić u swoich pacjentów, o tyle nie wiem (przynajmniej nie zawsze wiem), czy nie korzystali ze świadczeń u innych. Jak mam to sprawdzić? Przecież nie zawsze wskazuje na to wywiad, a nie każdy pacjent posiada stosowną, potwierdzającą to dokumentację. Wątpliwości rodzą się również w związku z pracą wielodyscyplinarnych zespołów (konsyliów). Wprawdzie NFZ przedstawił dodatkowe harmonogramy pracy członków konsyliów, ale nadal nie jest jasne, czy czas posiedzeń będzie odliczany od zasadniczego czasu pracy lekarzy w harmonogramach komórek, w których są wykazani do NFZ. Jeśli tak, to udział w posiedzeniach będzie zmniejszał zasoby do realizacji świadczeń zasadniczych. Do tej pory w wielu ośrodkach odbywały się takie konsylia, a czas poświęcony na uzgodnienie planów leczenia pacjentów nie był w konflikcie z zasadniczą pracą terapeutów.

A skoro już o planach leczenia...

Listy oczekujących

Sporo wątpliwości budzą zapisy dotyczące prowadzenia list oczekujących. Brak nowelizacji rozporządzenia dotyczącego kolejek sprawi, że będziemy mieli spore zamieszanie. Z jednej strony regułą jest, że świadczenia są udzielane zgodnie z kolejnością zgłaszania się pacjentów, z drugiej zaś mamy obowiązek udzielenia świadczenia (w przypadku pacjenta z kartą) w ciągu 14 dni od daty zapisania na listę. Może się zatem zdarzyć, że chorzy będą uzyskiwali świadczenie w innej kolejności, niż zostali zapisani na listę, aby zachować czas oczekiwania. To konsekwencja różnego czasu uzyskania wyników badań. Trzeba też zauważyć, że obecnie u świadczeniodawcy jest prowadzona lista oczekujących, na której znajduje się wiele osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej, tyle że nie mają one wystawionej karty pacjenta onkologicznego. Ich czas oczekiwania będzie się wydłużał o ten, w którym zostaną obsłużeni chorzy pojawiający się z kartą. U świadczeniodawcy tworzą się zatem dwie kolejki, przy czym jedna (onkologiczna) już z założenia mniej liczy się z zasadą kolejności zgłoszeń, bowiem ma wymuszony termin 14 dni. W tej sytuacji oczekujący na świadczenia to:

- chorzy bez karty pacjenta onkologicznego (może nawet z chorobą nowotworową),
- chorzy z kartą pacjenta onkologicznego (ci z podejrzeniem i ci zdiagnozowani przed 1 stycznia 2015 r.),
- chorzy z planem leczenia, czyli kontynuujący leczenie (często od lat), niewymagający skierowania i mający ściśle określone terminy.



Rys. K. Rosiecki

Do tego należy dodać pacjentów z nagłymi zachorowaniami. Wszyscy oni mają uzyskać świadczenia z tych samych zasobów. Chory oczekujący np. na rezonans magnetyczny czy zabieg chirurgiczny w zależności od rodzaju dokumentu, jakim się może wylegitymować (karta, skierowanie, historia choroby z planem leczenia), albo otrzyma pomoc wcześniej, albo nie.

Mogę zatem postawić tezę, że nie stan kliniczny, nie rodzaj schorzenia, ale miejsce w systemie, regulowane przepisami, będzie decydować o tym, jak szybko pacjent otrzyma leczenie. Nie oceniam słuszności takiego stanu rzeczy, jedynie





Marek Balicki

Agnieszka Pachciarz stwierdziła w jednym z wywiadów, że to lekarze, a nie pacjenci zyskali na rozwiązaniach, które wywalczyło Porozumienie Zielonogórskie. Według byłej prezes NFZ lekarze pod-

stawowej opieki zdrowotnej dostaną dużo więcej pieniędzy, a nie będą zmotywowani do lepszej opieki nad pacjentami. Z planu finansowego NFZ na 2015 r. – po ostatniej zmianie z 16 stycznia br. – wynika, że kwota przeznaczona na POZ wynosi obecnie 8 mld 211 mln zł i jest wyższa od ubiegłorocznej o prawie 430 mln zł, tj. o około 5,5 proc. W sumie całkiem sporo. Czy kwota ta wystarczy jedynie na pokrycie kosztów zwiększonych zadań, czy też będzie je znacząco przewyższać, trudno dzisiaj ocenić. Zapewne różnie to się będzie przedstawiało w poszczególnych praktykach lekarskich, ponieważ zasady rozliczeń zmieniają się dość istotnie. Potwierdza to reportaż zamieszczony w jednym z czołowych tygodników opinii. Czy i kto na tym skorzysta, pokażą najbliższe miesiące.

Cena, jaką lekarze zamykający gabinety zapłacili swoim publicznym wizerunkiem za ten ewentualny sukces, była jednak wysoka. Dość zręcznie wykorzystywał to minister Arłukowicz, starając się przedstawić ich opinii publicznej jako bezdusznych biznesmenów, dla których wyższy dochód jest ważniejszy od dobra pacjenta. Ministrowi wtórowali etycy, którzy mówili, że jeśli lekarze mieli nawet 100 proc. racji, nie upoważniało ich to do zamykania przychodni. Można dodać: zwłaszcza w nagłych zachorowaniach, w przypadku których istnieje podstawa prawa do wystawienia rachunku przez placówkę, która nie ma podpisanego kontraktu z NFZ.

Lekarze Porozumienia Zielonogórskiego bronili się, wskazując, że to właśnie system sprowadził ich do roli przedsiębiorców. Dla opinii publicznej było to jednak mało przekonujące. Zabrakło przypomnienia kilku faktów. Mam na myśli nie tylko wypowiedzi różnych polityków z ostatnich lat, w których dobrym menedżerem był ten, którego placówka przynosi zysk, ale przede wszystkim zapisy ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. Mało kto pamięta, a już na pewno nie opinia publiczna, o wprowadzonej wówczas zasadzie, że działalność lecznicza to działalność gospodarcza. A w działalności gospodarczej chodzi przecież o zysk. Ostatni konflikt pokazał, że publiczna dyskusja w tej sprawie jest bardzo potrzebna i że od lekarzy rodzinnych nie można oczekiwać jedynie roli „przedsiębiorczych świadczeniodawców produkujących usługi medyczne”. Przede wszystkim mają oni być wspieranymi przez państwo lekarzami – specjalistami od zdrowia osób, rodzin i lokalnych społeczności.

Konflikt przypominał, że POZ pełni kluczową rolę w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia, a jej zadania mają charakter publiczny, że niezbędne jest tu zaufanie, dialog i stabilizacja. To wszystko wskazuje na zasadność całościowego uregulowania jej funkcjonowania w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej. Rozpoczęcie prac nad projektem takiej ustawy można by uznać za sukces i zapoczątkowanie trudnego procesu naprawy POZ. ■

Trzy razy P: pakiet pełen pytań

wskazują niesłyszana wagę karty pacjenta onkologicznego. Świadomość tej ogromnej zmiany powinna skłonić do szczególnej troski w samej prawnej konstrukcji tego dokumentu oraz precyzyjnego umieszczenia go w całości systemu. Precyzyjnego i niebudzącego wątpliwości. Obecnie karta pacjenta onkologicznego rodzi wiele pytań. Brak ostatecznej wersji elektronicznej (w systemie teleinformatycznym) oraz niejasny sposób wypełniania karty i dostępności potęguje wątpliwości. Jeśli bowiem karta ma być zakresem informacji dla wszystkich terapeutów udzielających świadczeń w jej zakresie, to niezbędna jest nie tylko powszechna dostępność jej treści, lecz także możliwość uzupełniania i zmiany jej zapisów. Ileż to razy się zdarza, że plan leczenia (ustalony podczas konsylium) wymaga zmodyfikowania albo nawet diametralnej zmiany. Jak tego dokonać, jeszcze nie wiemy. Jeśli jest to dokument stanowiący podstawę określenia uprawnień pacjenta do szczególnego sposobu finansowania świadczeń, to w dniu, kiedy piszę ten artykuł (20 grudnia), karta powinna w pełni działać, a jej funkcjonalność winna być sprawdzona i przedyskutowana z terapeutami. Jest bowiem przede wszystkim narzędziem dla nich.

Klucz

Karta to również klucz do uprawnienia świadczeniodawcy do rozliczenia świadczeń. Wiele pytań dotyczy zatem sprawozdania do NFZ. O ile pakiet ogólnie obejmuje leczenie, o tyle niektóre procedury podlegają odrębnym regulacjom, co budzi wątpliwości dotyczące bezlimitowego ich finansowania. Należą do nich świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik lb), np. implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją czy rozliczenie za zgodą płatnika lub hospitalizacja do teleradioterapii powyżej 17. roku życia. Jak mają się zapisy dotyczące finansowania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego usług z katalogu do sumowania (załącznik lc), np. przetoczenia produktów krwiopochodnych? Czy w przypadku uogólnionego leczenia nowotworów można sumować pobyt rozliczony w ramach JGP (mamy tu nowe świadczenie JGP) z procedurą radioterapii? Jak rozliczać punktację w systemie regresywnym w przypadku leczenia skojarzonego (chemioterapia i radioterapia), gdzie część pobytu jest rozliczana z osobodni do radioterapii, a część z osobodni do chemioterapii? Czy programy lekowe są częścią pakietu onkologicznego i będą świadczeniami nielimitowanymi w całości (substancja czynna i świadczenie)? Pytania mogą mnożyć. Otrzymujemy ich dziesiątki dziennie, a większość listów od świadczeniodawców rozpoczyna się od słów: „Poniższe pytania zadaliśmy naszemu oddziałowi NFZ i nie uzyskaliśmy odpowiedzi”. Niejednokrotnie oddziały NFZ piszą, że czekają na udzielenie instrukcji z centrali. Świadczeniodawcy czytają przepisy, mnożą pytania, NFZ pyta centralę, czas płynie, a czas w pakiecie jest przecież elementem kluczowym. Co prawda dla pacjentów, ale czas świadczeniodawcy jest czasem chorych. Tak oto mamy wszystko na „p”. Pakiet pełen pytań, pewnie płatnik płodzi podpowiedzi. ■

Autor jest ekspertem ochrony zdrowia, właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

Wydrukowano w „Menedżerze Zdrowia” nr 9/2014.



Fot. P. Wierzbowski

Stanisław Karczewski,
wicemarszałek Senatu RP

Na przełomie 2014 i 2015 r. ponownie mieliśmy do czynienia z bardzo poważnymi zakłóceniami w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Tym razem Porozumienie Zielonogórskie chciało wynegocjować lepsze kontrakty na 2015 r. i opóźniało podpisanie umów. I słusznie.

Pakiety – kolejkowy i onkologiczny – przynoszą nowe, dodatkowe zadania dla podstawowej opieki zdrowotnej, a zostały wprowadzone bez przygotowania organizacyjnego i bez zabezpieczenia finansowego. Wiele osób pytało mnie, czy w tym sporze byłem po stronie lekarzy rodzinnych, Porozumienia Zielonogórskiego, czy ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza? Odpowiadałem, że jestem przede wszystkim po stronie pacjentów, bo tak naprawdę w tym sporze najważniejsi byli pacjenci, a także dbałość lekarzy o ich sprawy. Nie wyobrażam sobie, żeby przy zamkniętych gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej realizowany był infantylny i naiwny plan zaproponowany przez ministra. Zgodnie z nim, pacjenci mieli być przyjmowani w i tak już obciążonych SOR-ach oraz izbach przyjęć. Przyjście pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej do tych jednostek zdewastowałoby je zupełnie. Lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego słusznie zabiegali o wykreślenie kilku niekorzystnych dla siebie zapisów, m.in. dotyczących możliwości jednostronnych korekt kontraktu przez NFZ. Choć prawdą jest też, że ów spór miał pewne konotacje polityczne. Można powiedzieć, że to była kłótnia w rodzinie, a pacjent był trochę pretekstem i pozostał w cieniu. Przypo-

mnę, że przed wyborami 2007 r. Porozumienie Zielonogórskie poparło PO. Podczas kampanii wyborczej w wielu gabinetach wisiały plakaty wyborcze tej partii, a szef PZ w nagrodę został wiceministrem zdrowia.

Pod koniec 2006 r., kiedy funkcję ministra zdrowia sprawował prof. Zbigniew Religa, również prowadzono długie i ciężkie negocjacje z Porozumieniem Zielonogórskim. Z tą różnicą, że zakończyły się w sylwestra, a od 2 stycznia gabinety były już otwarte. Minister Arłukowicz spóźnił się z rozpoczęciem rozmów. Wydaje się, że jego działanie w dużej mierze nastawione było na efekt propagandowy i miało na celu wykreowanie w odpowiednim momencie sukcesu, czyli podpisanie 7 stycznia porozumienia. Tak się złożyło, że właśnie w tym dniu premier Ewa Kopacz podsumowywała 100 dni działalności swojego rządu i w świątecznych kamer przedstawiła owo porozumienie jako własne osiągnięcie. Premier wymieniła również inne sukcesy, a mianowicie wprowadzenie pakietów kolejowego i onkologicznego. Tylko że to nie rząd premier Ewy Kopacz przygotował te zmiany. Na dodatek zostały opracowane i wprowadzone bez należytych konsultacji. Przypomnę, że zarówno w Sejmie, jak i w Senacie zadziałano kompletnie bezrefleksyjnie, nie wprowadzono do tych pakietów żadnych poprawek, nawet redakcyjnych. Szkoda, że nie pomyślano o pilotażu tych rozwiązań, a rząd pochopnie zdecydował się na tak poważne zmiany, eksperymentując na „żywym organizmie”. W tej chwili chyba wszyscy, poza ministrem i panią premier, są przeciwni tym rozwiązaniom. Początkowo onkologowie i przedstawiciele niektórych innych środowisk lekarskich życzliwie i dość przychylnie oceniali projekty proponowanych zmian. Niestety, dopiero po zakończeniu prac nad ustawami dostrzeżono, że mają więcej wad niż zalet. ■

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

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

REKLAMA

**KONFRONTACJA TRUDNYCH PRZYPADKÓW UROLOGICZNYCH Z EKSPERTAMI W TAKICH DZIEDZINACH,
JAK KARDIOLOGIA, CHIRURGIA, GINEKOLOGIA, ONKOLOGIA, MEDYCYNA RODZINNA I PATOMORFOLOGIA
PREZENTACJA TRUDNYCH PRZYPADKÓW ORAZ WŁASNYCH NIEPOWODZEŃ
OTWARTA DYSKUSJA NIELIMITOWANA NAPIĘTYM PROGRAMEM OBRAD**

TERMIN:

24–25 kwietnia 2015 r.

MIJSCA:

Sopot

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU
NAUKOWEGO:**

prof. dr hab. Zbigniew Wolski
dr hab. Artur A. Antoniewicz

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE:
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

**UCHWAŁA NR 106/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

***w sprawie powołania Kolegium Redakcyjnego
biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie PULS”***

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

§1

W wyniku przeprowadzonego imiennego głosowania tajnego powołuje się Kolegium Redakcyjne biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS”, w następującym składzie:

- 1) kol. Romuald Krajewski,
- 2) kol. Ewa Miękus-Pączek,
- 3) kol. Longin Niemczyk,
- 4) kol. Roman Olszewski,
- 5) kol. Rafał Paluszkiwicz,
- 6) kol. Konstanty Radziwiłł,
- 7) kol. Julian Wróbel.

§2

Traci moc uchwała nr 37/R-VI/11 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w sprawie powołania Kolegium Redakcyjnego miesięcznika „PULS” wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie (zm. uchwałą nr 8/R-VI/13 z 18 stycznia 2013 r.).

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 107/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

***w sprawie ustalenia terminu i miejsca obrad
XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza***

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

Ustala się termin obrad XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na **28 marca 2015 r.**

§2

Ustala się miejsce obrad XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: Hotel Double Tree (Hilton) w Warszawie przy ul. Skalnicowej 21.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 108/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

***w sprawie wyboru drukarni i podpisania umowy
na druk biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie PULS” w roku 2015,
wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską
w Warszawie***

Działając na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z wystąpieniem pani Ewy Gwiazdowicz-Włodarczyk – redaktora naczelnego biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS”, po wnikliwej analizie zapytań ofertowych dotyczących warunków druku ww. miesięcznika i po porównaniu otrzymanych ofert – uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie akceptuje ofertę firmy Elanders Polska Sp. z o.o. z Płońska, stanowiącą załącznik do niniejszej uchwały.

2. Wyraża się zgodę na podpisanie umowy o druk biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS” na rok 2015, wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską, z firmą, o której mowa w ust. 1.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie

Redakcja biuletynu „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS”, wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, skierowała zapytania ofertowe dotyczące warunków druku miesięcznika w 2015 r. do 26 drukarni. Na zapytania ofertowe odpowiedziało 9 drukarni, z których 6 przedstawiło oferty cenowe. Po wnikliwej analizie otrzymanych ofert i porównaniu ich z propozycją cenową kosztów druku, tj. ceną druku, oprawy oraz transportu do firmy kolportującej, zdecydowano się na wybór firmy Elanders Polska Sp. z o.o. z Płońska.

Wobec powyższego uchwała się, jak na wstępie.

**UCHWAŁA NR 109/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

***w sprawie zmiany w Regulaminie
Funduszu Samopomocy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza,
stanowiącym załącznik do uchwały nr 104/R-VIII/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 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), uchwała się, co następuje:

§1

W Regulaminie Funduszu Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, stanowiącym załącznik do uchwały 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, wprowadza się następującą zmianę:

– w §3 pkt. 3 wykreśla się wyrażenie: „**lub umowy cywilnoprawnej**”.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 112/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

**w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego
Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
stanowiącego załącznik do uchwały nr 56/R-VII/14
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 28 marca 2014 r.**

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

§1

W Regulaminie Organizacyjnym Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, stanowiącym załącznik do uchwały nr 56/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r., wprowadza się następujące zmiany:

1. w §8 pkt. 1 skreśla się ustęp 1) b, f;
2. §8 pkt. 1 ustęp 2) otrzymuje brzmienie:

„Swoje zadania Dział realizuje poprzez działania redaktora naczelnego i redakcji „Pulsu” oraz rzecznika prasowego”;

3. po §16 dodaje się §16a w brzmieniu:

„§16a 8. Zespół ds. mediów elektronicznych

Do zadań zespołu ds. mediów elektronicznych należy w szczególności:

- a. monitorowanie informacji prasowych związanych z branżą medyczną i ochroną zdrowia na potrzeby zespołu,
- b. pozyskiwanie materiałów prasowych umieszczanych na stronie internetowej OIL,
- c. redagowanie newsów i innych tekstów prasowych umieszczanych na stronie internetowej OIL,
- d. współpraca z organami Izby i komisjami ORL w celu pozyskiwania i zamieszczania informacji na stronie internetowej OIL na temat ich działalności,
- e. prowadzenie dokumentacji mediów elektronicznych,
- f. prowadzenie Biuletynu Informacji Publicznej Izby”;

4. po §35 dodaje się §35a w brzmieniu:

„§35a 10. Stanowisko ds. marketingu i reklamy

Do obowiązków pracownika na tym stanowisku należy w szczególności:

- a. współtworzenie koncepcji strategii promocji działalności OIL, kreowanie pozytywnego wizerunku OIL,
 - b. udział w opracowywaniu materiałów promocyjnych i marketingowych w mediach (m.in. prasa, strona internetowa),
 - c. współtworzenie, wyszukiwanie i koordynowanie zakupów materiałów wspierających kreację wizerunku oraz promocję,
 - d. pozyskiwanie reklamodawców”;
5. po §42 dodaje się §42a w brzmieniu:

„§42a 8. Pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością (SZJ)

Do obowiązków pełnomocnika SZJ należy:

- a. opracowanie, wdrożenie i utrzymywanie dokumentacji SZJ,
- b. administrowanie Systemem Zarządzania Jakością,
- c. komunikacja zewnętrzna i wewnętrzna w sprawach systemowych,
- d. przygotowanie sprawozdań dotyczących funkcjonowania SZJ i przekazanie ich najwyższemu kierownictwu,
- e. propagowanie i inicjowanie doskonalenia systemu, analizowanie i eliminowanie niezgodności,
- f. uczestnictwo w audytach wewnętrznych, klienckich i sprawdzających,
- g. nadzorowanie realizacji polityki i celów jakości,
- h. gromadzenie materiałów do przeglądów zarządzania jakością,
- i. organizowanie przeglądów zarządzania i audytów wewnętrznych organizacji”.

§2

Zobowiązuje się prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do ogłoszenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązywania od 1 grudnia 2014 r.

PEŁNOMOCNICY



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



Rzecznik
Praw Lekarza
Andrzej Kuźawczyk
dyżury w siedzibie Izby:
wtorki – 10.00–12.00
tel.: 784-98-65-57.
Zastępcy:
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

Wspólny sekretariat, pracownik biura Maja Świerczewska-Chrzęszcz, 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.

**UCHWAŁA NR 111/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

*w sprawie zmiany uchwały nr 30/R-VII/14
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania
przewodniczącego i Komisji Lekarzy Dentystów
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
na okres kadencji 2013–2017*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz §29 ust. 3 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

W uchwale nr 30/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany:

– po wyrażeniu: „*Elżbieta Woźniak*” dopisuje się wyrażenie: „*Elżbieta Małkiewicz*”.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 110/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

*w sprawie zmiany uchwały nr 33/R-VII/14
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania
Rady Funduszu Samopomocy
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. 5 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okrę-

gowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

W uchwale nr 33/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 stycznia 2014 r. w sprawie powołania Rady Funduszu Samopomocy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany:

– po wyrażeniu: „*Mery Topolska-Kotulecka*” dopisuje się wyrażenie: „*Renata Dmowska*”.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 113/R-VII/14
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 GRUDNIA 2014 R.**

*w sprawie nadania imienia
prof. Władysława Szenajcha sali konferencyjnej
w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), na wniosek przewodniczącego Sekcji Historycznej Komisji Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz po akceptacji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie nadaje Sali Konferencyjnej, mieszczącej się na parterze siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18,

imię prof. Władysława Szenajcha.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

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 tejże ustawy – nałożeniem kary pieniężnej.

Aleksander Pieczyński,
przewodniczący Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich



Fot. egw



CZ. 2

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

Kolejnym przykładem naruszenia dóbr lekarza jest naruszenie jego nietykalności cielesnej. Coraz częściej zdarza się, że osoby wykonujące zawód lekarza padają ofiarą agresywnego zachowania pacjentów. Jednak, według k.k., osoby, które dopuściły się agresji, podlegają odpowiedzialności karnej, bowiem zgodnie z art. 217 §1 k.k. „kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”. W przypadku popełnienia tego typu przestępstwa osoba pokrzywdzona musi złożyć wniosek o ściganie, aby sprawca podlegał karze. Nie jest ono bowiem ścigane z urzędu. Prawo karne przewiduje jednak sytuację, w której sąd może odstąpić od wymierzenia kary. Ma to miejsce wówczas, gdy zachowanie sprawcy jest odpowiedzią na agresywne zachowanie pokrzywdzonego. Na przykład, gdy pacjent uderzył lekarza, a ten odwzajemnił się tym samym.

