



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

# puls

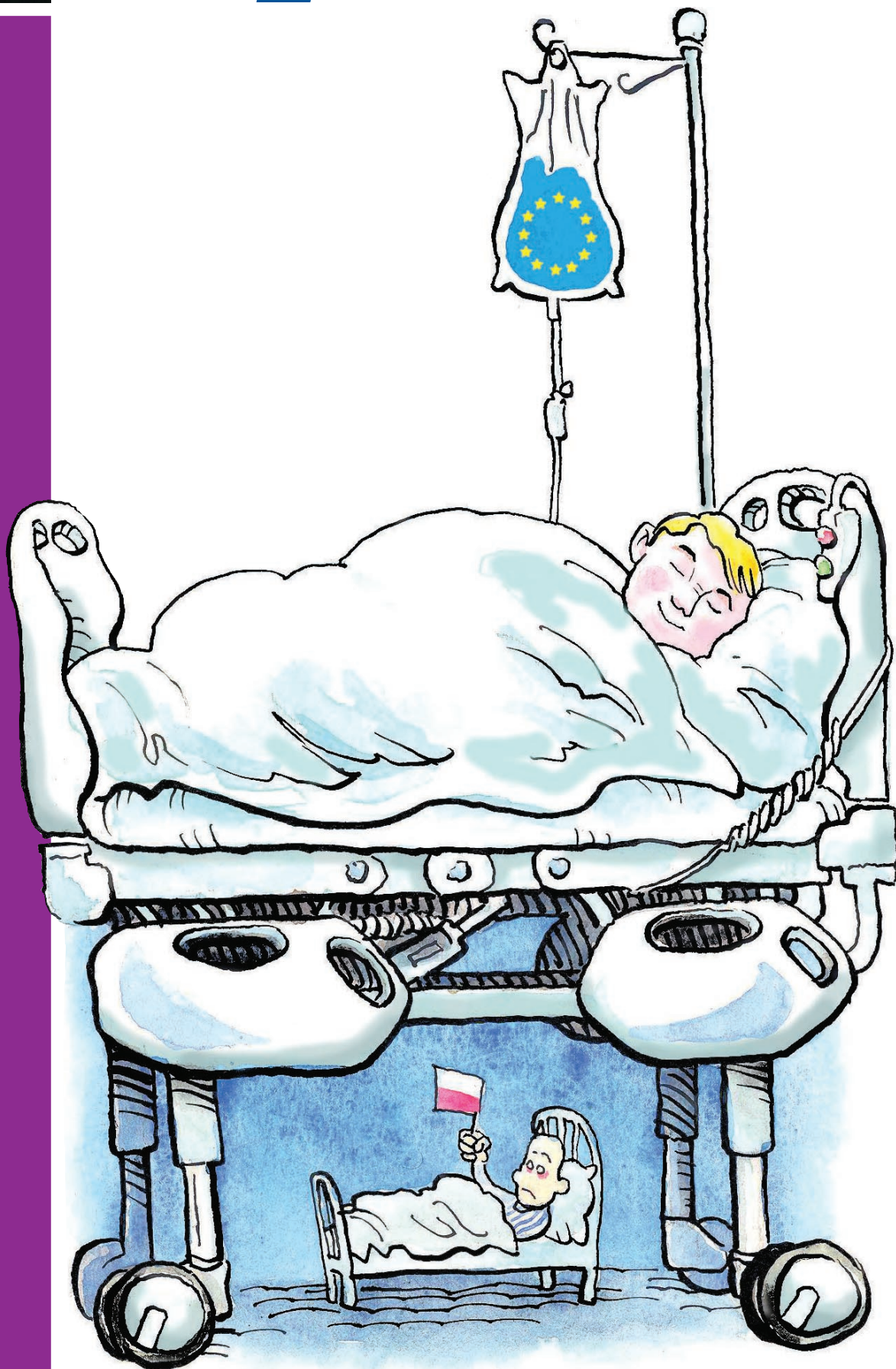
marzec 2015 nr 3

**Prof. Marek  
Krawczyk**  
o transplantologii  
[str. 10]

**Dlaczego  
w aptekach  
brakuje leków?**  
Rozmowa  
z Aliną Fornal,  
prezes  
Okręgowej  
Rady  
Aptekarskiej  
w Warszawie  
[str. 4]

**Polski system  
ochrony  
zdrowia  
na tle  
Europy**  
[str. 6]

**Kasa fiskalna  
w gabinecie  
lekarskim  
– trudne pytania  
i odpowiedzi**  
[str. 18]





**12–14 czerwca 2015 r., Serock, hotel Narvil.**

**UDZIAŁ W WYKŁADACH JEST NIEODPŁATNY, UMOŻLIWIA UZYSKANIE 14 PKT. EDUKACYJNYCH.**

## PROGRAM KONFERENCJI

**Piątek, 12 czerwca 2015 r.**

<b>10.00–10.45</b>	Rejestracja uczestników	<b>14.00–15.00</b>	Obiad dla uczestników korzystających z noclegu*
<b>10.45</b>	Otwarcie konferencji	<b>15.15–16.45</b>	„Leczenie endodontyczne czy ekstrakcja. Szanse i możliwości leczenia w sytuacji z pogranicza” dr Adrianna Adamek
<b>10.45–11.45</b>	„Anafilaksja i stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”, cz.1 dr Marcin Aluchna i dr Jacek Smereka	<b>16.45–17.00</b>	Przerwa kawowa
<b>11.45–12.00</b>	Przerwa kawowa	<b>17.00–17.45</b>	„Marketing a etyka, czyli na co pozwala prawo” dr n. ekon. Magdalena Szumska
<b>12.00–12.45</b>	„Anafilaksja i stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”, cz. 2 dr Marcin Aluchna i dr Jacek Smereka	<b>17.45–18.30</b>	„Potęga wizerunku, znaczenie wyglądu lekarza i gabinetu, spójność wizerunku” dr Marcin Szumski
<b>12.45–13.15</b>	„Jak stosować antybiotyki w stomatologii? Etiologia, dawka, czas terapii” dr Elżbieta Puacz	<b>20.30</b>	Uroczysta kolacja (niespodzianka wieczoru)
<b>13.15–14.00</b>	„Bezpieczeństwo biologiczne stosowanych w stomatologii materiałów złożonych (uczulenia, nadwrażliwość pozabiegowa, działania niepożądane)” dr hab. Konrad Małkiewicz		

**Sobota, 13 czerwca 2015 r.**

<b>9.00–9.45</b>	„Żywnienie a zdrowie jamy ustnej pacjentów w wieku rozwojowym” prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk	<b>12.50–13.30</b>	„Trzeci wymiar w chirurgii stomatologicznej i implantologii – możliwości rozwiązywania problemów diagnostycznych w trudnych przypadkach klinicznych” dr R. Koszowski
<b>9.45–10.45</b>	„Okluzja statyczna i dynamiczna w leczeniu stomatologicznym” dr Andrzej Bożyk	<b>13.30–14.00</b>	„Zabiegi kriochirurgiczne w schorzeniach jamy ustnej” dr J. Waskowska
<b>10.45–10.55</b>	Przerwa kawowa	<b>14.00–15.00</b>	Obiad
<b>10.55–11.40</b>	„Wirus HPV jako jeden z czynników powstawania raka jamy ustnej. Metody wizualizacji rozpoznawania zmian nowotworowych” lek. dent. Karolina Szaniawska, lek. dent. Tomasz Kamiński	<b>15.15–16.15</b>	„Zadbajmy o własne zdrowie. Kinesiology Tape w medycynie, w tym w stomatologii oraz dla lekarzy stomatologów jako pacjentów” dr Z. Hamerlak
<b>11.40–12.10</b>	„Współczesne trendy w leczeniu próchnicy ubytkowej” dr hab. Agnieszka Mielczarek	<b>16.15–16.30</b>	Przerwa kawowa
<b>12.10–12.40</b>	„Wykonywanie procedur minimalnie inwazyjnych w korekcie estetyki uzębienia” lek. dent. Karolina Kowalczyk	<b>16.30–18.00</b>	„Prawo medyczne – personel medyczny działający w zespole, praktyczne aspekty odpowiedzialności prawnej” mec. P. Strzelec
<b>12.40–12.50</b>	Przerwa kawowa	<b>20.00</b>	Kolacja – stół szwedzki (niespodzianka wieczoru)

\* Osoby korzystające tylko z wykładów, będą mogły kupić kawę i przekąski w czasie przerw kawowych oraz obiady w cenach wynegocjowanych przez Izbę. Zainteresowanych prosimy o zgłoszenie takiej potrzeby podczas zapisywania się na szkolenie.

W czasie, kiedy w głównej sali będą trwały wykłady, w trzech mniejszych salach będą prowadzone równoległe wykłady o innej tematyce i warsztaty, m.in. z endodoncji, pierwszej pomocy, Kinesiology Tape, oraz odpłatne (około 55 zł) warsztaty z marketingu.

**Szczegóły na stronie Izby w ramce (szkolenia dla lekarzy dentystów) i w zakładce ODZLiD.**

Proponujemy skorzystanie z noclegu w hotelu Narvil i wspólne spędzenie dwóch wieczorów przy muzyce.

Koszt pobytu w pokoju dwuosobowym obejmuje: dwa noclegi, kawę w przerwach konferencji, obiady, 12 czerwca uroczystą kolację, 13 czerwca kolację (stół szwedzki), parking, basen, saunę, jacuzzi, salę fitness i siłownię plenerową – płatne:

749 zł do 28 lutego,  
899 zł do 30 kwietnia,  
1000 zł po 1 maja

na konto OIL w Warszawie: 70 1050 1012 1000 0024 0567 6459  
z dopiskiem konferencja stomatologiczna.

Szczegółowych informacji udziela Elżbieta Szczepańczyk,  
tel.: 22-54-28-333, e-mail: e.szczepancyk@oilwaw.org.pl

Marta Klimkowska-Misiak, wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów





# Orędzie papieża Franciszka na XXIII Światowy Dzień Chorego

Drodzy Bracia i Siostry,

z okazji XXIII Światowego Dnia Chorego, ustanowionego przez św. Jana Pawła II, zwracam się do Was wszystkich, którzy nosicie ciężar choroby i na wiele sposobów jesteście złączeni z cierpiącym ciałem Chrystusa, jak również do Was, pracowników i wolontariuszy zaangażowanych w służbę zdrowia.

Powodem, który w tym roku skłania nas do medytacji, są słowa z Księgi Hioba: „Niewidomemu byłem oczami, chroremu służyłem za nogi”. (...)

Mądrość ta nie jest znajomością teoretyczną, abstrakcyjną, wynikiem rozumowania. Raczej jest, jak określa ją św. Jakub w swoim Liście, „czysta, dalek, skłonna do zgody, ustępliwa, posłuszna, pełna miłosierdzia i dobrych owoców, wolna od względów ludzkich i obłudy”. (...)

Mądrością serca jest służba bliźniemu. W mowie Hioba, która zawiera słowa „Niewidomemu byłem oczami, chroremu służyłem za nogi”, jest podkreślony wymiar służby potrzebującym ze strony tego prawego człowieka, który cieszy się autorytetem i zajmuje szczególne miejsce wśród starszych miast. Jego postawa moralna przejawia się w służbie ubogiemu, który prosi o pomoc, a także w trosce o sierotę i wdowę. (...)

Mądrość serca to trwanie przy bliźnim.

Czas spędzony obok chorego jest czasem świętym. (...)

Prośmy z żywą wiarą Ducha Świętego, aby dał nam łaskę zrozumienia wartości towarzyszenia, często w sposób cichy, tym naszym siostrą i bracią, którzy, dzięki naszej bliskości i naszej życzliwości, poczują się bardziej kochani i umocnieni. Jakież wielkie kłamstwo kryje się natomiast w niektórych wyrażeniach, które kładą nacisk na tzw. jakość życia, przekonując do uwierzenia, że życie poważnie dotknięte chorobą nie jest warte dalszej egzystencji!

Mądrość serca to wyjście poza siebie, ku bliźniemu. Świat, w którym żyjemy, zapomina niekiedy o szczególnej wartości, jaką ma czas

spędzony przy łóżku chorego, gdyż jest się pochłoniętym przez pośpiech, nawet obowiązków. (...)

Miłość potrzebuje czasu. Czasu, aby leczyć chorych i czasu na ich odwiedzanie. (...) Osoby zanurzone w tajemnicy cierpienia i bólu, przyjętego jednak z wiarą, mogą stać się żywymi świadkami tej wiary, która pozwala współistnieć z samym cierpieniem, mimo że ludzka inteligencja nie jest w stanie do końca go zrozumieć. (...)

O Maryjo, Stolicę Mądrości, jako nasza Matka wstawiaj się za wszystkimi chorymi i za tymi, którzy się nimi opiekują. Spraw, abyśmy w służbie cierpiącemu człowiekowi i przez samo doświadczenie cierpienia, mogli przyjąć i rozwijać w sobie prawdziwą mądrość serca.

Z tym błaganem w intencji Was wszystkich łączę moje apostołskie błogosławieństwo. ■

Watykan, 3 grudnia 2014 r.

wybr. kb

## Nagrody św. Kamila 2015

Z okazji XXIII Światowego Dnia Chorego kapituła Nagrody św. Kamila, patrona chorych i pracowników służby zdrowia, uhonorowała osoby szczególnie zasłużone. Nagroda została ustanowiona w 2007 r. z inicjatywy Zakonu Posługujących Chorym – ojców kamilianów, oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Uroczystość odbyła się w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II Fundacji Janiny i Zbigniewa Porczyńskich. „Nagrodę specjalną za wybitne osiągnięcia w służbie chorym” przyznano prof. dr. n. med. Bohdanowi Maruszewskiemu z CZD, pielęgniarkę Filomenie Bieleckiej, założycielowi Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię Bogdanowi Gajewskiemu i twórcy Puckiego Hospicjum ks. dr. Janowi Kaczkowskiemu.

W kategorii „Pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję dla dobra chorych

i cierpiących” nagrodę główną otrzymał prof. Janusz Skalski z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, a wyróżnienia – płk dr n. med. Piotr Dąbrowiecki z WIM oraz Małgorzata Murawska, pielęgniarka z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci.

Wśród stowarzyszeń i organizacji pacjentów nagrodzono Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO, a wyróżniono MATIO Fundację Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę.

W kategorii „Środki publicznego przekazu oraz twórcy życia publicznego promujący edukację zdrowotną” nagrodę otrzymał dziennikarz Zbigniew Wojtasiński, a wyróżnienia dziennikarki Anna Jarosz i Anna Sojka oraz aktor Dariusz Gnatowski. ■

mkr



Fot. K. Pinkosz

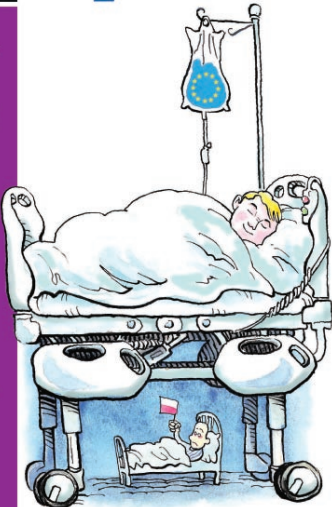


**Prof. Marek Krawczyk**  
o transplantologii  
[str. 10]

Dlaczego w aptekach brakuje leków?  
Rozmowa z Aliną Fornal, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie  
[str. 4]

Polski system ochrony zdrowia na tle Europy  
[str. 6]

Kasa fiskalna w gabinecie lekarskim – trudne pytania i odpowiedzi  
[str. 18]



**Nr 3 (239) marzec 2015**

Na okładce:

prof. Marek Krawczyk, rektor WUM  
(fot. archiwum)

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ Orędzie papieża Franciszka...	1
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ Dlaczego w aptekach brakuje...	4
▶ Polski system ochrony zdrowia na tle Europy	6
▶ Jak uchwalić konstytucję zdrowia	8
▶ <b>transplantologia</b>	
20 lat i dużo, dużo więcej	10
Liderzy stabilnej statystyki	10
Transplantologia potrzebuje...	12
Blisko ideału	15
▶ <b>etyka</b>	
Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej	22
▶ NFZ nie ma prawa karać lekarzy...	22
▶ Refundacje 2015	24
▶ Ubezpieczenie OC	26
▶ z Mazowsza	28
▶ Dzień światowy, ale pakiet problemowy	30
▶ Z Delegatury Radomskiej	32
▶ Raport o cukrzycy	33
▶ składki samorządowe	36
▶ Szlachectwo zobowiązuje	37
▶ karty historii	40
▶ <i>Homo homini res sacra</i>	41
▶ wspomnienia	42
▶ nowe przepisy prawne	44
▶ <b>felietony:</b>	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	7
▷ Walewski	8
▷ Karczewski	21
▷ Kowal	34
▷ Jankowska	35
▷ Müldner-Nieckowski	38
▷ SMS z Krakowa	39



# Quo vadis, pediatrio?

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,**  
redaktor naczelna

Dopiero śmierć półtorarocznego dziecka nieprzyjętego do szpitala powiatowego w Kutnie i doniesienia o śmierci dwojga innych dzieci w tej samej placówce zwróciły uwagę opinii publicznej na sytuację pediatrii w Polsce. Jak podały media, w ostatnich latach liczba oddziałów pediatrycznych zmniejszyła się z 447 do 380. Oddziały pediatryczne zamykane są głównie dlatego, że ich prowadzenie powoduje straty dla szpitala, ale to niejedyny powód.

Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał i wciąż zwraca uwagę na niedofinansowanie służby zdrowia oraz zanizoną, nieprzystającą do realnych kosztów, wycenę świadczeń medycznych, a pediatrycznych w szczególności. To jedna z podstawowych przyczyn zapaści polskiej pediatrii. Procedury pediatryczne są droższe, m.in. dlatego, że w wielu przypadkach potrzeba dodatkowych konsultacji, a w czasie diagnostyki i wykonywania drobnych zabiegów niezbędna jest asysta zespołu anestezyjologicznego, z zastosowaniem narkozy włącznie. Do tego dochodzą wyższe koszty osobowe związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej – im mniejsze dziecko, tym koszty wyższe.

W 2013 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz zapowiedział zmiany w pediatrii. NFZ, we współpracy z konsultantami krajowymi: w dziedzinie pediatrii – prof. Anną Dobrzańską, i otolaryngologii dziecięcej – prof. Grażyną Mielnik-Niedzielską oraz lekarzami ze szpitali dziecięcych rozpoczął weryfikację wyceny procedur pediatrycznych. Działal także parlamentarny zespół ds. dzieci pod kierownictwem senator Alicji Chywickiej. Jak się okazuje, z prac tych zespołów niewiele wynikało. Leczenie dzieci jak straty przynosiło, tak przynosi.

Kolejna przyczyna zapaści polskiej pediatrii to brak lekarzy specjalistów. Od lat wiadomo, że pediatrów jest za mało. Pogłębia się też coraz bardziej luka pokoleniowa, o czym pisaliśmy na łamach „Pulsu” wielokrotnie, omawiając sytuację demograficzną lekarzy w Polsce. Około 80 proc. pediatrów to kobiety, które najczęściej nie chcą pracować w 24-godzinnym systemie obowiązującym w szpitalach. Jeżeli do tego dodamy fakt, że tylko około 5 proc. pediatrów ma mniej niż 35 lat, to trudno się dziwić, że przyszłość wygląda nieciekawie.

Mimo uznania specjalizacji z pediatrii za deficytową, minister zdrowia, dysponujący teoretycznie narzędziami do zachęcenia lekarzy, by specjalizowali się w tej dziedzinie medycyny, nie zrobił nic, żeby tak się stało. Wręcz przeciwnie – decyzja o utworzeniu nowych specjalizacji pediatrycznych zdaniem wielu ekspertów zmniejszy liczbę kandydatów do specjalizowania się w pediatrii. Problemem jest także – wobec zamykania oddziałów pediatrycznych – brak miejsc szkoleniowych, co pod znakiem zapytania stawia realizację zapowiedzi premier rządu dotyczących zapewnienia rezydentur wszystkim chętnym.

Według danych Centralnego Rejestru Lekarzy jest spora grupa lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji w dziedzinie pediatrii, którzy nie posiadają tytułu specjalisty i pozostają poza systemem, a przecież prawie wszyscy mają wystarczającą wiedzę i doświadczenie, by leczyć małych pacjentów. Zapowiadane przez ministerstwo zmiany w ustawie o zawodzie lekarza, które teoretycznie miały w drodze tzw. krótkiej ścieżki umożliwić „jedynkowiczom” uzyskanie statusu specjalistów, okazały się niewypałem, niejedynym niestety. ■





Rozmowa  
z prof. dr. hab. n. med.  
Andrzejem Chmurą  
str. 12



Rozmowa  
z prof. dr. hab. n. med.  
Piotrem Kalicińskim  
str. 15



Dzień światowy,  
ale pakiet problemowy  
str. 30

# Ubezpieczenie a roszczenie



Fot. egw

**Andrzej Sawoni,**  
prezes ORL w Warszawie

Wykonywanie zawodu lekarza lub szerzej – udzielanie świadczeń zdrowotnych, w Polsce staje się coraz bardziej niebezpieczne. Znacząco przyczynił się do tego wyrok sądu w sprawie pacjentki Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha w Warszawie, która była zresztą radcą prawnym placówki. Zasądzone odszkodowanie wyniosło kilka milionów złotych. Zdarzenie miało miejsce w 2001 r. Sądzę, że szpital ubezpieczał się w tamtych czasach na kwotę nie większą niż 100 tys. zł na jedno zdarzenie, bo nikomu nie śniły się wielomilionowe odszkodowania. Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta, wprowadzająca pojęcie zdarzenia medycznego i ustanawiająca komisje, które orzekają odszkodowania za niekorzystne dla pacjentów zdarzenia medyczne w toku leczenia szpitalnego, określa maksymalne odszkodowanie – za śmierć pacjenta, w wysokości 300 tys. zł, inne zdarzenia są wyceniane odpowiednio niżej. Wielkość odszkodowania z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pozostaje do wyłącznego uznania sądu. Ile więc wyniesie składka na ubezpieczenie OC szpitala lub lekarza, który w tym szpitalu pracuje na kontrakcie? Gdy wielomilionowe odszkodowania staną się u nas chlebem powszednim, spowodują pełen regres finansowy. To realne zagrożenie dla i tak bardzo kruchej stabilności finansowej naszych szpitali oraz dla lekarzy, którym często obowiązkowe ubezpieczenie nie zapewnia bezpieczeństwa. Zaistnieje potrzeba ubezpieczeń dodatkowych, których koszt idzie w tysiące złotych i nigdy nie wiadomo, czy mimo to będą wystarczające. Uważam, że potrzebna jest poważna dyskusja środowisk lekarskich, menedżerów służby zdrowia, prawników, postów, organizacji pacjentów i wreszcie firm ubezpieczeniowych, która powinna doprowadzić do powstania ustawowego taryfikatora określającego wysokość odszkodowania, również z polisy OC, za niekorzystne dla pacjenta zdarzenia medyczne wynikające zarówno z błędu lekarza, jak i innych okoliczności. Wysokość tych odszkodowań musi być przewidywalna, inaczej składki ubezpieczeniowe będą rosły w zupełnie niekontrolowany sposób, rujnujący budżety szpitali i lekarzy. Ostatecznie zapłacą za to pacjenci, bo aby pokryć wydatki na rosnące składki ubezpieczeniowe, będziemy musieli radykalnie zwiększać składki na ubezpieczenie zdrowotne. To droga donikąd. Zachęcam wszystkich, szczególnie postów lekarzy i postów prawników, do zajęcia się tym zagadnieniem, bo potrzebne są regulacje ustawowe, a więc wychodzące z Sejmu. Precedens w postaci regulacji wynikającej z nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, dotyczącej zdarzeń medycznych, jest. Inaczej, gdy w końcu wszyscy dostrzeżemy potrzebę zmian, może być za późno. ■

Redakcja biuletynu „Miesięcznik OIL w Warszawie Puls” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).

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

## **puls** – e-mailem

Wszystkich Państwa, którzy chcą otrzymywać „Puls” **TYLKO** e-mailem, prosimy o przesłanie tej informacji na adres:

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

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

**Rozmowa z Aliną Fornal, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.**

**Pani prezes, dlaczego pacjent tak często słyszy, że zapisanego na recepcie leku nie ma w aptece, a niektóre są wręcz nie do kupienia?**

Jest kilka przyczyn złego zaopatrzenia aptek. Bardzo duże braki leków refundowanych są spowodowane ich reeksportem zagranicę. W wyniku wynegocjowania istotnie niższych cen leków w Polsce w stosunku do cen w wielu krajach europejskich o wiele bardziej opłacalna jest ich sprzedaż zagranicę niż pacjentom w kraju, a większość otwieranych przez niefarmaceutów aptek powstaje głównie w tym celu. Firmy producenckie dostarczają bardzo wiele leków wyłącznie do trzech hurtowni i stworzyły systemy sprzedaży tzw. bezpośredniej, co ma podobno zapobiegać wywozowi.

# Dlaczego w aptekach brakuje leków?

Mimo to proceder kwitnie i przedstawiciele firm przyznali już rok temu, na spotkaniu w GIF, że z Polski wywozi się ponad 40 proc. sprowadzanych leków. Oznacza to, że system się nie sprawdza, a w ocenie aptekarzy ma służyć kontrolowaniu rynku przez producentów i hurtownie. Jak inaczej bowiem oceniać fakt, że jedne apteki nie mogą kupić leku nawet na jedną receptę dla pacjenta, leków takich jak przeciwzakrzepowe, na astmę, na padaczkę, na cukrzycę czy po przeszczepie i wielu innych, a inne apteki mogą realizować zamówienia na dziesiątki lub setki opakowań? Przypadki wywozu przez hurtownię kilkudziesięciu tysięcy opakowań są znane. I co z tego? Możliwość zaopatrzenia aptek w potrzebne leki pogarsza się od kilku lat. Opublikowany wyrok sądowy przedstawia sprzedaż zagranicę przez jednego przedsiębiorcę prowadzącego aptekę w ciągu 14 miesięcy leków za prawie 36 mln zł, czyli miesięcznie za około 2,6 mln zł. Jeśli przyjmując za średnią cenę opakowania kwotę około 100 zł, to okaże się, że tylko ten jeden przedsiębiorca wywiózł średnio miesięcznie 25 700 opakowań. Czy to tak trudno wykryć? W mojej ocenie – nie. Przedsiębiorca nie jest farmaceutą. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny po wielomiesięcznej procedurze zamyka mu aptekę, a ktoś z jego rodziny czy znajomych w ciągu miesiąca otwiera nową, którą prowadzi taki sam proceder.

Inną przyczyną braku leków jest zbyt duża liczba aptek w Polsce i całkowity brak regulacji prawnych w tym zakresie. Ministerstwo jest głuche na sugestie Izby Aptekarskiej, że w obecnej sytuacji koniecznie trzeba wprowadzić moratorium na otwieranie nowych aptek, które pozwoliłoby uregulować prawo i uporządkować rynek leków w Polsce. W większości krajów Unii ustala się liczbę aptek według zasad demografii i geografii, jedna przypada przeciętnie na około 4–4,5 tys. mieszkańców, w Polsce – na 2,5 tys. mieszkańców (licząc apteki i punkty apteczne).

Poza tym w ustawie refundacyjnej ustalono marżę apteczną na dramatycznie niskim poziomie. Koszty przeceny leków co dwa miesiące obciążają apteki i po takiej przecenie leki kupione wcześniej często muszą być sprzedane poniżej ceny zakupu. Trudno przewidzieć, kiedy pacjent będzie potrzebował leku, a apteki nie mają tak dużych zapasów jak kiedyś. Wszystko to, przy systemie regulowania rynku przez firmy farmaceutyczne i hurtownie, m.in. przez sprzedaż tzw. bezpośrednią i ograniczanie dostaw, powoduje brak leków, co – szczególnie w przypadku tak ważnych jak wcześniej wymienione – stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.

