

XXXV Okręgowy
Zjazd Lekarzy
OIL w Warszawie
[str. 1]

O pakiecie
onkologicznym
podczas Zjazdu
[str. 6]

Rezydencka
ruletka
[str. 16]

Recepty
lekarskie
– pytania
i odpowiedzi
[str. 18]

Hospicjum.
Zapewnić
poczucie
bezpieczeństwa
[str. 27]



plus, że w Centrum...

Port Praski



PORT
RASKI

**Sprzedaż mieszkań
i apartamentów:**

Port Praski
ul. Krowia 6, Warszawa
T: 22 28 85 0 85

plus  **bank**

portpraski.pl

Obradował Zjazd



Czynności statutowe: wysłuchanie sprawozdań władz OIL, udzielenie absolutorium za 2014 r., „Pakiet onkologiczny w praktyce” oraz kwestia ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów – to najważniejsze zagadnienia poruszane w dyskusji na XXXV Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie, który odbył się 28 marca 2015 r.

Ponadto delegaci, po wysłuchaniu sprawozdań prezesa ORL kol. Andrzeja Sawoniego i pozostałych władz statutowych: Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Komisji Rewizyjnej, oraz sprawozdania finansowego za 2014 r., przyjęli uchwały zatwierdzające je, a także preliminarz budżetowy na 2015 r. Na przewodniczącego Zjazdu wybrano kol. Konstantego Radziwiłła. W Zjeździe uczestniczyło 114 osób (52 proc. wybranych delegatów).

Dorobek 2014 r.

W szczegółowym sprawozdaniu Okręgowej Rady Lekarskiej znalazły się dane dotyczące m.in. liczby posiedzeń Rady, Prezydium oraz poszczególnych jej komisji i podjętych uchwał. Prezes przypomniał, że w minionym roku zakończył się remont budynku Delegatury Radomskiej, która pracuje obecnie w pięknych wnętrzach zabytkowej kamienicy w centrum miasta. W listopadzie Ośrodek Doskonalenia Zawodowego, działający do tej pory przy ul. Nowogrodzkiej w Warszawie, został przeniesiony do głównej siedziby Izby przy ul. Puławskiej.

Trwają prace nad uruchomieniem nowej strony internetowej Izby. Zaawansowane są prace nad wdrożeniem systemu zarządzania jakością, w celu uzyskania certyfikatu ISO 9001, który pozwoli usprawnić działanie administracji, wprowadzić nowe procedury i sprawi, że obsługa członków Izby będzie jeszcze bardziej przyjazna i profesjonalna.

– *Pierwsze doświadczenia wskazują, że podjęcie tej inicjatywy było jak najbardziej trafne i celowe* – powiedział kol. Andrzej Sawoni.

W maju 2014 r. zainicjowano udzielanie nieodpłatnej pomocy prawnej członkom Izby przez kancelarię Dittmajer i Wspólnicy Sp.k. Jej prawnicy udzielili 945 porad, lekarze telefonowali ze swoimi problemami 2100 razy, często w godzinach wieczornych, a nawet nocnych, gdy na dyżurach pojawiają się trudne problemy prawne.

W siedzibie OIL działa Klub Lekarza, w którym spotykają się m.in. malujący amatorsko lekarze i lekarze dentyści, ćwiczy chór OIL „Medicantus”, który zaprezentował się na początku Zjazdu, śpiewając „Gaude Mater Polonia”.

W kwietniu 2014 r. Izba rozpoczęła współpracę z Odeską Krajową Organizacją Wszzechukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego, której celem jest wymiana doświadczeń w zakresie organizacji ochrony zdrowia, współpraca w dziedzinie nauki i pomocy społecznej. W najbliższym czasie przyjedzie do Warszawy sześciu ukraińskich lekarzy, aby poznać tryb pracy samorządu. Przedstawiciele Izby uczestniczyli w obchodach 20-lecia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na Grodzieńszczyźnie. 8 listopada odbyła się uroczystość z okazji 25-lecia działalności odrodzonego samorządu lekarskiego w Warszawie, połączona z wręczeniem praw wykonywania zawodu młodym lekarzom i lekarzom dentyistom.

Samorząd zorganizował w Warszawie i Radomiu akcję protestacyjną pod hasłem „Zapytaj marszałka Struzika”, która miała zwrócić uwagę mieszkańców na zły stan opieki zdrowotnej nad pacjentami i zachęcenie obywateli do korzystania z prawa do informacji przez bezpośredni kontakt z odpowiedzialnymi za organizację służby zdrowia.

– *Serdecznie dziękuję członkom Okręgowej Rady Lekarskiej za rok wspólnego działania. Wypracowaliśmy dobre formy współpracy. Najbardziej cieszy mnie zaangażowanie kolegów w pracę samorządu, bo to dobrze rokuje na przyszłość naszej organizacji* – zakończył swoje wystąpienie prezes Andrzej Sawoni.