Naruszenie nietykalności cielesnej to nie tylko bezpośredni kontakt fizyczny lub uszkodzenie ciała, ale także celowe działania służące naruszeniu nietykalności, takie jak oblanie garderoby lekarza substancją żrącą.

Dobra osobiste lekarza chronione są także na gruncie prawa cywilnego. Zgodnie z art. 24 k.c., „ten, czyje dobro oso-

biste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonania naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny”.

Ponadto art. 448 k.c. stanowi, że „w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia”.

Zatem, zgodnie z kodeksem cywilnym, lekarz może domagać się: po pierwsze zaniechania naruszenia dobra, np. dalszego umieszczania negatywnych komentarzy. Po drugie, usunięcia skutków naruszenia dobra, np. opublikowania przeprosin w prasie. Ochrona dóbr lekarza ma charakter prewencyjny, bowiem nie ma na celu czerpania bezpośredniej korzyści.

Zauważyć należy, że w odniesieniu do osoby lekarza oraz wykonywanego przez niego zawodu stosuje się przepisy prawne takie jak w przypadku funkcjonariuszy publicznych. Potwierdza to art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, zgodnie z którym „lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 ustawy (udzielanie pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki), przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”. Kim zatem jest funkcjonariusz publiczny i jakie prawa mu przysługują? Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w art. 115 §13 k.k., który stanowi tzw. słowniczek pojęć. Przepis wskazuje dość szeroki krąg adresatów definiowanego pojęcia, z tym, że określając podmioty, którym przysługuje status funkcjonariusza publicznego, k.k. stosuje różne metody. Niektóre stanowiska wymienione są wprost z nazwy (np. prezydent RP, poseł, senator, radny, sędzia, prokurator, ławnik, notariusz, komornik, kurator sądowy, osoba orzekająca w organach dyscyplinarnych), natomiast w innych przypadkach poprzestaje na wskazaniu pełnionych przez te podmioty funkcji (np. osoba uprawniona do wydawania decyzji administracyjnych) lub zajmowanych przez nie stanowisk (np. osoba zajmująca kierownicze stanowisko w instytucji państwowej)¹.

Nadto aktywność funkcjonariuszy publicznych oraz ich instytucji w związku z koniecznością realizacji zadań państwa w sposób prawidłowy podlega szczególnej ochronie prawa karnego². Ochrona ta obejmuje prawidłową oraz niezakłóconą działalność organów państwa i innych instytucji publicznych. Zauważyć jednak należy, że działalność ta ma być związana z realizacją zadań i kompetencji oraz odnosi się zarówno do centralnych, jak i terenowych organów władzy i administracji państwowej³. W momencie oceny kręgu osób objętych ochroną prawną pojawia się problem zdefiniowania pojęcia „funkcjonariusz publiczny”, które oznacza osobę podejmującą działania na rzecz państwa oraz reprezentującą jego władzę i autorytet.

Cd.
na
str. 16



Fot. archiwum

Informatyzacja kontra ochrona danych osobowych

Piotr Dąbrowski

18 grudnia 2014 r. Trybunał Konstytucyjny uznał, że przepisy ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie, w jakim dają ministrowi zdrowia uprawnienie do tworzenia rejestrów medycznych w drodze rozporządzenia, są niezgodne z Konstytucją RP. Trybunał uznał również za niezgodne z ustawą zasadniczą uprawnienie do określania w drodze rozporządzenia przedmiotu rejestrów oraz zakresu i rodzaju danych pacjentów, które będą przetwarzane.

Przypomnijmy, że wspomniany wniosek wpłynął do Trybunału Konstytucyjnego w lipcu 2013 r. za sprawą rzecznika praw obywatelskich. Rzecznik uznał

bowiem, że przetwarzanie danych dotyczących obszaru tak wrażliwego jak stan zdrowia obywateli może podlegać wyłącznie przepisom ustawy. Trybunał, rozpatrując wniosek, zauważył, że ustawa w obecnym kształcie nie wyznacza przedmiotu poszczególnych rejestrów i nie precyzuje, jakich zachorowań, chorób, stanów zdrowia, metod leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów w leczeniu oraz zagrożeń związanych z występowaniem których chorób mają one dotyczyć. Należy jednocześnie wskazać, że nie został zakwestionowany sam sposób tworzenia rejestrów w drodze rozporządzenia. Z punktu widzenia świadczeniodawców, lekarzy oraz systemu ochrony zdrowia jest to jedna z niewielu pozytywnych informacji związanych z tym wyrokiem. Drugą dobrą wiadomością jest fakt, że TK utrzymał w mocy rejestry medyczne utworzone przed dniem ogłoszenia wyroku. Jakie są zatem skutki tego rozstrzygnięcia? Trybunał wskazał, że do czasu gdy ustawa zostanie doprecyzowana w omawianym

►
Cd.
ze
str. 15

Nie znaczy to jednak, że lekarzowi przysługuje ochrona przez cały czas. Przepisy prawa stanowią, że przysługuje ona w przypadku świadczenia pomocy doraźnej oraz w sytuacji niecierpiącej zwłoki. Czym zatem jest świadczenie pomocy doraźnej, a czym sytuacja niecierpiąca zwłoki? Definicja legalna pierwszego pojęcia zawarta jest w ustawie z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴. Art. 3 pkt. 7 tejże ustawy definiuje pojęcie „pierwsza pomoc” jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonywanych przez osobę znajdującą się na miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych. Natomiast „kwalifikowana pierwsza pomoc” to czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika medycznego⁵. Z kolei „medyczne czynności ratunkowe” oznaczają świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego (np. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego) w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁶. W ustawie pojawia się także pojęcie „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Służy ono do tworzenia wyżej omówionych definicji i oznacza stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodze-

nie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Z kolei „miejscem zdarzenia” jest miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

Zauważyć zatem należy, że sformułowanie „świadczenie pomocy doraźnej” to połączenie elementów pojęć „medyczne czynności ratunkowe” oraz „pierwsza pomoc”. Różnica polega jedynie na tym, czy udziela ich lekarz podejmujący działania w ramach wyspecjalizowanej jednostki systemu, czy przypadkowo znajdujący się na miejscu zdarzenia. Jednak zarówno osoby udzielające pierwszej pomocy, jak i kwalifikowanej pierwszej pomocy, a także podejmujące medyczne czynności ratunkowe korzystają z ochrony dla funkcjonariuszy publicznych, uregulowanej w kodeksie karnym. Oznacza to, że w tym zakresie są zrównane z lekarzem udzielającym pomocy w oparciu o art. 44 u.o.z.l.

Podkreślić należy, że ochrona przysługująca lekarzowi jako funkcjonariuszowi publicznemu nie jest zależna od formy jego zatrudnienia. Nie ma znaczenia czy jest to umowa o pracę (pracownicy), czy umowa cywilnoprawna (lekarze kontraktowi).

Taką samą ochroną objęte są także pielęgniarki i położne. Art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że „*pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu*

zakresie, nie będzie dopuszczalne tworzenie nowych rejestrów medycznych w ramach dotychczasowej procedury. Można zaryzykować stwierdzenie, że wyrok ten cofnął polski system ochrony zdrowia do pierwszej połowy 2011 r. Wtedy bowiem przyjęta została ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, która miała zrewolucjonizować zasady przetwarzania danych pacjentów. Należy się spodziewać, że obecny stan zawieszenia potrwa przynajmniej kilka miesięcy. Ministerstwo Zdrowia stanęło przed koniecznością przygotowania nowych przepisów ustawowych, określających zakres i rodzaj danych pacjentów gromadzonych w rejestrach medycznych, a w dalszej kolejności uzyskania odpowiedniej zgody generalnego inspektora ochrony danych osobowych w ramach procedury konsultacji zewnętrznych oraz skierowania projektu do prac parlamentarnych.

Tymczasem problematyka dostępu świadczeniodawców i lekarzy do wrażliwych danych pacjentów jest dyskutowana nie tylko w Polsce. Prawie równoległe z ogłoszeniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego opublikowane zostały wyniki badania dotyczącego wprowadzenia kontroli pacjentów nad danymi zawartymi w elektronicznej dokumentacji medycznej. Eksperyment przeprowadzono w Indianapolis, w Stanach Zjednoczonych, w ramach współpracy między The Regenstrief Institute, Indiana University School of Medicine oraz Eskenazi Health – jedną z największych sieci placówek medycznych na rynku amerykańskim. Badanie trwało pół roku i objęło w sumie 105 pacjentów.

” **Problematyka dostępu świadczeniodawców i lekarzy do wrażliwych danych pacjentów jest dyskutowana nie tylko w Polsce.**

Uczestnikom umożliwiono podejmowanie decyzji dotyczących udostępniania personelowi medycznemu wrażliwych danych zawartych w ich dokumentacji medycznej, m.in. informacji związanych z przebytymi chorobami wenerycznymi, zdrowiem psychicznym, zażywaniem narkotyków. Pacjenci mogli zdecydować o utajnieniu danych wobec wszystkich lub tylko niektórych świadczeniodawców. Natomiast personel medyczny placówek mógł, co istotne, zignorować preferencje pacjenta i uzyskać dostęp do utajnionych danych przez naciśnięcie przycisku „Zbij szybko” na ekranie komputera. Każde użycie tej opcji powodowało jednak zapisanie w systemie informacji o lekarzu, czasie dostępu do danych i informacji o pacjencie, którego owe dane dotyczyły.

Prawie połowa uczestniczących w eksperymencie pacjentów zdecydowała się ograniczyć dostęp do swoich danych wrażliwych wszystkim albo tylko wybranym świadczeniodawcom. Badanie pozwoliło również rozpocząć dyskusję nad tym, czy pacjenci powinni uzyskać większą kontrolę nad danymi zawartymi w ich dokumentacji medycznej oraz jaki wpływ na jakość i bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych mają ograniczenia w dostępie do danych dla personelu medycznego.

Pozostaje pytanie, czy takie badanie preferencji pacjentów mogłoby odbyć się również w Polsce i czy jesteśmy gotowi na otwartą, świadomą dyskusję dotyczącą omawianej problematyki. ■

świadczeń zdrowotnych korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, na zasadach określonych w kodeksie karnym”. Ochrona przysługuje pielęgniarce i położnym podczas samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych oraz podczas realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Nowa ustawa, obowiązująca od 1 stycznia 2012 r., przewiduje, że ochrona przysługuje wszystkim pielęgniarce i położnym, niezależnie od formy ich zatrudnienia. Nie ma więc wymogu posiadania umowy o pracę.

Ochrona funkcjonariusza publicznego zastrzeżona jest przez kodeks karny także w innych przypadkach:

1. czynnej napaści na funkcjonariusza w trakcie wykonywania przez niego czynności zawodowych – art. 222 k.k.
2. użycia przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego do zaniechania wykonania czynności lub zadań służbowych – art. 224 k.k.
3. znieważania funkcjonariusza podczas wykonywania przez niego czynności służbowych – art. 226 k.k.
4. wyłudzenia poświadczenia nieprawdy lub podstępnego wprowadzania w błąd w celu uzyskania dokumentu – art. 272 k.k.

Reasumując, należy wskazać, że lekarze mają szeroki wachlarz środków ochrony prawnej i powinni z niego korzy-

stać. Dziś nikt nie jest anonimowy w sieci i naruszenie dóbr osobistych w postaci formułowania fałszywych, kłamliwych, nieprawdziwych ocen na stronach internetowych powinno być wyjaśniane. Po drugie, nie zawsze trzeba korzystać z czasochłonnej drogi sądowej i wszczęcia procesu. Po trzecie, można domagać się przeprosin, sprostowań, np. od redakcji w przypadku artykułu prasowego, lub usunięcia wpisu przez administratora strony, portalu, serwisu. Administratorzy bowiem odpowiadają za wszystko, co się na owych stronach, portalach i serwisach znajduje. Poza tym autor nieprawdziwego anonimu może być zidentyfikowany np. po numerze IP komputera. Po czwarte, można złożyć zawiadomienie na policji lub w prokuraturze o możliwości popełnienia przestępstwa znieważenia, zniesławienia, z wnioskiem o ustalenie sprawcy. Po piąte, lekarz podczas pracy na szpitalnym oddziale ratunkowym jest traktowany jak funkcjonariusz publiczny, a więc w przypadku naruszenia jego nietykalności cielesnej sprawca czynu jest ścigany z urzędu. ■

¹ E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Wolters Kluwer, Kraków 2008, s. 756.

² A. Zöll, K. Buchała, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do k.k.*, t. I, Kraków 1998, s. 707.

³ A. Marek, *Prawo karne*, wyd. VI, Warszawa 2005, s. 611–612.

⁴ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, DzU z 2006 r., nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

⁵ Art. 3 pkt. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

⁶ Art. 3 pkt. 4 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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 skutującego 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.

Ciemność. Lęk. W oddali... Tak, widzę go, wyłania się z mroku. Szyld. Czytam... Terenowa Jednostka NFZ. Ulga. Jestem w pracy!

Wchodzę do jednostki pewnym krokiem. Tu życie płynie jak w bajce. Przecież od najmłodszych lat marzyłem, żeby się tu znaleźć. Łatwo nie było – najpierw koszmar liceum, potem matura, sześć lat studia. No i rok stażu. Języki obce, umiejętności praktyczne, kursy, aktywności dodatkowe – CV pęka w szwach. Sumiennie przygotowałem się do pracy. „Idź do terenowej jednostki” – mówili. „Nauczysz się życia, gdzie indziej się zmarnujesz” – mówili. To wszystko wiem od dziecka. Rodzice wpoili mi, że praca w terenowej jednostce NFZ to nie tylko sama rozkosz, ale też prestiż, szacunek społeczny, no i niezłe pieniądze. Uwielbiam zapach świeżo zadrukowanego papieru. Rozkoszuję się widokiem równo ułożonych segregatorów. Mam pewny chwyt – umiem stawiać pieczątki pod każdym kątem, a bystre oko wyłapie każdy brak w dokumentacji. Rozwój? Umiejętność pisać na klawiaturze z zamkniętymi oczami! Ależ ja kocham tę robotę! Warto było się uczyć!

to, czy tamto. Dostaną – profesjonalnie zapakowaną tonę papieru na odchodne. Ale najpierw trzeba swoje odleżeć, więc leżą. Co najmniej trzy dni.

Znów klient z korytarza czegoś się domaga, ten za 83 punkty, z jednorodnej grupy. Chciałby wyjść do domu? Marny jego los! Cztery dni korytarzowania!!! – Proszę pana, to jest jednostka terenowa, a nie bazar! Tu się pracuje! Odpuszcza. A ja znów mogę wrócić do moich papierów. Ach, jeszcze rodzina klienta z końca korytarza domaga się jakiegoś USG. USG? A wytyczne z centrali? Badania nie będzie! Możemy w zamian zaproponować najwyżej założenie cewnika do żyły centralnej. Taki cewnik to dopiero frajda – dwa razy więcej punktów, dwa razy więcej papierów. Tak jak lubię.

Budzik jak co rano wyrywa mnie ze snu. Nie ma jednostki terenowej? Nie ma klientów? Jest szpital w stolicy europejskiego kraju? Chucham z czułością na moją lekarską pieczętkę, rozprostowuję palce. „Jakiż to był dziwny sen” – mrużę pod nosem. Jakiż realistyczny. ■

Jednostko Terenowa, błogostaw!!!

Łukasz Jankowski

W mojej jednostce mamy zgrany zespół. Nie znamy słowa rutyna. Codziennie stawiamy sobie nowe wyzwania. Duch rywalizacji unosi się nad beźmiarem papieru. Kto wyciągnie więcej punktów? Kto wypełni więcej rubryk? Jedyнным problemem mogłoby być zdobycie klientów, ale w tym akurat przodujemy – zapisy prowadzimy już na dwa lata do przodu, nie potrzebujemy nawet specjalnej reklamy. Sami do nas przychodzą.

Starsi mówią, że kiedyś pracowało się znacznie gorzej. Nie było pakietu korporacyjnych benefitów, nie było „karty oceny odżywienia dziecka do lat sześciu” (moim zdaniem wyjątkowo ważnej w jednostkach internistycznych), pieczątki były starsze i więcej znaczyły, a z klientami trzeba było dłużej rozmawiać. Bez sensu. Nie wiem, jak ktokolwiek mógł się godzić na taką pracę.

Oczywiście, jak wszędzie, w naszej jednostce bywają też gorsze momenty. Czasem każą nam wychodzić do klientów. Nie lubię tych dni. Muszę wtedy odrzucić tony segregatorów, starannie poukładać rozrzucone papiery, odłożyć pieczątkę i wygramolić się zza biurka. Klienci leżą pokotem na korytarzach, mają skwaszone, smutne miny i całkiem często śmierdzą. Są przy tym roszczeniowi, no i zawracają głowę o byle co. Jest mi ich po ludzku szkoda, nawet chciałbym im pomóc, ale w terenowej jednostce NFZ nie ma miejsca dla ludzi słabych psychicznie. Tu liczy się procedura, punktacja, wykonanie kontraktu. Musi być szybko, sprawnie, musi być dużo papieru. Musi być bezpiecznie. A ja musiałem się tego szybko nauczyć. Zresztą klienci i tak nic nie rozumieją, tylko leżą, podczas gdy na mnie czeka kolejna sterta papierzyśk do przerobienia. Ktoś im nagadał, że tu dostaną



Holistyczne spojrzenie

38. sesję Szkoły Pneumologii Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP poświęcono zmianom płucnym w przebiegu chorób innych narządów. Współorganizatorem konferencji był Wojskowy Instytut Medyczny.

Pierwsza sesja poświęcona została kardio-pneumologii. Przedstawiłem na niej problem duszności w praktyce pneumonologicznej. Wiele milionów osób cierpiących na choroby płuc skarży się na duszność. Jeśli zgłasza się pacjent z tym objawem, lekarz musi stwierdzić, czy przyczynę stanowi choroba płuc, serca, czy układu nerwowego.

Gościem honorowym sesji był **prof. Grzegorz Gielera**k. W laudacji podkreślono wieloletnią owocną współpracę PTChP z WIM. Profesor omówił aktualne zasady diagnostyki i leczenia niewydolności serca, której głównym objawem jest duszność. To jeden z ważniejszych i stale rosnących problemów zdrowotnych, gdyż mimo postępów medycyny połowa chorych, którzy trafiają do szpitala z tego powodu, umiera w ciągu pięciu lat.

Dr Katarzyna Hałas z WIM przedstawiła zaburzenia w układzie krążenia w przebiegu obturacyjnego bezdechu podczas snu, takie jak: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa i nagły zgon sercowy.

W kolejnym wykładzie **dr Małgorzata Dybowska** z IGIChP odpowiedziała na bardzo ważne pytanie: czy powszechnie stosowane w kardiologii beta-blokery mogą być szkodliwe dla chorych na obturacyjne choroby płuc? Nie posiadamy jeszcze wyników badań z randomizacją, z udziałem dużych populacji, ale dotychczasowe obserwacje nie potwierdziły niekorzystnego wpływu tych leków na przebieg astmy, POChP lub obturacyjnego bezdechu podczas snu.

Drugą sesję poświęcono zagadnieniom nefro-gastro-pneumologicznym. Rozpoczął ją wykład **prof. Stanisława Niemczyka**, kierownika Kliniki Nefrologii WIM, na temat zespołów nerkowo-płucnych w przebiegu zapaleń naczyń. Są to choroby układowe, w których często dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia nerek, wymagającego hemodializy.

Dr Aleksandra Rymarz z WIM przedstawiała zespół Goodpasture'a. To choroba autoimmunologiczna, w której dochodzi do powstania przeciwciał przeciw błonom podstawnym pęcherzyków płucnych i kłębków nerkowych, co powoduje krwimocz i krwawienie do pęcherzyków płucnych.

Prof. Rafał Krenke z Kliniki Pneumologii WUM omówił zespół wątrobowo-płuczny powstający głównie w przebiegu marskości wątroby. Jest on powodowany hipoksemią wynikającą z zaburzeń dyfuzji tlenu na skutek poszerzenia naczyń krwionośnych w łożysku płucnym, pod wpływem nadmiaru tlenu azotu, i powstania przecieku naczyńowego powodującego przepływ krwi z pominięciem pęcherzyków płucnych.

Na zakończenie **dr Dariusz Gawryluk** z IGIChP przedstawił bardzo intrygujące zagadnienie częstego występowania zaburzeń układu oddechowego w przebiegu przewlekłych chorób zapalnych jelit.

Kolejna sesja poświęcona była zmianom płucnym w chorobach reumatologicznych. Płucne manifestacje twardziny i układowego tocznia trzewnego omówiła **dr Elżbieta Radzikowska** z IGIChP.

Dr Joanna Kur-Zalewska z Kliniki Reumatologii WIM przedstawiła różnorodne zaburzenia w układzie oddechowym, takie jak: zmiany węzłowe, oskrzelowe, śródmiąższowe, opłucnowe i naczyńowe u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.

Dr Małgorzata Sobiecka z IGIChP zwróciła uwagę na coraz częściej obserwowane zmiany płucne po zastosowaniu pewnych leków. Bardzo trudno odróżnić działania niepożądane, wymagające odstawienia niektórych leków, od nieskuteczności leczenia choroby zasadniczej, powodującej konieczność jego intensyfikacji.

Na zakończenie **dr Justyna Swarowska-Knap** z WIM omówiła objawy, diagnostykę, leczenie i rokowanie w przypadku trzech najważniejszych zapaleń naczyń: mikroskopowego zapalenia naczyń, ANCA-dodatniego zapalenia naczyń i zespołu Churg-Straussa.

Ostatnią sesję rozpoczęła **prof. Maria Korzeniewska-Koseła** z IGIChP wykładem na temat gruźlicy pozapłucnej. W Polsce stanowi ona zaledwie 5,6 proc. wszystkich zachorowań na gruźlicę, ale w niektórych krajach zachodnich – ponad połowę, a średnia europejska wynosi 23 proc.

Powikłania płucne w przebiegu chorób układu krwiotwórczego i chłonnego przedstawił **dr Waldemar Sawicki** z Kliniki Hematologii WIM. Szczególną rolę odgrywają infekcje, zwłaszcza oportunistyczne. Największe trudności powodują zakażenia grzybicze.