**Jak widać potrzebna jest pilna zmiana przepisów. Czy procedowana właśnie w parlamencie nowelizacja prawa farmaceutycznego zmieni coś na rynku leków na lepsze, a jeżeli nie, to dlaczego?**

Sposób procedowania projektu poselskiego złożonego do łaski marszałkowskiej pod dużym naciskiem Naczelnej Rady Aptekarskiej, aby wreszcie rozwiązać problem wywozu leków, niestety na razie nie daje nadziei na korzystne zmiany. Większość zgłoszonych propozycji poprawek jest odrzucana albo kierowana do analiz dotyczących zgodności z prawem unijnym. Przepisy unijne pozwalają państwom członkowskim stosować rozwiązania chroniące własny rynek w szczególnych przypadkach. Czyż dramatyczny brak leków dla pacjentów nie jest szczególnym przypadkiem? Czy zamiast szukać korzystnych dla eksporterów rozwiązań, bo GIF ma tylko siedem dni na wydanie zakazu wywozu, nie należałoby szybko uchwalić dobre przepisy? Ustawa refundacyjna zobowiązuje firmy do dostarczenia określonej ilości leków na nasz rynek, więc logiczne byłoby, aby można za zgodą GIF eksportować leki dopiero po zaspokojeniu potrzeb polskich pacjentów.

Niestety, projekt nie zakłada zmian, które faktycznie poprawiłyby funkcjonowanie rynku leków w Polsce. Wracam do demografii, geografii i moratorium na otwieranie nowych aptek. Jeśli wiadomo, że obecnie funkcjonujących aptek jest zbyt dużo, monopolizacja rynku następuje bardzo szybko, a liczba aptek prywatnych maleje z miesiąca na miesiąc, to może zaistnieć sytuacja nawet bardziej dramatyczna dla państwa, niż problem zamknięcia przychodni przez lekarzy skupionych w Porozumieniu Zielonogórskim. Negocjacje z monopolistą są bardzo trudne.

**Czy to prawda, że po ponad dwóch latach funkcjonowania ustawy refundacyjnej zbankrutowało lub jest na granicy bankructwa większość aptek rodzinnych w Polsce, i dlaczego tak się dzieje?**

Tak, to jest smutna prawda, tym bardziej że w przypadku firmy rodzinnej cała rodzina pozostaje bez pracy, a koszt zamknięcia apteki, utylizacji leków i wypłaty wynagrodzeń pracownikom zwiększa zadłużenie farmaceuty.





Fot. archiwum OIA

Przyczyn jest kilka, do najważniejszych należy wspomniana wcześniej zbyt duża liczba aptek, brak regulacji ustawowych obowiązujących w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej, możliwość prowadzenia apteki przez każdego przedsiębiorcę. Duże znaczenie ma nieszanowanie prawa w zakresie zakazu monopolizacji, czyli ograniczenia liczby posiadanych aptek do 1 proc. w skali województwa i posiadanie aptek przez hurtownie farmaceutyczne, co powoduje nierówny dostęp farmaceutów do leków deficytowych. Bardzo ważnym czynnikiem jest też system marżowy, ustalony ustawą refundacyjną, w którym marża apteki zależy nie od ceny leku, ale od limitu finansowania. Im więcej wydajemy tańszych leków pacjentom, tym bardziej maleje marża określana w każdym następnym obwieszczeniu.

Dla zobrazowania zmian marż, które nastąpiły, podam przykład statyny w dawce 20 mg.

Rok obowiązywania	2011	2012	od 2014
Kwota marży leku oryginalnego	4,55 zł	3,52 zł	1,62 zł
Kwota marży leku generycznego	3,78 zł	3,52 zł	1,62 zł

W obydwu przypadkach spadek kwoty marży wynosi 57–64 proc.

Minister mówi nam, że procentowo od ceny leku marża nie zmniejszyła się, ale my, Panie Ministrze, nie płacimy hurtownikom i pracownikom procentami, tylko pieniędzmi, a kwota marży spadła średnio o 40–50 proc.

Szkoda, że nikt nie analizuje, jakie są faktyczne koszty pracy aptekarzy, jakie wykonują dodatkowe zadania (np. raporty

do NFZ) i ile własnych pieniędzy zainwestowali w zakup leków czekających na pacjentów, które czasem po przecenie się nie zwrócą. Gruntowna ocena skutków regulacji, która pokazałaby jak niekorzystny, nie tylko dla aptekarzy, jest kierunek zmian, może pomogłaby w rozmowach o zmianach przepisów i przyspieszyłaby proces legislacyjny. Nie po to w prawie farmaceutycznym sformułowano przepisy antykoncentracyjne, aby teraz wypuszczać spod kontroli państwa tak ważną dziedzinę jak ochrona zdrowia obywateli. Dlatego, Panie Ministrze, nie mówimy, że w pierwszej kolejności muszą się zmienić marże, ale że musi się zmienić prawo. Przykłady Kanady czy Norwegii dowodzą, że wystarczy dwa lata na zmonopolizowanie rynku aptek.

### Z jaką sugestią chciałaby się pani zwrócić na łamach „Pulsu” do lekarzy?

Przy tak dotkliwych brakach leków, jakie omawiamy, pacjentom byłoby dużo łatwiej realizować recepty, gdyby lekarz rozpisował ordynację na krótsze okresy, np. miesięczne. W obecnych warunkach bowiem dla większości aptek zakupienie w hurtowni od razu 6 czy 12 opakowań leków np. na padaczkę, cukrzycę, leków immunosupresyjnych czy innych trudno dostępnych jest nieosiągalne.

Byłoby również najkorzystniejsze, by lekarz ordynował leki, stosując nazwy międzynarodowe. Bo wtedy w przypadku braku leku, który pacjent przyjmuje, farmaceuta może wydać każdy dostępny odpowiednik. Oczywiście zamiana nie może dotyczyć wszystkich grup terapeutycznych i obowiązuje zasada, że lekarz może napisać – nie zamieniać! ■

Rozmawiała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Fot. egw

# Polski system ochrony zdrowia na tle Euro

Konstanty Radziwiłł

Dziesięć lat temu dwóch Szwedów: Johan Hjertqvist i Arne Björnberg, powołało do życia firmę Health Consumer Powerhouse, której podstawowym celem jest praca nad poprawianiem wyników opieki zdrowotnej i wzmocnieniem podmiotowości pacjentów w Europie przez publikowanie porównań systemów ochrony zdrowia poszczególnych państw. Najbardziej znanym narzędziem HCP stał się coroczny Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index), za pomocą którego wszechstronnie ocenia się systemy 37 państw europejskich. Niezwykle obiektywna ocena możliwa jest dzięki zastosowaniu 48 kryteriów pogrupowanych w sześciu obszarach: 1) prawa pacjenta, 2) dostępność (czas oczekiwania na leczenie), 3) wyniki, 4) zakres dostępnych świadczeń, 5) prewencja, 6) leki. Autorzy opracowania przewidują możliwość zdobycia w sumie 1000 punktów. We wstępie do opublikowanej kilka dni temu kolejnej edycji EHCI – za 2014 r. – piszą o obserwowanym w Europie postępie prowadzącym do coraz lepszej pozycji pacjenta w systemie, większej dostępności leczenia, spadku ryzyka błędów medycznych, poprawy wyników opieki oraz, mimo kryzysu, poszerzenia zakresu świadczeń w gwarantowanych koszykach systemów publicznych, a nawet skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia. Autorzy stwierdzają, że niektóre państwa potrafią, patrząc na przykłady tych, którym idzie lepiej, i konsekwentnie prowadząc reformy (nawet bez znaczącego zwiększania finansowania), uzyskać znaczącą poprawę, uwidoczniającą się także we wzroście wartości EHCI. Dziwią się także, dlaczego inne kraje nie potrafią korzystać z dobrego przykładu i nadal tkwią w „kulturze krzywdy”.

Jak wypada w tym rankingu Polska? Niestety, wynik jest naprawdę zasmucający. W ogólnej klasyfikacji (z 511 punktami) nie tylko jesteśmy daleko za najlepszymi (Holandia – 898, Szwajcaria – 855, Norwegia – 851), ale plasując się na 32. pozycji, daliśmy się wyprzedzić np. Albanii (545) i Bułgarii (547). Co gorsza, w przeciwieństwie do większości ocenianych państw, Polska już drugi rok z rzędu pogarsza swój wynik punktowy (choć ubiegłoroczną pozycję zachowała).

Ze względu na naprawdę kiepski wynik na tle Europy warto przyrzeć się, które pozycje „ciągną” nas w dół. Są to na pewno: bardzo ograniczone prawo pacjentów do korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej, brak systemowego rozwiązania dla prawa pacjenta do drugiej opinii, brak systematycznie aktualizowanego rankingu świadczeniodawców, słaby rozwój informatyki w ochronie zdrowia (brak dostępnej dla pacjentów elektronicznej dokumentacji medycznej, e-preskrypcji, możliwości zapisywania się do lekarza przez Internet), niski odsetek lekarzy w populacji, brak gwarancji dostania się do lekarza rodzinnego w dniu zgłoszenia, długie oczekiwanie na świadczenia zdrowotne (na planowe zabiegi chirurgiczne ponad 90 dni, na leczenie raka ponad 3 tygodnie, na badanie TK ponad 7 dni, a w izbie przyjęć ponad 2 godziny), niski spadek śmiertelności z powodu udaru mózgu, wysoka śmiertelność noworodków, niski wskaźnik przeżycia z nowotworem, wysoki wskaźnik dającej się uniknąć umieralności, wysoki odsetek zakażeń MRSA w szpitalach, niski wskaźnik operacji zaćmy i przeszczepienia nerki, ciągle wysoki wskaźnik opłat nieformalnych, niedostępność opieki długoterminowej (i bardzo niskie nakłady na nią), niski odsetek dializ pozaszpitalnych blisko domu pacjenta, wysoki wskaźnik cięć cesarskich, wysoki odsetek osób z podwyższonym ciśnieniem tętniczym, niski wskaźnik systemowych działań antytytoniowych, brak powszechnych szczepień dziewczynek przeciwko HPV, wysoki wskaźnik śmiertelnych wypadków drogowych, wysokie współpłatnienie za leki, nieobecność publicznie dostępnej farmakopei, niskie zużycie innowacyjnych leków onkologicznych i reumatologicznych, niska świadomość społeczna nieskuteczności antybiotyków w leczeniu grypy i przezię-



**NFZ**

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



ny  
py

Rys. K. Rosiecki

bień. Jesteśmy wśród krajów o bardzo niskich nakładach na ochronę zdrowia (26. miejsce) i jednocześnie z niskim udziałem środków publicznych (70 proc.). Trzeba jednak zauważyć, że kilku jeszcze większych „biedaków” w ogólnym wskaźniku EHCI przeskoczyło nas. A takie kraje jak Macedonia, Estonia i Albania osiągnęły absolutny rekord skuteczności za „małe” pieniądze.

Jak widać, zła ocena Polski to efekt zbyt niskich nakładów publicznych na ochronę zdrowia, zaniedbań w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób, niedoboru kadr medycznych i fatalnej organizacji systemu. Mamy naprawdę dużo do zrobienia. Wystarczy tylko spojrzeć, jak robią to ci, którzy mają lepsze efekty. No i potrzeba wizji, jak to zrobić, której ciągle brakuje przy Miodowej. ■



Fot. archiwum

## Marek Balicki

Otrzymał znowu ważny sygnał ostrzegawczy dotyczący funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej. W ogłoszonych niedawno wynikach kolejnej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia Polska zajęła 32. miejsce na 37 krajów europejskich objętych badaniem. Kilka

miesiący wcześniej w raporcie o sprawiedliwości społecznej Fundacji Bertelsmanna w ocenie służby zdrowia Polska znalazła się na 26. miejscu i wyprzedziła jedynie dwa kraje: Łotwę i Rumunię. Nieco lepiej wypadliśmy w Raportie Bloombergu porównującym efektywność systemów opieki zdrowotnej. W 2014 r. zajęliśmy w nim 22. miejsce wśród 51 krajów świata. Niezależnie od uwag i zastrzeżeń do przyjętych metod i kryteriów oceny, które moglibyśmy kierować pod adresem autorów wszystkich rankingów, ich wyniki nie odbiegają od powszechnych odczuć. Z jednej strony mamy opinie chorych, codziennych odbiorców usług zdrowotnych. Są druzgoczące. Formułowane z innej perspektywy oceny pracowników służby zdrowia niewiele się od nich różnią. Z kolei eksperci i urzędnicy wskazują na fakt, że przy tak niskich nakładach publicznych na ochronę zdrowia oraz małej liczbie lekarzy i pielęgniarek uzyskujemy w sumie niezłe efekty.

Dla prognozowania przyszłości i podejmowania ewentualnych działań zaradczych dużo ważniejsza od aktualnej pozycji w rankingach jest dynamika zmian. Z jakim trendem mamy do czynienia? Czy w stosunku do innych krajów nasza pozycja poprawia się, czy też dystans się zwiększa? I tu wszystkie trzy wspomniane raporty są zgodne. W porównaniach międzynarodowych pozycja Polski pogarsza się.

Wprawdzie w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia zajęliśmy tę samą pozycję co rok wcześniej, ale punktów uzyskaliśmy mniej, a w ciągu trzech lat spadliśmy o cztery miejsca. W raporcie Fundacji Bertelsmanna też pogorszyła się nasza pozycja i zmniejszyła liczba punktów. Ciekawe, że ogarnięta kryzysem Grecja potrafiła w tym samym czasie poprawić swoją punktację i w efekcie nas wyprzedzić. Również w rankingu efektywności Bloombergu w stosunku do wyników z 2013 r. spadliśmy o jedną pozycję, podczas gdy Niemcy zdołali poprawić się o siedem miejsc. Wynika z tego jedno: sprawy ochrony zdrowia idą w Polsce w złym kierunku. I coś z tym trzeba zrobić, zwłaszcza że w najbliższych latach czekają nas wielkie wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa.

Obwinianie za obecny stan spraw wyłącznie rządzącej od siedmiu lat koalicji byłoby zbyt dużym uproszczeniem. W zeszłym roku minęło wszak 15 lat od przeprowadzenia radykalnej reformy opieki zdrowotnej, która otworzyła drogę do komercjalizacji i prywatyzacji tej sfery usług publicznych. Zatem trudno nie stawiać hipotezy, że dzisiaj mamy do czynienia z długofalowymi skutkami ówczesnych decyzji. Pewne jest jedynie, że potrzebujemy pogłębionej diagnozy, aby sformułować nową strategię. Przed wyborami tego już się chyba zrobić nie da. Od głównych kandydatów i ugrupowań możemy jednak oczekiwać zobowiązania, że zajądą się za to zaraz po zwycięskich wyborach. ■



Fot. G. Press

## Szczepionka na wybory

Paweł Walewski

Podczas brawurowego wystąpienia rozpoczynającego kampanię wyborczą Andrzej Duda – kandydat Prawa i Sprawiedliwości na prezydenta RP, zganił ministra zdrowia i Bronisława Komorowskiego za brak zainteresowania reformowaniem systemu leczenia. Wezwani do tablicy nie stawili się na konferencji PiS poświęconej ochronie zdrowia, co zdemaskował publicznie kandydat Duda. Nie wiem, co dałaby taka obecność i jaką naukę wyciągnąłby z niej sam mówca. Wysłuchiwanie ekspertów wieszczących krach opieki medycznej niewiele wnosi, jeśli w ślad za diagnozą nie idą konkretne propozycje lub idą takie, o których od początku wiadomo, że nie da się ich wprowadzić w życie.

Podczas obecnej kampanii wyborczej nie zabraknie pewnie wątków związanych z ochroną zdrowia. Jakkolwiek temat ten wydaje się właściwszy na czas wyborów parlamentarnych, nasza klasa polityczna uwielbia zajmować się służbą zdrowia, gdy może to robić na pokaz. Partie wystawiające kandydatów w wyścigu prezydenckim nie zrezygnują więc z okazji wypunktowania słabości leczenia, bo to łatwe i nie trzeba się bawić w konkrety. A że prezydent nie ma szczególnych uprawnień do przeprowadzania reform – może jedynie coś sugerować, wypytywać rząd lub zgłaszać własne projekty ustaw – nikt tak naprawdę nie oczekuje, aby był kreatorem polityki zdrowotnej. Podczas upływającej kadencji prezydenta Komorowskiego, ale także wcześniej, gdy funkcję tę sprawował Lech Kaczyński, odbywały się w Belwederze narady na temat zmian w systemie, mające głównie wymiar propagandowy. O ich rezultatach nikt już dziś nie pamięta, a uczestnicy tamtych spotkań nadal figurują na listach obecności rozmaitych konferencji, jakby czas stanął w miejscu (a reformy zatrzymały się wraz z nim). Tu zresztą nie o reformy powinno chodzić, bo mieliśmy ich w przeszłości aż nadto, ale o decyzje spinające system opieki zdrowotnej w całość i o jego usprawnienie.

Dlatego na czas obecnej kampanii wyborczej pora się uodpornić szczepionką zdrowego rozsądku. Ani Andrzej Duda, ani Magdalena Ogórek, ani inny kandydat niczego nie „uzdrowią” ani nie zreformują, bo to zadanie ministra, który nadzoruje pracę tego resortu. Kampanijne wodolejstwo i obietnice są niewiele warte, a być może nawet szkodliwe, gdyż podważają zaufanie pacjentów, na czym zazwyczaj tracą oni sami i personel, który się nimi zajmuje. Zresztą łatwo rozdawać recepty, kiedy nie ma się na nic wpływu, czego najlepszym dowodem jest działalność Bartosza Arłukowicza: najpierw w opozycji, gdzie krytykował i roztrzącał przed publicznością wspaniałe wizje naprawy systemu, a następnie w rządzie, gdzie nie idzie mu już tak łatwo. Nie pamiętam kampanii wyborczej, podczas której debata o sprawach związanych ze służbą zdrowia nie byłaby stekiem bzdur, z których nikt nigdy nie został rozliczony. Może dlatego tak łatwo urządza się te igryzyska? ■

*Autor jest publicystą „Polityki”.*

# Jak uchwalić konstytucję zdrowia

Rozmowa z Beatą Małecką-Liberą, posłanką, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, pełnomocniczką rządu ds. zdrowia publicznego.

**Pani minister, niedawno w jednym z wywiadów powiedziała pani, że prace nad ustawą o zdrowiu publicznym trwają od bardzo dawna – od miesięcy, a nawet lat. Tą problematyką zajmowała się pani już wcześniej jako przewodnicząca sejmowego podzespołu. Ministerstwo Zdrowia od kilku lat pracuje nad ustawą, którą określono mianem konstytucji zdrowia. Dlaczego powstaje ona z takimi oporami?**

Zaczynaliśmy rozmowy dotyczące ustawy o zdrowiu publicznym parę lat temu i przez te lata pojawiło się kilka projektów. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia przygotowywało taką ustawę, a środowisko medyczne popierało jej ideę. Natomiast brakowało powszechnego zrozumienia kwestii zdrowia publicznego i wagi wszystkiego, co kryje to określenie.

Myślę, że Ewa Kopacz jest pierwszym premierem (może dlatego, że jest lekarzem), który patrzy na społeczeństwo bardzo szeroko, w perspektywie wielu lat i właśnie przez pryzmat zdrowia publicznego. Stoimy przecież wobec wyzwań związanych ze zmianami środowiska naturalnego, z demografią, starzeniem się społeczeństwa, z rozwojem chorób cywilizacyjnych, czyli takich, na które mamy bezpośredni wpływ. Dlaczego to takie ważne? Od dawna wiemy, że grozi nam zwiększenie zachorowalności np. na choroby dieto-zależne, które będzie powodowało rozwój schorzeń przewlekłych. W konsekwencji wzrosną koszty leczenia, a także koszty pośrednie, co niewątpliwie odbije się na kondycji gospodarki.

**Pamiętam, że projekt takiej ustawy był gotowy pod koniec kadencji Ewy Kopacz jako ministra zdrowia...**

Powiem szczerze, że nie wiem, dlaczego ten projekt nie ujrzał światła dziennego. Czytałam kilka różnych projektów, znam również przygotowany przez panią minister. Myślę, że temat ustawy był już przedyskutowany przez różne grona eksperckie i czas najwyższy skończyć dyskusje i przedstawić projekt. Będę dążyła do jak najszybszego przeprowadzenia konsultacji międzyresortowych, bo w przypadku tej



ustawy najważniejsza jest koordynacja i wspólne działania wielu resortów, m.in. polityki społecznej, edukacji, kultury, środowiska i sportu, oraz samorządów. Sądzę, że po konsultacjach powstanie naprawdę dobry, spójny dokument.

**Rozumiem, że jako pełnomocniczka rządu została pani wyposażona w narzędzia, które pozwolą doprowadzić prace nad ustawą do szczęśliwego finału.**

Nad ustawą – oczywiście tak. Natomiast gdy wejdzie ona w życie, powstanie nowy, dobry schemat organizacji zdrowia publicznego w Polsce na wszystkich poziomach administracji i samorządów. Tego nam wszystkim w tej chwili bardzo brakuje.

Będę koordynowała i scalała prace nad ustawą, a także wdrażaniem jej w życie. Żeby ta ustawa zafunkcjonowała, potrzebne są konsekwentne działania i nadzór nad jej realizacją. Żeby nie było tak, jak z programem ochrony zdrowia psychicznego – mamy wspinały program, tylko nie jest on realizowany.

**Do końca kadencji Sejmu zostało niespełna dziewięć miesięcy. Czy jest pani przekonana, że zdoła spiąć wszystkie elementy, o których mówiliśmy, by uzgodniony projekt ustawy trafił do Sejmu w odpowiednim czasie?**

Jestem pełna determinacji i przekonana, że się to uda. Inaczej bym się tego zadania nie podjęła. Oczywiście jest ono trudne, ponieważ procedury są nieubłagane, potrzebny jest czas na konsultacje, na uzgodnienia międzyresortowe, na cały cykl legislacyjny.

**A finanse?**

Ustawa bez finansowania byłaby martwa. Mamy je w budżecie, mamy je w NFZ, mamy je w samorządach. Chcemy jednak, żeby środki były wydawane w sposób skoordynowany i celowy. Rzecz jasna samorządom nie będziemy niczego narzucać, ale priorytety wytyczone przez państwo muszą być realizowane i finansowane. Potrzebna jest współpraca międzyresortowa, będziemy proponować różne rozwiązania, na pewno będę rozmawiała z ministrem finansów. Ustawa jest ważna dla rządu, ale przede wszystkim dla zdrowia Polaków. Powinna także przynieść w dłuższej perspektywie znaczne oszczędności dla budżetu NFZ i budżetu państwa. Truizmem jest stwierdzenie, że każda złotówka wydana na profilaktykę daje setki złotych oszczędności, jeżeli chodzi o leczenie. Wierzę, że znajdziemy porozumienie. ■

Rozmawiała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



WARSZAWSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są  
dostępne na stronie

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

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

## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

**Prowadzimy studia podyplomowe:**

- medycyna estetyczna
- metodologia badań klinicznych
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- żywienie kliniczne
- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- analityka medyczna
- seksuologia kliniczna
- seksuologia sądowa
- pomoc psychologiczna w medycynie
- propedeutyka psychologii klinicznej
- zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia
- prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych
- menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych
- zarządzanie marketingiem medycznym
- prawo medyczne w ochronie zdrowia
- rehabilitacja ortopedyczna w urazach sportowych – program podstawowy
- rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych w praktyce – program zaawansowany

REKLAMA



# 20 lat i dużo, dużo więcej



Fot. archiwum WUM

Pacjentka Jadwiga Buczek (siedzi między operatorem prof. Jackiem Pawlakiem a prof. Markiem Krawczykiem) z zespołem kliniki 20 lat po przeszczepieniu wątroby

**Mówi prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk, rektor WUM i kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha:**

W 2014 r. mieliśmy dwa powody do satysfakcji. Po pierwsze 30 grudnia minęło 20 lat od pierwszego udanego przeszczepienia wątroby w naszej klinice. Operował wtedy zespół: obecnie prof. dr hab. Jacek Pawlak, prof. dr hab. Krzysztof Zieniewicz i nieżyjący już prof. dr hab. Bogdan Michałowicz. Ówczesna pacjentka Jadwiga Buczek spotkała się z nami z okazji tej rocznicy. Jest w bardzo dobrym stanie ogólnym. To dowód skuteczności leczenia chorych z niewydolnością wątroby metodą transplantacji.

Wcześniej, w 1989 r., podjęliśmy pierwszą próbę, ale była nieudana. Zrozumieliśmy, że musimy jeszcze się uczyć, duża część zespołu wyjeżdżała do ośrodków zagranicznych,

przede wszystkim do Francji, do kliniki kierowanej przez prof. Henri Bismutha.

Drugi powód do satysfakcji to fakt, że w roku ubiegłym wykonaliśmy największą liczbę transplantacji wątroby w Polsce – 184. Jest to wynik, który sytuuje nas w czołówce ośrodków europejskich. Gdyby obliczyć średnią, to wykonujemy przeszczepienie co drugi dzień. Ale w transplantacji nie da się zaplanować operacji. Bywa, że cały tydzień nie mamy operacji, a potem trzy jednego dnia. Zespół jest liczny, dobrze wykształcony, wszyscy są świetnie przygotowani, nie mamy problemu ze zorganizowaniem zespołów, które operują w dwóch różnych salach.

Pracujemy od lat i stworzyliśmy dobry system działania. Sprawne przeprowadzenie transplantacji wymaga doskonałej logistyki i zaangażowania kilku grup specjalistów, w sumie ponad 20 osób. Kolejność działań jest następująca: koordynator z naszej kliniki otrzymuje zgłoszenie o zmarłym, który może być dawcą (zdarza się to w najróżniejszych



## Liderzy stabilnej statystyki

**Prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz, dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji „Poltransplant”, podsumowuje rok 2014 w polskiej transplantologii i mówi o zadaniach na rok 2015.**

W 2014 r. przeszczepiono w Polsce bardzo podobną liczbę nerek jak w 2013, również od żywych dawców, podobnie serc, a nieznacznie więcej było przeszczepień wątroby. Ogółem wykonano znaczną liczbę przeszczepień narządów, choć oczywiście spodziewaliśmy się, że te statystyki będą rosły. Jednak śmiało możemy mówić o mocnych stronach polskiej medycyny transplantacyjnej. W przeszczepieniach wątroby u dzieci zanotowaliśmy dobry trend na rzecz dawstwa od osób żywych. Na korzyść wzrosła liczba pobrań fragmentu wątroby od żywego dawcy (najczęściej rodzica). Było ich 30, a wątroób przeszczepianych dzieciom od zmarłych dawców tylko kilkanaście. Ta odwrócona proporcja jest zjawiskiem bardzo pozytywnym, bo pokazuje, że najmłodszy pacjenci kwalifikowani do przeszczepienia, a są to przecież przypadki ciężkie i pilne, krócej czekają na nowy narząd. Jeśli chodzi o pacjentów dorosłych, najwięcej zabiegów przeszczepienia wątroby w Polsce, bo aż 184,

Fot. P. Wierzbowski



porach dnia i nocy). Poznajemy parametry funkcji wątroby zmarłego i podejmujemy decyzję, czy wykorzystamy ten narząd. Analizujemy listę pacjentów oczekujących na przeszczepienie. Część z nich po kwalifikacji, ze względu na aktualnie dobry stan ogólny, przebywa w domach, inni w szpitalach, najbardziej zagrożeni w naszej klinice. Wybieramy pacjenta z tą samą grupą krwi (Rh nie jest istotne) i zbliżoną wielkością wątroby. Nie musimy badać zgodności pod względem immunologicznym, bo wątroba jest narządem łatwiejszym do przyjęcia przez organizm.

Po decyzji o przeprowadzeniu transplantacji następują działania kolejnych zespołów. Pierwszy, złożony z trzech osób (dwóch chirurgów i instrumentariuszka), rusza karetką lub samolotem, jeśli jest bardzo daleko, aby pobrać narząd od dawcy. Koordynator powiadamia także chirurgów, anestezjologów i instrumentariuszki, aby przygotowały salę operacyjną, i ustala czas zabiegu.

Wątroba, przywieziona w sterylnych workach i lodówce, w temperaturze około 4 stopni C, jest przygotowywana na tzw. zimnym stoliku (sterylnej płaszczyźnie, oziębianej lodem) przez zespół pobierający. Opracowanie narządu polega na usunięciu zbędnych tkanek, np. fragmentu przepony, wypreparowaniu i zidentyfikowaniu naczyń. To trwa około godziny. Chirurg wszczepiający musi obejrzeć narząd, bo istotna jest jego jakość.