W związku ze zmianami organizacyjnymi w biurze Izby likwidacji uległo Biuro Prawne Izby. Zjazd podziękował radcom prawnym dotąd w nim pracującym: Elżbiecie Barcikowskiej, Pawłowi Jannaszowi i Bartoszowi Niemcowi. Obsługę prawną powierzono kancelarii prawnej na zewnątrz Izby.

Okręgowa Izba Lekarska zmieniła obsługujący ją bank. Obecnie współpracuje z Bankiem Spółdzielczym w Ostrowi Mazowieckiej, który zaoferował lepsze warunki niż poprzedni.

Delegaci wysłuchali sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności w roku 2014. Kol. Zbigniew Czernicki poinformował, że w tym okresie wpłynęło 418 nowych skarg wymagających podjęcia czynności sprawdzających. To około 13 proc. więcej niż w roku 2013. W 2014 r. rozpatrywano łącznie 584 sprawy (w tym 166 z okresu poprzedniego).



Nr 4 (240) kwiecień 2015

Na okładce:

Rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie	1
▶ biuletyn ORL	6
▶ O pakiecie onkologicznym...	7
▶ składki samorządowe	10
▶ Kasy fiskalne	11
▶ Niepożądane zdarzenia medyczne	13
▶ Czy potrafimy zmniejszyć częstość błędów i powikłań w leczeniu chorób naczyń?	14
▶ doniesienia naukowe	15, 23
▶ rezydentury	16
▶ recepty lekarskie	18
▶ stomatologia	21
▶ etyka	
▶ Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej	22
▶ dylematy	22
▶ Zalecamy szczepienia	23
▶ refundacje leków	24
▶ Zapewnić poczucie bezpieczeństwa	27
▶ z Mazowsza	31
▶ Z Delegatury Radomskiej	32
▶ karty historii	36
▶ sport	38
▶ Bał charytatywny <i>Pro Seniore</i>	39
▶ dla smakoszy	39
▶ podróże	40
▶ wspomnienia	42
▶ nowe przepisy prawne	45
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	8
▷ Walewski	8
▷ Kowal	34
▷ Jankowska	35
▷ Müldner-Nieckowski	37
▷ SMS z Krakowa	37



Pomnik głupoty

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,
redaktor naczelna

Kilka tygodni temu Polacy dowiedzieli się od samej premier Ewy Kopacz, że tzw. pakiet onkologiczny zostanie wstępnie oceniony na początku kwietnia br. Zaraz potem Ministerstwo Zdrowia ustami swoich przedstawicieli poinformowało, że owszem w kwietniu, ale dopiero w połowie miesiąca. Ponieważ trwa kampania prezydencka i prominentni przedstawiciele rządzącej PO (współrządzące PSL odcina się wyraźnie od tego tematu) zachwalają swoje dokonania i m.in. zachwalają korzyści, jakie niesie ze sobą wspomniany wyżej pakiet, nie czekając na jego „oficjalną ocenę”.

Co ciekawe, prawie wszyscy zapomnieli, iż premier Donald Tusk zlecił ministrowi zdrowia skrócenie kolejek do lekarzy, a nie poprawienie sytuacji pacjentów onkologicznych. No cóż było to dawno, premiera Tuska w Polsce już nie ma, a los pacjentów onkologicznych lepiej się sprzedaje propagandowo niż coraz dłuższe po wprowadzeniu pakietu kolejki. Stare powiedzenie przecież mówi, że od samego mieszania herbata nie staje się słodsza, co ciągle przypomina samorząd lekarski, mówiąc, że bez dodatkowych pieniędzy na ochronę zdrowia kolejki się nie zmniejszą. Trochę inaczej dokonania ministra Arłukowicza i jego ekipy oceniają eksperci i ci, którzy mieli być adresatem zmian, czyli pacjenci. Kilka dni temu media doniosły o otwartym liście przedstawicieli najważniejszych organizacji onkologicznych, w tym kilku konsultantów krajowych w onkologii, którzy dotychczas tak głośno i zdecydowanie nie krytykowali pakietu. Czara już się pewnie przepełniła.

W liście do premier Ewy Kopacz zdecydowanie krytykują rozwiązania zwarte w pakiecie, wskazując także zwiększenie biurokracji, chaos i wydłużenie się czasu diagnostyki pacjentów nowotworowych w wyniku absurdalnych pomysłów ministerstwa.

Naczelna Rada Lekarska przedstawiła w czasie konferencji prasowej przykłady tych absurdów, które wprowadziły przepisy „pakietu onkologicznego”, oraz przygotowuje wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o sprawdzenie zgodności pakietu z Konstytucją RP.