Dr Krzysztof Gawroński z Kliniki Hematologii WIM omówił najważniejsze zmiany płucne w przebiegu chorób układu chłonnego i krwiotwórczego.

Na koniec **dr Anna Kempisty** z IGIChP przedstawiła niebezpieczne dla życia lokalizacje sarkoidozy w sercu i układzie nerwowym.

Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, a słuchacze chwalili holistyczne spojrzenie wykładowców na medycynę. ■

Tadeusz M. Zielonka,
przewodniczący
Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP,
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Fot. J. Jagodziński



Fot. egw

Homo homini res sacra

Tadeusz Tołłoczko

fragmenty

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)
Seneka

Kiedy przygotowywałem niniejsze opracowanie, trwały zimowe igrzyska olimpijskie. Pierre de Coubertin, inicjując ruch olimpijski, zakładał, że będzie on wolny od wpływu polityki, biznesu i będzie istniał niezależnie od wojen. Ale historia wykazała, jak bardzo założenie to, oczywiście i piękne, jest nierealne. Współcześnie pojawiło się też nowe zjawisko – rywalizacja z wykorzystaniem dopingu. Owiany tajemnicą doping genetyczny w sporcie dopiero się zaczyna. Natomiast jednym ze środków najbardziej dopingujących do postępu i rozwoju zarówno sportu, jak i nauki, były, są i pozostaną pieniądze.

Bezpieczeństwo procedur molekularnych

Jak coś jest nieznane, trzeba to poznać! A żeby poznać, trzeba robić eksperymenty. W zakresie inżynierii genetycznej ujawnia się wiele niewiadomych, którymi się straszy albo które się lekceważy. Obrona któregokolwiek stanowiska nie może opierać się na żadnej z tych metod. Zdawać sobie musimy sprawę, że badania w dużej mierze prowadzone są metodą prób i błędów, co pochłania liczne ofiary. Ofiary życia. Metodyka badań wiąże się zatem z brakiem wizji wszystkich zagrożeń i ich ogromu.

Nasze nadzieje i zagrożenia, związane z klonowaniem i innymi molekularnymi doświadczeniami, wynikają z braku dostatecznej wiedzy, braku wątpliwości i nie zawsze umotywowanego wiedzą optymizmu. Pamiętać należy, że zarodkowe komórki macierzyste, pochodzące z klonowania terapeutycznego, charakteryzują się genetyczną niestabilnością oraz możliwością rozwoju tzw. teratom. Trzeba się liczyć z tym, że zwiększone będzie ryzyko urodzeń ludzkich klonów z zagrażającymi życiu wadami, zarówno anatomicznymi, jak i metabolicznymi. Owca Dolly urodziła się po dokonaniu 276 nieudanych prób. Celem badań jest niewątpliwie zmniejszenie takiego ryzyka. Ale jaki będzie tego „koszt”? Wykorzystanie embrionu do leczenia innego człowieka jest przecież wyrazem wdrażania filozofii przemocy. Kościół katolicki nigdy tego typu metody powoływania do życia nowych istot ludzkich nie zaakceptował, choć broni życia tych, którzy dzięki tej metodzie zaistnieli (S.B. Chyrowicz).

Mając wizję znanych zagrożeń i przecucie nieznanego oraz biorąc pod uwagę fakt, że duża część klonowanych embrionów ginie, a znamienne duża liczba urodzonych klonów obciążona jest wadami wrodzonymi i żyje krótko, musimy zdawać sobie sprawę, że wraz z rozpowszechnianiem klonowania powstaną nowe problemy związane z opieką medyczną, a także dotyczące ubezpieczeń. Trzeba mieć świadomość, że w przypadku wdrożenia klonowania do praktyki klinicznej opieka medyczna stałaby się niezwykle kosztowna i ekskluzywna. Ubezpieczenie sklonowanych będzie droższe. Czy w ramach społecznej solidarności osoby tradycyjnie poczęte będą chciały, a może zostaną zmuszone, ponosić większe wydatki? Zadaniem medycyny jest pomaganie chorym i ograniczanie ich liczby, a nie mnożenie. Ponadto firmy ubezpieczeniowe i pracodawcy mogą wprowadzić swoisty „rasizm genowy”. Potrzeba więc prawnego zabezpieczenia „genetycznej prywatności” sklonowanego człowieka.

Co nas chroni

Obecnie przed rozpowszechnieniem procedury klonowania i wielu innych procedur molekularnych „chronią” nas jeszcze względy techniczne, brak pieniędzy oraz trudności natury formalnoprawnej. Dzięki temu w najbliższej przyszłości klonowanie nie wpłynie w sposób znaczący na zmniejszenie wielorakości genetycznej gatunku *homo sapiens*. W tym aspekcie nie stanowi więc ono istotnego biologicznego zagrożenia dla ludzkości, zwłaszcza że dotychczasowe metody rozmnażania nie tracą na powszechności.

Niebezpieczeństwo polega na tym, że nie mamy ani precyzyjnych danych, ani przemyśleń, a więc i wizji następstw wejścia na tor wyłącznie utylitarne sposobu rozumowania w medycynie. Na problem ten zwracał uwagę Jan Paweł II w odniesieniu do komórek macierzystych: „...należy zawsze unikać metod, które są sprzeczne z poszanowaniem godności i wartości osoby. Mam zwłaszcza na myśli próby klonowania istot ludzkich z myślą o uzyskaniu organów do przeszczepów. Moralność nie może polegać jedynie na wygodnej umowie między ludźmi, dopasowywanej do potrzeb bieżących, a w tym i finansowych korzyści”.

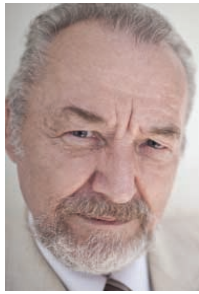
Niepokój o przyszłość

Czy zatem możliwość złego wykorzystania klonowania stanowi argument przemawiający za bezwzględnym zakazem stosowania tej metody rozmnażania? Przecież ludzkość zawsze godziła się na wynalazki, które przynosiły nie tylko pożytek i dobro, ale też krzywdy i zło. Jeśli jednak z odpowiedzialnością chcemy iść w przyszłość, musimy być świadomi zagrożeń i zastanowić się, czy w wielu przypadkach nie lepiej już na początku drogi postawić znak „wstęp wzbroniony”, niż potem stanąć przed znakiem „wyjścia nie ma”.

Z procedury zapłodnień *in vitro* zwykle pozostaje do dyspozycji nadmiar embrionów. Powstaje natomiast pytanie, co robić z nadmiarowymi zarodkami? Wykorzystać je jako źródło zarodkowych komórek macierzystych, przekazać do wykorzystania w przemyśle kosmetycznym, czy zniszczyć? Które zło uznać za mniejsze? Zatem „wyjścia nie ma”!

Prawny zakaz klonowania wstrzymać może badania nad zarodkowymi komórkami macierzystymi, wpłynie jednak na nasilenie zjawiska ich nielegalnego uzyskiwania i ograniczy możliwość regulacji oraz kontroli.

Czy *homo sapiens*, istota rozumna, jest w stanie przewidywać, w jakim kierunku rozwijać się będzie sterowana przez naukę ludzkość, gdy całkowicie „wyswobodzi się z pęt moralnego kaftana”, gdy przekształceniu ulegną pojęcia świętości życia, autonomii, wolności i godności? Bycie człowiekiem wiązać się może z narastającym ryzykiem fałszywej koncepcji człowieka. Czy wobec tyłu jeszcze niewiadomych – zarówno przyszłych osiągnięć, jak i niebezpieczeństw – człowiek pozostać ma tylko biernym i niemym obserwatorem? Życie nie jest łatwe, zwłaszcza gdy chce się być przyzwoitym człowiekiem i sens istnienia wiązać z poczuciem godności. ■



Fot. M. Stankiewicz

Dobra sława

Krzysztof Schreyer

Temat trudny, można powiedzieć wstydlivy. Kiedyś, w rozmowie z młodszymi, znającymi mnie kolegami, zeszło na motywację do pracy w izbach lekarskich. – *Pan to po prostu lubi* – powiedzieli, dając delikatnie do zrozumienia, że jest to rodzaj dziwactwa, które w moim przypadku można potraktować wyrozumiale i życzliwie, ale ci inni... Oni już się dobrze w tych izbach rządząją...

Po latach komunizmu działalność społeczna, skażona przymusem, fałszem i fasadowością, wielu osobom nadal wydaje się czymś podejrzanym, a wielu – naiwnym, śmiesznym albo po prostu beużytecznym.

Trzeba tu wyjaśnić, że w naszym samorządzie po wstępnym okresie entuzjazmu i nadziei, kiedy liczni działacze funkcjni, wygrawszy ciężką walkę w pierwszych superdemokratycznych wyborach, pełnili swe obowiązki bez wynagrodzenia, nastąpił czas zstępowania na ziemię. Izby krzępły, codziennych zadań przybywało i liderzy nie mogli ich dobrze spełniać, pracując jednocześnie w przychodniach, pracowniach i szpitalach. Zaczął więc funkcjonować system wynagrodzeń i diet. Po pewnym czasie w opinii niezadowolonych, ale nawet tych, którzy byli emocjonalnie niezaangażowani, czołowi działacze „dorabiali się”, w domyśle: naszym kosztem. Niestety, jak to bywa w młodych organizacjach, nie obeszło się bez pewnych nadużyć, jednak skutecznie zlikwidowanych. Komisje rewizyjne, coraz bogatsze w doświadczenia, dążąc do wykazania się dobrą pracą, sokolim wzrokiem wypatrywały i wciąż wypatrują najmniejszych nieprawidłowości, a liderzy izb, lękając się oskarżeń, unikają nawet usprawiedliwionych wydatków związanych na przykład z reprezentacją. Czy w związku z profesjonalizacją izby, wspomaganie przez coraz bardziej doświadczony aparat urzędniczy i ekspercki (np. przez prawników), przestały być organizacją działającą społecznie?

Lekarze chętnie mówią: „co te izby robią?”, wytykają wszelkie niemożności, te prawdziwe i te urojone, traktują działaczy jako „zrzedniczałych” onych. Z drugiej strony jednak trudno dostrzec jakąś dominującą, powszechną tendencję do angażowania się w naprawę samorządu, a więc chęć stania się oowymi dobrze urządzonymi onymi (na cztery lata), lub nawet chęć decydowania na zjazdach o sprawach najistotniejszych. Coraz trudniej o kworum w regionach wyborczych, a spora liczba delegatów, którzy dali się łaskawie lub po walce wybrać, zjazdy okręgowe ignoruje, ceni swój czas prywatny bardziej niż społeczne

zobowiązania, nie mówiąc już o pracy w komisjach rad okręgowych, otwartych dla każdego członka izb lekarskich. Podejrzewam, że wielu kolegów staje w szranki wyborcze wyłącznie z czystej chęci rywalizacji. Bo jak inaczej wytłumaczyć ich późniejszy brak aktywności? Są to te przykre strony życia samorządu, ale czy powinny przyciemniać strony jasne?

Większość delegatów działa po staremu społecznie. Członkowie rad okręgowych i przewodniczący kilkunastu komisji problemowych za oddany izbom czas, za swe osiągnięcia i porażki wynagradzani są dobrym słowem, aczkolwiek nie zawsze. Społecznie pracują członkowie tychże komisji. Dla sprawiedliwości trzeba zauważyć, że ci, którzy pełnią swe funkcje za wynagrodzeniem, nierzadko płacą za to przykrym czasowym zerwaniem lub znacznym rozluźnieniem więzów z dotychczasowym miejscem zatrudnienia.

Jak więc wytłumaczyć to „niedzisiejsze” zaangażowanie? Czy wystarczającym motorem działania jest chęć zrobienia czegoś pozytywnego dla swojego środowiska, bo takie mamy geny albo tak nas wychowano? Człowiek od zarania dziejów, będąc istotą społeczną (co według ewolucjo-

nistów stanowiło główny czynnik prowadzący do powstania *homo sapiens*), ma wrodzoną silną potrzebę zdobywania uznania w oczach bliskich, a także potrzebę działania we wspólnocie. Czy to wyczerpuje problem motywacji? Niestety, nie słyszałem o badaniach naukowych na ten temat.

W starożytności sformułowano piękne pojęcie „dobrej sławy”. Czy nie należy się ona, mówiąc prosto, wszystkim pracującym społecznie i nieoczekującym jej – nieraz wstydzającym się jej nieszczęrze – zapaleńcom, „pozytywnie zakręconym”? Wewnętrzna satysfakcja jest wprawdzie ważna, ale niepełna, bo przy najlepszych chęciach musi być skażona różnego kalibru niepowodzeniami. Kiedyś mówiłem, że tak jak taternicy wchodzą z trudem na szczyty, bo one są, tak obywatele poświęcający się pracom dla ogółu robią to, bo widzą istotne zadania, z którymi należy się zmierzyć. Ale trud ten, nieraz długotrwały, bywa niewdzięczny. Mało jest rzeczy, które mogą tak podnieść na duchu i wzmocnić mo-

tywację jak słowa uznania – rzecz niby łatwa, ale jakże rzadka.

Dotyczy to zresztą nie tylko pracy społecznej. Szczególny brak podstawowego *savoir-vivre*’u zdarza się wcale nierzadko. Niech przykładem będą konkretne przypadki doświadczonych lekarzy czy nawet ordynatorów, którzy odeszli po kilkunastoletniej służbie, nie usłyszawszy słowa „dziękuję”.

Niektórzy zarzucają izbom, że rozdają liczne odznaczenia. (Rocznice bywają dobrą okazją.) W dużej części przyznawane były za pracę dla samorządu. Mamy medal Jerzego Moskwy, od niedawna medal Jana Nielubowicza, mamy *Laudabilis*.

Wszystkie są wyrazem uznania dla tych, którzy kawał swego życia poświęcili innym. Wszystkie są symbolem „dobrej sławy”. Nie wstydzmy się jej, nauczmy się ją wyrażać, bo jest naprawdę dobra i naprawdę potrzebna. ■



Rys. K. Rosiecki

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 7.

„W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując leczenia albo odstępując od niego, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”.

To jeden z artykułów budzących najwięcej emocji. Czy lekarz w ogóle może odmówić pomocy choremu? Okazuje się, że są dwa rodzaje takich okoliczności. Pierwsza to sytuacja zupełnie zwyczajna: lekarz jest zmęczony, chory, pod wpływem alkoholu lub miał z pacjentem scysję. W takich okolicznościach nie tylko może, ale czasem nawet powinien odmówić dalszej opieki, bo mogłoby to być po prostu niekorzystne dla pacjenta. Druga okoliczność to tak gorąco dyskutowana w ubiegłym roku sytuacja sprzeciwu sumienia lekarza w stosunku do oczekiwań pacjenta. Kodeks wyraźnie dopuszcza możliwość odmowy leczenia z jednoczesnym zaleceniem wskazania choremu innej możliwości uzyskania pomocy. Podkreślenia wskazują na odmienną regulację kodeksowej i przepisu art. 39.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który opisuje sytuację odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych – to pojęcie znacznie pojemniejsze niż leczenie chorego, zawierające także takie procedury jak antykoncepcja, zapłodnienie pozaustrojowe, aborcja czy (w niektórych krajach) eutanazja. Zapis kodeksowy w takich sytuacjach (niebędących przecież leczeniem chorych) nie nakłada na lekarza obowiązku „wskazywania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia” gdzie indziej (w sprawie konstytucyjności tego zapisu NRL zwróciła się do Trybunału Konstytucyjnego). Należy jednak podkreślić, że kodeks przewiduje jeden bezwzględny wyjątek od prawa lekarza do niepodejmowania leczenia chorego lub odstępowania od niego. Jest nim każda sytuacja, w której takie postępowanie może choremu grozić poważnym niebezpieczeństwem. W takich okolicznościach nawet poważnie niedysponowany lekarz musi, na ile to tylko możliwe, pomocy udzielić. ■

Konstanty Radziwiłł



III EDYCJA
ROK 2015/2016

Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji przeznaczone jest dla osób zdeterminowanych zdobywaniem wiedzy ortodontycznej niezbędnej w codziennej praktyce klinicznej. Kształcenie obejmuje zapoznanie słuchaczy z teorią, praktyką, planowaniem leczenia, gromadzeniem dokumentacji i samodzielną pracą w leczeniu aparatami stałymi i zdejmowanymi.

Podstawowym celem Studium jest przygotowanie do bezpiecznej pracy klinicznej w dziedzinie ortodoncji. Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji przeznaczone jest dla lekarzy dentystrów, którzy pragną skutecznie i odpowiedzialnie leczyć pacjentów z problemami ortodontycznymi. Obecnie możliwości pogłębiania wiedzy i uzyskania umiejętności praktycznych w zakresie ortodoncji są ograniczone i sprowadzają się do uczestnictwa w kursach o bardzo zróżnicowanym poziomie i różnorodnej wartości informacyjnej.

Program Studium przygotowany został przez Panią **prof. dr hab. n. med. Annę Komorowską** i kontynuowany jest pod kierownictwem naukowym Pani **dr n. med. Barbary Warych**.

Zarząd SDPwO



Ilość miejsc ograniczona

Warunki przyjęcia:

- dyplom ukończenia studiów dentystycznych
- zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu
- współpraca z gabinetem ortodontycznym
- wpłata czesnego

Zajęcia w Studium rozpoczną się w **październiku 2015** w Warszawie. Kształcenie w Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji odbywa się raz w miesiącu, podczas 14 sesji. Po ukończeniu Studium i zdaniu egzaminu, absolwenci uzyskują dyplom posiadanych umiejętności. Zajęcia prowadzone są przez doświadczonych wykładowców oraz instruktorów krajowych i zagranicznych.

Szczegóły związane z programem, warunkami przyjęcia, planem zajęć i rekrutacją można uzyskać w sekretariacie Studium lub na stronie internetowej www.ortodoncja.edu.pl

Uwaga: wymagane dokumenty wraz z dowodem wpłaty należy składać do sekretariatu Studium drogą pocztową lub mailową do **15.04.2015 r.**

Sekretariat Studium:
ul. Instalatorów 7 B (I piętro), 02-237 Warszawa
tel.: 601-666-608, 663-838-350
kontakt@ortodoncja.edu.pl
www.ortodoncja.edu.pl



Fot. archiwum

Refundacje 2015

(styczeń)

Małgorzata Okupny

Od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje nowa lista refundacyjna, opublikowana w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ 14.80). W niniejszym artykule przedstawiamy następujące kategorie zmian dokonanych na aktualnie obowiązującej liście: leki zawierające nowe substancje czynne, nowe leki złożone oraz leki w nowej postaci farmaceutycznej dodane do listy aptecznej, katalogu chemioterapii i programów lekowych, nowe wskazania zawarte w charakterystyce produktu leczniczego (rejestracyjne) oraz pozarejestracyjne (off label) objęte refundacją, nowe programy lekowe oraz nowe kryteria włączenia pacjentów do programów lekowych.

Do listy leków wydawanych w aptece na receptę (lista apteczna) nie dodano żadnego leku zawierającego nową substancję czynną, dodano natomiast jeden lek w nowej postaci farmaceutycznej, zawierający uprzednio refundowaną substancję czynną (patrz: Tabela 1.). Nie objęto refundacją żadnych nowych wskazań wymienionych w charakterystykach produktu leczniczego leków uprzednio refundowanych, natomiast szereg leków objęto refundacją we wskazaniach nieuwzględnionych w ChPL (patrz: Tabela 2.).

W zakresie leków stosowanych w chemioterapii (tzw. katalog chemioterapii) zrefundowano jeden lek zawierający nową substancję czynną (Tabela 3.), a w przypadku leków wymienionych w Tabeli 4. objęto refundacją ich inne wskazania wymienione w ChPL.

Jeśli chodzi o programy lekowe, dodano do refundacji trzy nowe (w tym jeden z lekiem zawierającym nową substancję czynną) oraz rozszerzono kryteria włączenia pacjentów w przypadku jednego istniejącego programu (Tabela 5.). Lista refundacyjna w obecnym kształcie będzie obowiązywała do 1 marca 2015 r., kiedy wejdzie w życie kolejne obwieszczenie.

Wszystkie tabele opracowano na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ 14.80).

Źródło: <http://www.bip.mz.gov.pl/legislacja/akty-prawne/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-19-grudnia-2014-r.-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-dzien-1-stycznia-2015-r>

Tabela 1. Nowa postać farmaceutyczna leku dostępnego w aptece na receptę, refundowana od 1 stycznia 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Tiotropii bromidum	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkład po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	145,11	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące	30%	46,68

Tabela 2. Wskazania pozarejestracyjne leków refundowanych, wydawanych w aptece na receptę, objęte refundacją od 1 stycznia 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania pozarejestracyjne objęte refundacją	Poziom odpłatności
Amoxicillinum	Wszystkie leki zawierające amoksycylinę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r., z wyjątkiem leku Ospamox, proszku do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	Zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka	Ryczałt
Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Wszystkie leki zawierające amoksycylinę i kwas klawulanowy, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r., z wyjątkiem Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg, 14 szt.	Zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka	50%
Azathioprinum	Wszystkie leki zawierające azatioprynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	Sarkoidoza, śródmiąższowe zapalenie płuc – w przypadkach innych niż określone w ChPL, ziarniniakowe choroby płuc – w przypadkach innych niż określone w ChPL	Ryczałt



Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania pozarejestryczne objęte refundacją	Poziom odpłatności
Bisoprololum*	Bisoratio 10, tabl., 10 mg, 30 szt. Bisoratio 5, tabl., 5 mg, 30 szt. Coronal 10, tabl., 10 mg, 30 szt. Coronal 5, tabl., 5 mg, 30 szt. Sobycor, tabl., 5 mg, 30 szt., 60 szt. Sobycor, tabl., 10 mg, 30 szt., 60 szt.	Tachyarytmie nadkomorowe – u pacjentów powyżej 6. roku życia	Ryczałt
Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg, 25 szt.	Amyloidoza	Bezpłatnie
Cyclophosphamidum	Endoxan, drażetki, 50 mg, 50 szt.	Sarkoidoza, śródmiąższowe zapalenie płuc – w przypadkach innych niż określone w ChPL	Ryczałt
Diclofenacum	Wszystkie leki zawierające diklofenak, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r., z wyjątkiem kropli do oczu	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%
Methotrexatum*	Methotrexat-Ebewe, tabl., 2,5 mg, 50 szt. Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg, 50 szt. Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg, 50 szt. Metotab, tabl., 2,5 mg, 100 szt. Metotab, tabl., 7,5 mg, 100 szt. Metotab, tabl., 10 mg, 100 szt. Trexan, tabl., 2,5 mg, 100 szt. Trexan, tabl., 10 mg, 100 szt.	Sarkoidoza, ziarniniakowe choroby płuc – w przypadkach innych niż określone w ChPL	Ryczałt
Mycophenolas mofetil	Wszystkie leki zawierające mykofenolan mofetylu, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	Choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności, cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	Ryczałt
Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml, but. 60 ml Rapamune, tabl. powł., 1 mg, 30 szt.	Cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego – odporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach	Ryczałt
Spironolactonum	Wszystkie leki zawierające spironolakton, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	Pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%
Sulfamethoxazolom + Trimethoprimum	Wszystkie leki zawierające sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	Zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem – profilaktyka	50%
Tacrolimusum	Wszystkie leki zawierające takrolimus, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	Idiopatyczny zespół nerczycowy – w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, toczniowe zapalenie nerek – w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	Ryczałt

* Na liście refundacyjnej znajdują się inne leki zawierające bisoprolol i metotreksat, w przypadku których wymienione wskazania nie zostały objęte refundacją.