Zabieg przeszczepienia wykonują najczęściej dwa zespoły, transplantacja wątroby składa się bowiem z dwóch etapów: pierwszy to wycięcie chorego narządu, drugi – wszczepienie nowego. Każdy z tych etapów zwykle wykonuje inny zespół. Pierwszy etap jest technicznie trudniejszy od drugiego. Chora wątroba jest uszkodzona, opleciona siatką poszerzonych naczyń krwionośnych, wytworzonych przez organizm do krążenia obocznego. Trzeba je pozamykać. Pacjent ma także zaburzony układ krzepnięcia.

Natomiast drugi etap – wszczepienie, staramy się wykonywać szybko, bo po wprowadzeniu do ciała biorcy narząd zaczyna być ogrzewany. Ten okres niedokrwienia ciepłego jest niekorzystny, stąd pośpiech. Trzeba wykonać zespolenia: żyły głównej, żyły wrotnej, tętnic, przewodów żółciowych.

Operacja, już w naszym szpitalu, przy dość łatwej hepatektomii i warunkach wszycia, trwa od sześciu do dziesięciu godzin. W przypadku większego stopnia trudności – nawet 12.

Ale w każde przeszczepienie jest zaangażowanych jeszcze kilka jednostek szpitalnych. Punkt krwiodawstwa przygotowuje krzyżówkę krwi o określonej grupie, czasami niezbędne jest też osocze mrożone i płytki. Laboratorium wykonuje – z częstotliwością zależną od potrzeb – dokładne badania: morfologię, jonogram, układ krzepnięcia etc. Jeżeli podczas pobrania pojawiła się wątpliwość, czy wątroba na pewno nadaje się do przeszczepienia, patomorfolog z Zakładu Patomorfologii musi wykonać doraźne badanie mikroskopowe wycinka jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu. Przeszczep dyskwalifikuje np. alkoholizm lub narkomania dawcy. Zawsze pobieramy materiał do badań bakteriologicznych.

Liczba dawców w Polsce powoli wzrasta po załamaniu z lat 2006–2007. Dlaczego u nas, w porównaniu z innymi ośrodkami, liczba transplantacji jest tak duża? Inne kliniki mają mniejsze zespoły i mogą wykonać tylko jedno przeszczepienie dziennie. Ponadto mają krótsze listy oczekujących, a zatem i mniejszy wybór biorcy. Narządy są przydzielane według kolejności zgłoszenia ośrodków, ale jeśli „nie pasuje” w jakiejś klinice, proponuje się go następnemu w kolejności. Często przeszczepiamy wątroby, których inni nie przyjęli, i stąd tak duża liczba zabiegów u nas. W sumie zbliżamy się do 1600 przeszczepień od początku realizacji programu transplantacji wątroby. Od kilku przeszczepów rocznie doszliśmy do liczby powyżej 150 (od trzech lat z rzędu). Wykonujemy więcej transplantacji niż wszystkie pozostałe polskie ośrodki razem.

Od 1999 r. rozpoczęliśmy z prof. Piotrem Kalicińskim przeszczepianie dzieciom fragmentów wątroby od dawców żywych. W ciągu 15 lat wykonaliśmy ponad 270 wspólnych operacji, z bardzo dobrymi wynikami. Wykonaliśmy też cztery przeszczepienia u dorosłych, od dawców żywych. W tych przypadkach należy spełnić dodatkowe warunki. Dawca musi być osobą zdrową. Od żywego biorcy nie możemy pobrać więcej niż to, co pozwala organizmowi normalnie funkcjonować. Dla małego dziecka pobieramy 150–250 g, dla dorosłego znacznie więcej, np. przy 60 kg wagi – 600 g wątroby. Nie zawsze jest to możliwe. Dlatego wolimy ratować pacjentów przeszczepianiem od dawców zmarłych. ■

Opracowała Małgorzata Skarbek

przeprowadzono w klinice kierowanej przez prof. Marka Krawczyka. To bardzo duże wyzwanie organizacyjne i świadczy o fachowości i sprawności zespołu. Podobnym osiągnięciem może pochwalić się zespół prof. Andrzeja Chmury. W klinice, którą kieruje, przeszczepiane są nerki, wątroby i trzustki, a w roku ubiegłym wykonano tam największą liczbę transplantacji w Polsce – 236, oraz ponad połowę wszystkich przeszczepień nerek od dawców żywych. To bez wątpienia liderzy, którzy dowodzą, że aktywność transplantacyjna wymaga pracy zespołowej. Warto też podkreślić – a o tym mówi się rzadziej – że odnotowujemy zwiększenie liczby niespokrewnionych dawców szpiku. Na początku 2015 r. było ich już ponad 760 tys. Ich szeregi rosną dzięki aktywnej działalności ośrodków dawców szpiku. Altruistyczny ruch w naszym społeczeństwie i współpraca międzynarodowa skutkują także zwiększeniem liczby przeszczepień szpiku od dawców niespokrewnionych w Polsce. Trzeba również zaznaczyć, że rośnie odsetek tych przeszczepów „materiałem” pochodzącym od polskich dawców – z poziomu 20 proc. przed kilku laty do 60 proc. w ubiegłym roku. W 2014 mieliśmy ponad 900 pobrań szpiku od polskich dawców, a znaczna ich część to donacje dla innych krajów. W Polsce w roku ubiegłym szpik od dawcy alogenicznego przeszczepiono ponad 380 pacjentom.

Dla naszych działań wciąż ważna jest pełna akceptacja społeczna dla medycyny transplantacyjnej oraz zmobilizowanie szpitali do współpracy w zakresie zgłaszania możliwości pobrania narządów od zmarłych dawców. Obecnie transplantolodzy pobierają narządy w około 150 szpitalach w Polsce, ale około 30 proc. tych pobrań odbywa się w 10–12 najaktywniejszych placówkach. Wciąż wzmacniamy sieć koordynatorów transplantacyjnych, aby monitorowali potencjał dawstwa narządów i organizowali działania związane z ich pobraniem.

W bieżącym roku udało się polskim transplantologom to, co było planowane wcześniej, czyli krzyżowe przeszczepienie nerek od niespokrewnionych dawców żywych. Chcemy, aby takie osoby, u których przeszczepienie nie jest możliwe ze względów medycznych w relacji jednej pary (dawca-biorca), były zgłaszane do „Poltransplantu”. W szerszej perspektywie ułatwi to dobieranie par do przeszczepień i przyspieszy pozyskiwanie narządów, a pacjentom da szansę na wyleczenie. Na świecie przeszczepienia krzyżowe są powszechne, my dopiero zaczynamy. ■

not. ach

# Transplantologia potrzebuje promocji

Fotografie: archiwum WUM



Z prof. dr. hab. n. med. **Andrzejem Chmurą**, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

Do współpracy zachęcamy liderów lokalnych społeczności, samorządy, organizacje społeczne, przedstawicieli Kościoła, kapelanów szpitalnych, wolontariuszy oraz środowiska medyczne – lekarzy, pielęgniarki. Kontynuujemy działania, które zapoczątkował nieżyjący już prof. Wojciech Rowiński, mój były szef i wieloletni kierownik kliniki, inicjator Narodowego Programu Medycyny Transplantacyjnej. Jesteśmy obecni z naszym przesłaniem w ośrodkach intensywnej opieki medycznej na Mazowszu, rozmawiamy z dyrektorami szpitali o zgłaszaniu narządów do przeszczepu. Zachęcamy do aktywności, bo wiemy, że mimo technicznych możliwości, w wielu miejscach takich pobrań się nie wykonuje. Organizujemy spotkania z młodzieżą w szkołach, szkolimy koordynatorów pobrań. Włączyliśmy się w promocję programu dawstwa od osób żywych. Pobieranie narządów od dawców żywych to pięta achillesowa polskiej transplantologii. Jeżeli chodzi o pobrania od dawców zmarłych, w statystykach jesteśmy w połowie europejskiej stawki, choć raczej w dolnej jej strefie, ale w przypadku dawców żywych na szarym końcu. U nas to około 5 proc. wszystkich przeszczepień, w innych krajach aż 50 proc.

**Niedawno był obchodzony Dzień Transplantacji. Przypada w rocznicę pierwszej udanej operacji przeszczepienia nerki w Polsce (26.01.1966 r.), przeprowadzonej pod kierownictwem prof. Jana Nielubowicza i prof. Tadeusza Orłowskiego. Z jakimi wyzwaniami mierzy się polska transplantologia dzisiaj?**

Z pewnością mamy znacznie większą kolejkę oczekujących i dysonans między tym, co możemy zaoferować, a oczekiwaniami i potrzebami pacjentów. Po załamaniu w transplantologii i gwałtownym spadku pobrań narządów w 2007 r. dopiero dwa lata temu nastąpił przełom i liczba przeszczepień zaczęła stopniowo rosnąć. Ta tendencja dała się odczuć także w naszej klinice. Dlatego tak ważne są działania na rzecz propagowania idei transplantacji, edukacji społeczeństwa, a także wzrostu znajomości zagadnień związanych z przeszczepami wśród lekarzy. Promocję i edukację prowadzimy własnymi siłami, z udziałem całego zespołu kliniki. Wykorzystujemy doświadczenia innych krajów, które zaczynały z podobnego poziomu, a dzisiaj są liderami w transplantologii, np. Hiszpanii notującej jeden z najlepszych wskaźników przeszczepień na świecie.

**Jak skutecznie przekonywać do oddawania narządów? Czy społeczeństwu wciąż brakuje wiedzy i zrozumienia, że przeszczep rodzinny to skuteczny ratunek dla osoby bliskiej?**

Organizujemy sympozja ogólnopolskie i międzynarodowe dla nefrologów, dla koordynatorów, z udziałem specjalistów z krajów o dobrych wskaźnikach przeszczepień od dawców żywych. Szkolimy koordynatorów dawstwa od żywych spośród lekarzy i pielęgniarek stacji dializ. Przez te osoby docieramy do dializowanych pacjentów i ich rodzin, jak również do chorych z niewydolnością nerek, u których jeszcze nie występuje konieczność stosowania dializy, ale z czasem będzie nieuchronna. Informację o możliwości przeszczepienia narządu wskazujemy pacjentom i ich rodzinom jako opcję leczniczą. Oswajamy ich z tą wiedzą, pokazując, że to sposób leczenia, który warto stosować. To metoda, która oszczędza pacjentowi niedogodności życia z dializami, a finalnie pozwala na pełny powrót do zdrowia. Nerka od dawcy żywego działa lepiej i dłużej, a przede wszystkim jest dostępna niemal natychmiast.



## Czy działania promocyjne przynoszą zamierzony skutek? Można je przeliczyć na liczbę transplantacji?

Nasza aktywność daje efekty. Rok 2014 był dla nas rekordowy: wykonaliśmy aż 235 przeszczepień narządów i jedno – wysp trzustkowych. Jeszcze nigdy żaden ośrodek transplantacyjny w Polsce nie przeprowadził tylu przeszczepień w ciągu jednego roku. Nasza klinika od pięciu lat jest liderem w statystyce. W 2014 r. mieliśmy też 21 przeszczepień nerek od dawców żywych, na 55 w całej Polsce. To bardzo dobry wynik, także dlatego, że przeszczepianiem od dawców rodzinnych, dawców żywych zajmujemy się od lat. W 2012 r. wprowadziliśmy metodę laparoskopowego pozaotrzewnowego pobierania nerek. Przy tym przedsięwzięciu współpracaliśmy z ośrodkiem w Pradze, tam też szkoliliśmy się. Kontynuujemy ten program nieprzerwanie. Sami kwalifikujemy pacjentów z listy oczekujących do transplantacji wątroby, trzustki, wysp trzustkowych. Te ostatnie przeszczepiamy jako jedyni w Polsce. To opcja dla pacjentów, którzy nie mogą otrzymać przeszczepu narządowego trzustki z różnych przyczyn medycznych czy technicznych. Przeszczepiając wyspy, nie nastawiamy się na pełną niezależność od insuliny, ale zapotrzebowanie na nią się zmniejsza, poza tym można uniknąć najbardziej niebezpiecznego skutku cukrzycy typu I – hipoglikemii.

## Z czego wynika monopol kliniki na wykonywanie przeszczepień wysp trzustkowych?

Ta procedura wymaga zaangażowania logistycznego. Trzeba mieć odpowiednie wyposażenie, przeszkolonych specjalistów, pracownię spełniającą standardy UE w zakresie izolacji komórek i tkanek. U nas te wszystkie warunki są spełnione. Mamy ludzi, wiedzę, sprzęt. Brakuje tylko finansowania. W Czechach stawki za przeszczepienie nerki są dwa razy wyższe niż u nas, za wątrobę – półtora raza. A przecież stosujemy te same leki. W Polsce stawki za nerkę od 15 lat nie zmieniły się, a nawet od 2009 r., kiedy NFZ przejął finansowanie transplantacji od Ministerstwa Zdrowia, uległy zmniejszeniu. Te zabiegi są po prostu niedoszacowane. Nie ma również wystarczających funduszy na tzw. transplantologię przewlekłą, czyli kontrole po zabiegach. W Warszawie działa największa przychodnia dla osób po transplantacji. Ma pod opieką 3,5 tys. pacjentów. Co roku, niedługo po

wakacjach, limit się w niej wyczerpuje. Powstaje zadłużenie, które blokuje zakup leków, sprzętu. I koło się zamyka.

## Czy ta rekordowa liczba przeszczepień z roku 2014 mogła być wyższa?

Jak najbardziej. Niestety, musieliśmy zrezygnować z kilkudziesięciu nerek od dawców o tzw. rozszerzonych kryteriach. Takie narządy można przeszczepiać i świetnie służą chorym, pod warunkiem ich obiektywnej oceny i właściwej kwalifikacji. Żeby to zrobić, trzeba je po pobraniu podłączyć do pompy perfuzyjnej i ocenić przepływ oraz opór naczyniowy. Po kilku godzinach okazuje się, czy nerka jest odpowiednia do transplantacji. W większości przypadków tak właśnie jest. Jeżeli jednak nerka nie spełnia kryteriów, nie można jej przeszczepić. Co gorsza wysiłek zespołu nie jest w żaden sposób finansowany, bo NFZ płaci tylko za procedurę zakończoną przeszczepieniem. W przypadku negatywnej oceny nerki czy wątroby, pobranej od dawców o rozszerzonych kryteriach, placówka ponosi stratę – za pracę zespołu, który pojechał pobrać narząd, za ocenę tego narządu, za kasy do perfuzji fundusz nie zapłaci. Z jednej strony wciąż mówimy o niedoborze narządów do transplantacji, z drugiej brakuje mechanizmów finansowania wszystkich procedur związanych z ich pobieraniem i przeszczepianiem.

## Jakie są plany związane z działalnością kliniki?

Przede wszystkim chcemy zwiększyć liczbę przeszczepień. Koniecznym jest rozwiązać problem z ograniczonym finansowo dostępem do kaset do perfuzji, właśnie w przypadkach koniecznej oceny narządów. Tego procesu nie można limitować, gdyż ma bezpośredni wpływ na życie osób czekających na przeszczep. Mamy też przygotowany, gotowy do uruchomienia program („non heart beating donors”) pobierania narządów od pacjentów po zatrzymaniu krążenia. Taką procedurę rozpoczyna się po zakończonej bez powodzenia reanimacji i stwierdzonej śmierci pacjenta. W ciągu kilku godzin można przygotować ciało do pobrania narządów. Są one trochę gorszej jakości, ale działają; nerki, wątroba. To trudne przedsięwzięcie, zwłaszcza ze względu na odbiór społeczny, jednak z powodzeniem jest realizowane w krajach zachodnich. Na razie nie mamy zapewnionego finansowania tej procedury. Chcielibyśmy również zwiększyć



# Przeszczepienie krzyżowe

**Pierwsze w Polsce krzyżowe przeszczepienie nerek od żywych dawców niespokrewnionych przeprowadzono 10.02.2015 r. w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie.**

o przeszczepieniach krzyżowych i sukcesie zespołu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej mówi jej kierownik **prof. Andrzej Chmura**:

Gdy mamy parę, w której dawca wyraża wolę oddania narządu bliskiej osobie, ale zabieg nie może się odbyć z uwagi na niezgodność grup krwi lub zły dobór immunologiczny, można znaleźć inną parę, będącą w tej samej sytuacji, z której dawca pasowałby do biorcy z pierwszej pary i odwrotnie. W ten sposób następuje planowane przeszczepienie w obu parach, ale z wymianą dawców. Nie jest łatwo dobrać takie pary, mimo zgodnej grupy krwi, bo warunkiem jest dobry wynik testu zgodności immunologicznej – tzw. próby krzyżowej (*cross matchu*). Nie bez znaczenia

liczbę przeszczepień wysp trzustkowych, ale i tu napotyka my na trudności finansowe. Zgłosiliśmy nasze uwagi NFZ, gdyż obecne regulacje wykluczają możliwość autoprzeszczepu wysp z własnej trzustki pacjenta. A taki zabieg chroni chorego, któremu tę trzustkę usuwamy, przed hipoglikemią. Mamy też własny program przeszczepień nerki u chorych z nietypowym odpływem moczu. Zebraliśmy obszerny materiał kliniczny na podstawie 39 przypadków. Przygotowujemy publikację naukową z ogłoszeniem wyników. Nasze plany są dalekosiężne, ale weryfikuje je finansowanie, a raczej jego niedobór. Wiele kwestii, które współczesna medycyna potrafi rozwiązywać, nie jest rozwiązywanych w Polsce właśnie z tego powodu. Ale nie do lekarza należy wyjaśnianie pacjentowi, że chociaż umiemy leczyć, nie zawsze możemy, bo nas na nowoczesne rozwiązania nie stać. Mówienie tej gorzkiej prawdy to powinna być rola rządu albo ministra zdrowia! Dla lekarza największą satysfakcją jest pacjent wyleczony, którego widziało się w bardzo ciężkim stanie, np. z niewydolnością wielonarządową, i który wraca do zdrowia, do życia.

### Co środowisko medyczne może wspólnie zrobić na rzecz transplantologii?

Może włączać się w akcje promocyjne. Oczywiście w ograniczonym zakresie. To przecież nie jest podstawowe zadanie lekarzy. Ale mając kontakt z pacjentami, ich bliskimi i posiadając niezbędną wiedzę, możemy wspierać takie działania. Wsparcie potrzebne jest też ze strony innych środowisk, przede wszystkim mediów. Nie ma programów edukacyjnych o transplantologii pokazujących nie tylko doraźnie problem dawstwa organów, ale promujących transplantację jako terapię i jej znakomite efekty, czyli pacjentów powracających do aktywnego życia.

### Jedną z form, zarówno promocji transplantologii, jak i aktywności pacjentów, jest sport. Pan aktywnie włączył się w taką działalność.

Tak. Jestem współzałożycielem Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji, które powstało w 2005 r. Działa na rzecz promocji transplantologii i życia z przeszczepem. I to życia – jak wspaniale pokazują osoby związane ze stowarzyszeniem – niezwykle aktywnego. Naszym bezspornym sukcesem, oprócz wielu innych imprez, które organizowali-

śmy, były 8. Mistrzostwa Europy dla Osób po Transplantacji i Dializowanych, które odbyły się w sierpniu 2014 r. w Krakowie. Za przygotowanie imprezy otrzymaliśmy wyróżnienie od Europejskiej Federacji Sportu dla Osób po Transplantacji i Dializowanych, a zawodnicy z Polski (było ich 58, w tym 11 dzieci) zdobyli 139 medali i drugie miejsce drużynowo w klasyfikacji medalowej. To wielki sukces sportowy naszych pacjentów, ale też możliwość innego spojrzenia na transplantologię. I właśnie o taki przekaz warto się starać. Trzeba mówić, że transplantacja daje ciężko chorym pacjentom nowe życie.

### To przyszłość medycyny?

Transplantologia na pewno wniosła do nauk medycznych wiele nowych rozwiązań. Przecież wciąż słyszymy o nowych technologiach w medycynie: hodowli tkanek, sztucznej skórze, drukowaniu części narządów. To już się dzieje. Może przyszłe pokolenia będą korzystały z magazynów z narządami dostępnymi dla wszystkich potrzebujących, których pozyskiwanie nie będzie się wiązało z pobieraniem od dawców. Na razie nasza rzeczywistość jest jednak inna. Mimo wielu kłopotów, ograniczeń systemowych, planujemy w naszej klinice zwiększanie aktywności transplantacyjnej. Nie brakuje nam zaangażowania, a wyniki, które osiągamy – naukowe, terapeutyczne – w tej bardzo ciekawej i trudnej dziedzinie medycyny, dają nam powód do zadowolenia. Jestem przekonany, że również naszym pacjentom. Dlatego pracujemy dalej. Na listach oczekujących na przeszczep nazwisk wciąż przybywa. ■

#### Przeszczepienia w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie (dane na 29.01.2015 r.)

2014 r.		Ogółem od 1982 r.	
Nerki	188	Nerki	2497
Wątroby	39	Wątroby	499
Trzustki	8	Trzustki	105
Wyspy trzustkowe	1	Wyspy trzustkowe	11
Razem	236	Razem	3112

▶ jest także podobny wiek dawców, gdyż duża różnica może być powodem negatywnego zastrzeżenia młodszej pary. Nasz zespół od kilku lat zbierał niekompatybilne pary z intencją dobrania ich do przeszczepienia krzyżowego. Dopiero teraz udało się je dopasować pod każdym względem. Do przeprowadzenia takiego przeszczepienia potrzebna jest pozytywna opinia Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej, a następnie Sądu Rejonowego. To było czworo młodych ludzi, małżeństwo i partnerzy, w każdej z par mężczyźni byli dawcami, a kobiety biorczyniami. Oba pobrania zostały wykonane metodą laparoskopową zaotrzewnową z ręczną asystą, którą wprowadziliśmy przed dwoma laty po szkoleniu i pomocy kolegów z Ośrodka Transplantacji w Pradze. Wszystko przebiegło bez powikłań, choć w jednym przypadku nerka miała dwie tętnice, podobnie zabiegi przeszczepienia nerki odbyły się bez komplikacji. Nerki podjęły czynność bezpośrednio po transplantacji. Przeszczepienia krzyżowe tym łatwiej dobrac, im więcej par jest w puli. Stąd pytanie, czy nie należałoby rozpocząć dyskusji i działań w kierunku prawnego dopuszczenia w Polsce możliwości dawstwa altruistycznego. Jest

ono prawnie usankcjonowane od wielu lat w większości krajów europejskich i na świecie. Dawca altruistyczny jest osobą, która oddaje narząd (nerkę) lub jego część (w przypadku wątroby), nie wskazując beneficjenta. Dodanie takich dawców do dawców rodzinnych pozwala w wielu krajach świata osiągnąć odsetek do 50 proc. przeszczepień nerek od żywych dawców. W Polsce wyniósł on w najlepszym roku jedynie 5 proc.! Zapraszamy wszystkie ośrodki transplantologiczne w Polsce do współpracy w zakresie wymiany par nerek, co umożliwi zwiększenie puli wymian i pomoc większej liczbie chorych, oczekujących na przeszczepienie.

*Operację pobrania nerek i ich przeszczepienia wykonali: prof. Andrzej Chmura, prof. Artur Kwiatkowski, dr hab. Michał Wszola i dr Rafał Kieszek. Koordynatorem transplantacyjnym przedsięwzięcia była Aleksandra Tomaszek. Za sukcesem pierwszego w Polsce krzyżowego przeszczepienia nerek od żywych dawców niespokrewnionych stoi cały zespół kliniki. ■*

not. ach



# Blisko ideału

Z prof. dr. hab. n. med. **Piotrem Kalicińskim**, kierownikiem Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantologii Narządów CZD, rozmawia Małgorzata Skarbek.



Fot. archiwum

## Kiedy zaczęliście państwo przeprowadzać przeszczepy u dzieci?

W 2014 r. minęło 30 lat od pierwszych przeszczepień nerki. Wykonaliśmy je w czerwcu 1984 r. W roku bieżącym będziemy obchodzić 25-lecie pierwszego przeszczepienia wątroby. Było to pierwsze w ogóle udane przeszczepienie wątroby w Polsce. Ten przeszczep, a właściwie kolejnych sześć wykonanych w pierwszym roku programu, tj. w 1990 r., to początek projektu, który systematycznie rozwijamy.

Transplantacje organów u dzieci stanowią tylko niewielką część wszystkich tego typu zabiegów w kraju – około 5 proc. przeszczepień nerki i około 10 proc. przeszczepień wątroby. Wykonanie prawie tysiąca przeszczepień nerki i około 630 wątroby sytuuje nas w pierwszej trójce ośrodków pediatrycznych na świecie.

## Jaka jest specyfika transplantologii dziecięcej?

Techniki chirurgiczne, które stosujemy, są dużo bardziej skomplikowane niż u dorosłych. Ze względu na rozmiary organów małych pacjentów musimy często wykorzystywać techniki zbliżone do mikrochirurgicznych. Prawie 50 proc. naszych przeszczepień wątroby dokonujemy tzw. wariantowymi technikami, w których nie przeszczepia się całego narządu klasyczną techniką, jak u dorosłych, lecz różne jego fragmenty. Takie techniki u dorosłych są rzadko stosowane. Często występują też trudności związane z wszczepieniem wątroby biorcy.

## Centrum Zdrowia Dziecka jest jedynym ośrodkiem przeszczepiania narządów jamy brzusznej w Polsce.

Nie ma potrzeby tworzenia innego ośrodka. Moja opinia nie wynika z dążenia do ochrony interesów naszego instytutu, ale wiąże się z faktem, że nabywanie doświadczeń w tej dziedzinie trwa bardzo wiele lat. My oraz nasi partnerzy z Kliniki Gastroenterologii (kierownik prof. Józef Ryżko) oraz Kliniki Nefrologii (kierownik prof. Ryszard Grenda) zebraliśmy ogromne. W przypadku np. pięciu przeszczepień rocznie za każdym razem robi się je tak, jakby robiło się po raz pierwszy. Przy 40–50 rocznie, chociaż nie ma dwóch takich samych operacji i każdy chirurg całe życie się uczy, doświadczenie rośnie. Powoduje ono, że wyniki naszej pracy dziś są dwukrotnie lepsze niż osiągnięte na początku. Doświadczenie przekłada się na jakość, sprawność, ale również na koszty.

Poza tym część chirurgów uważa, że przeszczepienie to sama procedura chirurgiczna, i potrafią ją wykonać. Pewnie w jakimś stopniu mają rację, ale ja się z takim poglądem nie zgadzam. Perfekcyjnie wy-

konana operacja to tylko wstęp, warunek przeżycia pacjenta. Potem dopiero mogą pojawić się następne problemy, które wymagają olbrzymiej wielodyscyplinarnej wiedzy, a to chirurg musi odpowiadać od początku do zakończenia leczenia za pacjenta poddanego transplantacji wątroby.

## Jakie problemy?

Każdy narząd i każda dziedzina medycyny ma swoją specyfikę. W transplantologii są to problemy z odrzucaniem przeszczepu, z immunosupresją, z toksycznością podawanych leków, z nawrotem choroby podstawowej w narządzie przeszczepionym, z nowotworami i zakażeniami (głównie wirusowymi) typowymi dla immunosupresji. Dzieci są szczególnie narażone na pierwotne zakażenia cytomegalią, wirusem Epsteina Barra, rozwojem chłoniaków potransplantacyjnych. Walka z tymi chorobami wymaga doświadczenia nabywanego latami. To nie tylko moja opinia, ale również ośrodków transplantacyjnych, które niezmiernie cenię, w których się uczyłem.

Transplantolog nie powinien koncentrować się tylko na operacji, musi znać się na wirusologii, zakażeniach, odrzucaniu narządów. Nie może być tak, że każdy objaw ocenia inny lekarz. Te same objawy często mają zupełnie inne przyczyny. Dysfunkcja wątroby może być wyrazem odrzucenia, zakażenia, zaburzenia ukrwienia narządu, wielu różnych zjawisk, z których każde się inaczej leczy. Transplantologia daje nam, lekarzom, unikalną szansę poszerzania wiedzy, zmusza do bycia wszechstronnym. W przeciwnym razie mielibyśmy złe wyniki.