Pakiet został pośrednio oceniony negatywnie przez premier Ewę Kopacz, która w swoim krótkim 10-minutowym podsumowaniu realizacji exposé po sześciu miesiącach pełnienia funkcji prezesa Rady Ministrów, wymieniając zrealizowane z sukcesem plany swojego rządu, ani słowem nie wspomniała o pakiecie onkologicznym. Jako lekarz i były minister zdrowia zdaje się podzielać negatywną opinię onkologów, większości chorych onkologicznych i ich bliskich.

Pakiet onkologiczny zdaje się być, niestety, pomnikiem głupoty. ■





▶ Najwięcej skarg dotyczyło nieetycznego zachowania (100 na 418). Grupę drugą stanowiły skargi na uszkodzenie ciała i powikłania leczenia (81 na 418). Korupcja, poświadczona nieprawdą, naruszenia praw chorych psychicznie – to zdarzenia jednostkowe. Emocje w środowisku lekarskim budzi udział lekarzy w reklamach. OROZ w Warszawie prowadzi monitoring reklam. W ocenie rzecznika problem nie dotyczy OIL w Warszawie w jakimś szczególnym stopniu. Rzecznik prowadził tylko trzy takie sprawy. W 2014 r. zakończono 388 spraw, w tym 116 – wydaniem postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania, 189 – wydaniem postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, a 28 – w inny sposób. 55 spraw skierowano do Okręgowego Sądu Lekarskiego z wnioskiem o ukaranie lekarzy i lekarzy dentyków.

Liczba skarg rośnie z roku na rok i problemem jest archiwizacja dokumentów. W 2014 r. kancelaria OROZ wysłała 2725 pism. Utrudnieniem w pracy i prowadzeniu postępowań jest niedobór biegłych. Rzecznik prowadził szkolenia i uczestniczył w spotkaniach z lekarzami.

W imieniu Okręgowego Sądu Lekarskiego sprawozdanie złożył jego przewodniczący kol. Roman Jasiński. Powiedział m.in., że zwiększyła się liczba skarg na lekarzy i lekarzy dentyków; wyraźnie zachęcają do tego wyspecjalizowane kan-

celarie prawne. Jednocześnie procedury postępowania wyjaśniającego są ogromnie skomplikowane, niekiedy należy zgromadzić wszystkie strony postępowania (sędziów, rzeczników, biegłych, obwinionego, świadków, skarżącego i jego adwokata) na rozprawie, co jest trudne logistycznie. Stąd zdarzająca się przewlekłość postępowań.

Mimo to, w ubiegłym roku udało się nieco przyspieszyć tok pracy sądu. OROZ skierował do niego 64 nowe sprawy, wydaniem orzeczenia zakończono 72 sprawy, 23 są rozpoczęte lub zawieszono. Wpłynęło także 87 zażaleń na postępowanie OROZ. Wydano postanowienia w 109 sprawach, utrzymano w mocy 85 postanowień OROZ, a 24 zwrócono do ponownego rozpatrzenia.

Najczęściej wpływają skargi na: błędy w sztuce lekarskiej, udział w reklamie, wystawienie zaświadczenia chorobowego bez badania pacjenta, spożywanie alkoholu w miejscu pracy, skargi NFZ, prowadzenie prywatnej praktyki bez wpisu do rejestru OIL.

Sąd wydał następujące orzeczenia: 1 zawieszenie prawa wykonywania zawodu na 5 lat, 3 zawieszenia na 1 rok, 2 ograniczenia prawa wykonywania zawodu na 2 lata, 1 zakaz wystawiania zaświadczeń na 6 miesięcy, 25 upomnień, 11 nagan, 7 kar pieniężnych. 8 spraw sąd umorzył, w 16 przypadkach uniewinnił obwinionego. ▶

Koleżanki i Koledzy, prosimy o przekazywanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Państwa adresów e-mailowych i na bieżąco ich aktualizowanie

mojadresmailowy@oilwaw.org.pl

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



- Zjazd podjął uchwałę, obowiązującą od 1 kwietnia 2015 r., upoważniającą prezesa i skarbnika ORL do rozpoczęcia negocjacji i podpisania stosownej umowy z wyłonionym podmiotem, który zapewni najkorzystniejsze warunki ubezpieczenia OC członków Izby.