Tabela 3. Leki zawierające nowe substancje czynne refundowane w ramach katalogu chemioterapii od 1 stycznia 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Oznaczenie załącznika*	Zakres wskazań objętych refundacją
Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	6 fioł. a 50 ml	C.73.	W leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową lub chłoniakiem T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych (ICD-10 C91.0, C83.0, C83.5)

* Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją; załącznik do Obwieszczenia ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.

Tabela 4. Wskazania rejestryczne leków refundowanych w ramach katalogu chemioterapii, objęte refundacją od 1 stycznia 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania rejestryczne objęte refundacją
Carboplatinum	Wszystkie leki zawierające karboplatynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	W zakresie leczenia nowotworów złośliwych piersiowej, brzusznej oraz środkowej trzeciej i dolnej trzeciej części przełyku, w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przełyku, lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym niesekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przełyku, w skojarzeniu z paklitaksemem oraz radioterapią.
Clofarabinum	Evoltra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml, 1 fioł. a 20 ml	Histiocytoza z komórek Langerhansa niesklasyfikowana gdzie indziej (w trzeciej linii leczenia) oraz ostra białaczka szpikowa (u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii, oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej).

Cd.
na
str. 26

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania rejestracyjne objęte refundacją
Imatinibum*	Imatenil, tabl. powł., 100 mg, 60 szt. Imatenil, tabl. powł., 400 mg, 30 szt. Telux, kaps., 100 mg, 60 szt., Telux, kaps., 400 mg, 30 szt.	Ostra białaczka limfoblastyczna z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+).
Leuprorelinum	Lucrin Depot, mikrosfery do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 3,75 mg, 1 zestaw	Nowotwory złośliwe dotyczące przestrzeni zaotrzewnowej, tkanki łącznej i tkanki miękkiej brzucha oraz tkanki łącznej i tkanki miękkiej miednicy – w przypadku agresywnego naczyniakośluzaka lub mięsaka podścieliskowego macicy.
Paclitaxelum	Wszystkie leki zawierające paklitaksel, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r.	W zakresie leczenia nowotworów złośliwych piersiowej, brzusznej oraz środkowej trzeciej i dolnej trzeciej części przełyku – w przypadku leczenia miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem, podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego, oraz nowotworów złośliwych pęcherza w leczeniu wstępnym, przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych, w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka pęcherza.
Temozolomidum	Wszystkie leki zawierające temozolomid, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r., z wyjątkiem Temozolomide Fair-Med., kaps., 5 mg, 20 mg, 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg	W zakresie leczenia nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii.

* Na liście refundacyjnej znajdują się inne leki zawierające imatinib, w przypadku których wymienione wskazania nie zostały objęte refundacją.

Tabela 5. Zmiany w programach lekowych, obowiązujące od 1 stycznia 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Program lekowy	Oznaczenie załącznika zawierającego opis programu lekowego	Rodzaj zmiany
Bexarotenum	Targretin, kaps., 75 mg, 100 szt.	Leczenie beksarotenumem ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sézary'ego ICD-10 C 84.0 C 84.1	Załącznik B.66.	Nowa substancja czynna, nowy program.
Bortezomibum*	Velcade, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg, 1 fiol., Velcade, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg, 1 fiol.	Leczenie szpiczaka plazmocytozy bortezomibem ICD-10 C90.0	Załącznik B.13.	Nowe kryterium kwalifikacji pacjentów: pacjenci z nowo zdiagnozowanym szpiczakiem mnogim, kwalifikujący się do chemioterapii wysokodawkowej w skojarzeniu z przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.
Dasatynibum	Sprycel, tabl., 20 mg, 60 szt., Sprycel, tabl., 50 mg, 60 szt., Sprycel, tabl., 100 mg, 30 szt., Sprycel, tabl., 80 mg, 30 szt., Sprycel, tabl., 140 mg, 30 szt.	Leczenie dasatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z chromosomem Filadelfia (Ph+) ICD-10 C91.0	Załącznik B.65.	Nowy program.
Somatropinum**	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.), 5 wkł. a 1,5 ml, Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.), 5 wkł. a 1,5 ml	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu z czasem trwania ciąży (SGA lub IUGR) ICD-10 R 62.9	Załącznik B.64.	Nowy program.

* W komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie nowej listy refundacyjnej jest mowa o rozszerzeniu wskazań dla jednej dawki leku, natomiast z treści załącznika do obwieszczenia wynika, że obie dawki leku nie różnią się zakresem refundacji.

** Na liście refundacyjnej znajdują się inne leki zawierające somatotropinę, których nie objęto refundacją w wymienionym programie.

Autorka artykułu zapewnia, że dołożyła wszelkich starań, aby dane i informacje zawarte w tym artykule były rzetelne i aktualne, mają one jednak charakter informacyjny i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.

Małgorzata Okupny,
ekspert zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii



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, DZWONIĄC POD NUMER:
704 277 577

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

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

Usługa świadczona jest przez firmę:
MATERNA
Communications

Ludzie roku 2014

Podczas 14. Gali Konkursu Sukces Roku przyznano nagrody miesięcznika „Menedżer Zdrowia” oraz wydawnictwa Termedia – „Liderzy Medycyny”. Tym razem wśród nagrodzonych było wyjątkowo wielu reprezentantów województwa mazowieckiego.

W kategorii „Placówki publiczne, spółki” tytuł menedżera roku otrzymał dr Wojciech Puzyra, dyrektor Centrum Medycznego „Żelazna”, w skład którego wchodzi Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie.

W kategorii „Innowacyjny szpital” tytuł wprowadzającego najwięcej innowacji otrzymał Instytut Kardiologii im. Kardynała

Stefana Wyszyńskiego w Aninie, a statuetkę odbierał jego dyrektor, prof. dr hab. n. med. Witold Rużyłto.

W kategorii „Zdrowie publiczne” kapituła przyznała nagrodę Krajowemu Centrum ds. AIDS, kierowanemu przez Annę Marzec-Bogusławską. ■

mkr

STOMATOLOGIA

Edukacja jest najważniejsza

Próchnica w dalszym ciągu jest najpowszechniejszym schorzeniem zębów. Nie są od niej wolni mieszkańcy żadnego kraju. Ale u jednych występuje w nieznacznym stopniu, u innych w bardzo dużym. Polacy należą do tej drugiej grupy. 57 proc. trzylatków już ma próchnicę. W starszych grupach dzieci występuje jeszcze częściej, np. aż u 85 proc. sześciolatków (w populacji duńskiej tylko 25 proc.). W przypadku Polaków w wieku 35–44 lata obecność próchnicy stwierdza się prawie u 100 proc. Niepokojąca jest również jej intensywność: trzylatki mają zajęte trzy zęby, siedmiolatkowie już pięć zębów, dorośli po 35. roku życia – 17 zębów.

W ostatnich dwóch latach zanotowano niewielki spadek występowania próchnicy u dzieci. To efekt działań edukacyjnych. Ale w wyrobieniu nawyków higienicznych oraz dietetycznych największą rolę do odegrania mają rodzice.

– *Próchnica u polskich dzieci jest dla nas sporym problemem* – mówi dr n. med. Anna Jurczak, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej. Zdaniem PTSD potrzebna jest przede wszystkim stała, intensywna edukacja skierowana do rodziców i opiekunów. Rodzice często nie wiedzą, że przy dzieciach nie wolno mówić o negatywnych doświadczeniach podczas leczenia zębów. W Niemczech na drzwiach gabinetów dentystycznych wiszą napisy: „*Za stan zdrowia zębów dzieci odpowiadają rodzice*”. Lekarz dentysta może pomóc wtedy, gdy rodzic przyprowadzi dziecko do niego. Zęby dzieci powinny być kontrolowane co trzy

miesiące. Lekarze pediatrizy zdają sobie sprawę z tego, że zdrowie jamy ustnej warunkuje zdrowie całego organizmu. Podczas każdego badania powinni zaglądać do jamy ustnej, sprawdzając nie tylko migdałki i błonę śluzową, ale również zęby.

W czerwcu 2014 r. powstała międzynarodowa organizacja Alliance for Cavity Free Future (ACFF), której działania koncentrować się będą na edukacji i przeciwdziałaniu próchnicy. W październiku 2014 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej powołano polski oddział tej organizacji. Kampania edukacyjna, którą planuje ACFF, obejmie m.in. opracowanie materiałów szkoleniowych, ich rozpowszechnianie, opracowanie zasad kariostycznego żywienia. Przygotowywana strona internetowa będzie przeznaczona nie tylko dla rodziców, także dla lekarzy, studentów medycyny i stomatologii, edukatorów.

Próchnicy można przeciwdziałać, a dzięki odpowiedniemu postępowaniu leczniczemu nawet zahamować rozwój zmian lub odwrócić je na wczesnym etapie. Przede wszystkim należy pamiętać o regularnym i właściwym szczotkowaniu zębów, zwłaszcza po spożyciu pokarmów zawierających cukry.

Jednym z czynników neutralizujących kwasy cukrowe w jamie ustnej jest arginina. Pojawiła się pasta do zębów zawierająca tę substancję. ■

mkr

Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 9 stycznia 2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	2	dermatologia	2	laryngologia	2	okulistyka dziecięca	1	stomatologia chirurg.	1
alergologia dziecięca	1	diabetologia	1	medycyna paliatywna	1	ortopedia	6	stomatologia endodon.	2
anestezjologia	3	endokrynologia	3	medycyna pracy	2	pediatria	12	stomatologia ortodon.	3
lekarz bez spec.	6	gastroenterologia	2	medycyna ratunkowa	3	psychiatria	3	stomatologia pedodon.	1
chirurgia dziecięca	2	geriatria	1	med. rodzinna	11	psychiatria dziecięca	3	stomatologia protetyka	1
chirurgia naczyniowa	2	ginekologia i poł.	2	med. społeczna	1	radiologia	6	urologia	2
chirurgia ogólna	5	ginekologia dziecięca	1	neonatologia	1	rehabilitacja med.	5	USG	2
choroby płuc	3	ginekologia endokryn.	1	neurologia	7	reumatologia	3		
choroby płuc dziec.	1	kardiologia	4	neurologia dziecięca	1	seksuologia	1		
choroby wewnętrzne	20	kardiologia dziecięca	1	okulistyka	3	stomatologia	5		

Kontakt: tel. 22-542-83-30; praca@oilwaw.org.pl

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

GWARANTUJĄ UZYSKANIE 14 PKT. EDUKACYJNYCH

Zapraszamy do wzięcia udziału w I Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, które odbędą się 12–14 czerwca 2015 r. w Serocku, w hotelu Narvil. Udział w wykładach jest nieodpłatny. Szczegółowych informacji udziela Elżbieta Szczepańczyk, tel.: 22-54-28-333, e-mail: e.szczepanczyk@oilwaw.org.pl

Program konferencji

Piątek, 12 czerwca 2015 r.

- 10.00–10.45** Rejestracja uczestników
10.45 Otwarcie konferencji
10.45–11.45 „Anafilaksja i stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”, cz. 1
 dr Marcin Aluchna i dr Jacek Smereka
11.45–12.00 Przerwa na kawę
12.00–12.45 „Anafilaksja i stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”, cz. 2
 dr Marcin Aluchna i dr Jacek Smereka
12.45–13.15 „Jak stosować antybiotyki w stomatologii? Etiologia, dawka, czas terapii”
 dr Elżbieta Puacz
13.15–14.00 „Bezpieczeństwo biologiczne stosowanych w stomatologii materiałów złożonych (uczulenia, nadwrażliwość pozabiegowa, działania niepożądane)”
 dr hab. Konrad Małkiewicz
14.00–15.00 Obiad
15.15–16.45 „Leczenie endodontyczne czy ekstrakcja. Szanse i możliwości leczenia w sytuacji z pogranicza”
 dr Adrianna Adamek
16.45–17.00 Przerwa na kawę

- 17.00–17.45** „Marketing a etyka, czyli na co pozwala prawo”
 dr n. ekon.
 Magdalena Szumska
17.45–18.30 „Potęga wizerunku, znaczenie wyglądu lekarza i gabinetu, spójność wizerunku”
 dr Marcin Szumski
20.30 Uroczysta kolacja (niespodzianka wieczoru)

Sobota, 13 czerwca 2015 r.

- 9.00–9.45** „Żywność a zdrowie jamy ustnej pacjentów w wieku rozwojowym”
 prof. dr hab.
 Dorota Olczak-Kowalczyk
9.45–10.45 „Okluzja statyczna i dynamiczna w leczeniu stomatologicznym”
 dr Andrzej Bożyk
10.45–10.50 Przerwa na kawę
10.55–11.40 „Wirus HPV jako jeden z czynników powstawania raka jamy ustnej. Metody wizualizacji rozpoznawania zmian nowotworowych”
 lek. dent.
 Karolina Szaniawska, lek. dent. Tomasz Kamiński
11.40–12.10 „Współczesne trendy w leczeniu próchnicy ubytkowej”
 dr hab. Agnieszka Mielczarek

- 12.10–12.40** „Wykonywanie procedur minimalnie inwazyjnych w korekcie estetyki uzębienia”
 lek. dent. Karolina Kowalczyk
12.40–12.50 Przerwa na kawę
12.50–13.30 „Trzeci wymiar w chirurgii stomatologicznej i implantologii – możliwości rozwiązywania problemów diagnostycznych w trudnych przypadkach klinicznych”
 dr R. Koszowski
13.30–14.00 „Zabiegi kriochirurgiczne w schorzeniach jamy ustnej”
 dr J. Waskowska
14.00–15.00 Obiad
15.15–16.15 „Zadbajmy o własne zdrowie. Kinesiology Tape w medycynie, w tym w stomatologii oraz dla lekarzy stomatologów jako pacjentów”
 dr Z. Hamerlak
16.15–16.30 Przerwa na kawę
16.30–18.00 „Prawo medyczne – personel medyczny działający w zespole, praktyczne aspekty odpowiedzialności prawnej”
 mec. P. Strzelec
20.00 Kolacja (niespodzianka wieczoru)

W czasie, kiedy w głównej sali będą trwały wykłady, w trzech mniejszych salach będą prowadzone nieodpłatnie warsztaty, m.in. z endodoncji, pierwszej pomocy, Kinesiology Tape, oraz odpłatnie (około 55 zł) warsztaty z marketingu.

Przypominamy, że wynegocjowane przez Izbę koszty pobytu w pokoju dwuosobowym wynoszą: płacone do 28 lutego – 749 zł, do 30 kwietnia – 899 zł, po 1 maja – 1000 zł (obejmują dwa noclegi ze śniadaniem i atrakcjami przygotowanymi przez hotel, kawę w przerwach konferencji, obiady i kolacje)

– 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.

14 lutego (sobota) br., od godz. 10.00 do 13.00, w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, odbędzie się bezpłatne szkolenie nt. „Wszystkie kolory leczenia kanałowego w praktyce – prezentacja własnych przypadków, teoria tylko w praktyce” (dr n. med. Piotr Wujec).

Za udział w szkoleniu przysługują punkty edukacyjne.

Szczegółowe informacje na stronie Izby, w zakładce ODZLILD. Zapisy pod nr tel. 22-313-19-70.



Marta Klimkowska-Misiak,
wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów

Depresja najdroższa choroba mózgu



Małgorzata Skarbek

Z pierwszego w Polsce raportu, opublikowanego w październiku 2014 r., pt. „Depresja – analiza kosztów społecznych i ekonomicznych”, wynika, że depresja generuje nie tylko wysokie koszty bezpośrednie, ale także znacznie wyższe koszty pośrednie. Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje na świadczenia związane z jej leczeniem około 170 mln zł rocznie, na refundację leków około 110 mln zł, natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych ponosi koszty pośrednie w wysokości 762 mln zł, czyli prawie trzykrotnie większe. Skutki depresji to utrata 25 tys. lat produktywności, spowodowana absencją, spadkiem efektywności pracy i przedwczesną umieralnością.

W 2013 r. w ZUS zarejestrowano około 290 tys. zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu depresji, które wydano 94 tys. pacjentów. Nic dziwnego, że depresja znajduje się w pierwszej dziesiątce chorób pociągających za sobą najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy.

– *Najwięcej zwolnień lekarskich z powodu depresji biorą osoby między 30. a 50. rokiem życia* – mówi dr Piotr Wierzbicki z Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego. – *Ale absencja w pracy to tylko część problemu. Choroba ta dotyka także najbliższych pacjenta i jego otoczenie. Zmieniają się relacje z rodziną, współpracownikami i społeczeństwem. Depresja stygmatyzuje człowieka, toteż wiele osób nie przyznaje się, że choruje i leczy się.*

Skrajnym objawem depresji są myśli samobójcze, które nierzadko kończą się próbą odebrania sobie życia. Według danych Komendy Głównej Policji w 2013 r. odnotowano 8579 zamachów samobójczych, z których 6097 zakończyło się zgo-

nem. To znaczny wzrost w stosunku do 2012 r., kiedy zarejestrowano 5791 prób samobójczych, 4177 zakończonych śmiercią. Częściej na ten krok decydują się mężczyźni.

– *50-proc. wzrost liczby prób samobójczych to bardzo negatywne zjawisko* – mówi dr Iwona Patejuk-Mazurek, ordynator Oddziału Ogólnopsychiatrycznego Szpitala Tworowskiego im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie. – *Przyczyną tego kroku chorych jest często brak nadziei i wizji dobrego wyjścia z sytuacji. Chory gorzej ocenia swoje położenie niż jest faktycznie, nie ma zaufania do siebie i otoczenia, przestaje sobie wierzyć. Depresja to nie słabość, to choroba. Niezbędna jest pomoc lekarza specjalisty – farmakoterapia, a często również psychoterapia.*

Leczenie farmakologiczne jest obecnie skuteczne i bezpieczne. Pod koniec lat 80. wprowadzono antydepresyjne leki drugiej generacji, które nie dają objawów niepożądanych.

W Polsce na depresję cierpi około 1,5 mln osób, tj. 10 proc. populacji między 20. a 40. rokiem życia. Choroba dwa razy częściej diagnozowana jest u kobiet niż u mężczyzn. Objawia się smutkiem, utratą zainteresowań, poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem zmęczenia i osłabieniem koncentracji, anhedonią (nieumiejętnością odczuwania emocji). Niejednokrotnie towarzyszą temu objawy somatyczne: bóle brzucha, głowy, pleców, mięśni, bóle w klatce piersiowej, drżenie rąk.

Stres, tempo życia, presja związana z pracą i koniecznością odniesienia sukcesu, zabieganie, brak odpoczynku przyczyniają się do zachorowań na depresję. Trudny dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, także do psychiatrów, jest barierą, której nie mogą pokonać ludzie chorzy. Dlatego postulowane jest wprowadzenie systemowych rozwiązań, które przyczynią się do poprawy jakości życia pacjentów z depresją. Są to m.in.: opracowanie strategii prewencji, diagnostyki i leczenia depresji w Polsce, utworzenie krajowego rejestru pacjentów, uznanie depresji za jednostkę priorytetową w dziedzinie chorób psychiatrycznych.

W 2015 r. po raz dziewiąty zorganizowano „Forum przeciw depresji”. ■

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.
Telefon kontaktowy: 22-590-20-09.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
oraz
Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Warszawie
organizują kursy dla lekarzy nt.:
„Zasady bezpiecznego stosowania
krwi i jej składników”.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
oraz
Państwowa Agencja
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
organizują kursy dla lekarzy nt.:
„Rozpoznawanie ryzykownego
i szkodliwego picia alkoholu
oraz krótka i poszerzona
interwencja w podstawowej opiece zdrowotnej”.

Proponowane terminy szkoleń*:
5.03.2015 r. (czwartek)
30.04.2015 r. (czwartek)
18.06.2015 r. (czwartek)

Proponowane terminy szkoleń*:
5.03.2015 r. (czwartek)
9.04.2015 r. (czwartek)
7.05.2015 r. (czwartek)
11.06.2015 r. (czwartek)

w siedzibie Regionalnego Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Warszawie, ul. Saska 63/75.

w siedzibie OIL w Warszawie, ul. Puławska 18.

Opłata za kurs wynosi 90 zł.

Warunkiem uczestnictwa lekarza w szkoleniu
jest przesłanie wypełnionego
formularza zgłoszeniowego.

Warunkiem uczestnictwa lekarza w szkoleniu jest
przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego
wraz z potwierdzeniem wpłaty
(nr konta BPH SA: 41106000760000321000155618).

Wypełniony formularz można przesłać:

- przez stronę internetową www.warszawa.oil.org.pl
- zeskanowany na adres e-mail: d.neryng@oilwaw.org.pl lub a.mika@oilwaw.org.pl
- faksem na numer 22-313-19-65.

Uczestnicy uzyskają 6 pkt. edukacyjnych. Liczba miejsc jest ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Informacje: 22-313-19-70, 22-313-19-75, w godzinach pracy biura ODZLiLD: 8.00–16.00.

Formularz zgłoszeniowy znajduje się na stronie OIL w Warszawie: www.warszawa.oil.org.pl

*Jeżeli liczba zgłoszeń na dany termin będzie zbyt mała, kurs nie odbędzie się.

Osobom, które zadeklarowały udział w szkoleniu, zostanie zaproponowany późniejszy termin.

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Posiedzenia naukowo-szkoleniowe w roku akademickim 2014/2015

3.02.2015 r.

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii

- **Ostre uszkodzenie w przebiegu przewlekłej choroby wątroby**

lek. med. Dorota Wicher, lek. med. Aneta Nalepa,

prof. nadzw. dr hab. n. med. Irena Jankowska, prof. dr hab. n. med. Joanna Pawłowska

17.02.2015 r.

Klinika Endokrynologii i Diabetologii

- **Wrodzona wielohormonalna niedoczynność przysadki**

dr hab. n. med. Mieczysław Szalecki

3.03.2015 r.