### Jak się ma stosunek przeszczepów rodzinnych do przeszczepów od dawców zmarłych?

Przeszczepy rodzinne nerek praktykujemy od samego początku, w 1984 r. wykonaliśmy pierwsze. Wówczas korzystaliśmy z pomocy doświadczonych chirurgów ze Szwecji. Oni wykonywali operację, my asystowaliśmy.

Nerki są pobierane na innych oddziałach chirurgii, tu jest szpital dziecięcy, nie możemy operować dorosłych. Osoba dorosła to całkiem inny pacjent. Przez wiele lat współpracowaliśmy w tym zakresie z kliniką zmarłego niedawno prof. Wojciecha Rowińskiego, później prof. Andrzeja Chmury, a od trzech lat współdziałamy z Kliniką Chirurgii prowadzoną najpierw przez prof. Jacka Szmida, a obecnie przez prof. Tadeusza Grochowickiego, i z doc. Tomaszem Jakimowiczem, który wprowadził laparoskopowe pobieranie nerek od żywych dawców. Przeszczepy nerki od dawców żywych stanowią około 15 proc. wszystkich, ale ten wskaźnik waha się od 30 do 10 proc., czyli od sześciu do dziesięciu przeszczepów rocznie. Mogłoby być ich z pewnością więcej.

### Jak długo dzieci czekają na narządy?

Jako ośrodek, mamy dobrą współpracę z ośrodkami dializ dziecięcych, których nie jest zbyt wiele, znamy każdego pacjenta, każdy problem wykraczający poza standard indywidualnie omawiamy na wspólnych zebraniach. Kiedyś na liście oczekujących na przeszczep było około 200 dzieci, dziś jest od 35 do 45. Lista skraca się dzięki temu, że przyspieszyliśmy program przeszczepów. Skraca się również czas dializoterapii. To jest znaczny sukces medycyny dziecięcej.

Nasi biorcy stanowią ułamek wielkiej liczby wszystkich oczekujących na nerkę. Na szczęście w zasadach alokacji zapisano, że narządy zmarłych dzieci są przeznaczone przede wszystkim dla dzieci. Jednak nierównowaga między wiekiem dziecięcego dawcy i biorcy (za dawcę uważa się dziecko do 16. roku życia, a biorców leczymy do 18. roku życia) powoduje, że wykonujemy o kilka przeszczepień rocznie mniej. Przygotowuję właśnie wystąpienie do „Poltransplantu”, aby tę zasadę zmienić.

W praktyce każde dializowane dziecko jest kwalifikowane do przeszczepienia nerki. Mamy równowagę między nowo wchodzącymi na listę a poddanymi przeszczepom. Jednak w ostatnich dwóch latach obserwujemy spadek liczby przeszczepień od zmarłych dawców – w 2014 r. zrobiliśmy ich tylko 35 (poprzednio 45–50). Było mniej zgłaszanych dawców, choć śmiertelność i urazowość nie zmniejszają się nagle. Zaczęliśmy szukać przyczyn tego zjawiska, ale nigdy nie można porównywać rok do roku, są wahania. Dla odmiany w roku 2015 już wykonaliśmy kilka transplantacji narządów pobranych od zmarłych dzieci.

Społeczna przychylność dla przeszczepiania organów to bardzo czułe zjawisko. Złe zdarzenia natychmiast odbijają się na liczbie pobrań, a na pobraniach od zmarłych dzieci – podwójnie. Było kilka zdarzeń o niewątpliwie niekorzystnym wydźwięku, np. głośna historia chłopca zmarłego we Wrocławiu, kiedy przeciwko pobraniu narządów protestowali

uczniowie z jego klasy. Brak właściwego przekazu, że nikt nie zamierzał ich pobierać, bo decyzja należy w tych przypadkach zawsze do rodziców, spowodował zupełnie niepotrzebne emocje wśród młodzieży, która wręcz oskarżyła lekarzy o chęć niemal handlu narządami. Ten i inne przykłady pokazują jak łatwo prowadzona latami edukacja i promowanie postaw protransplantacyjnych mogą zostać zaprzepaszczone.

W transplantologii dziecięcej, jeżeli rodzice nie wyrażają zgody na pobranie narządów, sprawa jest zakończona. Ale zdarza się też całkiem często, że sami rodzice zwracają się do lekarzy – jeżeli ich dziecko nie ma żadnych szans, stwierdzono śmierć mózgu, decydują się na oddanie organów. Świadomość, że dziecko zmarło nie na darmo, pomaga tym osieroconym rodzicom. To zawsze jest jednak indywidualna decyzja.

### Czy sukcesy pomagają?

Tak, ale najlepsza jest normalność. Sukces o tyle pomaga, że zespół przekonuje się, iż można leczyć pacjentów w coraz trudniejszych przypadkach. Mówienie o sukcesach w mediach pokazuje społeczeństwu, ile można osiągnąć dzięki transplantologii. Jest pozytywny efekt, ale jednorazowy i dość krótkotrwały. Nawet najlepsza akcja nie daje długofalowych efektów. Dlatego trzeba nad tym pracować stale i uczestniczyć w tym zarówno transplantolodzy, jak i nasi pacjenci oraz ich rodziny. Właśnie teraz z grupą entuzjastów spoza medycyny jesteśmy w fazie przygotowywania, wspólnie z publicznym radiem, z młodzieżowymi zespołami muzycznymi, systematycznych działań informacyjnych skierowanych do młodzieży. Potrzebne są rzetelne informacje, ale też stworzenie pewnej mody na rozmawianie na te tematy wśród młodych ludzi. W tzw. faktoidach od czasu do czasu pojawiają się nieoparte na rzeczywistości sensacyjne artykuły, np. o porywaniu ludzi w Polsce dla pobrania narządów. Część osób w to wierzy i negatywna siła takich informacji jest czasem zaskakująco duża.

### Czy do przeszczepów wątroby również jest tak krótka kolejka?

Z kilku przeszczepień rocznie na początku po kilku latach doszliśmy do 30, a w następnych dwóch latach osiągnęliśmy dzisiejszy pułap. Na liście oczekujących na przeszczep wątroby mamy stale około dziesięciorga dzieci, a rocznie dokonujemy 40–45 transplantacji.

Dopóki nie zaczęliśmy przeszczepów od żywego dawcy, dopóty dzieci umierały. Nasi kandydaci do przeszczepień w 50 proc. to dzieci poniżej 5. roku życia, a spośród nich połowa ma mniej niż dwa lata. Wielkość narządu dawcy odgrywa olbrzymią rolę. W roku ubiegłym mieliśmy znacznie mniej pobrań od dawców zmarłych, więc proporcje się odwróciły – po raz pierwszy mieliśmy więcej przeszczepień rodzinnych. W całej dotychczasowej działalności stanowią one około 35 proc.

Wydaje się, że obecnie więcej młodych rodziców decyduje się na operację oddania części wątroby. Nie musimy ich namawiać, zgłaszają się sami, często wręcz wywierają presję na nas. Czasami się nie zgadzamy, bo nie wszyscy mogą być dawcami. Obowiązuje nas bardzo szczegółowa procedura, dokładny skrining ewentualnego dawcy. Wykryliśmy już wiele powodów uniemożliwiających pobranie narządu, od ciąży przez gruźlicę po nowotwory w niskim stadium zaawansowania czy zaburzenia endokrynologiczne. Dla wielu rodziców dawstwo jest znakomitym argumentem za zmniejszeniem masy ciała, bo niektórych dyskwalifikujemy z powodu wysokiego BMI i stłuszczenia wątroby. Takie osoby potrafią w ciągu dwóch – trzech miesięcy wrócić do normalnej wagi. To swoista dieta cud.



Dzięki temu, że mamy tak rozwinięte przeszczepianie od żywych dawców, dzieci z kolejki krócej czekają na transplantację. Druga korzyść jest taka: niemal wszystkie dzieci z przewlekłą niewydolnością wątroby otrzymują ten organ. To unikalna sytuacja! Czasami zdarzają się dzieci z ostrą niewydolnością, w przypadku których nie zdążymy z przeszczepem. Ale dzieci z listy oczekujących na planowy zabieg nie umierają. To jest ideał w transplantologii. I to nasz największy sukces.

### Pan profesor podkreśla współpracę z innymi specjalistami.

Chirurdzy nie pracują sami, współpracujemy z gastroenterologami, nefrologami, intensywną terapią i specjalistami wielu innych dziedzin medycyny. Transplantologia podnosi poziom każdego ośrodka. Wymusza gotowość każdej pracowni: laboratorium, mikrobiologii, diagnostyki obrazowej, a także współpracę między specjalistami niemal wszystkich dziedzin pediatrii: neurologii, nefrologii, metabolizmu, pediatrii, patomorfologii, żywienia, a nawet onkologii i innych. Dokonujemy coraz częściej przeszczepów u pacjentów z pierwotnymi guzami wątroby, mamy nowotwory potransplantacyjne. Gdy wdraża się program transplantacyjny, następuje jakościowy przeskok placówki na wyższy poziom. To, co robi się dla transplantologii, służy całemu szpitalowi w jeszcze większym stopniu. Pacjentów transplantacyjnych jest dużo mniej niż pozostałych, a wszyscy korzystają z nowoczesnych metod diagnostycznych, terapeutycznych.

### Czy rozszerzy się profil przeszczepów?

Program chcemy dalej rozwijać. Od wielu lat staraliśmy się wspierać naszych kardiochirurgów w ich staraniach i w ostatnim czasie wykonali dwa pierwsze przeszczepienia

serca. Było to możliwe, bo dysponują aparaturą do wspomaganie serca w okresie jego niewydolności i dzieci mogły czekać na przeszczep.

Chirurgicznie jesteśmy przygotowani do przeszczepu wątroby z jelitem, ale nie mamy warunków, by go dokonać, ze względu na bardzo duże obciążenie naszego oddziału oraz Oddziału Intensywnej Terapii i brak warunków do pobytu chorych wymagających szczególnej i długotrwałej izolacji. Jeśli nie gwarantujemy minimum szans na powodzenie, to nie ryzykujemy.

CZD aktualnie buduje (z dużymi kłopotami, bo szpital zadłużony) nowy blok operacyjny z oddziałem intensywnej terapii oraz – ze środków Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej – oddzielny ośrodek transplantacyjny dla dzieci z oddziałem łóżkowym, intensywną terapią transplantacyjną i poradnią transplantacyjną. Wtedy poszerzymy zakres zabiegów. Myślimy też o przeszczepianiu płuc.

Przeprowadzamy rodzinne przeszczepy u pacjentów z Litwy i Ukrainy. Litwa jest małym krajem i nie ma potrzeby rozwijania dziecięcego ośrodka transplantacyjnego, bo robiłaby dwa – trzy przeszczepy rocznie. W ramach UE pacjenci kierowani są do nas. Z Ukrainą współpraca jest dużo trudniejsza, bo nie należy do Unii, pacjenci muszą sami zbierać pieniądze na zabieg. Nas nie stać na leczenie za kilkaset tysięcy złotych cudzoziemców. Szkolimy też kolegów z Litwy i Ukrainy, którzy monitorują pacjentów po powrocie do kraju.

Kiedyś korzystaliśmy z pomocy Francuzów, Belgów, Szwedów, teraz staramy się pomagać innym. Przez wiele lat przeszczepialiśmy organy dzieciom z Białorusi i pomogliśmy utworzyć tam ośrodek transplantacyjny. ■

## Historia transplantacji wątroby w Polsce

Pierwszą nieudaną próbę podjęli w 1987 r. S. Zieliński i M. Pardela. W warszawskiej klinice 8 grudnia 1989 r. nieudaną transplantację wykonali J. Pawlak i M. Krawczyk.

Pierwsze udane przeszczepienie wątroby w Polsce przeprowadził 1 marca 1990 r. Piotr Kaliciński z udziałem Rudolfa Pichlmayra z Hanoweru, w Klinice Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów Instytutu Pomnika – CZD. W rozwoju przeszczepiania wątroby w naszym kraju mieli swój udział także: J. Polański, W. Rowiński, M. Pacholczyk i A. Chmura z WUM, P. Szyber i D. Patrzalek z UM we Wrocławiu, R. Kostyrko, M. Wójcicki i S. Zeair ze Szczecina oraz L. Cierpka i R. Król z Katowic.

Łącznie w Polsce od 1987 r. do końca 2014 przeprowadzono 3235 przeszczepień wątroby pobranej od dawców zmarłych i 266 transplantacji wątroby pobranej od dawców żywych, czyli razem 3501 zabiegów przeszczepienia wątroby. Łącznie w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM od 1989 r. (od 1998 kierowanej przez prof. Marka Krawczyka) do 31 grudnia 2014 wykonano 1553 transplantacje wątroby u 1456 chorych oraz 100 retransplantacji.

### Przeszczepienia wątroby od zmarłego dawcy w 2014 r.

Centralny Szpital Kliniczny Warszawa	184
CZD Warszawa	15
Ośrodek Katowice	38
Ośrodek Szczecin	55
Centrum Leczenia Oparzeń Warszawa	39
AM Wrocław	5

**21 marca 2015 r.**

w godz. 10.30–15.00,

w Pałacu Prymasowskim, przy ul. Senatorskiej  
w Warszawie,

ZG PTChP organizuje

IX Konferencję

z okazji Światowego Dnia Gruźlicy  
z tytułowaną

**„Od zakażenia  
do zachorowania  
na gruźlicę”.**

**24 kwietnia 2015 r.,**

w Wojskowym Instytucie Medycznym,  
przy ul. Szaserów,

w godz. 11.00–15.00,

PTChP i Wojskowy Instytut Medyczny  
organizują

V Konferencję

pamięci dr. Wojciecha Lubińskiego,  
poświęconą

**wpływowi zanieczyszczeń powietrza  
na układ oddechowy i krążenia,**

z udziałem międzynarodowych ekspertów.

**Tadeusz M. Zielonka,**

przewodniczący

Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP,

Warszawski Uniwersytet Medyczny





# Farex

SZCZEGÓLNIIE POLECANE DLA LEKARZY



NAJLEPSZY



# WYBÓR

[www.edatapolska.pl](http://www.edatapolska.pl)







**Stanisław Karczewski,**  
wicemarszałek Senatu RP

W czwartek, 5 lutego, wspólnie z Andrzejem Dudą, kandydatem na prezydenta RP, zorganizowałem w siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego debatę zatytułowaną „Jak zmienić służbę zdrowia, aby polski pacjent czuł się bezpiecznie?”.

Do udziału w dyskusji zaprosiliśmy ministra zdrowia, doradcę prezydenta RP ds. zdrowia, a także pacjentów, przedstawicieli pracowników służby zdrowia, ekspertów, samorządowców oraz dyrektorów kilku szpitali. Zaproszenie przyjęli m.in.: dr Grzegorz Religa, prof. Krzysztof Bielecki, prof. Jerzy Jurkiewicz, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej dr Konstanty Radziwiłł, przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman, Adam Sandauer ze Stowarzyszenia Primum Non Nocere, szef Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy dr Krzysztof Bukiel, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Teresa Kuziara, a także przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego oraz pacjentów. Niestety, minister zdrowia Bartosz Arłukowicz ani przedstawiciel Kancelarii Prezydenta nie pojawili się na spotkaniu. Bardzo duże zainteresowanie wykazały media, ale, choć na sali były kamery chyba wszystkich stacji, żadna, poza TV Republiką, nie transmitowała debaty. A szkoda.

Kandydat Prawa i Sprawiedliwości na prezydenta RP Andrzej Duda rozpoczął spotkanie m.in. od stwierdzenia, że służba zdrowia wiąże się z bezpieczeństwem obywateli: – *To jest bezpieczeństwo zdrowotne, które powinno być zapewnione każdemu w równym stopniu. To jest od długiego czasu wielka bolączka, problem, który nie został rozwiązany. Służba zdrowia nie funkcjonuje dobrze, nie zapewnia obywatelom podstawowego, sprawnego dostępu do opieki zdrowotnej, prowadząc często do wielu tragedii. W ocenie Andrzeja Dudy sprawa funkcjonowania publicznej służby zdrowia powinna być pierwszoplanowa dla władz, także dla prezydenta. Zaznaczył, że pacjenci są podzieleni na bogatszych i biedniejszych, którzy mają ograniczony dostęp do leczenia.*

Andrzej Duda zwrócił również uwagę na inne problemy. Mówił o zbyt małej liczbie pielęgniarek i lekarzy, o stałej rotacji personelu medycznego, złej sytuacji finansowej pielęgniarek oraz nadmiernej biurokracji. Krytycznie odniósł się do „urynkowienia” systemu ochrony zdrowia. Za niedopuszczalne uznał przedkładanie zysku ponad dobro pacjenta, które uważa za jeden z najważniejszych błędów rządzącej koalicji.

Według Andrzeja Dudy brakuje dialogu o służbie zdrowia i konsensusu, co wymaga podjęcia natychmiastowych działań. W rozwiązywanie trudnej sytuacji w tej neuralgicznej dziedzinie powinien być zaangażowany również prezydent Bronisław Komorowski, lecz tej aktywności brakuje – mówił kandydat PiS.

Podobny pogląd na problemy służby zdrowia przedstawiała większość dyskutantów. – *Brakuje lekarzy, brakuje pielęgniarek, położnych. Nie słuchają nas kolejne rządy, decydenci* – podkreśliła Teresa Kuziara.

Konstanty Radziwiłł mówił również o innych ważnych sprawach, m.in. o biurokracji trapiącej polską służbę zdrowia, niewystarczającej edukacji zdrowotnej obywateli, nieprzygotowanym na kryzysy ratownictwie medycznym. – *Zdrowie publiczne w Polsce leży – podsumował. – Problemem jest to, że państwo gwarantuje więcej, niż może kupić. Finansowanie ochrony zdrowia na poziomie niewiele przekraczającym 4 proc. PKB jest porażką.*

Debata poświęcona służbie zdrowia rozpoczęła cykl debat z udziałem Andrzeja Dudy, kandydata Prawa i Sprawiedliwości na prezydenta RP, który prowadzi merytoryczną kampanię, rozmawiając z Polakami o ważnych sprawach. Andrzej Duda planuje odwiedzić wszystkie powiaty. Będzie się spotykał z dziesiątkami tysięcy osób, poznawał ich problemy, troski i zmartwienia. Do tej pory odbył spotkania w blisko 100 powiatach, podczas których mieszkańcy bardzo często narzekali na problemy organizacji ochrony zdrowia oraz kłopoty z dostępnością świadczeń medycznych. Dlatego właśnie debata „Jak zmienić służbę zdrowia, aby polski pacjent czuł się bezpiecznie?” była pierwszą z kilku debat tematycznych Andrzeja Dudy. Tego rodzaju dyskusje są szczególnie potrzebne, ponieważ w Polsce przede wszystkim brakuje dialogu, od którego już tylko krok od porozumienia. ■

## Rezydentury na Mazowszu – wiosna 2015

Alergologia – 1, anestezjologia i intensywne terapię – 20, chirurgia dziecięca – 9, chirurgia ogólna – 1, chirurgia onkologiczna – 8, chirurgia stomatologiczna – 2, choroby płuc dzieci – 3, choroby wewnętrzne – 5, diabetologia – 1, endokrynologia – 6, gastroenterologia dziecięca – 3, hematologia – 8, kardiologia dziecięca – 2, medycyna ratunkowa – 7, medycyna rodzinna – 35, neonatologia – 13, neurologia dziecięca – 1, onkologia i hematologia dziecięca – 8, onkologia kliniczna – 20, ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 3, patomorfologia – 17, pediatria – 10, pediatria metaboliczna – 2, periodontologia – 2, protetyka stomatologiczna – 1, psychiatria – 4, psychiatria dzieci i młodzieży – 12, rehabilitacja medyczna – 8, reumatologia – 8, stomatologia dziecięca – 2, zdrowie publiczne – 1.

źródło: Ministerstwo Zdrowia

– Na Mazowszu przyznano w „rozdaniu wiosennym” 223 miejsca rezydentki dla lekarzy i lekarzy dentystów. Chcę podkreślić, że w dwóch specjalizacjach – patomorfologii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży – w całej Polsce przyznano więcej rezydentur niż wynikało z zapotrzebowania urzędów wojewódzkich. Jest ich tyle, ile było wolnych miejsc szkoleniowych. Apelujemy do młodych lekarzy, aby podejmując decyzję o wyborze rezydentury, brali pod uwagę te specjalizacje – mówi Jolanta Orłowska-Heitzman, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ. ■

not. ach

# Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 8.

*„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.*

Norma zawarta w tym artykule wydaje się tak oczywista, że aż banalna. Warto jednak zastanowić się, czy tak samo oczywiście zgodne z nią jest nasze postępowanie na co dzień.

Według „Słownika współczesnego języka polskiego” (Wydawnictwo Reader’s Digest Przegląd, 1998) staranność to „dokładność, sumiennosc, pedantyczność”.

Prawnicy zaś należytą staranność w medycynie od dawna definiują jako „zobowiązanie lekarza wobec pacjenta do dania zabiegów sumiennych, uważnych i z zastrzeżeniem okoliczności wyjątkowych, zgodnych z zasadami wiedzy” (z orzeczenia francuskiego Sądu Kasacyjnego z 20 maja 1936 r.). A zatem: sumiennie oraz w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. Drugie zalecenie zawarte w normie art. 8, dotyczące poświęcania niezbędnego czasu, jest też z jednej strony oczywiste, z drugiej, ze względu na warunki pracy, często jeszcze trudniejsze do praktycznej realizacji. Zalew biurokracji i sprawozdawczości oraz napierająca kolejka pacjentów wydają się uniemożliwiać jego wykonanie. Należy jednak przypomnieć, że odpowiedni czas niezbędny jest do bezpiecznego i odpowiedniej jakości postępowania medycznego, a unikanie pośpiechu jest także warunkiem zachowania poprawnych relacji lekarza z chorym, wzbudzenia zaufania do lekarza, a co za tym idzie – wytworzenia poczucia bezpieczeństwa u pacjenta. A przecież to właśnie są cele praktyki lekarskiej, która oby nigdy nie stała się „świadczaniem zakontraktowanych przez płatnika procedur wobec usługodawcy”. Lekarz, lekarz dentyista nie powinni godzić się na warunki pracy, w których oczekiwano by od nich działania byle jakiego i w pośpiechu. ■



Konstanty Radziwiłł

## NFZ nie ma prawa

**Pojawiło się pisemne uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego w sprawie lekarza, na którego NFZ nałożył karę wysokości ponad 60 tys. zł za błędy w prowadzonej dokumentacji medycznej (sygn. akt I CSK 633/13, wyrok SN z 14.11.2014 r.).**

**Jakie znaczenie ma to uzasadnienie i ten wyrok? Komentuje mec. Natalia Łojko.**

To bardzo ważny wyrok dla wszystkich lekarzy przepisujących leki refundowane, szczególnie zaś tych, wobec których NFZ wystąpił z żądaniem zwrotu kwoty refundacji na podstawie umowy o przepisywanie leków refundowanych.

Już w ustnym uzasadnieniu Sąd Najwyższy bardzo dobitnie wskazał, że umowy z lekarzami nie mogą być przez NFZ traktowane jak źródło dochodu, bo służą one konkretnemu celowi, jakim jest zabezpieczenie systemu refundacji przed tym, by refundacja nie trafiała w ręce osób nieuprawnionych. W uzasadnieniu pisemnym SN jednoznacznie to powtórzył. Nie mogę się powstrzymać przed przytoczeniem słów samego Sądu Najwyższego, bo nie pozostawiają żadnych wątpliwości: „żądanie zwrotu wartości refundacji przepisanych przez lekarza leków tylko z powodu stwierdzonych wad w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego nie znajduje żadnego uzasadnienia w literalnej wykładni postanowień takiej umowy ani nie wynika z celu, w jakim takie umowy są zawierane. Bez wykazania, że leki i świadczenia medyczne, ze względu na nienależyte wykonanie umowy przez lekarza, trafiły do osoby nieuprawnionej do otrzymania ich ze środków publicznych, żądanie zwrotu kosztów refundacji przepisanych przez lekarza leków nie znajduje uzasadnienia. Skoro leki otrzymała osoba uprawniona do ich uzyskania ze środków publicznych, to ich koszty obciążają z mocy prawa NFZ. Należy wobec tego powtórzyć, że żądanie w takiej sytuacji refundacji od lekarza nie ma żadnej podstawy prawnej”.

**Czy prawomocny wyrok oznacza, że NFZ nie będzie mógł karać lekarzy za uchybienia w dokumentacji dotyczącej leków refundowanych?**

Takie kary będą niezgodne z prawem, jeśli błędy w dokumentacji nie doprowadziły do tego, że refundacja trafiła w ręce osoby nieuprawnionej. Sąd wyraźnie stwierdził, że zażądanie zwrotu kwoty refundacji dopuszczalne jest tylko wówczas, jeśli NFZ wykaże swoją szkodę, czyli leki trafią do osoby nieuprawnionej. Chodzi więc np. o osobę nieubezpieczoną lub taką, która nie ma choroby, w ramach której dane lekarstwo jest refundowane.

Niestety, w praktyce sam wyrok nie musi oznaczać, że NFZ zaprzestanie nakładania kar, więc warto, by lekarze mieli świadomość tego wyroku. Co prawda w Polsce nie mamy systemu prawa precedensowego, ale wyrok Sądu Najwyższego, poza tym, że ma oczywiście dużą moc perswazyjną, będzie też wytyczną dla sądów niższych instancji, do których kolejne sprawy ukaranych lekarzy mogą trafiać.

**Czyli NFZ, karząc nadal lekarzy, będzie łamał prawo?**

Jeśli będzie to czynił nie wykazawszy szkody – tak. To na NFZ spoczywa ciężar dowodu – wobec każdego błędu w dokumentacji, za który chce ukarać. Innymi słowy, na funduszu będzie spoczywał ciężar wykazania, że poniósł szkodę, czyli że dany błąd w dokumentacji rzeczywiście doprowadził do tego, że refundacja trafiła do osoby nieuprawnionej. Niewątpliwie jest to trudne, ponieważ trzeba sprawdzić każdego pacjenta, dla którego dokumentacja była prowadzona i do którego trafił dany lek refundowany.



# karać lekarzy za drobiazgi i literówki

## Sąd zwiększył więc bezpieczeństwo lekarzy.

Tak, a także komfort wykonywania pracy bez poczucia, że jest się przede wszystkim źródłem dochodów budżetowych, a stawianie kropek, przecinków i średników jest ważniejsze niż obejrzenie pacjenta. Dotychczas było niestety tak, że lekarze, podobnie zresztą jak aptekarze, byli karani za najdrobniejsze błędy w dokumentacji. W większości przypadków jednak błędy te nie prowadziły do tego, że refundacja trafiała do rąk osób nieuprawnionych – nieubezpieczonych czy zdrowych.

## Czy wyrok może wpłynąć na to, że NFZ anuluje nałożone kary?

Bardzo bym chciała, żeby tak się stało. Istnieje jednak niestety duże prawdopodobieństwo, że NFZ przyjmie bardzo wąską interpretację i uzna, że wyrok dotyczy jedynie roszczenia, którego dochodził od lekarza w tej konkretnej sprawie. Inni lekarze, którzy zostali ukarani w przeszłości, powinni się jednak zastanowić nad dochodzeniem od NFZ zwrotu zapłaconych kar. Sąd Najwyższy dał wyraźną wytyczną, na jakich zasadach kary mogą być nakładane.

## Jakie były argumenty NFZ za karaniem?

Podczas rozprawy w Sądzie Najwyższym nie pojawił się pełnomocnik funduszu, co sędziowie Sądu Najwyższego zauwa-

żyli – ze zdumieniem – w ustnym uzasadnieniu. NFZ nie odpowiedział też w ogóle na skargę kasacyjną złożoną przez lekarza. A warto przypomnieć, że sprawa rozpoczęła się właśnie z powództwa NFZ przeciwko ponad 90-letniemu lekarzowi.

W niższych instancjach NFZ powoływał się na fakt istnienia umowy, w której zawarował sobie prawo żądania od lekarza zwrotu kosztów refundacji w razie wadliwego prowadzenia dokumentacji. Co prawda w sądach niższych instancji podnoszone były wątpliwości co do natury samej kary, ale sądy te skupiły się jedynie na treści umowy między lekarzem a NFZ i uznały, że natura kary nie ma znaczenia.