Uchwały, goście i odznaczenia

XXXV Zjazd OIL w Warszawie:

– podjął uchwałę zobowiązującą ORL do określenia jednolitego wzoru tablicy ogłoszeniowej dotyczącej udzielania przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych w ramach praktyk lekarskich. ORL określi: jednolity wzór tablicy, kształt, wymiar i kolor, zawartość i rozmieszczenie informacji, dopuszczalną liczbę tablic na budynku i drogach dojazdowych, oraz okres dostosowania tablic do wymogów uchwały. Zjazd zobowiązał jednocześnie ORL do podejmowania działań na rzecz dostosowania sposobu podawania do wiadomości publicznej informacji o udzielanych świadczeniach przez podmioty inne niż praktyki lekarskie;

– podjął uchwałę zobowiązującą ORL do wspierania szkoleń wewnętrznych, organizowanych w placówkach medycznych lub przez grupy lekarzy i lekarzy dentystów, oraz do uproszczenia procedury zgłaszania i rejestrowania takich szkoleń, a także do niepobierania od organizatorów opłat;

– przyjął apel do ministra zdrowia i prezesa NFZ w sprawie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, finansowanej ze środków publicznych. OZL zaapelował do MZ i NFZ o wpisanie do katalogu świadczeń procedur umożliwiających prowadzenie skutecznej profilaktyki próchnicy, a w szczególności o finansowanie ze środków publicznych lakowania bruzd pierwszych zębów trzonowych u dzieci do 8. roku życia, oraz o włączenie do umów o świadczenia stomatologiczne udzielane dzieciom i młodzieży współczynnika korygującego wynoszącego 1,4;

– przyjął apel do ministra zdrowia o określenie priorytetów polityki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego oraz o wydanie aktów prawnych wprowadzających te priorytety i zapewniających finansowanie. OZL apeluje do MZ o uznanie świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, dotyczących dzieci i młodzieży w miejscu nauki i wychowania, za priorytet polityki zdrowotnej oraz o określenie zasad finansowania tych świadczeń.

W uroczystej części Zjazdu wzięli udział zaproszeni goście, wśród nich: prof. Marek Krawczyk, rektor WUM, Filip Nowak, dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Michał Dzięgielewski, jego zastępca ds. medycznych, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, oraz przedstawiciele zaprzyjaźnionych samorządów zawodów zaufania publicznego.

Podczas Zjazdu wręczono odznaczenia: Medal im. Jerzego Moskwy, Medal im. prof. Jana Nielubowicza oraz najwyższe odznaczenie Izby – Laudabilis.

Medalem im. J. Moskwy odznaczono cztery lekarki – uczestniczki Powstania Warszawskiego: kol. Irenę Ćwiertnię-Sitowską, kol. Eleonorę Galicę-Zarembinę, kol. Barbarę Wilczyńską-Sekulską, kol. Danutę Sarnecką-Stefanowicz, oraz dwie osoby ze Szpitala Dzieciątka Jezus: Adrianę Marciniak i Aleksandrę Tomaszek.

Medal im. prof. Jana Nielubowicza otrzymali koledzy: Piotr Domała, Krzysztof Jakubowski, Rafał Kieszek, Stanisław Kozak, Teresa Krzemińska-Janda i Michał Wszola.

Odnaczeniem Laudabilis uhonorowano kolegów: Jacka Imięłę (odznaczenie przyznane w 2014 r.), Andrzeja Chmurę, Artura Kwiatkowskiego i Macieja Krzysztofa Olszewskiego. ■

ach, mkr



Fotografie: M. Zieliński

Nowa strona internetowa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:
www.oilwaw.org.pl

Prosimy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Pulsu”
 (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism, i tym podobne).
 E-mail: p.rejestracja@oilwaw.org.pl lub tel. 22-542-83-14, faks 22-542-83-15.
 Wszystkich, którzy chcą otrzymywać „Puls” **TYLKO** e-mailem, prosimy o przesłanie tej informacji na adres:
pulsmailem@oilwaw.org.pl
 (należy podać: imię i nazwisko, adres do korespondencji, numer prawa wykonywania zawodu, numer telefonu).



www.ultrasonografy.pl







81 886 36 13

info@echoson.pl

www.echoson.pl

REKLAMA

**UCHWAŁA NR 1/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 16 STYCZNIA 2015 r.**

**w sprawie ustalenia liczby członków
Komisji Bioetycznej
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie
na okres kadencji 2015–2018**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), w związku z §3 ust. 4 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (DzU nr 47, poz. 480), uchwala się, co następuje:

§1

Ustala się skład Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie w liczbie członków: 15.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 2/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 16 STYCZNIA 2015 r.**

**w sprawie powołania Komisji Bioetycznej
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie
na okres kadencji 2015–2018**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), §3 ust. 2 i 4

rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (DzU nr 47, poz. 480) oraz §6 Regulaminu Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie uchwala się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonego tajnego głosowania powołuje się Komisję Bioetyczną przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2015–2018 w następującym składzie:

- 1) Magdalena Marczyńska – lekarz pediatra,
- 2) Bożena Pietrzykowska-Bodnar – lekarz psychiatra,
- 3) Stanisław Ancyparowicz – lekarz,
- 4) Marek Czarkowski – lekarz,
- 5) Andrzej Dąbrowski – lekarz,
- 6) Marta Klimkowska-Misiak – lekarz dentysta,
- 7) Aleksander Kotlicki – lekarz,
- 8) Ewa Miękus-Pączek – lekarz dentysta,
- 9) Stanisław Niemczyk – lekarz,
- 10) Joanna Romejko-Jarosińska – lekarz,
- 11) Marek Stopiński – lekarz,
- 12) Stefan Kornas – duchowny,
- 13) Elżbieta Przymus-Góralczyk – farmaceuta,
- 14) Renata Piasecka-Krawczyk – pielęgniarka,
- 15) Sławomir Lis – radca prawny.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

Kursy „Prawo medyczne w praktyce”

Ze względu na rosnące zainteresowanie lekarzy praktycznym wymiarem wybranych zagadnień z dziedziny prawa medycznego Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie zaprasza na cykliczne kursy „Prawo medyczne w praktyce”. Zajęcia odbywać się będą w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18, w **drugi wtorek lub czwartek miesiąca (decyduje preferencja słuchaczy) od godz. 16.00 do 19.00**. Uczestnictwo jest bezpłatne, przyjmujemy zapisy telefonicznie, pod numerem 22-54-28-376 lub 22-313-19-70/75. Liczba miejsc ograniczona. **Uczestnicy uzyskują 3 pkt. edukacyjne**. Zajęcia o charakterze seminaryjnym dotyczyć będą następujących zagadnień:



- ⇒ Zdarzenia medyczne – studium przypadków.
- ⇒ Kiedy lekarz może odmówić udzielenia świadczeń medycznych?
- ⇒ Granice odpowiedzialności prawnej lekarza w miejscu pracy.
- ⇒ Czy można ograniczyć liczbę miejsc wykonywania zawodu?
- ⇒ Uwarunkowania organizacyjne pracy lekarza w podmiocie leczniczym.

Istnieje możliwość zorganizowania szkolenia w Delegaturze Radomskiej.

Krzysztof Dziubiński,
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

PEŁNOMOCNICY



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



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



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

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

„Nowotwory nie dostosują się do karty DiLO”, czyli o pakiecie onkologicznym podczas Zjazdu

Największe zastrzeżenia dotyczą karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Jest dokumentem zbyt rozbudowanym, a jej wypełnienie zabiera lekarzom cenny czas. Nie służy choremu i jego leczeniu, lecz jedynie sprawozdawczości dla płatnika. „Zielona karta”, w założeniu przepustka do szybkiej ścieżki onkologicznej, nie rozwiązuje problemów z dostępem do leczenia. Praktyka pokazała, że szybka ścieżka nie obejmuje wszystkich nowotworów, a skoro nie są w systemie, nie można ich rozliczyć w ramach szybkiej ścieżki. Zróżnicowanie uprawnień lekarzy do wystawiania „zielonej karty” to kolejna bariera. Powoływanie konsylium dla każdego pacjenta także budzi wątpliwości. To głosy lekarzy praktyków po pierwszych trzech miesiącach od wprowadzenia pakietu onkologicznego.

– *Kiedyś konsylium nie zawsze było potrzebne* – mówiła dr Maryna Rubach z Centrum Onkologii w Warszawie. – *Przecież obowiązują nas standardy postępowania. Obecnie muszą w każdym przypadku zwoływać wszystkich specjalistów, a w dniu konsylium nie mogą rozpocząć leczenia. Pacjent czeka kilka dni. Niepotrzebnie.*

W sesji „Pakiet onkologiczny w praktyce” udział wzięli zaproszeni goście: prof. Wiesław Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych CSK WUM, prof. Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Filip Nowak, dyrektor MOW NFZ, i jego zastępca ds. medycznych Michał Dzięgielewski oraz uczestnicy Zjazdu.

Prowadzący, prof. Romuald Krajewski, wiceprezes ORL w Warszawie, przypomniał, że proces legislacyjny pakietu onkologicznego od początku budził zastrzeżenia samorządu lekarskiego. Zabrakło tak potrzebnych konsultacji i współpracy z lekarzami. Mimo apeli środowiska lekarskiego do MZ, nie wprowadzono programu pilotażowego, który umożliwiłby ocenę i korektę zaproponowanych rozwiązań. Szybka ścieżka onkologiczna zaczęła obowiązywać „z biegiem”, zabrakło *vacatio legis* nowych przepisów. Pakiet onkologiczny wprowadził jednolitą administracyjnie procedurę dla wszystkich chorych onkologicznych, a przecież praktyka medyczna musi być zróżnicowana i dostosowana do sytuacji oraz stanu pacjenta.