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii

/Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej/Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów/Klinika Onkologii

- **Poprzeszczepienna choroba limfoproliferacyjna (PTLD – posttransplant lymphoproliferative disease) u pacjentów pediatrycznych po transplantacji wątroby. Co się zmieniło na przestrzeni ostatnich lat?**

prof. dr hab. n. med. Joanna Pawłowska, dr n. biol. Beata Kasztelewicz, prof. nadzw. dr hab. n. med. Hanna Gregorek,

dr n. med. Joanna Teisseyre, prof. nadzw. dr hab. n. med. Bożenna Dembowska-Bagińska,

prof. nadzw. dr hab. n. med. Irena Jankowska

17.03.2015 r.

Zakład Zdrowia Publicznego

- **Częstość występowania oraz determinanty nadwagi i otyłości wśród polskich dzieci w wieku przedszkolnym, w zależności od zastosowanej definicji nadwagi i otyłości**

dr n. med. Zbigniew Kułaga

XXIV Sesja Noblowska

Fot. archiwum WUM



Wzorem lat ubiegłych I Wydział Lekarski WUM w grudniu 2014 r. zorganizował w Muzeum Kolekcji Jana Pawła II w Warszawie Sesję Noblowską poświęconą laureatom Nagrody Nobla 2014 w dziedzinie fizjologii i medycyny. John O’Keefe, May-Britt Moser i Edvard Moser otrzymali ją za odkrycie systemu lokalizacji przestrzennej w mózgu. Była to już XXIV Sesja Noblowska.

Witając gości, prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś, dziekan I Wydziału Lekarskiego, przypomniał, że inicjatorem spotkań noblowskich był prof. Andrzej Karwowski. Prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk, rektor WUM, wspominał niektóre fakty z dziejów Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Państwo Moser to piąte w historii małżeństwo, które otrzymało Nagrodę Nobla. Pierwszym byli Maria Skłodowska-Curie i Piotr Curie (1903 r., nagroda z fizyki za badania nad zjawiskiem promieniotwórczości), kolejnymi – córka naszej dwukrotnej noblistki Irena i jej mąż Fryderyk Joliot-Curie (1935 r., z chemii, za odkrycie sztucznej promieniotwórczości), Amerykanie Carl i Gerty Cori (1947 r.,

nagroda w dziedzinie medycyny i fizjologii za badania nad glikogenolizą), wreszcie Szwedzi Alva i Gunnar Myrdal, chociaż oni odebrali wyróżnienie w dwóch różnych dziedzinach (ona – Nagrodę Pokojową w 1982 r., on – z ekonomii w 1974). To nie koniec rodzinnych koligacji. Spokrewnieni byli nie tylko wspomniani Maria Skłodowska-Curie, Piotr Curie (rodzice) i Irena Joliot-Curie (ich córka), wiele zanotowano w historii Nagrody Nobla par męskich – ojciec i syn. Wśród nich: William i Lawrence Bragg (z fizyki w 1915 r.), Niels i Aare Bohr (obydwaj z fizyki, ale osobno – w 1922 i 1975 r.), Hans Karl August Simon von Euler-Chelpin (z chemii w 1929) oraz Ulf von Euler (z medycyny w 1970), Arthur Kornberg (z medycyny w 1959) i Roger D. Kornberg (z chemii w 2006), Karl Manne Georg Siegbahn (z fizyki w 1924) i Kai M. Siegbahn (z fizyki w 1981), wreszcie Joseph John Thomson (z fizyki w 1906) i George Paget Thomson (z fizyki w 1937). Wśród noblistów znajduje się także dwóch braci: ekonomista Jan Tinbergen (1969) i Nikolaas Tinbergen (medycyna, 1973). – *Wygląda na to, że dobre naukowe geny bywają pomocne!* – zauważył w swoim wystąpieniu rektor.

Wykłady wygłosili: prof. dr hab. n. przyr. Jerzy Vetulani – psychofarmakolog, neurobiolog, biochemik, członek Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności, wiceprzewodniczący Rady Naukowej Instytutu Farmakologii PAN, jeden z najczęściej cytowanych polskich naukowców w dziedzinie biomedycyny, wielki popularyzator nauki, oraz dr n. biol. Rafał Czajkowski – adiunkt w Centrum Neurobiologii Instytutu Biologii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk.

Podczas uroczystości pieśni „Gaude Mater Polonia” oraz „Gaudeamus igitur” wykonał chór WUM pod batutą Daniela Synowca. Odbył się także koncert znakomitej mezzosopranistki Małgorzaty Walewskiej.

mkr

*Pośród wątpliwych sensacji wiru
Niech widz prawdziwej sensacji liźnie
Oto, co wyznał mi pewien chirurg
Już w posttotalitarnej ojczyźnie*
W. Młynarski

Los starego lekarza

Zadzwoń do mnie stary znajomy, emerytowany dyrektor dużego warszawskiego szpitala, lekarz chirurg. – *Słuchaj, Jurek. Mam problemy z kręgosłupem. Przy pochyleniu poczułem silny ból w okolicy lędźwiowej. Czy mogę przyjść do ciebie na rentgen kręgosłupa lędźwiowego? – Oczywiście – rzekłem. – Przyjdź.*

Zdjęcia pokazały, że kręgosłup jest kompletną ruiną: zniesiona lordoza, zmiany zwyrodnieniowe, prawie całkowite zwięzienie przestrzeni międzykręgowych (dysków) na wszystkich poziomach.

– *Co ja mam robić? – pyta znajomy. – Od dwóch tygodni łykam voltaren i katuję wątrobę. Trochę mi to pomaga. – Bóle kręgosłupa mają priorytet, pójdź przede wszystkim do ortopedy – rzekłem. – Może jakieś implanty? Ale na to trzeba mieć pieniądze...*

Podejrzewam, że w Polsce około 30 proc. ludzi po pięćdziesiątce ma dolegliwości kręgosłupowe. Przeciętnego obywatela (lekarza również) nie stać na implanty, bowiem operacja prywatnie kosztuje około 30–40 tys. zł. Czas oczekiwania na łaskę NFZ wynosi 10–15 lat. Taka jest prawda.

Przed wojną, za czasów „strasznej” sanacji, lekarz był traktowany z należytą estymą i leczony (w ramach ubezpieczenia) bez kolejki. Nie wyobrażam sobie, aby lekarz czekał pięć czy dziesięć lat na zabieg operacyjny. Tak samo lekarz od lekarza nie wziął grosza za świadczenie lekarskie. Dzisiaj jesteśmy świadkami upadku obyczajów. Zresztą niektórzy lekarze sami przyczyniają się do takiego stanu rzeczy. Jakie mogą być rozwiązania? Pierwsze – w myśl zasady *Medice, cura te ipsum*, drugie, pewniejsze – nagła śmierć we śnie. ■

Jerzy Borowicz

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w Warszawie, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25, **pilnie zatrudni** na stanowisku: lekarza orzecznika ZUS, lekarza posiadającego II stopień specjalizacji, w szczególności w zakresie psychiatrii, medycyny pracy, chorób wewnętrznych, neurologii, ortopedii. Telefon kontaktowy: 22-714-21-37.

Powołanie Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych

Od nowego roku działa Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Wojewoda Jacek Kozłowski powołał do niej ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego.

Jednym z głównych zadań rady jest ustalanie priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej. Należy do nich również współpraca z wojewodą przy sporządzaniu mapy miejscowych potrzeb, na podstawie której ustalane będą priorytety regionalnej polityki zdrowotnej. Mapy i priorytety posłużą wojewodzie do wydawania (w porozumieniu z radą) opinii o celowości tworzenia na Mazowszu nowych jednostek, udzielających świadczeń szpitalnych oraz specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych.

Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych została utworzona 1 stycznia 2015 r. na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W jej skład weszli wszyscy konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków powołanych spośród wskazanych przedstawicieli: wojewody, marszałka województwa, dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, wojewódzkiego urzędu statystycznego, szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych, konwentu powiatów województwa oraz reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Geriatrya w Szpitalu Wolskim

Do końca września 2015 r. w Szpitalu Wolskim w Warszawie powstanie oddział geriatryczny.

Placówka będzie miała 36 łóżek. Szpital chce też uruchomić dzienny oddział psychogeriatryczny. Urząd Miasta Stołecznego Warszawy informuje, że oddział powstanie w pawilonie zbudowanym przed 30 laty. Modernizacja obejmie powierzchnię około 1,5 tys. mkw. Chorzy będą mieli do dyspozycji dziesięć sal trzyosobowych, salę obserwacyjną pięcioosobową oraz salę jednoosobową. Wszystkie wyposażone zostaną w pełny węzeł sanitarny, dostosowany do potrzeb osób starszych oraz niepełnosprawnych. Pokoje będą przestronne, np. powierzchnia sal trzyosobowych wyniesie 28–29 mkw. Na oddziale znajdują się sale terapii zajęciowej i fizykoterapii, pokoje zabiegowe, gabinet psychologa, pokoje lekarskie i administracyjne, szatnie dla personelu itp. Koszt prac budowlanych, które finansowane są z budżetu miasta st. Warszawy, wyniesie 3390 tys. zł.

Uruchomienie oddziału planowane jest przed końcem III kwartału 2015 r. Stołeczny ratusz podaje, że ostatecznie zależne będzie ono od decyzji NFZ w sprawie przyznania szpitalowi odpowiedniego kontraktu na opiekę geriatryczną. Jeśli okaże się to niemożliwe, oddział powiększy dotychczasową bazę internistyczną. Dwie trzecie pacjentów internistycznych szpitala ma bowiem ponad 65 lat. Szpital Wolski przygotowuje się do kompleksowego programu leczenia ludzi w starszym wieku, planując uruchomienie przez swoją jednostkę – Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego – dziennego oddziału psychogeriatrycznego.

W trosce o zdrowie najmłodszych

W Szpitalu Dziecięcym im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie podsumowano dwuletnią kampanię informacyjno-promocyjną „Jedz witaminy i wracaj do zdrowia”.

Inicjatywa realizowana była w ramach porozumienia województwa mazowieckiego ze Związkiem Sądowników RP. Samorząd Województwa Mazowieckiego podaje, że program skierowano do najmłodszych przebywających na oddziałach dziecięcych w szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego. Ideą przedsięwzięcia było przekazanie wiedzy na temat dobroczynnego wpływu owoców i warzyw na zdrowie. Szczególne zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne występuje u dzieci. Zachęcanie najmłodszych, zwłaszcza tych przebywających w szpitalu, do spożywania owoców i warzyw to inwestowanie w ich prawidłowy rozwój. Każde zjedzone jabłko, śliwka czy truskawka miało pokazać dzieciom, że owoce są naturalnym źródłem bezcennych witamin, wspomagających ich naturalną odporność. Oprócz dostarczania do szpitalnej stołówki świeżych owoców i warzyw prowadzono także wiele działań edukacyjnych. ■

pk

Nagroda na miarę Nobla

Złoty Medal – Grand Prix Międzynarodowej Edycji Konkursu Prix Galien w kategorii „urządzenia medyczne” (wyniki ogłoszono 4.12.2014 r. w Monte Carlo) zdobyła pierwsza w świecie Krajowa Sieć Teleaudiologii, której pomysłodawcą i twórcą jest prof. Henryk Skarżyński.

– Krajowa Sieć Teleaudiologii to system, który obejmuje m.in. telerehabilitację, telefitting, teleedukację, badania przesiewowe, telediagnostykę w Europie, Azji i Afryce. Dla uzyskania najlepszych wyników w zakresie poprawy słuchu po założeniu implantu ślimakowego konieczne jest zapewnienie pacjentowi dobrze zorganizowanej, długofalowej opieki pooperacyjnej. Jednym z najważniejszych zadań wchodzących w zakres tej opieki jest optymalne dopasowanie implantu – wyjaśnia prof. Henryk Skarżyński.

Ten nowoczesny system telemedyczny umożliwia skuteczną rehabilitację słuchu i mowy oraz zdalną obsługę pacjentów korzystających z implantów. Skraca czas dotarcia do specjalisty, pozwala uniknąć kosztów podróży.

Prix Galien jest jednym z najbardziej znaczących konkursów na świecie, od 44 lat nagradza się w nim innowacyjne i najbardziej przełomowe osiągnięcia farmacji, medycyny i ochrony zdrowia. Przyznawane przez międzynarodowe jury nagrody są wyjątkowym wyróżnieniem, cieszącym się najwyższym uznaniem światowej medycyny, dzięki czemu uważane są za najważniejsze, po Nagrodzie Nobla, odznaczenia w tej dziedzinie.

– Wiem, że konkurencja była bardzo duża, ponieważ z 90 zgłoszonych kandydatur w poszczególnych kategoriach z całego świata do ścisłego finału jury zakwalifikowało tylko 16 uczestników – powiedział prof. Skarżyński po otrzymaniu nagrody. ■

ach

Nowy rok, stare problemy



Fot. R. Natorski

Nerwowo rozpoczął się 2015 r. w radomskiej służbie zdrowia. Ponad połowa przychodni POZ nie podpisała umowy z NFZ, co spowodowało obłożenie oddziałów ratunkowych w szpitalach oraz stacji pogotowia ratunkowego. Liczne kontrowersje budzi również wprowadzony od 1 stycznia pakiet onkologiczny.

Szanowni Pacjenci! Z powodu postawy ministra zdrowia, chcącego w celu propagandy wyborczej narzucić nierealne warunki dotyczące badań oraz leczenia chorych, nie zgodziliśmy się na ryzyko pracy kosztem Waszego zdrowia (...). Dlatego z przykrością informujemy, że nasza przychodnia będzie nieczynna od 1 stycznia – takie komunikaty pojawiły się na drzwiach wejściowych 17 z 29 radomskich placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które nie podpisały umowy z NFZ.

– Propozycje NFZ są nie do przyjęcia ze względów organizacyjnych i finansowych. Na lekarzy rodzinnych spadło od nowego roku wiele dodatkowych obowiązków. Boimy się, że jak będziemy pracować w takim tempie, to coś przeczujemy, ucierpi na tym pacjent – tłumaczył w jednym z wywiadów dr Wojciech Pacholicki, kierownik przychodni „Gołębiów”, a jednocześnie wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego. – To największy kryzys w ochronie zdrowia od lat, do którego doprowadziła w dużej mierze arogancja ministra Artukowicza.

Protestujących lekarzy nie zniechęciła nawet kampania zastraszania prowadzona w mediach przez ministra, a na szczęblu lokalnym – jak twierdzili przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego – przez kierownictwo radomskiej delegatury NFZ, które miało namawiać władze samorządowe do

stosowania represji wobec osób odmawiających podpisania kontraktu.

Efekt? Już 5 stycznia magistrat wysłał do sześciu przychodni dzierżawiących pomieszczenia od miasta pisma z apelem o otwarcie gabinetów. Brak świadczenia usług dla pacjentów został potraktowany jak złamanie zasad dzierżawy. – *Podjemy zdecydowane kroki, bo negatywnie patrzemy na protesty, które utrudniają życie mieszkańcom. Będziemy zrywać umowy z przychodniami, które nie realizują umów* – groziła Anna Białkowska, wiceprezydent Radomia.

Zamknięcie przychodni spowodowało obłożenie oddziałów ratunkowych szpitali, zwłaszcza Radomskiego Szpitala Specjalistycznego, którego kierownictwo było zmuszone oddelegować na SOR dodatkowych lekarzy. Także w ambulatorium Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w pierwszych dniach stycznia pojawiło się dwa – trzy razy więcej osób niż zazwyczaj. W trybie ekspresowym utworzono tam przychodnię podstawowej opieki zdrowotnej.

W kolejkach panowała nerwowa atmosfera, a wielu chorych nie ukrywało poirytowania protestem. – *Rozumiem zdenerwowanie pacjentów, ale tak naprawdę walczyliśmy w ich interesie* – podkreślał pewien lekarz rodzinny. – *Na przykład domagamy się przywrócenia dotychczasowego, dobrze działającego modelu opieki nad osobami z cukrzycą i przewlekłymi chorobami układu krążenia, a także rezygnacji z bezsensownego pomysłu skierowań do okulisty czy dermatologa, które zwiększą kolejki do lekarzy rodzinnych.* Mój rozmówca zwracał uwagę, że w zakresie jego obowiązków znalazło się także przeprowadzanie niektórych badań diagnostycznych, np. USG i spirometrii. – *Nie mam potrzebnego sprzętu i musiałbym zlecać badania zewnętrznym podmiotom. Nie wiadomo tylko, kto ma za to zapłacić* – twierdził.

7 stycznia, po podpisaniu porozumienia między ministerstwem a Porozumieniem Zielonogórskim, wszystkie radomskie przychodnie zostały otwarte. Jednak nie uspokoiło to nastrojów i nie rozwiało obaw dotyczących zmian w systemie. Duże wątpliwości budzi zwłaszcza koncepcja „szybkiej ścieżki onkologicznej”. – *Myszę, że pomysł zostanie brutalnie skonfrontowany z rzeczywistością* – prorokuje mój rozmówca.

W założeniach resortu lekarz rodzinny ma wydawać pacjentowi z podejrzeniem nowotworu kartę onkologiczną. W ciągu 10–12 tygodni powinna nastąpić specjalistyczna weryfikacja tej diagnozy.

Czy w praktyce będzie to możliwe? Radomskie szpitale nie są przygotowane na szybką terapię onkologiczną. Placówki borykające się z długami musiałyby zatrudniać dodatkowych lekarzy, co jest mało prawdopodobne. Nie wiadomo też, kiedy powinny przeprowadzać badania. – *Pacjenci są już zapisywani na badania rezonansem i tomografem. Kiedy mamy przeprowadzać badania onkologiczne? W nocy, w święta i niedziele, gdy nie robimy badań planowych?* – zastanawia się Luiza Staszewska, prezes Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego.

Wsparciem dla publicznych instytucji powinno być uruchomienie we wrześniu Centrum Onkologii Ziemi Radomskiej, jednak NFZ odmówił podpisania kontraktu z nowoczesną placówką, tłumacząc, że... nie uzupełnia ona oferty radomskich szpitali. – *Nie do końca zgadzamy się z tym, że placówki z Radomia w sposób optymalny leczą pacjentów onkologicznych. Wydaje mi się, że w tym przypadku słowo „optymalny” należałoby zamienić na „minimalny”. A to dlatego, że nie dysponują specjalistycznymi urządzeniami diagnostycznymi, w tym tzw. PET* – stwierdza dr Igal Mor, prezes COZR. Od września jego placówka przyjęła ponad 200 pacjentów. ■

Rafał Natorski



Fot. archiwum

Godność ludzka

Janina Jankowska

Dopiero zaczął się 2015 r., a już tyle się dzieje. I na świecie, i w naszej ojczyźnie. Ledwo zakończył się rozbuchany przez ministra Arłukowicza konflikt z lekarzami z Porozumienia Zielonogórskiego, a zaraz po podsumowaniu 100 dni nowego rządu, dokonany przez premier Ewę Kopacz, zaczął się nowy konflikt społeczny – z górnikami. Konflikty interesów są naturalnym zjawiskiem w każdej demokracji. Rzecz polega na metodzie ich rozwiązywania, tj. na umiejętności prowadzenia negocjacji w taki sposób, by strony się porozumiały i zrozumiały, czyli bez ściemy. Po każdym rzetelnie rozładowanym konflikcie ten fragment rzeczywistości, którego dotyczył, ma szansę zostać naprawiony. Konflikt może przynieść dobre owoce, jeśli strony, podpisując porozumienie, spotkały się, choćby na wąskim terenie pod nazwą „wspólne dobro”.

Niestety, tej umiejętności komunikowania się ze społeczeństwem nie posiadają nasi rządzący. Właściwie od rozmów w Stoczni Gdańskiej w sierpniu 1981 r. nie pamiętam, by słowo „negocjacje” było traktowane przez władzę poważnie. W ogóle słowa odrywają się od znaczeń. Na przykład konsultacje społeczne, zagwarantowane prawem, prowadzi się z zainteresowanymi, gdy już kłamka w danej sprawie zapadła. Jaki to ma sens? Oprócz spadku zaufania do władzy rodzi się niezadowolenie, a z czasem napięcie, którego konsekwencji nikt nie jest w stanie przewidzieć.

W świecie nie dzieje się lepiej. Nie widać końca konfliktów w takich zapalnych miejscach, jak Ukraina, Syria, Palestyna. Do tego dochodzi coś, czego nie możemy pojąć – Państwo Islamskie. Tam każdego dnia giną z powodu wyznawania innej religii setki, a może tysiące ludzi. Palone są wioski, ma miejsce planowa eksterminacja chrześcijan, jazydów, szytów. Filmy z egzekucji umieszczane są w Internecie. Bezimienne ofiary liczone w tysiącach, uciekinierzy ze zbombardowanych domów Syrii czy Ukrainy nie robią już dużego wrażenia na opinii publicznej. 12 zabójstw z rąk terrorystów islamskich w paryskich zamachach poruszyło cały świat. I dobrze, że poruszyło.

Solidarność polityków i narodów to piękna rzecz. Imponujący marsz w Paryżu. Nieprzebrane tłumy, na czele kilkudziesięciu przywódców różnych państw. Nie ma zgody na brutalne morderstwa i zastraszanie. Jednak w szkołach francuskich nie wszyscy uczcili pomordowanych minutą

ciszy. Młodzież muzułmańska odmawiała uczestnictwa, czasem ostentacyjnie. Nauczyciele stali bezradni. Tu rodzi się poważny problem. Jeśli oddzielamy akty terrorystyczne od teorii Huntingtona o nieuchronnym zderzeniu cywilizacji, to należałoby tę inną, muzułmańską, starać się zrozumieć.

Szyderstwa z Mahometa są odbieraniem godności jego wyznawcom. Tak oni to czują. Inaczej niż chrześcijanie i Żydzi. Myślę, że młodzież francuska w pierwszym pokoleniu w czasie tej minuty ciszy przeżywała konflikt wartości. To nie są jeszcze dżihadysty. Świat idei wyniesiony z domu rodzinnego kłóci się im z ideami Rewolucji Francuskiej, której walka z Kościołem katolickim została przeniesiona w „Charlie Hebdo” w realia XXI w. i dotyczy już wszystkich religii monoteistycznych, także islamu. Robi to jedno francuskie pismo, do tej pory uznawane za „jadące po bandzie”, kontrowersyjne i lewackie. Teraz stało się symbolem, emblematem najwyższych wartości europejskich. To smutne.

Czy pojawienie się w kilkumilionowym nakładzie „Charlie Hebdo” następnych karykatur Mahometa przeciągnie młodych Francuzów ze środowisk muzułmańskich na stronę europejskich wartości? Śmiem wątpić. Zaogni konflikt, podnieci nacjonalistów i Bóg raczy wiedzieć, do czego jeszcze doprowadzi. Nasza dumna z praw człowieka europejska cywilizacja nie słyszy głosów muzułmanów, takich jak głos egipskiego instytutu Maral-Ifta al-Masrija wydającego religijne edykty i opinie prawników. Jedna z najważniejszych instytucji świata islamu, potępiając zamachy, wzywa rząd francuski do zaprzestania publikacji karykatur Mahometa, bo: „Okładka magazynu to niczym nieusprawdliwiona prowokacja wobec uczuć 1,5 mld muzułmanów na całym świecie, którzy kochają i szanują Proroka”. „Charlie Hebdo” według autorów petycji „stwarza okazję radykałom obu stron do wymiany aktów przemocy, za które zapłacą tylko niewinni”.