Dopiero Sąd Najwyższy wyszedł poza wąskie ramy samej umowy i zastanowił się nad jej celem oraz nad sensem kary. Co ważne, Sąd Najwyższy dostrzegł aspekt czysto ludzki tej sprawy i zapytał retorycznie, czy słuszne i zasadne jest karanie weterana wojennego, człowieka schorowanego, ponad 90-letniego, w sytuacji, gdy nie było żadnych wątpliwości, że leki przepisane przez niego trafiły do rąk osób uprawnionych. Sąd Najwyższy przypomniał, że jedna z podstawowych zasad prawa wyryta jest na kolumnie przed gmachem sądu – prawo ma być sztuką tego, co dobre i słuszne. ■

Rozmowa ukazała się w „Menedżerze Zdrowia”, portal MZ – Top 10, MK/13.02.2015.

Deutsche Bank  
Małe Firmy

## Solidne podejście do Kredytu dla Profesjonalistów

**Kredyt dla Profesjonalistów** pozwoli na łatwe i szybkie sfinansowanie dowolnego celu związanego z rozwojem bieżącej działalności lub na refinansowanie kredytów przeznaczonych na działalność gospodarczą zaciągniętych w innych bankach.

**Kredyt dla Profesjonalistów** to:

- kwota kredytu aż do **400 000 PLN**,
- okres kredytowania **do 8 lat**.

Zapraszamy do kontaktu!

**Krzysztof Luty**

Doradca ds. Produktów Kredytowych

Mobilna Sieć Agencyjna

Deutsche Bank Polska S.A.

tel. kom. 509 117 345

e-mail: krzysztof.luty@db.com



Niniejsza treść nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Ma ona charakter wyłącznie informacyjny. Kredyt jest przeznaczony dla osób, które wykonują jeden z następujących zawodów: adwokat, radca prawny, notariusz, księgowy, biegły rewident, doradca podatkowy, lekarz, stomatolog, weterynarz i jednocześnie prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą lub wchodzi w skład spółki osobowej (cywilnej, jawnej i partnerskiej), w której wszyscy wspólnicy należą do wyżej wymienionych grup zawodowych i pracują zgodnie z wyuczonym zawodem. Przyznanie kredytu, okres kredytowania i wysokość kredytu uzależnione są od oceny zdolności kredytowej Klienta. Nadawca niniejszej informacji reklamowej jest Pośrednikiem kredytowym w rozumieniu ustawy z dnia 12.05.2011 r. o kredycie konsumenckim, działającym wyłącznie na rzecz Deutsche Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie („Bank”) na podstawie zawartej z Bankiem umowy agencyjnej, nie posiadającym, zgodnie z ww. umową, umocowania do zawierania w imieniu Banku umów mających za przedmiot udostępnienie przez Bank produktu lub usługi bankowej, oraz posiadającym umocowanie do wykonywania na rzecz Banku czynności faktycznych związanych z pośrednictwem w zawieraniu przez Bank umów o produkty/usługi oferowane przez Bank.

Deutsche Bank Polska S.A., al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa

RP/MF\_KdP\_2015.02.12



Fot. archiwum

# Refundacje 2015

**Małgorzata Okupny,**

ekspert Zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

Jak najprościej znaleźć informacje o nowych refundacjach w obwieszczeniu ministra zdrowia

W „Pulsie” przedstawiamy praktyczne zestawienia wszystkich najważniejszych zmian w kolejnych wykazach refundacyjnych. Jednak zanim dotrą one do Państwa, możecie wcześniej sprawdzić, jakie nowe refundacje pojawią się w następnym wykazie, analizując projekt, a potem ostateczną wersję obwieszczenia. Obydwa dokumenty publikowane są na stronie internetowej ministerstwa. W niniejszym artykule przedstawiamy praktyczny sposób odnalezienia potrzebnych informacji o nowych refundacjach leków na receptę. W kolejnych artykułach omówimy leki refundowane w ramach programów lekowych i stosowane w chemioterapii.

Zgodnie z ustawą refundacyjną, co dwa miesiące Ministerstwo Zdrowia publikuje obwieszczenie ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Publikacja ostatecznej wersji obwieszczenia poprzedzona jest umieszczeniem jego projektu na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wraz z komunikatem o zmianach, na mniej więcej dwa tygodnie przed datą wejścia dokumentu w życie. Na podstawie projektu można już dokładnie zapoznać się z nadchodzącymi zmianami, ostateczna wersja obwieszczenia zazwyczaj nie różni się istotnie od projektu. Publikując obwieszczenie, ministerstwo informuje, czy zaszły jakieś zmiany w ostatecznej wersji w porównaniu z projektem.

Na stronie Ministerstwa Zdrowia ([www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)) wybieramy zakładkę „Leki”, następnie „Refundacja” i otwieramy pole „Lista leków refundowanych – obwieszczenia ministra zdrowia”, z którego wybieramy interesujące nas obwieszczenie (w artykule użyto przykładowo obwieszczenia obowiązującego od 1 stycznia 2015 r.). Uzyskujemy następujący obraz: Obwieszczenie ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrów. 14.80).

[Załącznik do obwieszczenia plik w formacie \\*pdf](#)

[Opis programów lekowych plik w formacie \\*zip](#)

[Zakresy wskazań objętych refundacją \(wg ICD-10\) w ramach chemioterapii plik w formacie \\*zip](#)

[Załącznik do obwieszczenia plik w formacie \\*xls](#)

[Podstawy limitu \(apteka\) plik w formacie \\*xls](#)

[Podstawy limitu \(programy i chemia\) plik w formacie \\*xls](#)

[Zmiany cen detalicznych i dopłat pacjenta plik w formacie \\*xls](#)

[Zmiany urzędowych cen zbytu, nowe produkty plik w formacie \\*xls](#)

Nowe produkty lecznicze objęte refundacją

W celu uzyskania informacji o zrefundowanych nowych lekach przechodzimy od razu do załącznika „Zmiany urzędowych cen zbytu, nowe produkty”.

Plik ten zawiera sześć zakładek:

„Skrócenia i brak kont.ref.” (Skrócenia decyzji o objęciu refundacją i brak kontynuacji refundacji),

„Objęcia” (objęcie refundacją),

„Obniżki UCZ” (Obniżki urzędowych cen zbytu),

„Podwyżki UCZ” (Podwyżki urzędowych cen zbytu),

„Wskazanie” (Rozszerzenie wskazań rejestracyjnych),

„Wskazania pozarejestracyjne” (Rozszerzenie wskazań pozarejestracyjnych).

Najistotniejsze dla praktyki lekarskiej jest zapoznanie się na początku z zakładką „Objęcia”, w której podane są wszystkie nowo zrefundowane produkty lecznicze (będące nowymi substancjami czynnymi, nowymi lekami złożonymi, nowymi postaciami farmaceutycznymi leków, nowymi dawkami, nowymi odpowiednikami leków już refundowanych), nowe środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne. Zakładki „Wskazanie” i „Wskazania pozarejestracyjne” zostaną omówione w dalszej części artykułu.

Pozostałe trzy zakładki zawierają informacje o zmianach cen urzędowych zbytu oraz zakończeniu refundacji konkretnego leku. Nie oznacza to, że leki są wycofane z obrotu, lecz że od daty wejścia w życie odpowiedniego obwieszczenia stają się pełnopłatne dla pacjenta. W większości przypadków dotyczy to leków, których odpowiedniki nadal pozostają w wykazach leków refundowanych.

Poszukując nowych leków, analizujemy tabelę „Objęcia refundacją” (zakładka „Objęcia”). Zawiera ona informacje o nazwie międzynarodowej substancji czynnej, nazwie handlowej leku, dawce, postaci farmaceutycznej, wielkości opakowania zewnętrznego oraz o wykazie refundacyjnym, w którym lek się znajduje – na liście aptecznej, w programie lekowym czy w tzw. katalogu chemioterapii. Poniżej podajemy objaśnienia poszczególnych określeń użytych w tabeli, stosując definicje pochodzące z prawa farmaceutycznego i ustawy refundacyjnej.

Zamieszczona tabela zawiera zawsze wszystkie „nowości”, czyli: nowe substancje czynne, nowe leki złożone, nowe postaci farmaceutyczne, dawki leków już refundowanych, nowe odpowiedniki leków już refundowanych, bez względu na kategorię refundacji (wykaz apteczny, program lekowy czy „katalog” chemioterapii). Nie zawiera jednak wszystkich informacji niezbędnych do wystawienia recepty oraz poinformowania pacjenta o kosztach realizacji recepty na dany lek: poziomu ich odpłatności, dopłaty pacjenta oraz ceny detalicznej, jeżeli lekarz wystawia receptę pełnopłatną.



### Objęcie refundacją

Lp.	Nazwa leku/środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego	Nazwa (-y) międzynarodowa (-e) substancji czynnej	Postać	Dawka	Jednostka dawki	Wielkość opakowania zewnętrznego	EAN	Kategoria dostępności refundacyjnej
1	Nazwa handlowa nadana produktowi może być nazwą własną niestwarzającą możliwości pomylenia z nazwą międzynarodową lub nazwą międzynarodową opatrzoną nazwą podmiotu odpowiedzialnego	Nazwa powszechnie stosowana, zalecana przez Światową Organizację Zdrowia	Postać farmaceutyczna leku, np. tabletki, koncentrat do sporządzenia roztworu do infuzji	Moc produktu leczniczego, zawartość substancji czynnej wyrażona ilościowo na jednostkę dawkowania	Jednostka objętości lub masy, w zależności od postaci farmaceutycznej, np. mg/5 ml	Wielkość opakowania handlowego, do którego odnoszą się obliczenia, np. 1 fiol. (5 ml)	Kod paskowy identyfikujący lek	Lek, środek spożywczy, wyrób medyczny dostępny w aptece, lek stosowany w programie lekowym, lek stosowany w chemioterapii, lek stosowany w programie lekowym i chemioterapii

Informacje te znajdują się w załączniku do obwieszczenia nazywanym „Załącznik do obwieszczenia”, plik w formacie \*.xls. To dokument zawierający wykaz refundacyjny z uwzględnieniem wszystkich leków refundowanych i kompletem ich danych.

Jeżeli poszukujemy informacji o leku dostępnym na receptę w aptece, otwieramy zakładkę A1, jeżeli o leku refundowanym w programie lekowym – zakładkę B, a w przypadku leku stosowanego w chemioterapii – zakładkę C.

Leku poszukujemy według jego nazwy międzynarodowej (nazwa substancji czynnej), gdyż lista ułożona jest alfabetycznie, według nazw substancji czynnych.

Używając funkcji programu Excel, możemy również poszukiwać leku według jego nazwy handlowej. Po znalezieniu substancji czynnej mamy możliwość uzyskania brakujących informacji, niezbędnych do wystawienia recepty i udzielenia informacji pacjentowi: ceny detalicznej, poziomu odpłatności, wysokości dopłaty pacjenta (zakładka A1). Tabela w zakładce A1 zawiera kompletny zestaw informacji związanych z refundacją danego leku. Dla prawidłowego wystawienia recepty i udzielenia informacji pacjentowi ważne są kolumny zaznaczone kolorem zielonym.

#### A1. Leki refundowane, dostępne w aptece na receptę, w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego	Zawartość opakowania	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
-------------------	---	----------------------	---	--------------------------------	-----------------------------	----------------	---------------------	---------------------	-----------------	------------------------------	------------------------------------	---	--------------------	------------------------------------

## PEŁNOMOCNICY



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



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



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

Wspólny sekretariat, pracownik biura Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, e-mail: [m.rajca@oilwaw.org.pl](mailto:m.rajca@oilwaw.org.pl)

### Komisja ds. Emerytów i Rencistów

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

# 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 teje ustawy – nałożeniem kary pieniężnej.



Aleksander Pieczyński,  
przewodniczący Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

## REFUNDACJE LEKÓW

### Rozszerzenie wskazań rejestracyjnych

Lp.	Nazwa leku/środku spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego/wyrobu medycznego	Nazwa (-y) międzynarodowa (-e) substancji czynnej	Postać	Dawka	Jednostka dawki	Wielkość opakowania zewnętrznego	EAN	Wskazanie dodane między 18 a 19 obwieszczeniem*	Kategoria dostępności ref.

\* Na podstawie obwieszczenia z 19 grudnia 2014 r.

### Rozszerzenie refundacji wskazań rejestracyjnych i pozarejestracyjnych

W celu uzyskania informacji o objęciu refundacją dodatkowych wskazań, zarówno zawartych w charakterystyce produktu leczniczego, jak i niewystępujących w niej, korzystamy ponownie z załącznika „Zmiany urzędowych cen zbytu, nowe produkty” i wchodzimy do zakładki „Wskazanie” oraz „Wskazania pozarejestracyjne”, w których wymieniono wszystkie produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w przypadku których zrefundowano dodatkowe zarejestrowane wskazania (wszystkie bądź wybrane) zawarte w charakterystyce produktu leczniczego (rejestracyjne) lub niewymienione w charakterystyce, zdefiniowane opisem stanu klinicznego.

Tabela „Rozszerzenie wskazań pozarejestracyjnych” różni się tylko tytułem dziewiątej kolumny, który brzmi: „Zakres wskazań pozarejestracyjnych dodanych na 19 obwieszczenie”.

Zwracamy uwagę, że tylko konkretne leki wymienione w tych tabelach można zapisywać z refundacją w nowo zrefundowanych wskazaniach. Jeżeli substancja czynna X występuje

w np. 20 produktach leczniczych, nie oznacza to automatycznego zrefundowania nowego wskazania dla każdego z tych 20 leków, zawierającego substancję czynną X; refundacja dotyczy wyłącznie leków wymienionych w omawianych tabelach. Zakres refundacji danego produktu leczniczego należy sprawdzać w załączniku do obwieszczenia: „Załącznik do obwieszczenia”, plik w formacie \*.xls. Tabela w zakładce A1 (lista apteczna, leki) ma dwie kolumny,

Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją
------------------------------------	--

w których można upewnić się, czy konkretny lek jest refundowany w interesujących nas wskazaniach. W tabeli tej znajdziemy również informację o cenie detalicznej, poziomie refundacji danego wskazania i poziomie dopłaty dla pacjenta. Zwracamy uwagę, że poziom refundacji, a co za tym idzie wysokość dopłaty świadczeniobiorcy, może być różny w przypadku różnych wskazań dla tego samego produktu leczniczego.

W następnym artykule przedstawimy Państwu zmiany w zakresie refundacji, które wejdą w życie 1 marca. ■

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



# Ubezpieczenie OC

## obowiązkowe dla lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności lekarskiej (tekst jednolity DzU z 2013 r., nr 217 z późn. zm.) w art. 18 wskazuje warunki, jakie musi spełniać lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską.

Wśród nich, oprócz podstawowego warunku posiadania prawa do wykonywania zawodu, został również ujęty **warunek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 tej ustawy.**

Umowa ubezpieczenia w tym przypadku powinna obejmować ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Należy przy tym zaznaczyć, że obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w takich sytuacjach oraz minimalną sumę gwarancyjną określa Rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU z 30 grudnia 2011 r.).

Zgodnie z §3.1. ww. rozporządzenia minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych:

75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłączone w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

Lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską nie później niż w terminie siedmiu dni od zawarcia umowy ubezpieczenia ma obowiązek przekazać okręgowej radzie lekarskiej – jako organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność lekarską – dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

Informacje dotyczące zawieranych umów ubezpieczenia OC na pierwszy 12-miesięczny okres oraz na każdy kolejny okres prowadzenia działalności lekarskiej podlegają więc obowiązkowemu zgłoszeniu do rejestru (art. 106 ust. 4 pkt 11 w związku z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności lekarskiej).

W przypadku niezgłoszenia takich informacji do rejestru organ prowadzący rejestr może w drodze decyzji administracyjnej nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną **w wysokości nawet dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.** Decyzji takiej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Należy również wskazać, że ww. ustawa o działalności lekarskiej określa w art. 108 ust. 2 pkt. 3 bardziej surową karę w postaci wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku, gdy naruszenie przepisów tej ustawy jest rażące. Do tego organu należeć więc będzie ocena, czy stwierdzone naruszenia są rażące, czy mniej istotne. W pierwszej kolejności jednak powinien on wezwać do usunięcia stwierdzonych naruszeń, wyznaczając do tego odpowiedni termin. Wskazane jako podstawa interwencji organu prowadzącego rejestr naruszenia przepisów wspomnianej ustawy powinny być oczywiste; organ prowadzący rejestr nie powinien dokonywać w tym zakresie interpretacji rozszerzającej (Maciej Dercz, *Komentarz do art. 108 ustawy o działalności leczniczej, Stan prawny: 2014.09.01*, Lex online).

W sytuacji zatem uporczywego (tj. po bezskutecznych wezwaniach do usunięcia naruszenia takiego uchybienia) niedopełniania obowiązku ubezpieczenia OC lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską należałoby niestety liczyć się z oceną organu prowadzącego rejestr, że działanie takie ma znamiona rażącego naruszenia przepisów ustawy, a co za tym idzie – podstawy do skreślenia takiego podmiotu z rejestru.

Oczywiście wydatki ponoszone z tytułu zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, jako służące zabezpieczeniu źródła przychodu, mogą zostać zaliczone do kosztów uzyskania przychodów w prowadzonej działalności gospodarczej lekarza wykonującego indywidualną praktykę medyczną. ■

**Agnieszka Chamera,**  
doradca podatkowy

**Ewa Lejman,**  
radca prawny

## Izolatoria w Warszawie

Nowe izolatoria w warszawskim Szpitalu Zakaźnym są ważnym elementem ochrony zdrowia mieszkańców Mazowsza przed wirusem Ebola, spełniają także ministerialne wymogi.

W ramach inwestycji przystosowano pomieszczenia w takiej konfiguracji, aby wykluczyć możliwość zakażenia personelu medycznego. W nowym kompleksie medycznym można hospitalizować jednocześnie czterech pacjentów. Obserwacja pacjenta z dyżurki, nagłośnienie, system kontroli dostępu, podciśnienie w pomieszczeniach wraz z zespołem profesjonalnych filtrów oraz montaż sterylizatorów m.in. do kombinezonów uniemożliwiają wydostanie się wirusa na zewnątrz. Koszt inwestycji, prawie 800 tys. zł, pokryło Ministerstwo Zdrowia. **pk**

## W Szpitalu Bródnowskim

W Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie zakończył się kolejny etap remontu budynku Oddziału Położnictwa i Ginekologii.

Dynamicznie zwiększająca się liczba młodych mieszkańców w dzielnicach wokół szpitala, a także rosnąca liczba porodów (w 2014 r. było ich o ponad 150 więcej niż w 2013) skłoniły zarząd spółki do podjęcia decyzji o etapowym remoncie budynku Oddziału Położnictwa i Ginekologii. W 2014 r. ukończono kompleksowy remont dachu, elewacji oraz kluczowych instalacji wewnątrz budynku. W styczniu oddano do użytku wyremontowany parter budynku z izbą przyjęć, przestronią do odпочynku oraz nowoczesnymi gabinetami – pracownią USG i KTG. Wszystko, co niezbędne do bieżącej diagnostyki, znajduje się na terenie budynku. Zarządzający placówką myślą też o uruchomieniu w ciągu kilku najbliższych lat centrum neurochirurgii interwencyjnej oraz o budowie ośrodka neurologii z neurochirurgią. **pk**

## Operują najlepsi

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala w Ostrowii Mazowieckiej ma nowego ordynatora. Został nim dr n. med. Jacek Bierca – wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii warszawskiego szpitala na Solcu.

Poprzedni ordynator lek. Andrzej Raś przeszedł na emeryturę. Nowy ordynator rozszerza zakres działania oddziału. W ramach zorganizowanych przez oddział warsztatów proktologicznych w listopadzie 2014 r. przyjechała z Warszawy do ostrowskiego szpitala doc. Małgorzata Kołodziejczak – znana także za granicami kraju chirurg, specjalizująca się w operacjach proktologicznych. W ramach tych szkoleń wykonano osiem operacji. Natomiast w styczniu 2015 r. doc. Mariusz Fronczek, wojewódzki konsultant w dziedzinie chirurgii, przeprowadził w ostrowskim szpitalu skomplikowaną operację raka żołądka. Nowy ordynator zainicjował też na swoim oddziale operacje tarczycy. Obecnie są wykonywane dwa – trzy takie zabiegi w tygodniu. **pk**

## Prof. Chazan laureatem Nagrody im. Grzegorza I Wielkiego

„Nagrodą miesięcznika »Nowe Państwo« staramy się wyróżniać tych, którzy z odwagą bronią prawdy w życiu publicznym. Decyzją grona redakcyjnego naszego pisma statuetka Nagrody im. Grzegorza I Wielkiego za rok 2014 trafi do rąk Pana Profesora Bogdana Chazana” – napisano w „Niezależnej Gazecie Polskiej – Nowe Państwo” po przyznaniu nagrody prof. Chazanowi. **pk**

## Jerzy Buzek doktorem honoris causa WUM



Fot. M. Teperek

– Wszystkich doktorów honoris causa naszej uczelni łączy fakt, że za ich nazwiskami stoją wielkie umysły, ogrom pracy, wielkie osiągnięcia i nieprzeciętna wiedza. Te cechy wyróżniają również prof. Jerzego Buzka – wielkiego Polaka, którego nasza społeczność akademicka ma zaszczyt nazywać swoim przyjacielem – mówił rektor Marek Krawczyk na uroczystym posiedzeniu Senatu WUM 6 lutego 2015 r., na Zamku Królewskim w Warszawie, w czasie którego prof. Jerzemu Buzkowi nadany został tytuł doktora honoris causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Prof. Jerzy Buzek jest czwartą w historii osobą spoza grona lekarzy, która otrzymała ten tytuł.

Rektor nawiązał bowiem do tradycji medycyny warszawskiej. Na wniosek Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w II RP tytułami doktora honoris causa uhonorowani zostali: marszałek Józef Piłsudski, marszałek Edward Rydz-Śmigły i hrabia Bogdan Hutten-Czapski – twórca Fundacji na rzecz Uniwersytetu Warszawskiego. **egw**



# Szpital ENEL-MED Warszawa

**SZPITAL ZACISZE,**  
ul. Gilarska 86c, Warszawa

- chirurgia ogólna,
- chirurgia naczyniowa,
- chirurgia proktologiczna,
- chirurgia dziecięca,
- chirurgia plastyczna,
- laryngologia,
- ginekologia,
- okulistyka.

**SZPITAL CENTRUM,**  
al. Solidarności 128, Warszawa

- chirurgia kręgosłupa,
- chirurgia stawów,
- chirurgia ręki, stopy,
- medycyna sportowa.

Zaawansowana diagnostyka TK i MR.



CENTRUM MEDYCZNE



22 23 07 007\*

\*koszt wg taryfy operatora

[www.enel.pl/szpital](http://www.enel.pl/szpital)

## Wizytówka gospodarki

**Krajowa Izba Gospodarcza zorganizowała w grudniu 2014 r. debatę poświęconą innowacyjności polskiej medycyny, pod hasłem „Cuda medycyny – nowa era polskiej służby zdrowia”.**

– *Polska medycyna jest postrzegana przez pryzmat polskiej służby zdrowia, w której – niestety – nie dzieje się najlepiej* – mówi Andrzej Arendarski, prezes KIG. – *A przecież w naszym kraju funkcjonują placówki, które mogą być powodem do dumy na skalę światową, stanowić wizytówkę całej gospodarki, a innowacyjność ich przedsięwzięć mogłaby wpłynąć na zwiększenie finansowania służby zdrowia.*

Przykładem zakładów, które wprowadzają nowoczesną technologię w wymiarze światowym, jest Instytut Kardiologii w Aninie (telemedycyna) i Instytut Patologii i Fizjolo-

gii Słuchu w Kajetanach (telerehabilitacja). Rolą państwa powinno być zapewnienie rozwoju takim placówkom i chronienie przed zakusami urzędników, którzy często za punkt honoru stawiają sobie wprowadzenie własnych porządków w kontrolowanych jednostkach.

Zdaniem KIG najlepsze polskie placówki medyczne powinny być wykorzystywane jako szkoły dobrego zarządzania. Należy brać pod uwagę nie tylko ich osiągnięcia w zakresie ratowania życia i zdrowia, ale także w zakresie efektywnego zarządzania i rozwoju.

Istotne znaczenie sukcesów polskiej medycyny dla promocji Polski w świecie podkreśla także Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Godła Promocyjnego „Teraz Polska”: – *Nieprzypadkowo wśród kilkuset dotychczasowych laureatów konkursu „Teraz Polska” znalazły się placówki medyczne należące do najbardziej znanych, cenionych i najlepiej zarządzanych.* ■

mkr

Ośrodek Badań Klinicznych - Medycyna Kliniczna, który powstał w odpowiedzi na dynamiczny rozwój medycyny oraz chęć współtworzenia najnowszych metod leczenia, nawiąże współpracę oraz udostępni do wynajęcia specjalistyczne gabinety wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt lekarzom specjalistom z dziedziny: kardiologii, reumatologii, gastroenterologii, dermatologii, neurologii, ortopedii, pulmonologii, diabetologii i innych.

**Lekarzy zainteresowanych współpracą i/lub wynajęciem w pełni wyposażonych gabinetów prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.**



Medycyna Kliniczna

Medycyna Kliniczna  
Koszykowa 59 lok. 7  
00-660 Warszawa

telefon: +48 22 639 13 54  
mobile: +48 791 900 055  
e-mail: kontakt@medycynakliniczna.pl  
www: www.medycynakliniczna.pl

# Dzień Światowy, ale pakiet problemowy



Konferencję z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem, która odbyła się w lutym 2015 r., zdominowała dyskusja na temat wprowadzonego 1 stycznia tego roku pakietu onkologicznego. Miesiąc to z pewnością zbyt krótki czas na podsumowania, ale pierwsze opinie i wnioski już są. Wśród zaproszonych do dyskusji panował umiarkowany optymizm, lecz ze sporą dawką uwag krytycznych. Dotyczyły sposobu wprowadzenia nowych przepisów i związanych z pakietem regulacji systemowych oraz zbyt ogólnikowych informacji na temat szybkiej terapii onkologicznej, skierowanych przez Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ do pacjentów i przedstawicieli środowiska medycznego.

## Sylwester z DiLO

Małgorzata Zaława-Dąbrowska, dyrektor SPZZLO Warszawa-Żoliborz, przypominała, że niektóre zarządzenia z mocą obowiązywania od 1 stycznia bieżącego roku ogłoszono dopiero 30/31 grudnia 2014 i trudno było w jedną noc przygotować zespół lekarski do poprawnego wypełniania kart DiLO. Zwróciła też uwagę, że konieczne jest skorygowanie w ramach pakietu uprawnień lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, aby mogli wystawiać zieloną kartę nie tylko w przypadku potwierdzonego nowotworu, ale tak jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – w przypadku podejrzenia raka. Prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, który prowadził pod koniec ubiegłego roku szkolenia dla lekarzy POZ, podkreślił, że mają oni dużą wiedzę na temat nowotworów, ale potrzebują standardów diagnostycznych dotyczących postępowania przy podejrzeniu raka. W jego ocenie lekarz rodzinny nie może być urzędnikiem od wystawiania zielonych kart, nagradzany lub karany, w zależności od tego, ile ich wystawił. Musi być partnerem onkologów i mieć zapewniony z nimi kontakt w swoim ośrodku, na poziomie lokalnym.

## Niezbędna współpraca i standardy

Na potrzebę ścisłej współpracy onkologów i lekarzy POZ zwrócił też uwagę prof. Jacek Fijuth, przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Ten kontakt powinien być utrzymywany nie tylko na etapie diagnostyki i terapii, ale też opieki nad pacjentem po zakończeniu leczenia onkologicznego. Zdaniem prof. Piotra Rutkowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, brak standardów postępowania diagnostycznego sprawia, że obecnie można wykonać dowolne badanie z pakietu, choć nie jest konieczne w konkretnym przypadku.