– *Dla ostrych białaczek karta DiLO jest „za wolna”, gdyż diagnostykę i leczenie trzeba rozpocząć w ciągu kilku dni. W przypadku białaczki przewlekłej limfocytowej – „zbyt szybka”, ponieważ 75 proc. chorych w chwili diagnozy nie ma wskazań do rozpoczęcia leczenia* – wyjaśniał prof. Wiesław Jędrzejczak. – *Karta nie uwzględnia też nowotworów złośliwych kodowanych w ICD10 jako D. Na hematologii wymóg zwołania konsylium prowadzi do niebezpiecznego absurdu: radiolog i radioterapeuta (którzy zgodnie z przepisami muszą być w takim zespole) nie znajdują się na białaczkach ani nie uczestniczą w ich diagnostyce i leczeniu, a mają mieć wpływ na ustalanie planu leczenia. Dochodzi jeszcze kwestia odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jeżeli tylko z powodu wymogów formalnych potwierdzają pieczętką udział w konsylium i decyzyje lecznicze.* Prof. Jędrzejczak podkreślił, że od początku roku z „zieloną kartą” do jego kliniki zgłosiło się tylko trzech pacjentów. Dwóch z nich miało kartę wypełnioną błędnie.

Prof. Marek Krawczyk zwrócił uwagę, że pacjentów z kartą DiLO w klinice, którą kieruje, raczej nie ma, a każdego dnia osiem z dziesięciu wykonywanych operacji to przypadki chorych onkologicznie. I są to pacjenci nie tylko kierowani z ośrodków o niższym stopniu referencyjności, ale też z Centrum Onkologii. Rodzi się więc pytanie, czy pakiet rzeczywiście poprawił wykrywalność. Takich danych dotąd nie ma. Rektor WUM podkreślił, że od lat zabiega o utworzenie Akademickiego Centrum Onkologii. Dokumenty i plany są wciąż aktualne, trwają starania o środki z UE.

– *Wspólnie musimy zastanawiać się, co trzeba usprawnić* – stwierdził dyr. Filip Nowak. Zapewnił, że zna zdanie samorządu lekarskiego na temat pakietu. Stara się też pomóc w przejściu przez ten początkowy, trudny okres wdrażania nowych regulacji w taki sposób, aby nie osłabić płynności finansowej placówek, które pakiet realizują.

Prezes ORL Andrzej Sawoni podziękował przedstawicielom NFZ za udział w sesji, gdyż współpraca stron jest potrzebna. Podkreślił, że dobrym rozwiązaniem dla szpitali była zgoda NFZ na przesunięcia środków przy rozliczaniu świadczeń udzielonych pacjentom leczonym w ramach pakietu i poza nim. Zaznaczył, że lekarze specjaliści powinni mieć taką samą możliwość wystawiania kart DiLO jak lekarze rodzinni. I zmianę należy wprowadzić jak najszybciej, skorzystają na niej pacjenci.

– *Mamy do czynienia z dramatycznym zjawiskiem styku biurokracji, polityki, ekonomii i medycyny. Z jednej strony jest wiedza medyczna, z drugiej urzędnicy tworzący z medycznych standardów prawo, które ma szyć obowiązywać w każdym przypadku* – mówił Konstanty Radziwiłł, wiceprezes ORL w Warszawie. – *To atak na autonomię lekarza i prawa pacjenta do bycia leczonym według najlepszego standardu medycznego, zgodnie z najlepszą wiedzą i sumieniem lekarza.*

Michał Dzięgielewski, wicedyrektor MOW NFZ, zapewnił, że przepisy nie są ostateczne i będą zmieniane, ale idea pakietu jest słuszna.

– *Trzeba koniecznie poprawić sytuację chorych onkologicznie* – stwierdził prof. Krajewski, zamykając dyskusję. – *Ważne, jak to zrobimy. Poprawianie pakietu można zacząć od zlikwidowania karty DiLO. Na pewno pakiet na tym zyska. Nowotwory się do niej nie dostosują.* ■

Anetta Chęcińska



Marek Balicki

Do mediów głównego nurtu wróciła sprawa medycznej marihuany. Stało się to w związku z wizytą w Polsce Josha Stanleya, amerykańskiego eksperta, który wraz ze swoimi braćmi stworzył koncepcję hodowli odmiany mari-

huany o niskiej zawartości tetrahydrokannabinolu (THC) oraz wysokiej zawartości kannabidiolu (CBD). THC jest związkiem o działaniu psychoaktywnym, natomiast CBD nie ma bezpośredniego działania psychoaktywnego, ma natomiast właściwości lecznicze. Ponieważ hodowana przez braci Stanleyów medyczna marihuana charakteryzuje się niskim poziomem THC, może być z powodzeniem stosowana w leczeniu m.in. dzieci z padaczką lekooporną.