Terrorystów islamskich żywi nasza europejska pycha, która pozwala szydzić, obrażać uczucia innych. Karykatury Mahometa to uderzenie w godność każdego muzułmanina. Większość nie odpowiada strzelaniem, ale to nie znaczy, że oglądając genitalia Mahometa (a takie rysunki były), ten zwykły, pokojowo nastawiony muzułmanin nie czuje się zraniony.

Co robimy w imię naszej wolności słowa? My też jej stawiamy granice. Nie dopuszcza się karykatur szydzących z więźniów Auschwitz. I całe szczęście.

Małe *post scriptum*. Paryż. Telewizje pokazują obraz kilkudziesięciu przywódców świata idących na czele nieprzebranych tłumów. Jeden z fotoreporterów wspiął się nieco wyżej i... widzimy na wyludnionej ulicy setkę ludzi. Niby zrozumiałe, że dla bezpieczeństwa trzeba głowy państwa oddzielić od tłumów. Tylko że ta fotografia ma znaczenie symboliczne.

Polskie Towarzystwo Lekarskie oraz Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

02-032 Warszawa, ul. Raszyńska 54

serdecznie zaprasza na posiedzenie Sekcji Historycznej:

27.02.2015 r., piątek, godz. 11.30

„Dzieje Szpitala im. Dzieciątka Jezus w Warszawie”

dr n. med. Zofia Rancewicz,

prof. dr hab. n. med. Janusz Wyzgał,

dyr. Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Lindleya 4 w Warszawie



W kinie siedzieliśmy oniemiali

Paweł Kowal



Wychodziliśmy w milczeniu. Historia nie była „nasza”, a jednak czuliśmy się tak, jakby nas dotyczyła. „Dług” był wielkim obrazem o polskiej transformacji w jej najbardziej drażliwym punkcie, o tym, w jakich bólach rodziła się polska klasa średnia. Byliśmy po stronie zdeterminowanych przedsiębiorców, tych, którzy mordowali swoich oprawców. Krauze przekonał nas, że racja jest po ich stronie. Historia Sławomira Sikory i Artura Brylińskiego rozgrywała się w swoim strasznym finale w pierwszej połowie 1994 r. Kiedy film wchodził na ekrany pięć lat później, widzowie ciągle kiwali głowami i mówili: „*Tak było*”. A jednak nie był to zaangażowany program publicystyczny, tylko sztuka przez wielkie S. Krauze potrafił opowiedzieć słowem, obrazem, nastrojem historii i niepokoję pokolenia transformacji jak nikt inny. Za filmem poszedł ruch społeczny. Losy bohaterów powodowały ból głowy trzech kolejnych – realnych, a nie filmowych – prezydentów: Kwaśniewskiego, Kaczyńskiego i Komorowskiego. Obaj nieszczęśliwi przedsiębiorcy dostali szansę na nowe życie, przynajmniej tyle. Nie ochronili ich policjanci, to prezydenci ułaskawiali.

I „Plac Zbawiciela” z 2006 r. był pomnikiem naszej codzienności. Tym razem Krauze nakręcił film z żoną Joanną. Historia znowu była wzięta „z życia”. Znow, siedząc w kinie, czuliśmy, że to nas oszukał deweloper, że to nam zabrał pieniądze, że to my wprowadziliśmy się do mieszkania teściowej, przy placu, na którym otworzą słynną hipsterską Charlotte. Znow filmowe emocje rodziły się

z opowieści o zwykłych ludziach. Całe pokolenie transformacji chciało po latach komunizmu tego swojego „M”. Krauze słuchał ludzi, więc pisał dobre dialogi, mówił słowami, całymi frazami pokolenia polskiej wolności – ale mówił o jej wadach, o tym, jak słabe jest państwo, jak słaby polski kapitalizm.

Lata 90. minęły Polakom szybko. Tym po czterdziestce na odrabianiu straconych w komunizmie lat, żeby jeszcze „za młodu” ogarnąć parę rzeczy, wyjechać, coś zobaczyć. Młodszym minęły na dorabianiu się, na biznesach, na marzeniach, że może być u nas tak jak na Zachodzie. Ludzie mniej mieli czasu na pisanie dzienników, wspomnień, cała dekada złała się w jeden moment zmian, zostały wrażenia. I filmy Krauzego – bez nadmiaru niepotrzebnych drobiazków. Większość Polaków nie musiała na własną rękę walczyć z szantażystą ani nie została oszukana przez dewelopera, ale wszyscy będą mogli pokazać obrazy Krzysztofa wnukom i powiedzieć: „*Tak było*”.

7 stycznia Krzysztofa pożegnały zaśnieżone drzewa na cmentarzu w Kazimierzu i zaspana po świętach Wisła. Gdzieś mignął bohater „Długu”. Ten Bryliński? Czy filmowy Adam Borecki ulepiony z jego historii? A może Robert Gonera, który zagrał Boreckiego? Krauze chorował długo, w szpitalu nazywali go „nieśmiertelny”. Tyle razy już miał odchodzić, a żył. Ale nie. Straszna wiadomość przyszła w Boże Narodzenie, bo w Wigilię wieczorem mało kto zaglądał do mediów. Odszedł, jakby nie chciał nikogo absorbować za bardzo tą swoją śmiercią... ■



00-613 Warszawa,
ul. Chałubińskiego 8

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

- Wystawianie recept refundowanych 22-279-76-24
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 22-279-79-52
- Wystawianie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego 22-279-79-42
- Podstawowa opieka zdrowotna 22-279-79-95
- Promocja zdrowia 22-582-80-30
- Ratownictwo medyczne 22-279-79-89
- Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne 22-279-79-90
- Leczenie szpitalne 22-279-79-88
- Programy terapeutyczne (lekowe) 22-582-81-17
- Skargi i wnioski 22-582-84-02
- Rzecznik prasowy 22-279-75-01; 22-279-75-03
- Lecznictwo uzdrowiskowe 22-279-78-42; 22-279-78-43; 22-279-78-44

Informacja ogólna 22-456-74-01

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.

PZOZ w Starachowicach poszukuje lekarzy pediatrów do pracy i pełnienia dyżurów na Oddziale Pediatrycznym
oraz lekarzy, w tym internistów, do pełnienia dyżurów na SOR. Tel.: 41-273-91-88 lub 41-273-91-13.



Medycyna, język, pamięć

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Jednym z zadań języka medycyny jest definiowanie, to znaczy budowanie zwartych opisów znaczenia pojęć, zjawisk i rzeczy. Definicje są typem informacji, które w miarę rozwoju wiedzy ulegają przekształceniom. Na przykład choroba wrzodowa żołądka jeszcze w latach 80. XX w. była definiowana inaczej niż obecnie, nie uwzględniano czynnika zakaźnego. Można nawet powiedzieć, że z dzisiejszej perspektywy choroba ta była definiowana jedynie intuicyjnie i niestety fałszywie. Takich definicji nadal występują w medycynie tysiące. Z konieczności są tylko częściowe. Przez swoją niedoskonałość zarówno dezorientują lekarzy praktyków, jak i mobilizują badaczy. Celem medycyny badawczej jest zatem m.in. kompletowanie definicji, aby zawierały opisy znaczeń wystarczające do skutecznego działania diagnostycznego, zapobiegawczego, terapeutycznego.

Przypomnę, że definicja równościowa składa się z trzech elementów: *definiendum* (tego, co jest definiowane), *operatora porównania* i *definiens* (wyrażenia, które definiuje). Na przykład: (definiendum) *szyba* + (operator porównania) *jest to* + (definiens) *plyta szklana*.

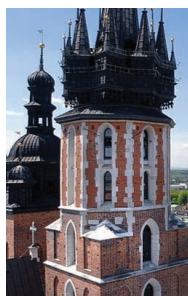
Problematyka definiowania naukowego skupia się przede wszystkim na strukturze definiens. Składa się on z dwóch grup elementów: *najbliższego pojęcia nadrzędnego* oraz *różnic gatunkowych*.

Najbliższe pojęcie nadrzędne zwykle pochodzi z synonimii, hiperonimii lub holonimii. Synonimem jest wyrażenie równoznaczne. Hiperonimem jest pojęcie główne, a jego hiponimami są pojęcia szczególne: (hiperonim) *drzewo* – (hiponimy) *sosna, świerk, lipa, dąb* itd. Holonimem jest całość, a meronimami są jego części: (holonim) *drzewo* – (meronimy) *korzeń, pień, gałąź, liść, owoc* itd.

Definiensem jest w podanym przykładzie struktura dwuczęściowa: *plyta + szklana*, to znaczy najbliższe pojęcie nadrzędne (*plyta*) + różnica gatunkowa (*szklana*).

O ile znalezienie najbliższego pojęcia nadrzędnego jest stosunkowo łatwe, o tyle z ustalaniem różnic gatunkowych ludzkość (reprezentowana przez uczonych i artystów, w naszym wypadku lekarzy) boryka się nieraz całe wieki. W większości definicji *grupa różnic gatunkowych* musi być wieloczłonowa i piętrowa lub rozgałęziona. Niemal nigdy nie wystarczy jeden czynnik różnicujący. W naszym przykładzie był nim tylko przymiotnik *szklana*, ale to sytuacja dość wyjątkowa. Oto przykład definicji wymagającej większej liczby różnic gatunkowych, układających się w podgrupy: *ŻAL + JEST TO + UCZUCIE + RÓŻNICE GATUNKOWE [przykre + spowodowane przez + (brak lub utratę) + (kogoś lub czegoś)]*.

Definicja równościowa jest w praktyce nie tylko objaśnieniem znaczenia definiendum, ale także wyznacznikiem naszego stosunku do niego. Definiens steruje rozumieniem, myśleniem i działaniem. Dobrze opracowana grupa różnic gatunkowych powinna kształtować działanie w granicach poprawności, o ile wykonawca potrafi ją wyrecytować. To głównie dlatego medycyna jest dziedziną językową i pamięciową. ■



Mit Galicji

Taki tytuł nosi wystawa otwarta w Krakowie, w Międzynarodowym Centrum Kultury, dzieło zrealizowane wspólnie z wiedeńskim Institut für den Donauraum und Mitteleuropa, ideowego autorstwa

prof. Jacka Purchli i dr Emila Briksa, austriackiego dyplomaty, byłego konsula generalnego Austrii w Krakowie. Zarówno autorzy, jak i wystawa, na której zgromadzono około 600 eksponatów – dzieł sztuki, dokumentów, zdjęć, map, portretów – zasługują na obszerniejsze omówienie.

Właśnie minęło 100 lat od chwili, gdy Galicja – w potocznym rozumieniu zabór austriacki, w historycznym ujęciu Księstwo Halicko-Włodzimierskie – przestała istnieć, a wciąż ukazują się książki z przymiotnikiem „galicyjski” w tytule, powstają firmy i produkty mające w nazwie wyraz „galicyjski”, co nawet „nobilituje”, słowo to istnieje w potocznym obiegu. Trudno sobie wyobrazić coś podobnego w Królestwie Polskim. Tymczasem osobliwy melanz austriacko-ukraińsko-żydowsko-polski wciąż żyje w wyobraźni mieszkańców południowo-wschodniej Polski. Dla jednych jako symbol nędzy, zacofania, biedy, dla innych – arkadyjska kraina wolności, nieomal prekursor Unii Europejskiej. I tak jest też na wystawie. Obok przepychu towarzyszącego wizycie Franciszka Józefa w 1880 r. w Sukiennicach, zobaczymy świadectwa rzezi galicyjskiej z rabacji Jakuba Szeli.

Wystawa będzie otwarta do marca 2015 r., po czym zostanie przeniesiona do Wiednia.

Natomiast w Krakowie pozostanie niewątpliwie ślad po kolejnych jubileuszach, ze szczególnym naciskiem na 150-lecie Katedry Pediatrii Wydziału Lekarskiego UJ, pierwszej w Polsce kliniki chorób dzieci. Nie ma co ukrywać, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Prokocimiu kilkoma ostatnimi dokonaniem, zwłaszcza uratowaniem dwulatka ze stanu głębokiej hipotermii, błysnął w skali światowej. Ale to nie pierwszy wyczyn prof. Janusza Skalskiego i jego zespołu. I na pewno nie ostatni. Profesor pasjonuje się, poza pediatrią, historią światowej medycyny, kolekcjonuje jej dzieła godne Muzeum Watykańskiego.

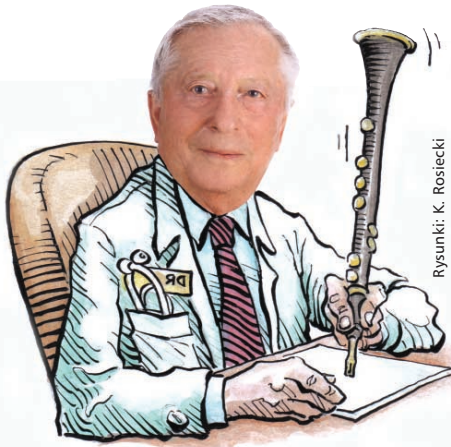
Ciepłe komentarze lekarzy dotyczące filmu „Bogowie” rozmijają się z cierpkimi odniesieniami do książki Judyty Watoły i Dariusza Kortki pt. „Religa”. I trudno się dziwić. Nie wszyscy bohaterowie, obchodzącego w zasłużonej chwale 35-lecie Instytutu Kardiologii CM UJ, wypadli w niej jubileuszowo.

W Izbie trwają przygotowania do Okręgowego Zjazdu Lekarzy, tzw. budżetowego, w marcu 2015 r., który będzie połączony z uroczystościami jubileuszu 25-lecia odrodzonego samorządu. Tak to wymyślono w Krakowie, by nie pogrążyć się w kosztach świętowania. Opracowanie dziejów ostatniego 25-lecia powierzono zaś redakcji „Galicyjskiej Gazety”. Pośpiechu specjalnego nie ma, to nie pakiety ministerialne. A pośpiech, jak wiadomo, jest ojcem niedoskonałości, na którą to subtelność ostatnio nikt nie zważa. ■

Stefan Ciepły

Mój przyjaciel Pipek

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”



Rysunki: K. Rostiecki

Początki pracy w Libii są koszmarnie. Nie mam żadnych znajomości, nie mam pieniędzy, bo zapłacą mi dopiero po paru miesiącach, w związku z tym nie mam samochodu w kraju, w którym można żyć bez nóg, ale nie bez własnego środka lokomocji. Wybierając się do Libii, zabrałem kilka walizek potrzebnych rzeczy, w tym eleganckie garnitury, krawaty, koszule i buty, aby mieć ubranie na każdą okazję, naturalnie także na rauty, wizyty w filharmonii i w teatrach. Rzeczywistość na miejscu przekracza wszelkie wyobrażenia. W Trypolisie, tak jak w całej Libii, nie ma żadnego życia kulturalnego i rozrywek dla ducha. Jest tylko jeden, jedyny teatr i do tego lalkowy! Pozostaje zwariować, bo nawet upić się nie można, gdyż *kefaliki* nie tolerują gorzały. Za jej picie idzie się zresztą do *kalambusza*, czyli do więzienia, które z racji usytuowania na Saharze nawet nie jest ogrodzone. Nie musi być, bo uciekać z niego nie ma sensu. Każdego chętnego do podjęcia takiej próby w dzień zabije słońce, a w nocy jadłowite węże lub skorpiony.

Całe szczęście, że mieszkam dwa kroki od morza, bo jestem z zamiłowania pływakiem i ratuję się pływaniem. Po kilku przymiarkach wybieram sobie zaciszne i odizolowane od portu skały, miejsce bezpieczne, do którego nie dociera żadna hołota, więc nie ma wrzasku i stert śmieci. Zawsze po pracy w szpitalu tam pływam i wyleguję się, dopóki wielka misa czerwonego słońca nie utopi się gdzieś za horyzontem w morzu. Aby uchronić umęczone słońcem oczy, układam się często na brzuchu na dużej desce, którą przerzuciłem nad niewielką rozpadliną. Ponieważ nawet w pozbawionych na pozór wszelkiego życia skałach zawsze coś się dzieje, od czasu do czasu mam rozrywkę. Pewnego dnia widzę, że z rozpadliny wysuwa się wąsaty pyszczek, a za nim łepok i całe ciało. Przed sobą mam myszku-

jącego szczurka, który prawie cały czas pociesznie się myje, pocierając ciało łapkami. Gdy nieopatrznie zmieniam pozycję, szczurek natychmiast nurkuje w dziurę i już po nim. Następnego dnia przynoszę różne okruszki dla szczurka, w nadziei, że powróci. I rzeczywiście, po pewnym czasie ponownie pojawia się wąsaty pyszczek. Towarzysz mej niedoli przybiega małymi susami, cały czas jednak trzyma zadarty do góry pyszczek z obserwującymi mnie małymi węgielkami oczu. Pilnując, by się zbyt gwałtownie nie poruszyć, próbuję leciutko strząsać z deski okruszki. Trwa to długo, ale w końcu, po pokonaniu wrodzonej nieufności, szczurek sięga po jeden okruszek. Natychmiast z nim ucieka i tyle go widzę. Już do wieczora nie daje znaku życia.

Opowiadam o tym znajomemu Beduinowi, który radzi, bym cały czas coś mówił lub gwizdał, dzięki temu szczurek nabierze do mnie zaufania. I rzeczywiście, w miarę upływających dni szczurek coraz mniej się mnie boi. Wówczas nadaję mu imię Pipek. Z czasem Pipek pojawia się, kiedy tylko słyszy z oddali mój głos, i wita mnie, stając na tylnych łapkach w oczekiwanym na przynieszone z kuchni szpitalnej smakołyki. Pewnego dnia Pipka zabrał. Choć rozpaczliwie go nawoływałem, gwizdałem, podrzucałem okruszki, nie pokazał się. Po jakimś czasie pogodziłem się z sytuacją, ale było mi

tęskno za przyjacielem, który tak umiał mi samotność na skałach. Pewnego popołudnia, kiedy już prawie zapomniałem o Pipku, jak zwykle przewróciłem się na desce na brzuch i zobaczyłem go stojącego na dnie rozpadliny. Bacznie mnie obserwował, ale nie wspinał się na tylne łapki w nadziei otrzymania poczęstunku. Po krótkiej chwili Pipek znikł w skalnej szczelinie, co mnie nieco zaniepokoiło. Jednak po kilkunastu sekundach pojawił się. Za nim grzecznie maszerowało kilka małych szczurków, które jak dzieci z przedszkola idą sznureczkiem. Wówczas zorientowałem się, że mój Pipek jest mamą Pipkową!

Szczęśne chwile mają podobno zawsze swój początek i swój koniec. Tak było i z naszą idyllą. Pewnego dnia do mojej kryjówki zaczęły podpływać potężne holowniki i zwałać olbrzymie głazy, rozpoczęła się rozbudowa portu. Zamęt i przeraźliwe hałasy wystraszyły prawdopodobnie szczurzą rodzinę (nie dopuszczałem myśli, że stało się coś innego), bo od tego momentu Pipkowa z dziećmi już się nie pojawiła. Jeszcze długo, bo aż do jesieni, przychodziłem na skały, by pływać w morzu, ale już nigdy nie zobaczyłem wąsatego pyszczka Pipkowej ani czeredy baraszkujących, ale posłusznych szczurków. Bezpownotnie utraciłem coś, co – jak sądziłem – posiadałem na stałe i trwać będzie wiecznie! ■





Jacek Walczak

W opisywanej przez Trumana Capote Cafe Baba przy Petit Socco na tangerskiej medynie do dzisiaj wisi fotografia palącego kif lidera grupy Rolling Stones Micka Jaggera. Obok wiszą portrety Boba Marleya i Jimiego Hendriksa. Są też inne ślady po mistrzach rocka. Właściciel El Marocco Club łaskawie zaprowadzi do domu, w którym jego ojciec organizował nagrania Stonesów z podobnymi oryginałami. Pełno tam starych fotografii rockmanów w dzalabijach.

Z okien kawiarni widać tarasy położonej tuż przy kaszbie willi Sidi Hojni. Tę niezwykłą rezydencję sprzątnęła sprzed nosa generałowi Franco dziedziczka fortuny Woolwortha

– Barbara Hutton. Mimo upływu lat wspomina się przyjęcia organizowane w jej willi. Ze świetnych czasów pozostał rolls-royce madame Barbary, dla którego trzeba było poszerzać uliczki mediny.

Do dzisiaj działa też w niezmiennym kształcie słynny lokal Tangeru – Cafe de Paris, położony przy Place de France. Był świadkiem niejednej awantury, ale także wzniosłych dyskusji o literaturze i sztuce. Podobno podczas II wojny światowej spotykały się tu największe gwiazdy światowego szpiegostwa obydwu stron. Po wojnie gościł w Cafe de Paris ulubiony komandos Hitlera, agent Abwehry – Otto Skorzeny. Ponoć organizował transakcje bronią i przerzuty nazistów do Ameryki Południowej.

Niezwykła dusza Tangeru zawsze przyciągała artystów. To stąd zabrał wspomnienia Eugène Delacroix, by uwiecznić je w serii orientalnych obrazów. Widoki z okna Grand Hotel Villa de France stały się tematem prac Henri Matisse'a. Fatalna pogoda w czasie jego pobytu w Tangerze zimą 1912 r. przyczyniła się do powstania słynnej „Wazy z irysami”.

Większą część swojego życia spędził w Tangerze Paul Bowles, znakomity amerykański pisarz, tłumacz, kompozytor. Dołączyła do niego małżonka Jane, ale zamieszkała osobno, w hotelu Remrandt. Znane były jej liczne związki z damami z różnych sfer. Stała się najbliższym powiernikiem i pocieszycielem Tennessee Williamsa, autora dramatów „Tramwaj zwany pożądaniem” i „Kotka na gorącym blaszanym dachu”. Znany pisarz przybył do Tangeru w 1956 r., po dramatycznym rozpadzie 14-letniego związku z... Frankiem Merlo.

Inny nietuzinkowy pisarz William Burrough zamieszkał w plugawym hotelu Muniria, niedaleko Petit Socco na medynie. Uwielbiał spędzać czas w okolicznych spelunkach, w najbardziej szemranym towarzystwie. Na tarasie Cafe



Fotografie: J. Walczak



Central powstała jego największa powieść „Nagi lunch”, dzieło tyleż kultowe, co skandaliczne. W tym samym obskurnym hotelu zatrzymywali się często Allen Ginsberg i Francis Bacon. W willi Gazebo, na Old Mountain, Alan Sillitoe napisał „Samotność długodystansowca”. Nie sposób wymienić wszystkich artystów, wolnych ptaków, łazików, którzy swój los złączyli z tym niezwykłym miejscem. Co zatem sprawiło, że Tanger stał się mekką dziwaków z całego świata?