Także wymóg zwotyływania konsylium nie powinien być obligatoryjny, ale dotyczyć tylko niektórych nowotworów. Uczestnicy konferencji mówili również o problemie dystrybucji środków, które trafiają rozproszone do wielu placówek onkologicznych, ale tylko kilkanaście z tych placówek wykonuje większość procedur medycznych. Według prof. Krzysztofa Warzochy, dyrektora Centrum Onkologii w Warszawie, lekarze rodzinni powinni posiadać zatwierdzony wykaz placówek o potwierdzonej skuteczności, do których kierowałiby pacjentów na badania i leczenie. Zwrócił też uwagę, że karta DiLO jest zbyt rozbudowanym dokumentem, który nie służy pacjentowi, tylko sprawozdawczości dla NFZ, a wiele danych w niej zawartych jest zbędnych.

## Pierwszy krok

Mimo rosnących nakładów na onkologię (ale wciąż dużo mniejszych niż w innych krajach Europy), statystyki w tej dziedzinie medycyny, dotyczące efektów leczenia (5-letnie przeżycia, wyleczenia), są zdecydowanie poniżej europejskiej średniej (w Polsce – 40 proc., w Europie – 55 proc.). Otwarcie szybkiej ścieżki onkologicznej miało być przełomem w dostępie pacjentów do diagnostyki i terapii. Szymon Chrostowski z Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych powiedział, że z punktu widzenia pacjentów pakiet to ważny krok dla polskiej onkologii i dobrze, że został wprowadzony, bo jak nie teraz, to kiedy? Tyle na konferencji. Codziennosc walki z rakiem jest inna.

## Nie chcą pakietu

Ważny krok dla onkologii okazał się niedopracowany. Zabrakło czasu na szczegółowe przygotowanie lekarzy i placówek ochrony zdrowia, zadanie pytań od przyszłych realizatorów. Świadczeniodawcy, jeszcze nieliczni, już rezygnują z realizacji pakietu – w całości lub części. Inni przewidują, że może podejść taką decyzję. – Powody wypowiedzeń są dwa. Pierwszy to biurokracja. Karta DiLO jest poważnym obciążeniem w pracy lekarza i, wbrew oczekiwaniom, może wydłu-



zać ścieżkę diagnostyczną pacjenta. Na przykład, gdy chory wymaga kontroli innego lekarza specjalisty niż wskazywały wstępne objawy, musi wrócić do lekarza POZ po nową kartę – wyjaśnia dr Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. – A powód drugi to niedofinansowanie. Procedury w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są finansowane przez NFZ na niskim poziomie i wiele poradni obawia się teraz o zbilansowanie swojej działalności. A przecież w założeniu diagnostyka i rozpoznanie miały odbywać się właśnie na poziomie AOS. Z poradni zrzeszonych w PZ pakiet wypowiedziało sześć w województwie pomorskim (kolejne się przygotowują) i jedna na Śląsku. Poradnie z województwa świętokrzyskiego zawarły porozumienie z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, że zawieszają stosowanie pakietu na trzy miesiące (to dane z połowy lutego). Są też świadczeniodawcy, którzy uważają, że bez pakietu szybciej i skuteczniej poprowadzą pacjentów onkologicznych.

## Poprawiać od razu

Na pewno inaczej sytuacja i ocena pakietu wygląda z punktu widzenia dużych ośrodków, przede wszystkim centrów onkologii z możliwościami kompleksowej diagnostyki i terapii, inaczej – w placówkach mniejszych, korzystających z podwykonawców, od których zależy terminowe wykonanie obowiązujących badań. Wielu świadczeniodawców skarży się na problemy z podziałem kontraktów onkologicznych na część związaną z pakietem (nielimitowaną) i pozostałą (z limitem). Podział tych środków nie odpowiada rzeczywistości i potrzeba renegotjacji umów z NFZ. Głosów krytycznych słychać bardzo wiele i po pierwszych tygodniach stosowania pakietu w praktyce widać, jak wiele należy dokonać w nim zmian. – Pod koniec lutego odbędzie się pierwsze

spotkanie zespołu ds. oceny pakietu onkologicznego w MZ. Z naszym udziałem. Nie wyobrażam sobie, aby najbardziej istotnych dla pakietu poprawek nie zacząć wprowadzać od razu – zaznacza dr Krajewski. ■

ach

W lutym 2015 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła jednogłośnie decyzję o przygotowaniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w celu sprawdzenia zgodności zapisów pakietu z Konstytucją RP. „Naszą decyzję w tej sprawie uzasadniają nie tylko wątpliwości prawne, ale także pierwsze doświadczenia wynikające z wprowadzania pakietu w życie. (...) Leczenie i opieka nad chorymi zostały w wielu aspektach utrudnione, a zamiast skrócenia kolejek w wielu placówkach kolejki wydłużyły się. Życie i zdrowie pacjentów nie może być przedmiotem eksperymentów politycznych, a lekarze nie mogą tracić zaufania chorych przez chaos spowodowany niedopracowaną rewolucją systemową” – podkreśla prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz.

NRL wystosowała apel do lekarzy i lekarzy dentyków, w którym „przypominając treść artykułu 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, mówiącego, że mechanizmy rynkowe, naciśki społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania zasady dobra chorego jako najwyższej wartości, zwraca się do wszystkich lekarzy, aby nie zważając na trudności rozregulowanego systemu ochrony zdrowia, w tym złych przepisów pakietu onkologicznego, otaczali chorych zgodną z aktualną wiedzą, etyczną opieką, jakiej potrzebują”.

[www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)



# PUŁAPKI W UROLOGII

SOPOT, 24–25 kwietnia 2015 r.

**TERMIN:**  
24–25 kwietnia 2015 r.

**MIEJSCE:**  
Centrum Konferencyjne  
Hotelu Sheraton Sopot  
ul. Powstańców Warszawy 10

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:**  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski  
dr hab. Artur A. Antoniewicz

**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**

**UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE**

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

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

termedia

tel./faks +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

# Czas na rehabilitację



Fot. R. Natorski

Jest już pomysł na zagospodarowanie dawnego pawilonu ginekologiczno-położniczego Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. W obiekcie, wybudowanym jeszcze przed II wojną światową, ma powstać nowoczesne centrum rehabilitacji. Jednak najpierw trzeba znaleźć fundusze na inwestycję.

W budynku przy ul. Narutowicza przyszło na świat kilka pokoleń młodych radomian. Oddano go do użytku w 1937 r., początkowo pełnił rolę szpitala ogólnego dla garnizonu wojskowego i pracowników zakładów zbrojeniowych z Radomia, Pionek i Skarżyska-Kamiennej. Była to wówczas najnowocześniejsza tego typu placówka w regionie.

Szpital Miejski (dziś Radomski Szpital Specjalistyczny) przejął obiekt w 1973 r., zlokalizowano w nim wówczas Oddział Ginekologiczno-Położniczy, który funkcjonował blisko 40 lat, choć szybko okazało się, że gmach jest przestarzały i za ciasny.

W latach 90. XX w. w sąsiedztwie rozpoczęła się budowa oddziału ginekologiczno-położniczego. Jednak z braku pieniędzy prace przerwano i przez długi czas straszyl tam trzykondygnacyjny żelbetonowy szkielet. Planowano rozbiórkę konstrukcji, ale w końcu władzom Radomia i kierownictwu lecznicy udało się wywalczyć wpisanie inwestycji na listę kluczowych projektów Regionalnego Programu Operacyjnego, co pozwoliło zdobyć fundusze i dokończyć przedsięwzięcie.

## Pacjenci w transporcie

W 2012 r. nowy oddział (o dwukrotnie większej powierzchni niż dotychczasowy) został uroczystie otwarty. Budowa kosztowała blisko 27 mln zł, kolejne 12 mln pochłonęło wyposażenie placówki.

Od tego czasu budynek przy ul. Narutowicza stoi praktycznie pusty, użytkowane są tylko lokale na parterze, gdzie znajdują się pomieszczenia administracyjne oraz poradnia leczenia uzależnień. Pomysłów na jego zagospodarowanie było wiele, ale w końcu zwyciężył projekt zaadaptowania pawilonu na nowoczesne centrum rehabilitacji RSS. Szpital bardzo potrzebuje takiego miejsca, ponieważ lokalizacja dotychczasowych obiektów rehabilitacyjnych przy ul. Gierskiej wiąże się z koniecznością transportowania pacjentów (nawet znajdujących się w ciężkim stanie) poza główną siedzibę szpitala. W dodatku dotychczasowe pomieszczenia rehabilitacyjne nie spełniają już surowych norm narzucanych przez Ministerstwo Zdrowia.

## W poszukiwaniu pieniędzy

Jednak do realizacji przedsięwzięcia droga jeszcze daleka. Przede wszystkim niezbędna jest ekspertyza budynku przy ul. Narutowicza, ponieważ zagadką pozostaje stan techniczny mocno wyeksploatowanego obiektu, zwłaszcza jego stropów. Na pewno trzeba będzie wymienić wszystkie instalacje, a także gruntownie przebudować układ pomieszczeń i klatek schodowych. Centrum rehabilitacji ma liczyć 58–60 łóżek.

Koncepcję adaptacji budynku opracuje konsorcjum spółek, które wygrało przetarg ogłoszony przez szpital. Przygotowanie projektu będzie kosztować 438 tys. zł, czyli przeszło dwukrotnie mniej niż planowano, w tegorocznym budżecie Radomia zapisano na ten cel 1 mln zł.

Dokumentacja ma być przygotowana najpóźniej w październiku. Kiedy rozpoczną się prace? Odpowiedź na to pytanie jest trudna, ponieważ na razie RSS nie ma pieniędzy na adaptację obiektu. Ale zarówno kierownictwo lecznicy, jak i władze miasta liczą na pozyskanie funduszy zewnętrznych, zwłaszcza z Regionalnego Instrumentu Terytorialnego. Jednak, by wystąpić z wnioskiem, trzeba mieć projekt przebudowy. ■

Rafał Natorski

**Uwaga! Zmienił się adres Delegatury Radomskiej: 26-600 Radom, ul. Rawańska 16.**

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

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	2	dermatologia	6	laryngologia	4	onkologia dziecięca	1	stomatologia chirurg.	1
alergologia dziecięca	1	diabetologia	1	medycyna paliatywna	1	ortopedia	3	stomatologia endodon.	2
andrologia	1	endokrynologia	4	medycyna pracy	3	pediatria	17	stomatologia ortodon.	4
anestezjologia	4	farmakologia kliniczna	1	medycyna ratunkowa	3	psychiatria	4	stomatologia pedodon.	1
lekarz bez spec.	6	gastroenterologia	4	medycyna rodzinna	12	psychiatria dziecięca	2	stomatologia periodon.	1
chirurgia dziecięca	1	geriatria	1	medycyna społeczna	1	radiologia	8	stomatologia protet.	1
chirurgia naczyniowa	3	ginekologia i poł.	3	neonatologia	1	radioterapia onkol.	1	urologia	1
chirurgia ogólna	5	ginekologia dziecięca	1	neurologia	6	rehabilitacja med.	4	USG	2
chirurgia onkologiczna	1	ginekologia endokrynol.	1	okulistyka	3	reumatologia	6		
choroby płuc	3	kardiologia	3	okulistyka dziecięca	2	seksuologia	1		
choroby wewnętrzne	21	kardiologia dziecięca	1	onkologia	1	stomatologia	6		

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

Andrzej Morliński  
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





# Raport o cukrzycy

Ukazał się kolejny doroczny raport poświęcony cukrzycy i jej zdrowotnym, społecznym i finansowym skutkom (Edycja 2014). Mimo wysiłków podejmowanych przez lekarzy, organizatorów ochrony zdrowia i stowarzyszenia pacjentów, problemy związane z diabetologią nie znalazły jeszcze pozytywnego rozwiązania, niewiele się zmieniło od poprzedniego roku. Cukrzyca jest nadal jednym z największych i wciąż nasilających się problemów medycyny.

**D**la osoby zajmującej się na co dzień leczeniem chorych na cukrzycę jest obecnie oczywiste, że stosowanie najlepszej terapii od chwili rozpoznania choroby jest decydujące dla losów pacjenta, a także redukcji rosnących w ostatnich dwóch dekadach kosztów tego leczenia – mówi prof. dr hab. Krzysztof Strojek. – *Zatrważa fakt, że średnie wydatki na jednego chorego z cukrzycą są u nas najniższe w Europie i wynoszą 1/10 kwoty wydawanej w Norwegii, połowę wydawanej w Portugalii i Słowenii, 2/3 sumy przeznaczanej na chorego w Czechach. Ponadto Polska jest jedynym krajem, w którym wydatki na jedną osobę z cukrzycą spadły w stosunku rok do roku: 2012 – 1145 dol., w 2013 – 1037 dol.*

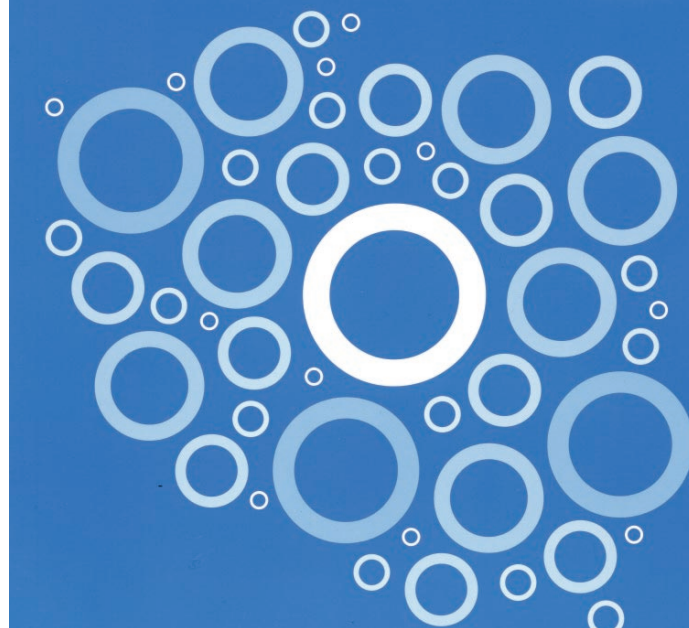
A koszty zwolnień z pracy, inwalidztwa i rent państwo i tak ponosi.

Na cukrzycę w Polsce choruje około 3 mln osób, umiera na nią i powikłania – ponad 21 tys. pacjentów rocznie. Przeszło 1 mln osób nie wie, że choruje. W 2013 r. wydaliśmy w związku z tą chorobą 7 mld zł. Z tego połowa została przeznaczona na leczenie powikłań, a 1 mln zł to koszty

## CUKRZYCA

Ukryta pandemia

Sytuacja w Polsce Edycja 2014



utraconej produktywności z powodu przedwczesnych zgonów. Do kwoty 7 mld nie wliczono strat spowodowanych obniżoną w wyniku choroby wydajnością pracy (zwanych prezenteizmem). Straty te są trudne do obliczenia ze względu na specyficzny charakter tej kategorii. Szacunkowo w 2013 r. wyniosły 2,7 mld zł.

– „Przekleństwem” diabetologii jest to, że wszelkie inwestycje przynoszą efekty dopiero w perspektywie wielu lat – mówi prof. Strojek. – *Co w tej sytuacji może robić środowisko diabetologiczne? Możemy konsekwentnie, z uporem przytaczać twarde dane, prezentować fakty, występować w imieniu chorych, zabiegając o jak najlepsze warunki ich leczenia.* ■

mkr





Klinika Leczenia Niepłodności nr 1 w Polsce!

INVICTA Sp. z o.o. Oddział w Warszawie zatrudni:

### lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa

**Oferujemy:**

- kompleksowe szkolenie w zakresie zabiegów i procedur leczenia niepłodności
- atrakcyjne wynagrodzenie
- w perspektywie możliwość otwarcia specjalizacji w zakresie endokrynologii i medycyny rozrodu

Oczekujemy pracy w wymiarze min. 150 godzin/m-c.  
Osoby zainteresowane prosimy o wysłanie CV na adres e-mail: [rekrutacja@invicta.pl](mailto:rekrutacja@invicta.pl) (podając w temacie maila lekarz ginekolog) lub kontakt telefoniczny pod nr +48 662 017 946.






[www.invicta.pl](http://www.invicta.pl)

REKLAMA



# Duchy pałacu w Jałcie

Paweł Kowal

W naszych czasach w jedno popołudnie samoloty wiozą kanclerz federalną Merkel i prezydenta Francji do Moskwy, a po kilku godzinach negocjacji – z powrotem. Przed 70 laty wielka międzynarodowa konferencja na Krymie to było coś. Ciągle trudno uwierzyć w szokujące dane, że podczas kilku dni obrad uczestnicy wypili 5 tys. butelek wina, przeważnie gruzińskiego, tyle samo wódki, prawie 2200 butelek koniaku i ponad 6 tys. butelek piwa. Do tego zjedli ponoć pół tony czarnego kawioru, ponad tonę mięsa i kilka ton warzyw. Mniejsza zresztą o szczegóły, może jest w nich trochę przesady, a może część luksusowych produktów rozeszło się pod stołem. Po strasznej wojnie dostawy tylu delikatesów do pałacu w Liwadii to była nie lada gratka, niejeden mógł się przy wielkich tego świata posilić. Krym należał do nielicznych miejsc w ZSRR, w czasach sprzed globalnego ocieplenia, gdzie można było, bez obawy załamania się pogody, zaprosić gości z zagranicy na bądź co bądź sam początek lutego. Stosunkowo też mało półwysep ucierpiał w czasie wojny. Przetrwał bez uszczerbku pałac położony nad brzegiem morza, zbudowany w XIX w. przez polskiego magnata Leona Potockiego. Swoją drogą budowla usytuowana jest nie w samej Jałcie, lecz w pobliskiej miejscowości Liwadia, więc i konferencja powinna się była nazywać liwadyjską. W 1945 r. podczas obrad w pałacu rezydował prezydent Roosevelt, a pozostali dojeżdżali na rozmowy z hoteli w Jałcie. Po latach wyśpiewa to w słynnej pieśni Jacek Kaczmarski: „Okna już widzą, słyszą ściany/ Jak kaszle nad cygarem Lew/ Jak skrzypi wózek popychany/ Z kalekim demokratą w tle”.

Prezydent USA wyjechał z Jałty, pozostawiając wielu Europejczyków z uczuciem zawodu i rozczarowania sprzeniewierzeniem się amerykańskim ideałom i przyczynił się do



nieślawy, jaką okryły pałac Potockich ustalenia tzw. Wielkiej Trójki odnośnie do sfer wpływów w Europie.

Czarnomorski kurort próbował w ostatniej dekadzie oczarować jeden z dzisiejszych ukraińskich magnatów Wiktor Pińczuk. Organizowane przez niego coroczne konferencje były jakby na przekór duchowi konferencji z Jałty, który oznacza podział Europy na lepszych i gorszych. Konferencje Pińczuka w pałacu liwadyjskim dotyczyły szans Ukrainy na wejście do UE, odbywały się pod pozytywnym hasłem YES, czyli z angielska Jałtańska Strategia Europejska. Kogo liwadyjski pałac nie widział w ostatnich latach?! Bywali tam: Carl Bildt, Condoleezza Rice, Petro Poroszenko, Bronisław Komorowski, Dalia Grybauskaitė, a nawet Dominique Strauss-Kahn i wielu, wielu innych. Wszystko na nic, jałtańskiego ducha nie tak łatwo pokonać. Putin, po zaanektowaniu Krymu, zdecydował, by postawić w Liwadii pomnik Stalina, Churchilla i Roosevelta. Wracają skojarzenia, które przez ostatnie ćwierć wieku wydawały się już tylko historią. ■

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





# Zmiany, czy lepiej bez zmian?

Janina Jankowska

W jakimś wywiadzie telewizyjnym prof. Rafał Matyja, politolog z Wyższej Szkoły Biznesu w Nowym Sączu, rzucił mimochodem zdanie, które zapamiętałam: „*Nie podział partyjny dzieli polskie społeczeństwo, tylko podział na tych, którzy widzą potrzebę zmian i na resztę, która pragnie zachować status quo*”. Coś w tym jest.

Kiedy zaczął się wysyp kandydatów na prezydenta RP, uderzył mnie przede wszystkim ich wiek. Oto do rywalizacji o stanowisko wymagające szczególnej dojrzałości i doświadczenia politycznego ruszyło pokolenie trzydziesto- i czterdziestolatków. W kolejności zgłoszeń: Andrzej Duda – 42 lata, Magdalena Ogórek – 36 lat, Adam Jarubas – 40 lat. Tylko, czy sam wiek kandydatów zapowiada rzeczywistą zmianę? Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że żadna z wymienionych osób nie jest samodzielnym autorem pomysłu tego odważnego kroku rozpoczynającego start do prezydentury. Głośno mówi się o „kandydatach w zastępstwie”. Z tyłu pociągają za sznurki stare wygi. Ich twarze, słowa i czyny dość opatrzyły się społeczeństwu, ale nie to przesądziło, że nie startują. Raczej chęć uniknięcia personalnej przegranej. Sondaże wskazują, że prezydent Bronisław Komorowski spokojnie pozostanie ojcem narodu przez drugą kadencję. Stare wygi chcą, jak to się mówi, coś ugrać na tym wydarzeniu, więc walczą o drugą turę, tj. o jak najdłuższą obecność spikera swojej partii na antenach wszystkich polskich telewizji, bo to przygotowanie do wyborów parlamentarnych. Młodzi są tu wygodnym instrumentem realizacji ambicji politycznych wodzów.

Proszę jednak spojrzeć na to zjawisko z innej strony. Młodzi z różnych partii bez mrugnięcia okiem przyjmują rolę skazanych na wyborczą klęskę. Dlaczego jednak startują? Bo dla nich to szansa wyskoczenia w górę, mocnego zaistnienia w sferze publicznej, zdobycia, tak cenionej dziś u polityków, rozpoznawalności. Polskie partie nie wypracowały ścieżki szkolenia i awansowania młodej kadry, jeśli pominąć noszenie teczek za posłem czy innym funkcyjnym w partii. Długoletni liderzy nie mają zwyczaju przygotowywania swoich następców, a otaczający ich aparat partyjny robi wszystko, by nie dopuścić do głosu zdolniejszych, dążących do zmian, z pomysłami. Jestem przekonana, że w każdej partii są tacy ludzie lub mogliby się znaleźć, gdyby nie swego rodzaju sanitarny kordon

doświadczonych działaczy. Partie, zwłaszcza te duże, rozgrywające, nie są zainteresowane przyjmowaniem nowych członków, bo to potencjalna konkurencja utrudniająca wejście na listy wyborcze i objęcie lukratywnych stanowisk w administracji państwowej lub w zarządach spółek Skarbu Państwa. Tu nikt nie chce zmiany. Dlatego na ekranach telewizyjnych oglądamy ciągle te same twarze. Marszałek Niesiołowski czy Ryszard Czarnecki są specjalistami w każdej dziedzinie życia.

Młodzi na własną rękę szukają swojego miejsca w partii. Ich los zależy od ludzi, którzy mają dostęp do ucha wodza. Każda okazja jest dobra, żeby być zauważonym, każda też – by wyjść na zewnątrz. Jeszcze się pod pokrywą nie gotuje, ale patrząc na listę kandydatów na prezydenta RP, widzę zarys pokolenia, które świadomie wykorzystuje tę okazję, żeby precyzyjnie się przez nieprzychylną partyjną magmę i wreszcie zająć miejsce w świetle jupiterów telewizyjnych, choćby na czas wyznaczony kampanią prezydencką. Nie wykluczam, że dzięki ich obecności w mediach nastąpi pewne poruszenie, pojawią się nowe wątki, nowy język, a może nawet nowe treści? Komentatorzy i analitycy sceny politycznej zacierają ręce. Dziennikarze szykują nowe formaty debat politycznych. Już teraz rośnie napięcie w oczekiwaniu na kolejne pojawienie się kandydatki SLD. Musi przywdziać bardzo grubą skórę. Co przyniosą debaty wyborcze? Jako niepoprawna idealistka zakładam, że podwyższenie ich poziomu. Padną zapowiedzi zmian, pojawią się wizje aktywnej prezydentury, obietnice socjalne, a może coś więcej? Nośne hasło, które chwyci? Może któryś z młodych kandydatów nagle zadziwi intelektem, powagą, celnością widzenia problemów polskich? I bardzo dobrze. Młode pokolenie powinno jak najszybciej wchodzić do polityki. Tylko, czy przy okazji takiego wydarzenia jak wybory prezydenta RP? Konfrontacja sprawdzonego, doświadczonego politycznie kandydata, zapewniającego *status quo*, a więc względny spokój, z ruszającymi do boju stosunkowo mało rozpoznawalnymi politykami młodszego pokolenia daje zawsze przewagę temu pierwszemu.

Czy ci młodszy kandydaci, po takim doświadczeniu, awansujący na wyższe szczeble (raczej nie prezydenckie) staną się agentami zmian? Chciałabym w to wierzyć. Większość polskiego społeczeństwa potrzebuje zmian, natomiast większość klasy politycznej skutecznie się przed nimi broni. ■

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

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

Zgłoszenia i szczegółowe informacje u organizatorek:

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

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



# 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 dentysta, 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 dentystów,

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

Lekarz lub lekarz dentysta, 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 dentysta:

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

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

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

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

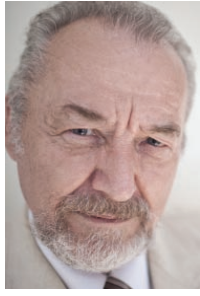
## Przypominamy o obowiązku zgłaszania następujących informacji:

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

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

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

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



Fot. M. Stankiewicz

# Szlachectwo zobowiązuje

Krzysztof Schreyer,  
przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą ORL

Na jednym z posiedzeń ORL, w czasie realizacji punktu dotyczącego wyboru nowych członków Kolegium Redakcyjnego „Pulsu”, doszło do krótkiej, ale żywej dyskusji na temat naszego miesięcznika. Zaskoczył mnie, nie po raz pierwszy, dziwny brak klarowności w wypowiedziach niektórych dyskutantów, którzy – jakoby krytyczni – sugerowali zmiany, nie umieli jednak przedstawić konkretnych zarzutów. Byłoby to trudne, bo „Puls” cieszy się opinią najlepiej redagowanego spośród kilkunastu izbowych biuletynów.

Jak zwykle oprócz oficjalnej dyskusji odbywała się cicha, słusznie tłumiona przez prowadzącego obrady, dyskusja „szemrana” z sąsiadami lub sąsiadami sąsiadów.

Nie zapominając o tym, że członkowie ORL nie są osobami przypadkowymi, lecz wybieranymi najpierw w swoich rejonach, a następnie w głosowaniu na zjeździe wyborczym, powinienem sądzić, że ich poglądy odzwierciedlają, choćby w części, poglądy elektoratu. Musi więc być w nich także zawarta prawie „odruchowa” krytyka izb, krytyka istniejąca niemalże od chwili ich reaktywacji, narastająca, w miarę jak zawodziły ogromne nadzieje wynikające z naiwnej wiary w omnipotencję samorządu.

Z tychże „szmerów” w swoim najbliższym otoczeniu wynioskowałem, że „Puls” powinien być bardziej biuletynem dostarczającym rzeczowych informacji (prawnych, organizacyjnych?), niż miesięcznikiem wzbijającym się na publicystyczne i edytorskie wyżyny. Szepnąłem naiwnie, że te informacje są stale umieszczane, a ich odszukanie wymaga jedynie otworzenia przyslanego do domu egzemplarza. Zorientowałem się jednak szybko, że głosy krytyki „Pulsu” były raczej nieliczne i nieśmiałe. Zastanowiły mnie jednak z innego powodu. Otóż mogły nieświadomie uwiarygodnić podstawowy problem dotyczący funkcjonowania izb lekarskich.

Prawie 20 lat temu jeden z liderów naszego samorządu poprosił mnie o zredagowanie tekstu do folderu o NIL, pokazującego, czym jest i jak działa ta instytucja. Moja praca, może zbyt obszerna, nigdy nie ujrzała światła dziennego, ale dobrze pamiętam pytanie, które umieściłem na końcu, dotyczące drogi, którą pójda izby lekarskie w Polsce. Czy będzie to raczej droga związkowa, z walką o sprawy bytowe na pierwszym miejscu, czy też droga korporacyjna, którą teraz chętniej nazwałbym „koleżeńską”, bo nie ma ona z biznesowymi korporacjami nic wspólnego.