Zresztą nazwa tej odmiany marihuany – Charlotte's Web – pochodzi od imienia amerykańskiej dziewczynki z zespołem Dravet, której historia wpłynęła na zmianę podejścia do regulacji prawnych dotyczących medycznej marihuany w USA. Rokowanie w tej ciężkiej chorobie jest złe, napady padaczkowe stają się coraz częstsze, następuje znaczne opóźnienie rozwoju dziecka. Charlotte Figi, bo o nią chodzi, miała nawet 300 napadów padaczkowych w tygodniu. Leczenie nie przynosiło żadnych efektów. Dopiero kiedy zdesperowani rodzice zdecydowali się na radykalną zmianę terapii i spróbowali leczenia marihuaną, wszystko się zmieniło. Po kilkunastu miesiącach liczba napadów spadła do kilku miesięcznie, nie było działań niepożądanych, które występowały po wcześniej stosowanych lekach. Dziewczynka, jak relacjonował jej lekarz, stała się innym dzieckiem, śmiejącym się i bawiącym. Efekty przerosły więc najśmielsze oczekiwania. Ta poruszająca historia była opisywana w naszych mediach przed dwoma laty.

Dzisiaj, dzięki konferencjom zorganizowanym przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej przy okazji wizyty Josha Stanleya, opinia publiczna dowiedziała się, że również w Polsce zaczyna się coś w tej sprawie zmieniać. W Centrum Zdrowia Dziecka w ostatnim czasie u kilkorga dzieci chorych na padaczkę lekooporną zaczęto stosować medyczną marihuanę. Dotychczasowe wyniki są zachęcające. Liczba napadów spadła o 90 proc. Lekarzem, który mimo prawnych trudności podjął się wyzwania, jest dr Marek Bachański, neurolog dziecięcy z CZD. Pierwszym pacjentem został pięcioletni Maks, którego historia, przedstawiona przejmująco przez jego matkę, bardzo przypomina los Charlotte Figi. Dr Bachański wykorzystał kosztowną furtkę prawną, jaką w przypadku leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce jest import docelowy. Sprowadzona w ten sposób marihuana odmieniła życie Maksia i jego rodziny.

Medyczną marihuanę w Polsce stosuje wiele osób, narażając się na odpowiedzialność karną. Maks jest chyba pierwszym pacjentem leczonym „oficjalnie”. Jednak, aby ten skuteczny i bezpieczny lek był jednocześnie dostępny i tani, trzeba wprowadzić zmiany w prawie. Z nadzieją czekamy na zapowiedziane w zeszłym roku przez Trybunał Konstytucyjny tzw. wystąpienie sygnalizacyjne do ustawodawcy w sprawie legalizacji posiadania marihuany do celów medycznych. ■



Embargo na Seszele

Paweł Walewski

Kodeks Przejrzystości zaczyna obowiązywać w bieżącym roku. Wymyśliła go Europejska Federacja Przemysłu Farmaceutycznego, a w Polsce jego postanowienia realizować będzie INFARMA skupiająca zagranicznych producentów leków. Przedstawiciele tej organizacji są niezwykle dumni ze swojego dzieła, za pomocą którego mają zamiar poprawiać własny wizerunek. Przez lata nadszarpnięty – nie tylko w Polsce – skandalami we współpracy ze środowiskiem lekarskim.

Pomysł jest zadziwiająco prosty: skoro opinia publiczna nie może zdzierżyć, że firmy farmaceutyczne sponsorują lekarzom wyjazdy na kongresy naukowe, opłacają im wykłady i fundują bankiety, to ujawnijmy te korzyści w Internecie i nikt nie postawi zarzutu, że dajemy pod stołem. Trudno o prostsze rozwiązanie, które od lat stosowane jest w USA i niektórych państwach europejskich. Czy jednak w Polsce nie odbije się czkawką, skoro jesteście krajem, gdzie akceptuje się horrendalne stawki celebrytów i wszyscy na pamięć znają listę płac dziennikarzy występujących w telewizji, ale nikt nie pozwoli, by profesory otrzymywali za swoje wykłady podobne gaże? Tak oto pamiętne powiedzenie byłego wicepremiera „Pokaż lekarzu, co masz w garażu” w osobliwy sposób nabiera innego znaczenia, ponoć ucywilizowanego. Pytanie tylko, czy otoczenie w równie cywilizowany sposób potrafi tę przejrzystość przeświełać i czy w ogóle do czegoś (poza zażdrością) jest mu to potrzebne?

Dobrze, że w Kodeksie Przejrzystości pojawiła się furtka, którą lekarze mogą zamknąć, jeśli cenią swoją prywatność bardziej niż populistyczne idee. Tą furtką jest brak zgody na upublicznianie wszystkich informacji na swój temat, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Już słysząc pomruk niezadowolonych z takiego obrotu sprawy: „nie rozumiecie, co znaczy przejrzystość!”, „zaufanie można budować, pokazując, że nie ma się nic do ukrycia!”.