Bardzo dawno osadę założyli Berberowie. Dopiero w VII w. p.n.e. Tanger skolonizowali Fenicjanie. Wyjątkowo strategiczne położenie sprawiło, że w całej jego historii przewijały się wszystkie nacje, m.in.: Rzymianie, Germanowie, Bizantyjczycy, Arabowie, Portugalczycy i Anglicy.

Po odbiciu z rąk arabskich Tanger znalazł się pod panowaniem Portugalczyków. Nie na długo. W 1661 r. został wraz z Bombajem oddany Brytyjczykom. Było to swoiste wiano księżniczki Katarzyny Bragancy, narzeczonej króla Karola II Stuarta. Wkrótce Brytyjczycy oddali Tanger w ręce sułtana Mulajja Ismaila. Pod jego panowaniem miasto pozostawało praktycznie do początków XX w. Mocarstwa kolonialne nie zapomniały jednak o łakomym kąsku. Niekończący się spór między Francją i Hiszpanią doprowadził w 1923 r. do utworzenia Międzynarodowej Strefy Wolnego Handlu. Z przerwą (1940–1945) spowodowaną II wojną światową, kiedy Tanger znalazł się pod okupacją hiszpańską, strefa ta istniała do 1956 r. Była zarządzana przez dziewięciu konsulów

państw zachodnich. Stała się prawdziwym rajem – bez wiz, ceł, przepisów, podatków itd. Wszystko to nie sprzyjało bynajmniej oficjalnym interesom. Kwitł za to przemyt, spekulacja, pranie pieniędzy, handel walutami, nawet podczas wojny. Właśnie przez Tanger w 1943 r. hitlerowcy przetrzucili do Anglii podrobione w Sachsenhausen angielskie funty.

Po wojnie narodziła się nowa legenda Tangeru. Na medynie pojawili się banici wszelkiej maści. Wszystko było dozwolone. Wyjęci spod prawa nadrabiali zaległości. Zbiegli kolaboranci i naziści, lekarze bez praw, ekskomunikowani księża, alkoholicy i homoseksualiści zamierzali zacząć tam życie od początku. Takie miejsce ściągało także ekscentryków o rozmaitych korzeniach. Nie omijali go przybywający luksusowymi jachtami znakomici turyści – Maria Callas, Marion Chesney, Charlie Chaplin, Greta Garbo, Aristotelis Onasis i jego żona Jacqueline. Na urodziny miliardera Forbesa przyleciał z Nowego Jorku concord z Barbrą Streisand i Henrym Kissingerem na pokładzie. W latach 60. zwabieni marihuaną, kifem, wolnym seksem i brakiem ograniczeń zaczęli przybywać masowo hipisi, zwłaszcza od czasu przyjazdu do Tangeru The Rolling Stones.

Po wielu latach powróciłem do Tangeru. Spędziłem tam kiedyś cztery lata. Przed wieczorem przysiadłem na ławce przy Grand Socco. Plac jest dzisiaj schludny, są trawniki, fontanna. Zniknęły gdzieś setki straganów. Słychać monotonna muzykę arabską. Tanger niby taki sam, żyje, ale inaczej. ■

Turnieje tenisowe lekarzy w 2015 r. z akredytacją Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy

- **Częstochowa, 8–10 maja** – XIV Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie
- **Poznań, 4–7 czerwca** – XXV Jubileuszowe MPL w Tenisie „Lexus Cup 2015”
- **Holandia, Rotterdam, 18–24 lipca** – 45. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
- **Tychy, 21–23 sierpnia** – IV Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Tenisie
- **Zielona Góra, 11–13 września** – V Jubileuszowy Turniej Lekarzy w Tenisie „Winobranie 2015”
- **Pabianice, 12–15 listopada** – XVIII Halowe MPL w Tenisie



Rybny przekładaniec z marchewką

Dariusz Hankiewicz

Dzisiaj proponuję przepis na zdrową rybkę, która powinna znaleźć się obowiązkowo w każdym jadłospisie.

Parę słów na zachętę. Ryby można dzielić różnie, ja je dzielę ze względu na zawartość tłuszczu, czyli na:

- chude (0,2–1 proc.) – morszczuk, dorsz, tilapia, sandacz, kergulena, sola, lin, szczupak, miruna, mintaj, panga, płastuga, flądra, dorada, leszcz, płoć,
- średnio tłuste (1–5 proc.) – karp, leszcz, śledź, flądra,
- tłuste (powyżej 5 proc.) – łosoś, tuńczyk, sardynka, makrela.

Kilka słów o tym, jak wartościowi są nasi bohaterowie. Najważniejszym składnikiem odżywczym są zapewne kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3. W rybach znajdują się dwa kwasy z tej grupy: eikozapentaenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA). Wpływają korzystnie na układ krążenia, zmniejszają ryzyko arytmii serca, obniżają krzepliwość krwi, pobudzają do wytwarzania tlenu azotu rozszerzającego naczynia krwionośne, co ułatwia przepływ krwi i obniża ciśnienie, sprzyjają zwiększaniu poziomu „dobrego” cholesterolu HDL, zmniejszają ryzyko nowotworów, są istotne dla dobrego wyglądu skóry, włosów, paznokci, działają przeciwzapalnie, są niezbędne do prawidłowej pracy układu nerwowego i odpornościowego, sprzyjają zwiększeniu produkcji serotoniny.

Warto też pamiętać, że ryby są źródłem jodu wchodzącego w skład hormonów tarczycy, które zawiadują metabolizmem organizmu, jego wzrostem, dojrzewaniem, termogenezą, warunkują prawidłową pracę układu nerwowego i mózgu. Jod sprzyja też spalaniu tłuszczu, a więc chudnięciu. Selen to kolejny ważny pierwiastek, którego dostarczą nam ryby. Chroni organizm przed procesami starzenia, wykazuje działanie ochronne przed

nowotworami, wchodzi w skład enzymów występujących w czerwonych ciątkach krwi i jest niezbędny do prawidłowego rozwoju oraz wzrostu ustroju. Ryby są również źródłem witaminy D oraz magnezu, który jest ważny dla kości, układu nerwowego, układu sercowo-naczyniowego, mięśni, wchodzi w skład płynów ustrojowych. Ma działanie przeciwstresowe, przeciwdepresyjne.

Oto szybkie danie na kolację i przyjęcia.

Składniki (na 4 osoby):

- 2 duże filety z ryby morskiej lub 4 kostki rybne mrożone, bez ości
- 0,8 litra bulionu
- 5 dużych marchewek
- 1 duża cebula
- 5–6 łyżek majonezu (Waszego ulubionego!)
- olej do smażenia, łyżeczka sosu sojowego jasnego, sól, pieprz do smaku

Wykonanie (czas przygotowania ok. 30 min):

Przygotować bulion (może być z kostek rosółowych) i w nim ugotować rybę. Odcedzić, ostudzić i delikatnie ją rozdrobnić.

Cebulę pokroić w kostkę i zeszklić na oleju, soląc do smaku. Dodać oskrobaną i startą na wiórki marchewkę, usmażyć. Dodać 4–6 łyżek bulionu i łyżeczkę sosu sojowego. Poddusić, aby zredukować płyn. Ewentualnie doprawić solą i pieprzem. Chłodne składniki wyłożyć warstwami do salaterki, zaczynając od ryby. Na wierzch położyć 5–6 łyżek majonezu (może być z jogurtem). Odstawić do lodówki na godzinę, żeby się przegryzło, i... smacznego! ■

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

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

Moje adresy cz. 5

Irena Ćwiertnia-Sitowska

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

Nadalszą część wakacji pojechałam z mamą nad Morze Bałtyckie, do Chałup. Pierwszy raz przebywałam tam w 1933 r. Chałupy były wtedy małą wioską z kilkunastoma kaszubskimi zabudowaniami. Drogę przez osadę wyłożono deseczkami zapobiegającymi przedostawaniu się do trepów wszędobylskiego piasku. Po przejściu wysokiego nasypu, zarośniętego ostrą trawą i kolczastymi mikołajkami o niebieskich liściach, można było znaleźć się na plaży. Kiedyś pojechałyśmy z mamą do Gdyni. W środku, po obu stronach dużej alei prowadzącej do portu, kofysały się dorodne łany zboża. Podczas pobytu w Chałupach w 1936 r. mieszkaliśmy w pensjonacie należącym do Augusta Muzy. Budynek był usytuowany niedaleko stacji kolejowej. Na dużej oszklonej werandzie spożywaliliśmy posiłki.

Po powrocie mama doszła do wniosku, że jestem już dostatecznie samodzielna i mogę z nią zamieszkać przy ul. Szarej 14. Przeprowadziłam się z Grochowa razem z moim pianinem, które znalazło się w saloniku wypełnionym meblami w stylu chippendale. Mieszkanie było na trzecim piętrze. Okna wychodziły na ul. Szarą, gdzie rozciągał się niewielki ogród z inspektami. Hodowano w nim kwiaty na sprzedaż. Mama kupowała pachnące tuberozy, a na jesieni olbrzymie żółte chryzantemy, które zdobiły salonik.

Dziwnym zbiegiem okoliczności moja przyjaciółka Kryśka Smoleńska także przeprowadziła się z Krakowskiego Przedmieścia 70 i zamieszkała przy ul. Rozbrat 34/36, w kamienicy z wieloma oficynami, należącej do Związku Cukiernictwa Polskiego. Pracowała tam jej mama. Znowu byłyśmy blisko siebie, chodziłyśmy razem do szkoły. Mimo że droga przez ul. Książęcą była krótsza, wybierałyśmy trasę bardziej atrakcyjną: przez ul. Górnośląską, Aleje Ujazdowskie i Nowy Świat.

Długie codzienne jazdy tramwajem z Grochowa do Śródmieścia były dla mojego dziadka zbyt kłopotliwe. Dlatego znalazł mieszkanie w lewobrzeżnej Warszawie i zamieszkał przy ul. Focha 6 (obecnie jest to ul. Moliera). Babcia zabrała ze sobą ukochaną suczkę – szpica z puszystym ogonkiem. Z małej białej kuleczki wyrosła na dorodnego pieska. Nazywała się Misia i uwielbiała babcię, która chodziła z nią do Ogrodu Saskiego, gdzie za 5 groszy kupowała lody w małym rożku. W domu z wielkim zainteresowaniem Misia śledziła pływające w szklanej kuli rybki. Raz, ku przerażeniu babci, łapką powyrzucała je z wody na posadzkę. Jej szczęśliwe życie skończyło się po wybuchu Powstania. Niemcy wypędzili z domów oddzielnie mężczyzn, oddzielnie kobiety. Nie pozwalali zabrać zwierząt. Misia została w mieszkaniu i w nim zginęła. Dom został zbombardowany i spalony.

Mieszkanie przy ul. Focha 6 było małe, ale w środku miasta. Nie trzeba było jechać wiele kilometrów z dalekiego Grochowa, by dostać się do pracy. Razem z mamą przychodziliśmy do babci na obiady. Ja po lekcjach w szkole, mama po pracy w biurze. Po posiłku wracaliśmy tramwajem na ul. Szarą.

Przed maturą w maju 1939 r. cała nasza klasa, razem z przełożoną, pojechała do Częstochowy. Było tradycją gimnazjum, by przed egzaminem pomodlić się w tamtejszym sanktuarium o pomyślne wyniki. Mieszkaliśmy u sióstr. Przed odjazdem do Warszawy nasze bagaże na stację zawiózł sym-



Dziadek Jan, Gdynia, 1939 r.

Fotografie: archiwum rodzinne

patyczny osiołek pracujący w klasztorze. Zrobiłam mu zdjęcie, które zostało do dziś. Podczas wakacji nie pojechałyśmy do ulubionych Chałup. Sytuacja w Polsce i na świecie była zbyt napięta. Mama postanowiła spędzić urlop bliżej Warszawy. Udałyśmy się na wschód, do majątku Rakowica położonego niedaleko Bugu. Razem z grupą młodzieży pływałam starą łajbą po otaczających posiadłość stawach, jeździłam linijką po okolicy lub dosiadałam konia.

Za zdanie matury otrzymałam od dziadziusia rower, jeździłam na nim z koleżanką w moim wieku, też maturzystką. W tej beztroskiej atmosferze staraliśmy się wszyscy nie myśleć o zbliżającej się wojnie. 29 lipca 1939 r. pojechałam z mamą do Kodnia, aby przed obrazem Matki Boskiej, słynącym z cudów, pomodlić się o opiekę podczas zbliżającej się zawieruchy.

Ledwo zdążyliśmy wrócić z wakacji do Warszawy, 1 września rozpoczęła się wojna. Baterie broniące stolicy umieszczono na wzgórzach Frascati. Armatnie pociski przelatywały nad naszym domem. W chwilach względnego spokoju przybiegali żołnierze, by zaopatrzyć się w czystą bieliznę i skarpety. Stale przebywałyśmy w schronie w piwnicy. Mama podczas ciszy wybiegała po chleb do piekarni przy ul. Górnośląskiej. Nie pozwalała mi nigdzie wychodzić. Drżałam z obawy, gdy opuszczała dom. Brakowało jedzenia. Miałyśmy tylko parę stoików konfitur z moreli. Nie zrobiliśmy żadnych zapasów, gdyż wciąż mówiono, że wojny nie będzie.

Pewnego dnia podczas oblężenia Warszawy spadła bomba i zburzyła całą oficynę od górnego piętra aż po parter. Na szczęście nie było tam nikogo. Mieszkańcy znajdowali się



gdzie indziej, w schronie. Po uderzeniu bomby wszyscy byliśmy obsypani grubą warstwą pyłu. Wyglądaliśmy jak istoty nie z tej planety.

Przed kapitulacją dozorca naszego domu zakopał pod brukiem bramy wejściowej dużą liczbę karabinów pozostawionych przez polskich żołnierzy. Zadenuncjonowany, został aresztowany przez Niemców, wywieziony do obozu i tam zginął. W naszym mieszkaniu wypadły wszystkie szyby, mimo że były oklejone paskami papieru. Do wspaniale urządzonej łazienki wleciał pocisk i wybił dużą dziurę nad wanną, drugi uderzył w kął saloniku. Piękna, duża palma, niepodlewana podczas oblężenia, uschła.

Przez cały czas działań wojennych nic nie wiedzieliśmy o dziadkach. Zaraz po ogłoszeniu kapitulacji, 27 września, pobiegliśmy na ul. Focha 6. Brnąc przez zburzony Nowy Świat, napotykałyśmy martwe konie. Nogi chudych szkap sterczały ku górze. Zady zwierząt były pozbawione mięsa. Mieszkańcy stolicy zaspokajali głód, jedząc koninę. Pełne obaw wędrowaliśmy przez gruzy do domu dziadków. Stał niezburzony, byli tam cali i zdrowi – Jan i Józefa Sowa. Dziadzius kilka dni po kapitulacji przedostał się na Grochów. Podczas bombardowania Warszawy Niemcy zrzucili 500-kilogramową bombę, mającą zburzyć nowo wzniesiony kościół na pl. Szembeka. Bomba uderzyła w pole pomidorów tuż za ogrodzeniem placu dziadka. Pęd powietrza był tak potężny, że zniszczył pięć okolicznych domów. W budynku dziadków powstały zaś kilkunastocentymetrowe szpary w zewnętrznych ścianach. Dom nie nadawał się do mieszkania. Szczęśliwym trafem w chwili wybuchu nikogo w nim nie było. Ocalała tylko stróżówka z małą kuchenką i pokojkiem. Domek stał w rogu placu, dziwne, że nie został zburzony przez podmuch eksplozji. Widok ruin był wielkim wstrząsem dla dziadka. W gruzach legł efekt jego wieloletniej pracy.

Po kilku tygodniach Niemcy przystali na nakaz rozebrania uszkodzonego domu aż do parteru, bo zagrażał bezpieczeństwu przechodniów. Powoli organizowaliśmy sobie życie, zaczęli-

śmy się przystosowywać do otaczającej rzeczywistości. W 1939 r. panowała sroga zima. Mrozy przekraczały 35 stopni. Należało szybko oszklić okna. Z trudem zdobyte szyby umocowywano cementem, kit był nieosiągalny. Wprawianiem szyb zajmował się znajomy, szofer, któremu Niemcy zarekwirowali taksówkę. Przed wojną codziennie stał na postoju przed naszym domem. Często korzystałyśmy z jego usług. Ponieważ kaloryfery nie grzały, w łazience usytuowanej centralnie w mieszkaniu została postawiona koza. Do pokoi ciepło przedostawało się przez otwarte drzwi. Mamy biuro nie zostało jeszcze zorganizowane. Dziadek zarabiał skromnie, stawiając bańki i robiąc zastrzyki. Babcia gotowała dla nas, najczęściej gęstą zupę z ziemniaków. Za wprowadzone kartki żywnościowe zaczęliśmy otrzymywać czarny, gliniasty chleb i marmoladę z buraków. Niedostępne były tłuszcz, masło, mięso i cukier. Można było dostać te produkty na czarnym rynku, w horrendalnie wysokich cenach. Ratowali nas kuzyni babci Józci z Magierowej Woli. Przywozili ziemniaki, marchew, kapustę i melasę. Dostarczali też długie półcie boczką, skrzętnie ukrytego wśród innych produktów, gdyż za posiadanie go groziła surowa kara. Ubój trzody był zabroniony.

Przed wojną babcia składała pieniądze w Komunalnej Kasie Oszczędności. Podczas okupacji można było podejmować procenty jedynie w KKO. Co miesiąc babcia pobierała je, ratując rodzinny budżet. Pod koniec 1939 r. otwarto Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany przez Niemców Versicherungs-kasse. Mama zaczęła w nim pracować ponownie.

Ustawicznie myślałam o studiach medycznych. Zgodnie z życzeniem dziadka, zaczęłam uczęszczać do Szpitala Dzieciątka Jezus, aby tam pomagać. Korzystając ze znajomości zaprzyjaźnionego z naszym domem Szczepana Niedzielskiego z dyrektorem szpitala dr. med. Konradem Okolskim, uzyskałam pozwolenie na przychodzenie na Oddział Chirurgiczny. Wkrótce dr Okolski został aresztowany przez okupanta. Wywieziono go do obozu i tam zamordowano. Podczas srogich mrozów chodziłam pod górę ul. Górnośląską, przekraczałam Aleje Ujazdowskie, kierując się na ul. Oczki, do Szpitala Dzieciątka Jezus. W sali opatrunkowej zwiijałam uprane bandażę, czyściłam narzędzia chirurgiczne, robiłam różne gaziki. Z zainteresowaniem przyglądałam się zabiegom chirurgicznym przeprowadzanym na sali operacyjnej.

Rok 1942 był dla naszej rodziny przełomowy. W lutym zmarł nagle na serce wieloletni opiekun Szczepan Niedzielski. W lecie Niemcy wydali nakaz natychmiastowego opuszczenia lokalu przy ul. Szarej. Zamierzali z niedawno zbudowanych domów stworzyć dzielnicę niemiecką dla swoich pracowników. Od zarekwirowania ocalał zespół budynków należący do Związku Cukrowników, w którym mieszkała Krysia, moja przyjaciółka. Koleżanka biurowa Mamy miała kuzynkę, która wynajmowała pięciopokojowy apartament dr. Józefowi Towpikowi, dermatologowi (po zakończeniu wojny został mianowany na profesora Akademii Medycznej w Warszawie). Po interwencji doktor zgodził się odstąpić na krótki czas dwa pokoje, mogłyśmy w nich ustawić meble. Dom przy ul. Brackiej 23 bezpośrednio przylegał do Magazynu Handlowego Braci Jabłkowskich. Z okien wychodzących na Bracką oglądaliśmy cyrkowców z Berlina wykonujących pokazy na linie rozciągniętej wzdłuż ulicy, aż do Alei Jerozolimskich. ■

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego informuje, że 4. marca 2015 r. w salach Klubu Lekarza przy ul. Raszkińskiej 54 w Warszawie odbędzie się walne zgromadzenie sprawozdawczo-wyborcze członków towarzystwa. Rozpocznie się w pierwszym terminie o godz. 15.00 i w drugim terminie o 15.30.

Zarząd TLW



Wiesława Mazurowska-Magdzik (1931–2014)

Pani Doktor, Pani Ordynator, Nasza Kochana Szefowo, my – grono wiernych asystentek dawnego Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, stajemy tu, aby złożyć raport z kilkunastu lat pracy pod Pani serdecznym okiem.

Oddział, na którym pracowałyśmy, był jednym z pierwszych w 50-letniej historii Szpitala Dziecięcego przy ul. Niekańskiej. Kierował nim początkowo dr Antoni Kominek. Dr Mazurowska była jego uczennicą i następczynią. Pracowała praktycznie od początku istnienia oddziału. Pielęgnowała pamięć o pierwszym ordynatorze. Wkrótce po objęciu przez Nią oddziału zaczęło pracować na nim wielu bardzo młodych lekarzy. Dopiero teraz zdajemy sobie sprawę, ile trzeba było odwagi, aby prowadzić oddział, być odpowiedzialną za wszystko, jednocześnie ucząc nas zawodu lekarza. Szefowa, jak nazywamy panią ordynator, swoją postawą uczyła nas, jak być dobrym lekarzem. Przekazywała rzetelną wiedzę, uczyła postawy godnej lekarza: odpowiedzialności, sumienności, pełnego szacunku podejścia do pacjentów i poszanowania ich intymności. Od Niej uczyliśmy się rozmawiać z rodzicami naszych pacjentów, a najtrudniejsze rozmowy niejednokrotnie brała na siebie.

Podczas codziennych obchodów dr Mazurowska omawiała szerzej przypadek wybranego przez siebie pacjenta, zwracając nam uwagę na pewne charakterystyczne objawy, ucząc kojarzenia faktów, oceny stanu dziecka, pokazując jak nawiązać z nim kontakt.

W czasach, kiedy nie istniało pojęcie „jednorodnych grup pacjentów”, pani doktor nauczyła nas patrzeć na pacjenta całościowo, uwzględniając rodzinę i środowisko, z którego pochodzi. Ćwierć wieku temu, mimo że nie wisało nad nami widmo kontroli z NFZ, szefowa wpoila nam szczególną staranność w prowadzeniu dokumentacji medycznej i przestrzeganiu ustaleń, które teraz należą do standardów. Nauczyliśmy się, że wszystko powinno być zaplanowane, a nie improwizowane. Zawsze musiałyśmy wyjaśniać, jakie badania planujemy u danego pacjenta i czemu mają one służyć.