Niestety, nawet drobne imponderabilia wskazują na zamieranie ducha koleżeństwa, czego symbolem, oczywiście nikłym, może być zanikanie w naszych relacjach słowa „kolega”.

Tymczasem warto sobie uświadomić, że wbrew wszystkim po kolei władzom, pragnącym uczynić z nas tylko urzędni-

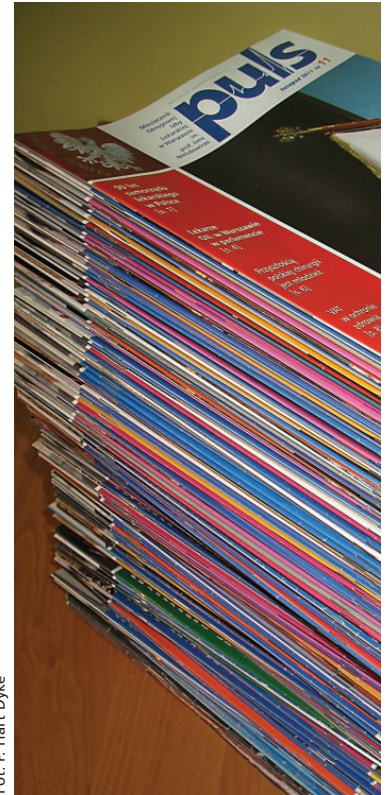
ków i najemników, uprawiamy zawód wyjątkowy i nie powinniśmy z tej wyjątkowości rezygnować. Mamy przecież do czynienia, jak to kiedyś pisałem, z ludźmi, a nie z zepsutymi samochodami. Tylko że *noblesse oblige*, czyli szlachectwo, zobowiązuje. Tymczasem życie zgodne z tą zasadą nie rodzi się samo z siebie. Musimy sobie pomagać, musimy się w swoim środowisku wychowywać. Były wśród nas i są nadal jednostki wybitne, budzące podziw swą humanistyczną postawą. Jeśli czujemy, że liczba mistrzów boleśnie maleje, powinniśmy tym bardziej o nich wiedzieć. Potrzebne są nam wzory, bo nawet jeśli nie potrafimy im sprostać, to są one jak drogowskazy mówiące o tym, która droga jest dobra, a którą należy omijać. Są też zbiorowe działania, o których powinniśmy być poinformowani, aby czasem, a nuż, dołączyć.

Ktoś, kto myśli o sobie jako o usługodawcy, zachowuje się jak usługodawca, kto da narzucić sobie wizerunek dbającego tylko o zarobek wyrobnika, zachowuje się jak wyrobnik, ale kto myśli o sobie jak o członku szlachetnego stanu, stara się zachowywać godnie. Sądzę, że „Puls”, pokazując i historię, i terażniejszość stanu lekarskiego, służy idei dobrze rozumianego koleżeństwa. Tej idei, zapisanej nieco innymi słowami, powinny służyć izby lekarskie. Tak mi się w każdym razie wydaje. Oczywiście życie pokazuje, że nigdy nie osiąga się ideału, ale warto go dostrzegać i do niego dążyć, nawet z beznadziejnym uporem Syzyfa.

Walka o prawa – tak!, walka o godne życie – tak!, ale – jak mawiali nieocenieni starożytni – *Quid leges sine moribus*, czyli w luźnym tłumaczeniu: *Cóż warte prawa bez obyczajów!*

Łączy się to z trudną walką o autorytet, o czym, jeśli los i redakcja pozwolą – kiedy indziej.

PS Zapewniam, że ów artykuł, choć po części pochwalny, nie powstał na zamówienie, lecz z potrzeby serca. ■



Fot. P. Hart Dyke





# Pokotem

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Leżymy? Jeden z naszych dziennikarzy został w Internecie zaatakowany przez purystę językowego (który moim zdaniem bardziej jest obcym politycznym agentem wpływu niż obrońcą mowy polskiej), że w reportażu z płonącego Doniecka napisał, iż na tamtejszym lotnisku „w wyniku walk budynki, samoloty legły pokotem i nie tylko ludzie tam giną”. „W końcu budynki i samoloty to rzeczy – twierdził ów recenzent naszej prasy – a wyraz pokotem odnosi się tylko do ludzi”. Obawiam się, że akcja purysty przeciwko reportażyście się nie udała. Strzelał ze swej procy ktoś, kto słabo zna język polski. Ale też przypominam sobie, że swego czasu pewna pani redaktor zadała Lekarowskiemu Poradnikowi Językowemu (www.lpj.pl) pytanie, czy *siano może leżeć pokotem*, a ostatnio ktoś w telewizji powiedział o *leżącym pokotem sprzęcie kopalni* i się tych słów przestraszył, zaczął się poprawiać.

Niesłusznie. Można przecież powiedzieć, że *budynki, samoloty, siano, sprzęt legły, położyły się* itd. *pokotem*, i będzie to poprawne, ponieważ przysłówkę odrzeczownikowy *pokotem* odnosi się zarówno do grup (zbiorów) istot żywych, jak i rzeczy nieożywionych lub martwych, a więc przykładowo do ludzi, psów, mrówek, drzew, trawy, siana czy choćby porzuconych kijów golfowych i przewróconych domów w zbombardowanym mieście, bo i z takim trafnym a silnie nacechowanym ekspresją użyciem wielokrotnie się spotkałem.

Mówimy tak o obiektach leżących ciasno obok siebie. Ponadto wiele zależy od perspektywy, z której tworzy się opis. Jeśli opowiadający ogląda rzecz przez lupę, to z jego punktu widzenia leżące pokotem mrówki nie powinny być niczym niezwykłym, ale ponieważ takie zdania są rzadkie, niektórzy będą twierdzić, że również niepoprawne. Tymczasem to, że czegoś nie ma w słownikach, nie znaczy, że tego nie ma wcale.

Wyraz *pokotem* jest bardzo stary, a znaczy «w ciasnym rozłożeniu zbioru po kolei na podłożu». Nie może leżeć pokotem jedna osoba, jeden zwierz, musi być ich co najmniej kilka.

„Inny słownik języka polskiego” pod redakcją Mirosława Bańki (2001) podaje, że ‘pokot to zwierzęta zabite podczas polowania i ułożone jedno obok drugiego, według hierarchii łowieckiej. Słowo używane przez myśliwych’. Słownik Karłowicza, Kryńskiego i Niedźwiedzkiego (1902) sugeruje, że wyraz *pokot* jest połączeniem przyimka *po* i wyrazu *kot*, który dawniej (por. „Pan Tadeusz” Mickiewicza) oznaczał, a obecnie już tylko w gwarach znaczy «zając» (kot polny). Zatem wyraz *pokot* pierwotnie miał znaczenie «zając PO zając w układzie rządowym», później rozszerzone na inne obiekty, w tym na ludzi.

Dziś dla *pokotu* znajdujemy synonim *rozkład*, a także wiemy, że można *paść, lec, kłaść się, kłaść (kogoś, coś), położyć (kogoś, coś) pokotem*, a nawet (gwarowo) *ułożyć, położyć (kogoś, coś) w pokot*. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby pewnego dnia język ogólny wyrażenie *w pokot* zapożyczył z gwary łowieckiej, tak jak nader często przejmuje wyrazy i terminy z języka medycznego. ■

http://www.lpj.pl



Fot. A. Dziarczykowska-Kopec

## Zimo

Cóż myślisz sobie Zimo  
żeś wrócić raczyła,  
że się w tobie kochamy?  
Czy, że jesteś miła?  
Czy lubimy snowboardy  
i narty na stoku  
oraz słońca promyczki  
i wyciąg o zmroku?  
Jesteś piękna za oknem  
w puchowej sukience  
ale przy odśnieżaniu  
przemarzły mi ręce.

5.02.2015

Przyjść, zrobić awanturę  
– codziennie jest gotowa  
My jej to wybaczymy  
– to przecież „chora głowa”  
Nagrywa na telefon  
ze złością cedzi słowa...  
My i to wytrzymamy  
– bo to jest „chora głowa”...  
I skargę nabazgroli  
– roześle – o tym mowa  
ma wtedy satysfakcję  
– No tak jak „chora głowa”  
A przecież cham zwyczajny  
pod hasłem tym się chowa  
to „clasic Pitekantrop”  
nie żadna „chora głowa”.

22.11 2014

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



# Łoś w Krakowie

Sytuacja jest poważna. W połowie lutego 2015 r. Snieżanej proveniencji łoś zaczął się przemieszczać po Krakowie, głównie w rejonie Prądnika (a więc od strony Warszawy), lekko ośmieszając ekipę łowczych, która po tygodniu bezskutecznego pościgu straciła parcie na szkło (podobnie jak „szkło” na mało efektywnych łowczych). W dodatku łoś, proszę Czytelników, największy ssak jeleniowaty w Polsce, nie tylko objęty jest całoroczną ochroną (a więc zakazem odstrzału), ale też porusza się żwawo (do 60 km na godzinę), jest bardzo zwrotny i mimo sporej masy ciała (500–700 kg) potrafi zręcznie się ukrywać. Jak i kiedy się to wszystko skończy?

A sytuacja jest poważna, bo Państwo jeszcze macie w pamięci węże boa i pytona tygrysięgo buszujące po parkach stolicy, potem watahy wilków w Bieszczadach, niedźwiedzicę spacerującą po Dolinie Chochołowskiej, a w końcu pikietę rolników blokujących drogi pod Siedlcami, domagających się przerzedzenia hord dzików zagrażających mieszkańcom Wawra, Bielani, Białołęki. Nawet rząd się zachwiał.

Zaczynam od łosia, bo mi smutno. Odszedł bowiem ktoś spośród lekarzy Krakowa, kto nie sprawował żadnej znaczącej funkcji, a równocześnie zapisał się w pamięci pokolenia tak trwale, że akademicka kolegiata św. Anny, mimo zimowej aury, pękała w szwach podczas pogrzebu. Zmarł

bowiem niespodziewanie, podczas podróży służbowej, profesor Olgierd Smoleński. Człowiek niezwyklej osobowości, arystokrata ducha, dżentelmen, a w latach młodości poeta, aktor studenckiego kabaretu Cyrulik (z którego wyszła Ewa Demarczyk, a w którym Franciszek Serwatka wylansował piosenkę „Konik, z drzewa koń na biegunach”), a zarazem prezes Rady Uczelnianej Zrzeszenia Studentów Polskich Akademii Medycznej.

Role, które pełnił, zdawałoby się nie były do połączenia, ale bywało, że ów profesor na egzaminach specjalizacyjnych pytał o utwory Czechowa i ostatnie premiery teatralne. Jednocześnie jako nauczyciel akademicki Kliniki Nefrologii CM UJ, jako wieloletni ordynator i organizator tejże w Szpitalu im. L. Rydygiera, jako założyciel znaczącej Fundacji Amicus Renis i organizator największych w kraju „Dni Dializoterapii”, jako redaktor i wydawca kwartalnika „Dializa i Ty”, jako uwielbiany przez pacjentów lekarz – był kimś, jakby nie z tego już świata, powalającym elegancją, klasą, a jednocześnie wrażliwością na każdy ból, nie tylko fizyczny. Po tym odejściu chciałoby się powtórzyć za W. Audenem: „*Niech staną zegary, zamilkną telefony (...) i w miękkiej werbli ciszy wynieście trumnę*”.

A Izba liczy dni do Okręgowego Zjazdu „budżetowego” i uroczystości 25-lecia odrodzonego samorządu. Właśnie przejrzałem pierwszy numer „Biuletynu Lekarskiego” wydanego przez dr. Jana Kowalczyka w 1989 r., na powielaczku, na dwóch kartkach A4, przełamanych na pół. A na nich skład pierwszej Okręgowej Rady, wyłonionej na pierwszym zjeździe, pierwszy regulamin obrad i pierwszy komentarz pierwszego wybranego wtedy prezesa ORL, dr. Jana Ciećkiewicza.

Wiele nazwisk „wyparowało” już z pamięci. I zniknęło, jak zniknie ten łoś. Ale wiele pozostało, zapisując złotymi zgłoskami swoją obecność. I tamtym, i tym należy się pamięć. ■

Stefan Ciepy



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

**1.03.2015 r., środa, godz. 18.00**

**Wieczór przedwojennych szlagierów**

**Prowadzenie i prezentacja starych nagrań na patafonie „Columbia” z 1928 r. – Tomasz M. Lerski**

**18.03.2015 r., środa, godz. 18.00**

**W moim domu – wieczór autorski Romana Ziemiańskiego – wirtuoza gitary klasycznej, barda, kompozytora**

**25.03.2015 r., środa, godz. 18.00**

**Europejska Wielkanoc – prelekcja i projekcja multimedialna Krzysztofa Dworczyka – pisarza i podróżnika**



# Moje adresy cz. 6

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

Irena Ćwiertnia-Sitowska

Mama usilnie starała się o przydział mieszkania. W lipcu 1942 r. otrzymała w końcu lokal znajdujący się w domu na terenie dawnego getta. Jego obszar zmniejszono, jednych Żydów wywieziono do obozów, innych zamknięto na przeludnionym do niewyobrażalnych granic terenie. Mieszkanie znajdowało się przy ul. Przebieg 1, było w bardzo złym stanie. Zarobaczone, brudne, ze ścianami pomalowanymi ciemnogrnatową olejną farbą. Wymagało odrobaczenia, co czyniono zwykle za pomocą świec dymnych, oraz gruntownego remontu. Dziadkowie sprzedali rodzinne precjoza, m.in. mój turkusowy komplecik, aby uzyskać fundusze na doprowadzenie mieszkania do jakiegoś takiego stanu. Po remoncie zamieszkałam z mamą w dwóch dużych pokojach z kuchnią i toaletą. Nasza radość nie trwała długo. We wrześniu 1942 r. podczas sowieckiego nocnego nalotu dach budynku oraz czwarte piętro zostały poważnie uszkodzone. W naszym mieszkaniu, mieszczącym się na trzecim piętrze, popękały sufity, a ze ścian osypał się tynk. W październiku udało się jeszcze urządzić moje 21. urodziny – stanowiące w tym okresie o pełnoletności. Przybyli goście: babcia Józia, dziadzius Jan, kierownik z pracy mamy – Leon Rykowski (wielokrotnie interweniował u władz niemieckich o przydział mieszkania) oraz moi koledzy ze Szkoły doc. Jana Zaorskiego: Bogusia Folfoszyńska, Hania Lange, Janek Horbowski, Irka Wicherkiewicz, Jurek Ernest i Jerzy Jędrzysek. Zaprosiłam też Jurka Brzezińskiego (po wojnie został profesorem neurochirurgii w Łodzi), ale gdy dowiedział się, że na przyjęciu będzie Jerzy, nie przyszedł, tylko przez posłańca przysłał bukiet kwiatów.

Podczas obfitych opadów na jesieni i w zimie do mieszkania przedostawała się woda. Ogrzewaliśmy je kozą postawioną w salonie. Życie było coraz bardziej uciążliwe. W zimie na przełomie 1942 i 1943 r. znacznie nasilił się terror okupanta. Coraz częściej zdarzały się łapanki na ulicach, chodzenie po mieście stawało się niebezpieczne. Często z tego powodu nocowałam u dziadków, przy ul. Focha 6.

Mama do połowy lutego 1943 r. wegetowała w domu przy ul. Przebieg. Nie było dla niej miejsca u dziadków, gdyż oprócz mnie mieszkała tam jeszcze uczennica gimnazjum pobierająca naukę na tajnych kompletach (kształcenie po szkole podstawowej było zabronione). Gdy topniejący lód spływał do pokoi, zmuszona byłam nocować u koleżanek biurowych.

W lutym pracownicy Poczty Głównej przechwycili obciążające mnie anonimy, napisane przez zazdrosną koleżankę, wysłane na ul. Szucha, do gestapo.

W lipcu 1943 r. mama otrzymała klucze do lokalu nr 25, na czwartym piętrze, przy ul. Puławskiej 83. Wcześniej mieszkanie zajmowało ukrywające się małżeństwo żydowskie, które Niemcy wytropili i wywieźli do obozu. Z trudem wnosiliśmy na to czwarte piętro kubły z węglem. Z Puławskiej jeździłam rano na Pragę, do Szpitala Przemienienia Pańskiego przy ul. Sierakowskiego 7 (tam był przeniesiony szpital).



Fot. archiwum rodzinne

Budynek przy Floriańskiej zajęli Niemcy dla swoich żołnierzy. Gdy nie mogłam zdążyć na Mokotów przed godziną policyjną, nocowałam u dziadków, powiadomiwszy wprzód mamę, która miała telefon w biurze.

Po wielu latach dowiedziałam się, że w domu przy Puławskiej 83 przez półtora miesiąca ukrywał się Władysław Szpilman. Mieszkał naprzeciwko nas, pod numerem 23. 1 sierpnia 1944 r., w dniu wybuchu Powstania, rano mama poleciła mi pozostać w domu, gdyż miał przyjść inkasent z gazowni. Pojechała do biura w gmachu ZUS, przy ul. Czerniakowskiej. Po wyjściu z pracy nie mogła się przedostać do domu, gdyż na rogu Rakowieckiej zbudowano bunkry. Przez cały czas Powstania koczowała w bramach i na klatkach schodowych przy ul. Marszałkowskiej. Mieszkając przy Puławskiej, nic nie wiedziałam o dziadkach ani o mamie. Początkowo nocowałam w przedpokoju, położonym centralnie w mieszkaniu. To miejsce wydawało mi się najbezpieczniejsze. Po kilku dniach rozpoczęły się groźne bombardowania i silny ostrzał. Pociski zwane „krowami” lub „szafami” podczas lotu wydawały charakterystyczny dźwięk. Przeniosłam się do sąsiadki na parter. Spałam na leżaku. Pierwszego dnia Powstania Zbyszek Klein, syn sąsiadki z pierwszego piętra, został ranny w udo. U Sióstr Elżbietanek założono mu gips na całą kończynę, pozostawiając duży otwór umożliwiający zmianę opatrunków. Codziennie rano opatrywałam mu ranę. Materiały przynosiła łączniczka ze szpitala przy ul. Goszczyńskiego. Miałam zamiar przenieść się na teren szpitala, ale dyrektor polecił, bym została na miejscu i udzielała pomocy rannym.

Z Kościoła św. Michała przychodził ksiądz Edward Wojda i odprawiał mszę świętą w piwnicy. Podczas nabożeństwa 24 września rozpętało się piekło. Na głowy posypał się gruz i pył. Musieliśmy się ponakrywać kocami. Wydawało się, że za chwilę nadejdzie nasz koniec. Błagaliśmy Boga, by nas ocalił albo zakończył mękę. Sytuacja była tragiczna, nie mieliśmy nic do jedzenia, a przede wszystkim brakowało wody. ■



Fot. egw

# Homo homini res sacra

Tadeusz Tołłoczko

**fragmenty**

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)  
Seneka

Osoby wierzące zadać mogą pytanie, dlaczego Bóg dopuszcza człowieka do takiej wiedzy, która otwiera drogę do nadużyć? Dobrze wiemy, że przecież każdej wiedzy można nadużyć, nawet tak prostej, że kamień jest twardy, a ogień spala. Odkrycie sekretów fizyki jądrowej umożliwiło zbudowanie bomby atomowej i doprowadziło do wielu groźnych wybuchów, ale pozwoliło na szerokie wykorzystanie tej dziedziny wiedzy dla dobra ludzkości. Toteż osiągnięcia nauki i techniki napawają optymizmem. Jednak Albert Einstein z pozycji *ex post* stwierdził: „Gdybyśmy wiedzieli, co robimy, nie nazwalibyśmy tego nauką”. Przytoczę też inną jego myśl: „Najważniejszych problemów, przed którymi stoimy, nie da się rozwiązać na tym samym poziomie myślenia, na jakim je stworzyliśmy”. Bowiernie niepokój budzi moralny relatywizm związany z tymi osiągnięciami.

Wobec tylu wątpliwości i występującego ryzyka, czy nie lepiej jest jednak zapewnić sobie kontrolę i decydujący wpływ na wykorzystanie tych osiągnięć, rozwiązując problemy „na innym poziomie myślenia” – na poziomie moralności?

Kłopoty techniczne związane z klonowaniem będą z pewnością stopniowo usuwane. Ujawniać się więc będą nowe problemy moralne, a z tym zarówno nadzieje, jak i zagrożenia dla jednostki i dla społeczeństwa, a także gatunku. Jednak wobec możliwych niezwykłych korzyści klonowanie i inne procedury molekularne, podobnie jak „człowiek z probówki”, szybko tracą charakter innowacji, sensacji i zagrożenia. Dlatego nikt nie rozważa ceny, jaką trzeba zapłacić za aktualne i planowane osiągnięcia. Czy nie jest to droga kreowania postępu cywilizacyjnego bez humanizmu? Czy człowiek kierujący się w życiu samym tylko rozsądkiem nie myli się częściej?

Od wynalazku koła i ognia nie ma jednak odwrotu. Raz odkrytych praw przyrody i prawdy nie da się ukryć. Orwellowskie prawo przyszłości mówi, że: „każda nowa technologia, która może zostać wypróbowana, zostanie pewnego dnia wypróbowana”. Podobnie sądził również Czesław Miłosz, stwierdzając, że „nie ma odwrotu od następstw nowoczesnej wiedzy rozpętującej reakcję łańcuchową w odkryciach naukowych”. Dlatego więc światopogląd naukowy dziś już nikt ignorować nie może i zdawać sobie musimy sprawę, że nauki i naukowców nie można myślowo ani uwięzić, ani okiełznać. Przypomina mi się aforyzm Stanisława Jerzego Leca, który przynajmniej w części może mieć zastosowanie: „Czy jest to postęp, gdy kanibal zaczyna używać widelca i noża?”.

Poza nakładami finansowymi ileż inwencji twórczych i talentu wymagają prowadzone badania. Ale czym jest „talent, a nawet geniusz bez mądrości”, bez wizji moralnych zagrożeń związanych z tymi odkryciami?

Już Konfucjusz mówił: „Wiedzieć, że się wie, co się wie, i wiedzieć, że się nie wie tego, czego się nie wie – oto prawdziwa wiedza”. Myślę jednak, że to, o czym wiemy, że nie wiemy, jest ultramikroskopijną cząstką tego, czego nie wiemy, że nie wiemy. A nauka z kolei „wie, czym jest, ale

nie zawsze wie, czym być powinna”, ponieważ nie posiada metody decydującej o tym, co jest etyczne, a co nie. Dlatego myśl etyczna nie podąża za rozwojem cywilizacyjnym. Rozwój ten nakłada ograniczenia na myśl etyczną i wymusza z kolei zakres i drogi jej rozwoju. Finalnym skutkiem nauki powinno być bowiem tylko dobro człowieka. Ludzie nauki są z jednej strony skazani na ciekawość i wieczne jej niezaspokojenie, a z drugiej – należą do bardzo dyspozycyjnych wobec pieniędzy i władzy. Bardzo głębokie konsekwencje ma również fakt, że miejsce dawnych mędrców zajęli eksperci, podszywający się pod ich miano.

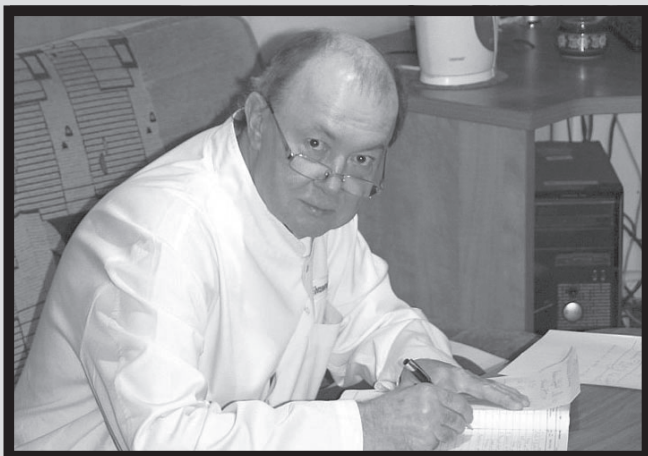
Stanowisko wobec klonowania i innych procedur molekularnych w bardzo dużym stopniu zależy od światopoglądu i wyznawanej wiary. Dla osób, które wierzą w istnienie Boga, życie jest celem przedostatcznym. Akceptacja pojęcia świętości życia jest najczęściej konsekwencją wiary w Boga. Dla niewierzących życie jest różnego stopnia wartością, ale nie najwyższą, skoro można je (najczęściej cudze) poświęcać celom utylitarnym. Dla osób, które nie wierzą w istnienie Boga, życie jest celem ostatecznym i tylko formą istnienia białka. Ani metafizyczny sens życia, ani metafizyczne idee nie są dla nich do zaakceptowania. Ważna jest tylko biologiczna egzystencja, uzbrojona w zmysły i myśl z możliwością wzbogacenia poczuciem miłości, piękna, dobra.

Wszystko ma charakter bardzo doczesny i chwilowy, zwłaszcza w odniesieniu do wieczności. Dlatego wiodącym kryterium, sensem i celem życia nie jest jego wartość, lecz jakość życia, w tym oczywiście stale rosnąca potrzeba konsumpcji. Czy nie oznacza to, że człowiek, już nie jako stworzenie, ale jako twór, staje się istotą bezsensowną w bezsensownym świecie? Ale sens życia jest „...niemożliwy do zrozumienia bez absolutnego punktu odniesienia” (C. Miłosz). Czy nie oznacza to, że ludzie to takie „nicoście”, które w końcu rozplywają się w nicości raz na zawsze (myśl C. Miłosza). Czy nie jest to taki światopoglądowy i moralny daltonizm połączony z krótkowzrocznością, bez chęci dociekania tego, co jest „za horyzontem”?

Niewątpliwie nie ma prostych odpowiedzi na pojawiające się wątpliwości, także odnośnie do wiary, ale proces wątplenia chroni nas jednak przed zwątpieniem i postawą pełnej negacji. Spotkałem osoby niewierzące, które przyznają, że jest wiele argumentów przemawiających za potrzebą wiary w Boga, choć ich zdaniem Bóg nie istnieje. Ale przecież rozum potrafi nie tylko wierzyć, ale także zaakceptować twierdzenia teologii lub etyki jako wyrażające prawdę i sens. Tak więc światopogląd zmienia poczucie i rozumienie sensu istnienia, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Ze względu na nie państwo powinno funkcjonować w oparciu o porządek naturalny. Obowiązywać powinien liberalizm światopoglądowy, ale nie w obniesieniu do wartości najwyższych, jakimi są życie, zdrowie, sprawiedliwość, sumienie i wolność.

Dla wierzącego życie jest epizodem, a dla niewierzącego epilogiem ludzkiego istnienia, ze wszystkimi tego następstwami. ■





## Sławomir Frunze (1955–2014)

9 listopada 2014 r. zmarł doktor Sławomir Frunze. Suma przewlekłych obciążeń zdrowotnych z przeszłości i kaskada powikłań w ostatnim akcie choroby sprawiły, że niedana Mu była szansa. Cud niestatystycznego wyroku losu nie wydarzył się. Był chirurgiem i zmarł wśród chirurgicznej nawafnicy zakończonej klęską, bo wróg był silniejszy i liczniejszy.

Wyjąwszy krótki okres burzliwej i ostatniej choroby, do końca był, jak zwykle, bardzo aktywny zawodowo. Odszedł wkrótce po przekroczeniu średniego wieku dla środowiska chirurgów – 59 lat. W tym statystycznym sensie wypełnił swoją misję. Całe zawodowe życie przepracował w Klinice Chirurgii Ogólnej (później także Naczyniowej) i Transplantacyjnej SPSK WUM przy ul. Banacha w Warszawie.

I tak oto dopełnił się los kolegi, o którym mogę powiedzieć, że wielkim chirurgiem był. Nie mam żadnej miary, aby wymierzyć ten przymiotnik i nadać mu wartość obiek-

tywną, ale przeważająca większość społeczności lekarskiej, o zasięgu wykraczającym poza Jego miejsce pracy, tak twierdziła. Ja też będę się upierał, że był Sławek bodaj najlepszym ze znanych mi chirurgów.