Wielką wagę przykładła do naszego ustawicznego kształcenia, mobilizowała nas do zdobywania kolejnych szczebli specjalizacji. Dzieląc się z nami swoją wiedzą i doświadczeniem, stworzyła zgrany zespół samodzielnych zawodowo lekarzy. Naszym zadaniem było tak zorganizować pracę na oddziale, aby jak najwięcej z nas mogło wziąć udział w szkoleniu i przekazać wiedzę innym. Z zakresu epidemiologii, nowych szczepionek i początków wakcynologii miałyśmy wiadomości z pierwszej ręki, od prof. Wiesława Magdzika, męża pani ordynator. Obu tym osobom zawdzięczamy, poza gruntowną wiedzą, także umiejętność doceniania olbrzymiej roli epidemiologii w procesie leczenia, diagnostyce i profilaktyce.

Kiedy kilkanaście lat temu pani doktor podjęła nagłą decyzję przejścia na emeryturę, rano poprowadziła ostatni obchód ordynatorski, po czym skromnie pożegnała się, obdarowując każdą z nas książką pt. „Entuzjazm zmienia wszystko”. Zawsze podziwialiśmy Jej elegancję, delikatność, kobiecość, kulturę i dyplomację. Dziś, kiedy same już jesteśmy babciami, przekazujemy te uniwersalne wartości młodszemu pokoleniu i dziękujemy za takiego Mistrza, Nauczyciela i Wychowawcę.

W imieniu asystentek
dawnego Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego
Anna Ryszkowska



Fot. P. Hart Dyke

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

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

Klub, czynny codziennie w godz. 12.00–22.00, jest otwarty dla środowiska lekarskiego Warszawy w celu odbywania posiedzeń naukowych, szkoleniowych, spotkań kulturalnych i towarzyskich oraz imprez okolicznościowych.

Restaurację w Klubie Lekarza prowadzi kucharz warszawski Sylwester Puchta, który zaprasza na degustację dań kuchni polskiej i nie tylko.

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

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

PROGRAM

11.02.2015 r., środa, godz. 18.00
„Karnawałowy koncert z piosenką i z poezją”. Występują: Anna Kurpińska i Czesław Banaszczyk.

25.02.2015 r., środa, godz. 18.00
„Lekarzu, graj sobie sam” – koncert Kuby Sienkiewicza.



Prof. Sławomir Pawelski (1922–2014)

Gdy sięgam pamięcią w okupacyjne lata, w których pomaturalna młodzież uczęszczała do Szkoły Sanitarnej doc. Jana Zaorskiego, przed oczami staje mi piękna para. Wybiegła z gmachu medycyny teoretycznej i, trzymając się za ręce, przechadzała się Krakowskim Przedmie-

ściem, zatrzymała przed księgarnią Trzaski i Michalskiego, mieszczącą się w gmachu Hotelu Europejskiego. Na wystawie wyłożono pięknie oprawione książki, niestety niedostępne dla studenckiej kieszeni. Ta para to Wanda Tołłoczko i Sławomir Pawelski. Mijały lata, a oni byli razem, aż do roku 2014.

Sławomir urodził się w Przasnyszu w 1922 r. Maturę zdawał w 1941, na tajnych kompletach. Podczas Powstania Warszawskiego przebywał na Pradze. Dyplom lekarski uzyskał w 1948 r. i zaczął pracować w Klinice Wewnętrznej, u prof. Andrzeja Biernackiego. Już po pierwszym roku pracy napisał pracę naukową dotyczącą hematologii.

Następnie został zatrudniony w Instytucie Hematologicznym, w którym przepracował 47 lat. Przeszedł drogę naukową od adiunkta do profesora habilitowanego. W roku 1962

objął obowiązki dyrektora Instytutu Hematologii. Na emeryturę przeszedł w 1991 r., ale pozostał konsultantem Kliniki i Poradni Chorób Krwi. W 1999 r. przygotował rozprawę pt. „Zaburzenia erytropoezy w stanach niedoboru żelaza”. Rada Państwa przyznała Mu w roku 1967 tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1975 – profesora zwyczajnego.

Prof. Sławomir Pawelski zajmował się izotopami promieniotwórczymi w hematologii. Odbyszał podróże zagraniczne i zwiedzał liczne placówki naukowe: w Londynie, Paryżu, Strasburgu, Sztokholmie, Moskwie, Pradze i Budapeszcie. Napisał 250 prac naukowych, wydał 25 książek. Jego współpracownicy opublikowali 500 prac. W 1961 r. został członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Hematologicznego.

Za swą pracę uhonorowany został odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

W 1998 r. rozstał się z Instytutem Hematologii ze względu na stan zdrowia.

Jego hobby to żeglarstwo i podróże. Uwielbiał też teatr. W roku 2010 spotkaliśmy się w Domu Lekarza z okazji 70-lecia Szkoły Sanitarnej doc. Jana Zaorskiego, wtedy widziałam Go po raz ostatni. Zmarł 22 października 2014 r. w Warszawie, po bardzo pracowitym i owocnym życiu.

Wspaniały Kolego, żegna Cię garstka pozostałych przyjaciół z czasów młodości.

Irena Cwiertnia-Sitowska



Tradycyjnie Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

zaprasza na **uroczystą mszę świętą**
w dniu św. Apolonii

– patronki lekarzy stomatologów.
Msza zostanie odprawiona
**8 lutego (niedziela) 2015 r.,
o godz. 18.00,**

w parafii pod wezwaniem
Niepokalanego Poczęcia NMP
w Warszawie, ul. Przy Agorze 9.

Proponuje się dojazd metrem
do stacji Młociny,
następnie spacer (ok. 10–20 min)
ul. Przy Agorze,
w kierunku Lasku Bielańskiego.

Po mszy świętej, o godz. 19.00,
w domu parafialnym odbędzie się
spotkanie z krajowym duszpasterzem
lekarzy i lekarzy dentystów,
ks. prof. Stanisławem Warzeszakiem.

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

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

przygotowała **8-dniową
pielgrzymkę do Fatimy,**

którą poprowadzi
ks. prof. Stanisław Warzeszak,
krajowy duszpasterz
lekarzy i lekarzy dentystów,
z okazji zbliżającej się setnej
rocznicy objawień fatimskich.
Pielgrzymka odbędzie się

25.04–2.05.2015 r.

Bardzo ciekawy program:
Fatima i Lizbona w Portugalii,
a w Hiszpanii: Madryt, Ávila,
Salamanka, Sewilla,
Kordoba i Toledo.

Cena wynosi 3950 zł
i obejmuje: przelot na trasie
Warszawa – Madryt – Warszawa,
dojazdy autokarem w Hiszpanii
i Portugalii, zakwaterowanie
w centrum miast, wyżywienie,
ubezpieczenie (20 tys. euro)
oraz zatrudnienie
pilota wycieczek.



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

19 grudnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1823.

Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych tworzy się w celu monitorowania stanu zdrowia usługobiorców oraz zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, w oparciu o przetwarzane dane o wrodzonych wadach rozwojowych, wykonywane w podmiotach leczniczych.

Do zadań rejestru należy przetwarzanie danych w celu:

- uzyskania informacji o częstotliwości występowania i rodzajach wrodzonych wad rozwojowych na terenie kraju,
- zidentyfikowania czynników ryzyka wystąpienia wad rozwojowych u płodu,
- monitorowania stanu profilaktyki pierwotnej wrodzonych wad rozwojowych, w szczególności profilaktyki kwasem foliowym,
- wspomagania poradnictwa genetycznego dla rodzin, w których urodziło się dziecko z wrodzonymi wadami rozwojowymi, przez identyfikację rodzin ryzyka genetycznego,
- wspierania współpracy międzynarodowej w zakresie projektów badawczych dotyczących molekularnego podłoża wrodzonych wad rozwojowych oraz zmierzających do wczesnego rozpoznania i wdrożenia postępowania profilaktyczno-leczniczego rzadkich zespołów genetycznie uwarunkowanych,
- wspierania edukacji lekarzy i społeczeństwa w zakresie profilaktyki wrodzonych wad rozwojowych,
- przeprowadzania analiz dotyczących wrodzonych wad rozwojowych,
- poprawy opieki medycznej nad dziećmi z wrodzonymi wadami rozwojowymi i wypracowania standardów postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i terapeutycznego.

Rejestr jest prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Dane do rejestru są przekazywane przez podmioty lecznicze wykonujące świadczenia zdrowotne w zakresie neonatologii, położnictwa, pediatrii, kardiologii dziecięcej, ortopedii, okulistyki, laryngologii, intensywnej terapii dzieci, chirurgii dziecięcej, podstawowej opieki zdrowotnej, genetyki klinicznej oraz patomorfologii, nie rzadziej niż raz w miesiącu, do 15. dnia następnego miesiąca.

23 grudnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 23 grudnia 2014 r. w sprawie ustanowienia pełnomocnika rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1887.

31 grudnia 2014 r. weszła w życie ustawa z 7 listopada 2014 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1823.

Do 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający:

- 1) specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, albo
- 2) 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

Lekarz, o którym mowa w pkt. 2, jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do 1 stycznia 2018 r.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszu Zdrowia, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1840.

Regulaminy organizacyjne centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, nadane na podstawie dotychczasowych przepisów, zachowują moc do czasu nadania regulaminów organizacyjnych centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie niniejszego rozporządzenia, nie dłużej jednak niż do 31 marca 2015 r.

Prezes NFZ kieruje nim z pomocą trzech zastępców, w tym zastępcy prezesa funduszu do spraw służb mundurowych.

1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1822.

Ustawa określa zasady działania komisji lekarskich oraz zasady i tryb orzekania przez te komisje w sprawach:

- ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej,
- oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy wymienionych służb oraz ustalenia ich zdolności fizycznej i psychicznej do służby,
- ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy służb doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,

- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu, oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo związku śmierci z tym zdarzeniem,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz członków Ochotniczej Straży Pożarnej, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzielaniem poniosły uszczerbek na zdrowiu, albo związku śmierci z tym zdarzeniem,
- uznania funkcjonariuszy wymienionych służb, funkcjonariuszy zwolnionych z tych służb za inwalidów lub uznania ich za niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariuszy i funkcjonariuszy zwolnionych ze służby,
- ustalenia zdolności do pracy funkcjonariuszy wymienionych służb, zwolnionych ze służby, w celu określenia grupy inwalidzkiej,
- potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej,
- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy wymienionych służb.

Komisje lekarskie podlegają ministrowi spraw wewnętrznych.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzoru rejestru orzeczeń, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1893.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1894.

Rozporządzenie określa sposób i tryb działania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Komisje lekarskie orzekają w składach orzekających komisji lekarskich. Składy orzekające komisji lekarskich i ich przewodniczących wyznaczają przewodniczący komisji lekarskiej albo zastępca przewodniczącego komisji lekarskiej.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1895.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, stosowanych w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biurze Ochrony Rządu, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1897.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1898.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 19 grudnia 2014 r. w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu żołnierzy, którzy pełnili służbę w jednostkach wojskowych podporządkowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, oraz związku ich śmierci z czynną służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1892.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1816.

W skład Krajowej Rady Transplantacyjnej wchodzi powołani przez ministra zdrowia jako członkowie:

- konsultanci krajowi z następujących dziedzin: transplantologii klinicznej, hematologii, intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii, nefrologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgii ogólnej, okulistyki i immunologii klinicznej,
- eksperci w dziedzinach: etyki, socjologii, filozofii i prawa,
- eksperci z zakresu bankowania tkanek i komórek oraz transplantologii klinicznej, w tym reprezentujący transplantologię kliniczną u dzieci w zakresie chorób: nerek, serca, wątroby, trzustki, płuc, układu krwiotwórczego i nowotworowych,
- przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej.

Rada obraduje na posiedzeniach odbywających się co najmniej cztery razy w roku kalendarzowym.

Rada przyjmuje oceny, opinie, ekspertyzy, wnioski i sprawozdania w formie uchwał.

O trybie podjęcia uchwały decyduje przewodniczący rady.

Przewodniczący rady zarządza podjęcie uchwały w trybie:

- głosowania jawnego albo
- głosowania tajnego, albo
- głosowania w trybie korespondencyjnym za pośrednictwem poczty elektronicznej bez konieczności stosowania podpisu elektronicznego, zgodnie z przepisami ustawy o podpisie elektronicznym, gdy uzasadniają to okoliczności, w szczególności w przypadku konieczności pilnego podjęcia uchwały w danej sprawie.

Przewodniczący rady po podjęciu uchwały w trybie korespondencyjnym niezwłocznie informuje jej członków o wynikach głosowania za pośrednictwem poczty elektronicznej.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1751.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1810.

Rozporządzenie określa:

- sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów,
- minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów jest ustalany raz w miesiącu, jako iloraz:

- **liczby świadczeniobiorców**, którym lekarz udzielający świadczeń z zakresu POZ w ramach umowy z NFZ wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej **rozpoznano nowotwór złośliwy** (nie dotyczy nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry), oraz
- **liczby świadczeniobiorców**, którym wymieniony lekarz wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, **wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie**.

Minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów wynosi 1/15.

Ustalenia indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów dokonuje się po raz pierwszy w powyższy sposób po 1 marca 2015 r.

1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej z 7 listopada 2014 r., opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1662.

Ustawa wprowadza zmiany m.in. w ustawie – Kodeks pracy.

Wstępnym badaniom lekarskim podlegają:

- osoby przyjmowane do pracy,
- pracownicy młodociani przenieszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przenieszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

Wstępnym badaniom lekarskim nie podlegają osoby:

- przyjmowane ponownie do pracy u tego samego pracodawcy na to

samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy z tym pracodawcą,

- przyjmowane do pracy u innego pracodawcy na dane stanowisko w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią pracodawcy aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a pracodawca ten stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na danym stanowisku pracy, z wyłączeniem osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.

Powyższy przepis stosuje się odpowiednio w przypadku przyjmowania do pracy osoby pozostającej jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą.

Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

Wstępne, okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1902.

Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zawiera:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi, mogących wystąpić na obszarze województwa, uwzględniając specyfikę zagrożeń lokalnych, w szczególności dane dotyczące:
 - a) sieci komunikacyjnej, w tym dróg, którymi są przewożone towary niebezpieczne,
 - b) struktury demograficznej i urbanistyki, ze szczególnym uwzględnieniem zakładów o zwiększonym i dużym ryzyku dla ochrony środowiska,
 - c) analizy zagrożeń, które wystąpiły na obszarze województwa w latach

poprzedzających rok opracowania planu lub jego aktualizacji, w tym analizy ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych,

- informacje o jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, którymi są szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, centrach urazowych oraz o szpitalach posiadających jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1862.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1850.

Rozporządzenie określa:

- czynności związane z prowadzeniem depozytu w izbach wytrzeźwień oraz w placówkach, którym jednostka samorządu terytorialnego zleciła wykonywanie zadań izby wytrzeźwień, lub w placówkach utworzonych przez tę jednostkę, w tym sposób ewidencjonowania, przyjmowania, przechowywania i wydawania depozytowanych środków i przedmiotów,
- organizację izb wytrzeźwień i placówek oraz warunki, jakim powinny odpowiadać ich pomieszczenia i urządzenia,
- skład oraz kwalifikacje personelu izb wytrzeźwień i placówek,
- sposób przeprowadzania kontroli stanu zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- sposób przeprowadzenia badania na zawartość alkoholu,
- rodzaje i zakres prowadzonej ewidencji i dokumentacji, w tym wzór karty ewidencyjnej,
- wykaz produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, które są stosowane w izbach wytrzeźwień i placówkach.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2014 r.

w sprawie sposobu i procedury przygotowania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1849.

Rozporządzenie określa sposób i procedury przygotowania raportu pełnego w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej oraz raportu skróconego w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Prezes agencji podczas przygotowywania raportu pełnego albo raportu skróconego może:

- zasięgać opinii ekspertów posiadających kwalifikacje i doświadczenie w zakresie ochrony zdrowia, oceny świadczeń opieki zdrowotnej, farmakoekonomiki, systemów finansowania świadczeń zdrowotnych albo ekonomiki zdrowia,
- występować o opinię do konsultantów w ochronie zdrowia,
- występować do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych z wnioskiem o przekazanie danych niezbędnych do przeprowadzenia analizy,
- zasięgać opinii stowarzyszeń i fundacji, których celem statutowym jest ochrona zdrowia.

Raport pełny przygotowuje się, dokonując:

- analizy klinicznej danego świadczenia opieki zdrowotnej,
- analizy ekonomicznej danego świadczenia opieki zdrowotnej,
- analizy wpływu finansowania danego świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia,
- analizy finansowania danego świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych w innych krajach, jeżeli

są dostępne dowody naukowe lub inne dane z zakresu przedmiotowych analiz.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 15 grudnia 2014 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1848.

Przy prezesie Agencji do spraw Oceny Technologii Medycznych działa Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

Członkom Rady do spraw Taryfikacji przysługuje wynagrodzenie za udział w każdym posiedzeniu, w wysokości:

- przewodniczącemu Rady do spraw Taryfikacji – 3000 zł,
- wiceprzewodniczącemu Rady do spraw Taryfikacji – 2700 zł,
- pozostałym członkom Rady do spraw Taryfikacji – 2500 zł,

jednak nie więcej niż 10 500 zł miesięcznie.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1914.

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

Badania biochemiczne i immunologiczne obejmują dodatkowo (żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), stężenie hemoglobiny glikowanej

(HbA1c), FT3, FT4, PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity).

Wykaz został poszerzony o diagnostykę ultrasonograficzną:

- USG tarczycy i przytarczyc,
- USG ślinianek,
- USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego,
- brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej),
- obwodowych węzłów chłonnych (USG węzłów chłonnych) oraz spirometrię.

Lekarz przyjmujący deklaracje 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 deklaracje wyboru świadczeniobiorców,
 - posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – przyjmujący deklaracje wyboru świadczeniobiorców dorosłych,
 - posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii – przyjmujący deklaracje 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).

WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie **REDAKCJA:** 00-070 Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31, faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl **REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl **SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieźańska, tel. 22-850-18-10, k.biezanska@oilwaw.org.pl **KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek, Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Konstanty Radziwiłł, Julian Wróbel **BIULETYN ORL:** Ewa Miękus-Pączek **KOMENTATORZY:** Marek Balicki, Janina Jankowska, Paweł Walewski **PUBLICYSŃCI:** Anetta Chęcińska, Ewa Dobrowolska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Borowicz, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Anna Mazurkiewicz, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, Jacek Walczak, Justyna Wojteczek, Tadeusz M. Zielenka **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. 22-542-83-53, 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.

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

Pytanie można też wysłać e-mailem na adres:
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 przysyłać do nas e-mailem na adres: 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



Fot. P. Brzeźński

Nasze pokoje gościnne

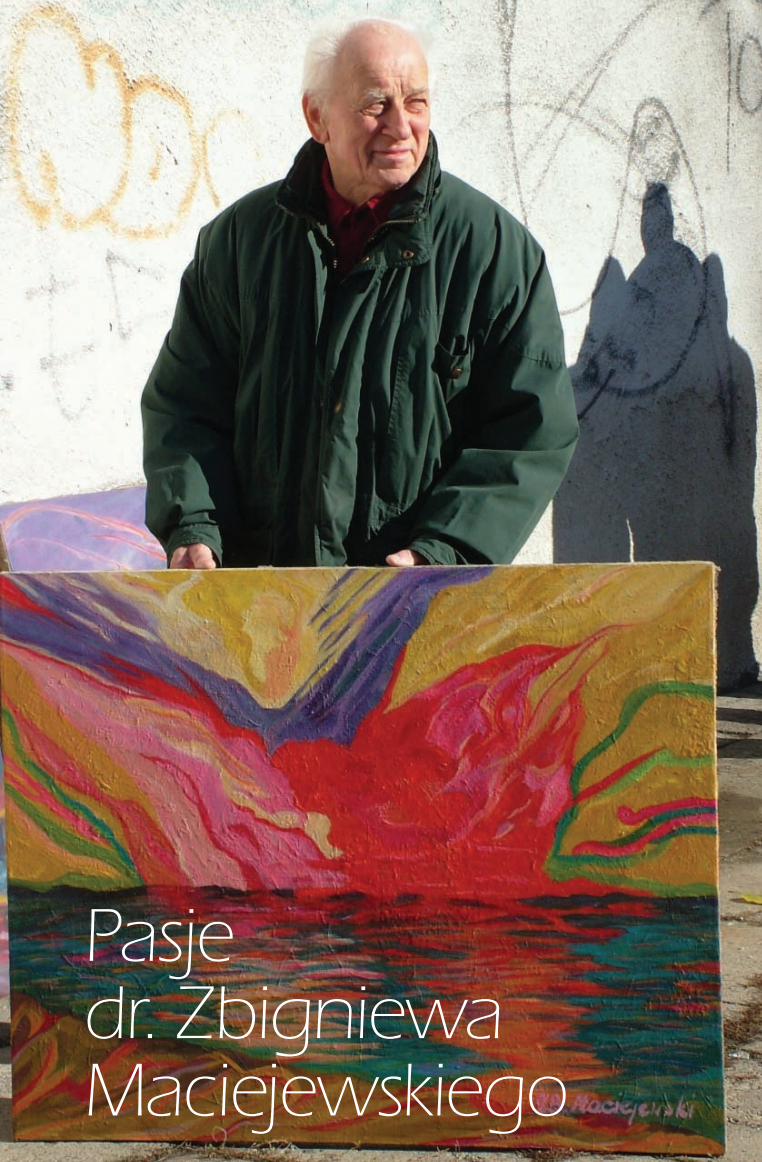
Koleżanki i Koledzy,

miło nam poinformować Szanownych Państwa, że od maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępniła 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 lekarskim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Informacje znajdują Państwo na stronie internetowej OIL w Warszawie: www.warszawa.oil.org.pl.
Tel. 22-542-83-02 (pon.–pt. – 8.00–16.00),
hotel@oilwaw.org.pl

Tadeusz Pawlikowski



Pasje
dr. Zbigniewa
Maciejewskiego

To lubię

Zniewala mnie głos twego ciała.
Doskonałością jesteś, w tobie źródło życia.
Lubię twój wstyd, lękasz się słów i spojrzenia.
Lubię ten rozkosz w mocy pożądania.
Lubię ten uśmiech i oczy zamglone.
Nie wyobrażam sobie chwil bez twojej duszy i ciała.
Serce oddaję tobie!

Bez ognia

Ogień miłości nic dla niej nie znaczy.
Urodę serca ma lodowatą.
Co można zrobić z takim sercem?
Komory ciemne, puste, bez siły.
Spokoju nie ma, ciszy też.
Będzie żyć, cierpieć, walczyć o miłość.