Zaraz zachnie się wielu, że nie sztuka być dobrym lekarzem i operatorem, trzeba się jeszcze, panie dzieju, ubrać w prestiżowe funkcje, nadmiarowe tytuły i zaszczytne stanowiska, aby na tej podstawie móc udowodniać za życia i po śmierci, że wniosło się coś, czego nikt inny jeszcze nie dokonał ani nie wymyślił. Przy wszystkich talentach, w jakie dr Sławomir był wyposażony, brakowało Mu instynktu dążenia do kariery naukowo-administracyjnej. To Mu nie było dane, ale też i nie spotkał na swojej drodze zawodowego ojca duchowego, który zadbałby o tę stronę profesjonalnego rozwoju.

Nie zmienia to odczucia, że środowisko lekarskie i pielęgniarskie szpitala przy Banacha (i dużo, dużo szerzej) straciło jednego ze swoich liderów.

– *Szkoda Sławka, szkoda naszej młodości* – jęknął jeden z naszych (starszych) kolegów na wieść o końcu Jego życiowej i zawodowej drogi. Największą jednak stratę poniesie obecna młodzież chirurgiczna, bo pomijając wszelkie rzeczy, których nie powinna się od Niego uczyć, takiej dezynwoltury operacyjnej, takiej potoczności i pewności w kontaktach z chorymi i ich rodzinami, takiej sprawności towarzyskiej w kontaktach z otoczeniem i takiej pozytywnej zawodowej energii, nieprędko doświadczą i pewnych unikalnych zachowań się nie nauczą. A szkoda.

Dr Frunze na oddziale i na sali operacyjnej był klinicystą energicznym, wyrazistym i kreatywnym. To była bardzo dobra szkoła bycia lekarzem – dowódcą oddziału walczącego z chorobą. W swoim temperamencie klinicysty i w swojej lekarskiej sylwetce był świetną antytezą tych wszystkich korporacyjnych, załężnionych doktorków, urzędników NFZ doskonalących sztukę niepodejmowania decyzji, zlecenia nadmiaru niepotrzebnych badań i konsultacji oraz takiego wypełniania historii chorób, która oddali od nich jak najwięcej odpowiedzialności. Był chi-



## Barbara Zawirska-Roefler-Zboromirska (1921–2014)

Lekarz pediatra, nauczyciel akademicki, całe życie zawodowe związana z warszawską Akademią Medyczną (obecnie Uniwersytet Medyczny).

Urodziła się w Warszawie i tu spędziła szczęśliwe dzieciństwo.

W czasie Powstania Warszawskiego była sanitariuszką. W 1940 r., po maturze zdanej na tajnych kompletach, rozpoczęła naukę w Szkole Zawodowej dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego prowadzonej przez doc. Jana Zaorskiego. Pod tym szyldem kryła się placówka, w której przerabiano program studiów medycznych. W 1942 r. podjęła naukę na tajnych kompletach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom lekarza medycyny uzyskała w 1946 r.

Po krótkim, rocznym epizodzie pracy w Sanatorium Dziecięcym w Łagiewnikach pod Łodzią wróciła do Warszawy. Została zatrudniona w zorganizowanej przez prof. dr. med. Władysława Szenajcha Klinice Propedeutyki Pediatrii na Oddziale Pediatrycznym przy Wydziale Lekarskim, przy ul. Działdowskiej. Była to nowatorska, twórcza praca, wprowadzająca do studiów lekarskich naukę o rozwoju dziecka, profilaktyce, potrzebach psychospołecznych małego pacjenta w zdrowiu i chorobie. W tej klinice dr Barbara przechodziła kolejne szczeble – od asystenta do zastępcy kierownika kliniki. Włączyła się w prace naukowe i społeczne związane z sytuacją i rozwojem dzieci w różnych środowiskach: w rodzinach naturalnych, zastępczych i adopcyjnych. Współpracowała przez wiele lat z Ośrodkiem Adopcyjno-Opiekuńczym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Efektem była praca doktorska obroniona w 1962 r.: „Ocena i stan aktualny rodzin opiekuńczych w Polsce”. Uczestniczyła w opracowywaniu metod prognozy rozwojowej dzieci kwalifikowanych do adopcji i rodzin zastępczych, i śledziła ich

rurgiem samodzielnym i pewnym, i te przymioty pozwalały Mu mieć swój własny, wyrazisty styl. Jeszcze za Jego życia i w świeżych wspomnieniach ktoś powiedział, że był chirurgiem „starej daty”, zarówno w tych godnych przekazywania uczniom nawykach, jak i w tych domagających się potępienia i przestrogi dla młodzieży. Miał zanikającą ostatnio dość szybko cechę – lojalność w stosunku do kolegów.

Był tradycyjnie, po lekarsku, a nie „po urzędniczemu”, opiekuńczy dla chorych. W kontaktach z chorymi i ich rodzinami miał swój indywidualny styl. Potrafił być radykalnie stanowczy, innym razem kpiarski. Jemu to pasowało i uchodziło, a co najważniejsze – przynosiło dobry skutek w kontaktach z chorymi i służyło ich dobru.

Przede wszystkim jednak miał dr Frunze pozazdrosczenia godną technikę chirurgiczną. W polskim naukowym piśmiennictwie chirurgicznym nie używa się kategorii oceniających jakość techniki chirurgicznej jako warunku oceny skuteczności zastosowanego leczenia. To kryterium źle widziane. Można opisywać, analizować i porównywać wyniki w kontekście zastosowanych kryteriów kwalifikacji lub wyboru metody. Jakość techniki jest parametrem trudnym do zmierzenia, więc nienaukowym. Mówi się niekiedy o „krzywej uczenia” – i to tyle. W piśmiennictwie anglosaskim spotyka się niekiedy termin „*brillant technique*” jako warunek i gwarant dobrych wyników leczenia.

A Sławek miał błyskotliwą technikę operacyjną, był w tej materii wirtuozem, i – żeby pozostać przy tej metaforze – jak każdy artysta miał bardzo szeroki repertuar rodzajów operacji, w których był znakomity.

Kiedyś z dr. Frunze złośliwie komentowaliśmy poczynania naszego komilitona z kliniki, który operując, wyraźnie męczył siebie, chorego oraz otoczenie. Sławek z irytacją ocenił: – *To jest „doktor 10/9”* (ksywka przyjęta się). – *Co to znaczy?* – zapytaliśmy. – *Dziesięć ruchów w polu operacyjnym, z tego dziewięć niepotrzebnych.* To takie znane wszystkim chirurgom przewlekłe machanie rękami, serwetami i narzędziami w rozgrzebanym polu operacyjnym,

rozwój. Równolegle pełniła funkcję pediatry w żłobkach na warszawskiej Woli.

Pracowała do 80. roku życia. Utrzymywała żywy kontakt z „zaorszczakami”, z którymi zawarła głębokie przyjaźnie. Comiesięczne spotkania w Klubie Lekarza były dla Niej świętem. Z racji aktywności w walce z okupantem w czasie II wojny światowej została odznaczona kilkoma orderami i odznaczeniami. Była zaprzyjaźniona z Kazimierzem Lisieckim, „Dziadkiem”, który przed wojną tworzył ogniska wychowawcze dla dzieci ulicy, funkcjonujące do dziś. Bardzo pracowita i sumienna, unikała pochwał i zaszczytów. Oddana całym sercem swoim bliskim, dbała o utrzymanie ścisłych więzów rodzinnych. Wierna w przyjaźni, zawsze gotowa nieść pomoc i wspierać mądrą radą i pociechą, często okraszona żartem, bo miała duże poczucie humoru. Pozostanie na zawsze w naszych sercach i pamięci jako najlepsza przyjaciółka. ■

Teresa Kibalenko i Magdalena Góralska

bez istotnego ruchu do przodu. Przez pewien czas w klinice obowiązywała owa, jakże niekoleżeńska, klasyfikacja. W tej Jego autorskiej klasyfikacji dr. Frunzemu do tytułu zawodowego i stopnia naukowego powinien być przydany zaszczytny człon „10/0”.

Dr Frunze był ofiarą własnej sprawności i jakości chirurgicznej. Uświadomiła mi to jedna z anestezjolożek, która dumając nad końcem Sławka, nagle w przyptywie irytacji nad niesprawiedliwością losu, który odebrał Mu życie, powiedziała: – *Zobacz, cholera, nie warto być dobrym.* Tak, to dobra diagnoza kondycji zawodowej dr. Sławka. Był nieformalnym „lekarzem zakładowym” środowiska pracowników szpitala „na Banacha”. Operował lekarzy, pielęgniarki, ich dalsze i bliższe rodziny, nikomu nie odmawiając pomocy, w ramach zobowiązań koleżeńskich. Wszystkich z tej wielotysięcznej rzeszy pracowników traktował jak przyjaciół, a oni Jego – jak kolegę.

Był rekordzistą liczby rocznie wykonanych operacji. Tak, nie warto być dobrym. Szefowie zwałą wtedy na głowę nadmiar pracy, bo wykona ją szybciej, lepiej, taniej, mniej namarnuje sprzętu, mniej narobi powikłań, mniej nagada, mniej narobi wokół swoich roszczeń szumu.

Inna koleżanka z anestezjologii westchnęła kiedyś, kilka dni po pogrzebie: – *Szkoda, że nie ma już Sławka, tak lubiłam Mu znieczulać.* W tym naszym powikłanym świecie trudnych relacji anestezjologów z chirurgami to bardzo rzadki komplement. I przez to bardzo cenny.

Myslę, że pamięć o Nim stanie się ważną częścią pamięci środowiska chirurgicznego. Jak to zwykle z tą pamięcią bywa, minąć musi nieco czasu zanim się ona ostatecznie ukształtuje. Przy wszystkich swoich zasługach i brakach w formalnym przypisaniu do funkcji administracyjnych, należy się dr. Frunzemu oddanie tej zasługi, która zwykle pojawia się w nekrologach wieloletnich kierowników – był nauczycielem kilku pokoleń lekarzy.

Aby ta pamięć przybrała postać środowiskowej narracji i legendy, ci, którzy Mu dużo zawdzięczają, muszą zacząć sobie przypominać i skojarzyć, że to, kim są teraz, zależy od tych, od których coś dostali, choćby to były tylko tematy do przemyślenia. A od Sławka dostali dużo.

Kiedyś, pamiętam, na dyżurze, w środku nocy, dr Frunze, jako szef dyżuru, zszedł na blok operacyjny dojrzeć guzdrzącą się młodą adeptkę chirurgii. – *No działaj, córko, działaj, do przodu* – napominał. – *W Sochaczewie w tym czasie już zdążyli serce przeszczepić.* ■

Krzysztof Madej







# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

29 grudnia 2014 r. weszła w życie ustawa z 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1915.

31 grudnia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 19 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1963.

Rozporządzenie stanowi, że lekarz w trakcie specjalizacji to lekarz, który:

- a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w pkt. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

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

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 31 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby w Centralnym Biurze Antykoryupcyjnym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1995.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra administracji i cyfryzacji z 31 grudnia 2014 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1994.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 18 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1989.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1986.

**W przypadku świadczenia zakończonego wydaniem karty onkologicznej oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, udzielanych na podstawie karty onkologicznej, w rejestrze są gromadzone dodatkowo dane zgodne z wpisem do karty onkologicznej:**

- wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:
  - a) data sporządzenia,
  - b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych czy świadczeń szpitalnych,

- c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 r.,
- d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi,
  - unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
  - data zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworów, oraz numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów – w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych,
  - kod podejrzenia nowotworu złośliwego lub kod rozpoznania,
  - rozpoznanie histopatologiczne,
  - kody chorób współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta,
  - stopień zaawansowania klinicznego nowotworu złośliwego,
  - kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego,
  - kody badań diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji, uznanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych za obowiązującą,
  - informację, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie,
  - informację o zgodności podejrzenia choroby nowotworowej określonego na etapie diagnostyki podstawowej:
    - a) potwierdzony nowotwór złośliwy z danej grupy,
    - b) stwierdzenie innego nowotworu złośliwego niż wskazany w skierowaniu,
    - c) potwierdzenie nowotworu niezłośliwego,
    - d) brak potwierdzenia nowotworu,
  - w przypadku ustalenia planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (konsylium), dodatkowo:

- a) data posiedzenia konsylium,
- b) dane lekarzy, którzy obowiązkowo uczestniczą w konsylium (specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu),
- c) informacja o planowanych rodzajach postępowania terapeutycznego wskazanych w karcie onkologicznej oraz dane charakteryzujące świadczeniodawcę realizującego dany rodzaj tego postępowania,
- d) miejsce zorganizowania konsylium wskazane w karcie onkologicznej.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 19 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1983.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 18 grudnia 2014 r. w sprawie określenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej stosowanego w Służbie Więziennej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1982.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1980.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zamieszcza ogłoszenie o postępowaniu na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego NFZ.

**Ogłoszenie o postępowaniu w trybie konkursu ofert zawiera:**

- nazwę oddziału wojewódzkiego NFZ, adres jego siedziby i adres poczty elektronicznej,
- datę ogłoszenia o postępowaniu i jego kod nadany przez dyrektora oddziału,
- określenie wartości i przedmiotu zamówienia,
- określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie,
- określenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,
- warunki zawierania i realizacji umów, odpowiednio do przedmiotu postępowania,
- miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów, nie krótszy niż 7 dni od dnia ogłoszenia o postępowaniu,
- miejsce i termin składania ofert, nie krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia o postępowaniu,
- miejsce i termin otwarcia ofert,
- miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania,
- zastrzeżenie o prawie do odwołania postępowania oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania,
- informację o możliwości składania protestów, o których mowa w art. 153 ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz odwołań, wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy i skargi, o których mowa w art. 154 ustawy.

Dyrektor oddziału, równocześnie z zamieszczeniem ogłoszenia o postępowaniu:

- wywiesza na tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału informację o ogłoszeniu o postępowaniu,
- przesyła informację o ogłoszeniu o postępowaniu do właściwych miejscowo okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarok i położnych w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń.

**Oferty składa się w zamkniętych kopertach lub paczkach w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o postępowaniu. Oznaczenie przesyłki wskazuje na zamieszczoną wewnątrz ofertę oraz wskazuje kod postępowania.**

Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli:

- data jej nadania w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy – Prawo pocztowe lub w placówce pocztowej operatora świadczącego pocztowe usługi powszechne w innym państwie członkowskim UE nie jest późniejsza niż termin składania ofert określony w ogłoszeniu oraz
- wpłynie ona do oddziału nie później niż na jeden dzień przed terminem otwarcia ofert.

Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane w toku postępowania wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Komisja konkursowa może doręczać oferentowi oświadczenia i zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego

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



**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM, DZWONIĄC POD NUMER:**

**704 277 577**

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci:



Usługa świadczona jest przez firmę:





w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym, jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczenie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres. Dyrektor oddziału, powołując komisję konkursową spośród pracowników oddziału w liczbie nieparzystej, nie mniejszej niż pięciu członków, określa jej właściwość rzeczową.

W przypadku stwierdzenia przez komisję konkursową prawidłowości ogłoszenia o postępowaniu, komisja ta ogłasza obecnym świadczeniodawcom informację o liczbie złożonych ofert oraz otwiera koperty lub paczki z ofertami.

Nazwa lub firma oraz adres oferenta, którego oferta jest otwierana, są ogłaszane obecnym świadczeniodawcom oraz niezwłocznie odnotowywane w pełnym brzmieniu w protokole z przeprowadzonego postępowania.

Oświadczenia lub wyjaśnienia są składane przez oferentów w formie pisemnej lub ustnie do protokołu z przebiegu postępowania.

W przypadku odrzucenia oferty komisja wskazuje w protokole z przebiegu postępowania podstawę prawną swojej decyzji z uzasadnieniem.

**Komisja konkursowa w celu ustalenia, czy oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia, zwraca się do oferenta o udzielenie w określonym terminie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny, w tym o przedstawienie kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.**

Komisja konkursowa, oceniając wyjaśnienia, bierze pod uwagę obiektywne czynniki, w szczególności oszczędność metody wykonania świadczenia opieki zdrowotnej i wybrane rozwiązania techniczne i organizacyjne, a także sprzyjające oferentowi warunki wykonywania umowy oraz wpływ udzielonej pomocy publicznej.

**Do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia.**

**Do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.**

Komisja przeprowadza negocjacje z wszystkimi zaproszonymi oferentami. Przed dokonaniem wyboru może rozszerzyć listę oferentów. Komisja

dokumentuje przebieg negocjacji z oferentami w protokole z negocjacji. Może tego dokonywać w formie rejestracji audiowizualnej. Rejestrację audiowizualną przeprowadza się w odniesieniu do wszystkich oferentów biorących udział w negocjacjach.

**Protokół z negocjacji zawiera:**

- oznaczenie miejsca i terminu negocjacji,
- imiona i nazwiska członków komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta,
- informację na temat składanych przez strony biorące udział w negocjacjach propozycji dotyczących ceny i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- wskazanie wynegocjowanych cen i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo stwierdzenie o nieustaleniu ceny lub liczby świadczeń,
- podpisy członków komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta.

**Ustalenie w procesie negocjacji ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.**

W sprawie wymagającej specjalnych wiadomości przewodniczący może wystąpić do dyrektora oddziału o skierowanie pisemnego zapytania komisji konkursowej do wskazanego eksperta.

W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty.

**Komisja konkursowa może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, za pomocą którego wykonywana ma być umowa, a także żądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje podane w toku postępowania przez oferenta.**

Komisja konkursowa przeprowadza weryfikację u oferentów, którzy do tychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym, z przyczyn leżących po stronie oferenta.

W przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, komisja konkursowa może odstąpić od obowiązku weryfikacji, po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Protesty złożone do komisji konkursowej są kierowane do przewodniczącego.

Po otrzymaniu protestu przewodniczący zwołuje posiedzenie komisji konkursowej, która ocenia zasadność protestu oraz zachowanie terminu jego złożenia.

**Komisja konkursowa sporządza protokół z przebiegu postępowania, który zawiera m.in.:**

- oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia postępowania,
- wykaz oferentów,
- wskazanie ofert, które zostały odrzucone, wraz z uzasadnieniem,
- wnioski i oświadczenia członków komisji konkursowej oraz świadczeniodawców składane w trakcie postępowania,
- wskazanie ofert, które zostały wybrane.

Informację o unieważnieniu postępowania przez dyrektora oddziału komisja konkursowa przesyła niezwłocznie do wszystkich oferentów biorących udział w unieważnionym postępowaniu.

Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania albo wysłania informacji o unieważnieniu postępowania dyrektor oddziału odwołuje komisję konkursową.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1979.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra środowiska z 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1973.

Rozporządzenie ustala wzory dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów:

- wzór karty przekazania odpadów jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia,
- wzór karty ewidencji odpadów jest określony w załączniku nr 2,
- wzór karty ewidencji odpadów niebezpiecznych jest określony w załączniku nr 3.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów z 19 grudnia 2014 r.

w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, stosowanego w komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1911.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 24 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, stosowanego w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1959.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 22 grudnia 2014 r. w sprawie współdziałania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych z jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, opublikowane w DzU z 2014 r., poz. 1958.

W ramach wymiany informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, a zwłaszcza o stanach chorobowych mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia:

- jednostki medycyny pracy przekazują do właściwej terytorialnie rejonowej komisji lekarskiej zbiorcze, zanonimizowane informacje dotyczące:
  - a) długotrwałej niezdolności do służby funkcjonariuszy oraz jej przyczyn,
  - b) czynników szkodliwych występujących w środowisku służby oraz wniosków zmierzających do ich likwidacji,
  - c) rozpoznania choroby zakaźnej u funkcjonariuszy, przy której istnieje ryzyko przeniesienia zakażenia na inne osoby,
  - d) badań profilaktycznych,
- rejonowa komisja lekarska przekazuje jednostkom medycyny pracy działającym na obszarze jej właściwości terytorialnej zbiorcze, zanonimizowane informacje dotyczące:
  - a) problemów zdrowotnych i chorób z zakresu zdrowia psychicznego występujących u funkcjonariuszy,

b) stwierdzenia choroby zakaźnej u funkcjonariuszy, przy której istnieje ryzyko przeniesienia zakażenia na inne osoby.

1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1877.

Ustawa wprowadza następujące zmiany do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Wojewoda niezwłocznie przekazuje ministrowi zdrowia informację o:

- 1) niewykorzystanych miejscach szkoleniowych objętych rezydenturą,
- 2) lekarzach, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej, obejmującą dane zawarte w wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego i miejsce na liście rankingowej.

Niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą, przyznane na dane postępowanie kwalifikacyjne dla danego województwa w danej dziedzinie medycyny, minister zdrowia może dodatkowo przyznać lekarzom, o których mowa w pkt. 2, uwzględniając wszystkie dziedziny, w których były przyznane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą.

Wojewoda, a w przypadku miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą – minister zdrowia, może dodatkowo przyznawać miejsca szkoleniowe, nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego.

Minister zdrowia niezwłocznie informuje o przyznaniu miejsca szkoleniowego objętego rezydenturą właściwego wojewodę, który kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

**Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.**

**Lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji programu.**

**Lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć ponownego wniosku o odbywanie rezydentury, z wyjątkiem przypadku, gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji.**

**Lekarz, który dwukrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezy-**

**dentury, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury.**

**Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po roku od dnia zakwalifikowania się do odbywania tego szkolenia specjalizacyjnego.**

**Powyższego przepisu nie stosuje się, jeżeli jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania do uzyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego.**

W roku 2015 rezydentura jest finansowana przez ministra zdrowia ze środków budżetu państwa do wysokości 60,75 mln zł oraz ze środków Funduszu Pracy.

W roku 2015 szkolenie specjalizacyjne jest dofinansowywane przez ministra zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

7 stycznia 2015 r. został opublikowany w DzU z 2015 r., poz. 16, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 grudnia 2014 r., sygn. akt K 33/13.

Trybunał orzekł, że przepisy ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (DzU nr 113, poz. 657 ze zm.) w zakresie, w jakim przewidują określenie przedmiotu rejestrów medycznych przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia oraz w zakresie, w jakim ustalają, że minister zdrowia w rozporządzeniu określa zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze, są niezgodne z Konstytucją RP.

Trybunał orzekł, że rejestry utworzone przed dniem ogłoszenia niniejszego wyroku nadal mogą być prowadzone.

13 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie prezesa Rady Ministrów z 7 stycznia 2015 r. w sprawie orzekania przez komisje lekarskie podległe szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz szefowi Agencji Wywiadu, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 47.

Funkcjonariusz może być skierowany do komisji lekarskiej właściwej agencji:

- z urzędu lub na jego wniosek
- w celu określenia stanu zdrowia oraz ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej do służby, jak również związku poszczególnych chorób ze służbą,



- z urzędu – w celu sprawdzenia prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym.

W przypadku gdy przeprowadzone badania i zgromadzona dokumentacja nie pozwalają na wydanie orzeczenia, funkcjonariusz może zostać skierowany na obserwację w podmiocie leczniczym, jeżeli wyraża na to zgodę.

Funkcjonariusz może być również poddany badaniom psychofizjologicznym. O skierowaniu go na te badania decyduje szef agencji.

Komisje lekarskie są również właściwe w sprawach:

- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza, 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,
- uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, a także związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego ze służbą,
- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

Rozporządzenie określa:

- właściwość i tryb postępowania komisji lekarskich, podległych szefowi

Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz szefowi Agencji Wywiadu, w sprawach, o których mowa na wstępie,

- tryb kierowania do komisji lekarskich, podległych szefowi ABW oraz szefowi AW, oraz podmioty właściwe w sprawach, o których mowa na wstępie,

- szczegółowy sposób orzekania w powyższych sprawach,

- niezbędną dokumentację medyczną i inne dokumenty mogące stanowić podstawę orzeczenia wydanego przez komisje lekarskie,

- wzory orzeczeń komisji lekarskich.

Komisje lekarskie orzekają w dwóch instancjach:

- w pierwszej instancji – regionalne komisje lekarskie,

- w drugiej instancji – centralne komisje lekarskie.

Regionalne komisje lekarskie w sprawach określonych w ustawie, są właściwe do:

- przeprowadzania badań lekarskich oraz wydawania orzeczeń lekarskich w stosunku do funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta albo rencisty policyjnego, zamieszkałych w miejscowości objętej terytorialnym zasięgiem działania komisji lekarskich,
- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby oraz prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

Centralne komisje lekarskie są właściwe w zakresie:

- rozpatrywania odwołań od orzeczeń regionalnych komisji lekarskich,
- sprawowania merytorycznego nadzoru nad orzecznictwem regionalnych komisji lekarskich,
- wydawania orzeczeń w trybie nadzoru w przypadku uchylecia orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej,

- udzielania konsultacji w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub budzących szczególne wątpliwości orzecznicze,
- współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu podnoszenia poziomu orzecznictwa lekarskiego.

23 stycznia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 126, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 13 stycznia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

23 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 12 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków, jakim powinni odpowiadać funkcjonariusze Straży Ochrony Kolei, zasad oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby oraz trybu i jednostek uprawnionych do orzekania o tej zdolności, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 26.

29 stycznia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 16 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 62.

**WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”:** Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie **REDAKCJA:** 00-070 Warszawa, ul. Kozia 3/5, lok. 31, faks 22-850-18-08, puls@oilwaw.org.pl **REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl **SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-850-18-10, k.biezanska@oilwaw.org.pl **KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek, Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel **WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Ewa Dobrowolska, Janina Jankowska, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Okupny, Paweł Walewski **PUBLICYŚCI:** Anetta Chęcińska, Małgorzata Kukowska-Skarbek **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-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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

# OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; e-mail: [biuro@oilwaw.org.pl](mailto:biuro@oilwaw.org.pl)

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej [www.warszawa.oil.org.pl](http://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. 22-542-83-40

**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. 22-542-83-40

**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

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

**Składki** – 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

**Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy  
i Lekarzy Dentyków**

przewodnicząca: Marta Starczewska

*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.:* Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

**Rzecznik Praw Lekarza** – Andrzej Kuźawczyk

*kanc.:* Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

**Mediator** – Krzysztof Bielecki; e-mail: [prof.bielecki@gmail.com](mailto:prof.bielecki@gmail.com)

*kanc.:* Małgorzata Rajca; 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

tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Marketing i reklama**

Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53,

e-mail: [marketing@oilwaw.org.pl](mailto:marketing@oilwaw.org.pl)

**Zespół ds. Mediów Elektronicznych**

Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-53,

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

**Delegatura Radomska** (26-600 Radom, ul. Rawańska 16)

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



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

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

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

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

Lekarzowi i lekarzowi dentyści w ramach zawartej  
przez Izbę umowy przysługują trzy bezpłatne porady  
lub konsultacje w miesiącu, ale nie więcej niż 12 w roku.

Każdy członek OIL w Warszawie jest uprawniony do  
otrzymywania, oprócz porady lub konsultacji, dwóch  
dokumentów prawnych (opinii, analizy, wezwania  
do zapłaty, pozwu, odpowiedzi na pozew itp.)  
w ciągu 12 miesięcy.

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

Zakres świadczeń obejmuje kwestie prawne związane  
z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty (sprawy  
karne i cywilne, ochronę dóbr osobistych, obronę przed  
roszczeniami deliktowymi, z dziedziny prawa pracy itp.),  
a także inne, niezwiązane z zawodem – z dziedziny prawa  
rodzinnego, spadkowego, konsumenckiego itp., jednak  
poza prawem budowlanym, podatkowym, karnoskarbo-  
wym, zamówień publicznych, patentowym, autorskim.

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

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

## Godziny pracy OIL w Warszawie

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

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

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

**Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**

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

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

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



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

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

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

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

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

**Zbigniew Gałązka**, dyrektor Biura OIL w Warszawie



Koleżanki i Koledzy,

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępnia pokoje  
gościnne w budynku przy ul. Puławskiej 18 (wejście od ul.  
Reytana). Zapraszamy szczególnie lekarzy i lekarzy denty-  
stów, którzy chcieliby skorzystać z naszej skromnej bazy  
noclegowej. Do dyspozycji są trzy pokoje dwuosobowe,  
każdy z osobną łazienką i telewizją kablową.

Naszą propozycję składamy również innym izbom lekar-  
skim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorzą-  
dów Zawodów Zaufania Publicznego.

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

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

**Tadeusz Pawlikowski**