Nie rozumiem w takim razie, dlaczego INFARMA nie chce w ramach swojego kodeksu ujawniać wydatków na badania kliniczne (będą sumowane bez wskazania, ile wypłcono konkretnemu lekarzowi lub szpitalowi). Ponoć takie informacje są poufne, bo dotyczą indywidualnych strategii rynkowych. Czyli twórców kodeksu nie za bardzo interesuje, czym może się skończyć dla lekarza podawanie w sieci jego danych o dochodach ze współpracy, ale jeśli ma na tym stracić firma – to lepiej się nie wychylać. Kali z Sienkiewiczowskiej powieści „W pustyni i w puszczy” rozgrzeszał swoje występki w podobny sposób.

Na szczęście minęły czasy, kiedy niektórzy lekarze wysuwali pod adresem firm farmaceutycznych niebotyczne żądania, wozili się z rodzinami na ich koszt po świecie i udawali przy tym, że pracują naukowo. Obecny Kodeks Przejrzystości to w dużej mierze reakcja koncernów na takie zachowania. Niestety, reakcja spóźniona, która może wywołać całkowicie niepotrzebny ferment. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie zaprasza na I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne Serock – hotel Narvil, 12–14 czerwca 2015 r.

Program spotkania znajduje się na stronie internetowej OIL w Warszawie: <http://www.oilwaw.org.pl/> (na dole, pod nazwą: szkolenia i konferencje).

Przypominamy, że udział w wykładach i warsztatach jest NIEODPŁATNY i umożliwia uzyskanie minimum 14 punktów edukacyjnych.

Szczegółowe informacje na temat dodatkowych wykładów, warsztatów zostaną zamieszczone w kolejnym numerze „Pulsu” oraz na wspomnianej stronie internetowej.

Podczas I Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych będzie można zapoznać się z ofertą wystawców sprzętu i produktów stomatologicznych.

Serdecznie zachęcamy do skorzystania z noclegu w hotelu Narvil i wspólnego spędzenia dwóch wieczorów przy muzyce.

Koszty pobytu

1. pakiet pełny, zgodnie z programem (noclegi, wyżywienie, atrakcje):

- 749 zł – wpłata do 30 kwietnia
- 899 zł – wpłata po 1 maja

2. bez noclegu i udziału w uroczystych kolacjach:

- przerwy kawowe – 50 zł za 1 dzień
- przerwy kawowe i obiad – 135 zł za 1 dzień

Wpłaty, zgodnie z **wybraną opcją**, proszę dokonywać na konto OIL w Warszawie:

70 1050 1012 1000 0024 0567 6459,

w tytule wpisując: konferencja stomatologiczna.

Istnieje również możliwość wzięcia udziału w odpłatnych warsztatach z zakresu rehabilitacji kręgosłupa i implantologii. Szczegółowe informacje zostaną zamieszczone w kolejnym numerze „Pulsu” oraz na stronie internetowej.

Informacji o szkoleniach i warsztatach udziela również

Małgorzata Rajca, tel.: 22-54-28-308,

e-mail: m.rajca@oilwaw.org.pl.

Informujemy też, że 18 kwietnia 2015 r. w Pałacu Kultury i Nauki, w Sali Mikołajskiej, odbędzie się nieodpłatne szkolenie na temat „Wybrane zagadnienia z profilaktyki stomatologicznej i protetyki, prawa medycznego oraz komunikacji między lekarzami i pacjentami”.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej

OIL Warszawa: <http://www.oilwaw.org.pl/>

(na dole, pod nazwą: szkolenia i konferencje).

Marta Klimkowska-Misiak,

wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej ds. lekarzy dentystów

Szpital Centrum ENEL-MED

Warszawa, al. Solidarności 128



CENTRUM MEDYCZNE

OGŁOSZENIE

OPERACJE ORTOPEDYCZNE

- artroskopie,
- endoprotezoplastyka stawów,
- korekcje deformacji kończyn (m.in. halluksy, szpotawe podudzia),
- wycięcia łagodnych guzów, cyst, torbieli, ganglionów, z układu szkieletowego,
- operacje rekonstrukcyjne ścięgna i więzadła.

CHIRURGIA KRĘGOSŁUPA

- operacyjne leczenie niestabilności kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego,
- operacyjne usunięcie zwężenia kanału kręgowego odcinka lędźwiowego i szyjnego kręgosłupa,
- dynamiczna stabilizacja w odcinku szyjnym,
- operacyjne leczenie dyskopatii,

- operacyjne leczenie złamań osteoporotycznych i chorób osłabiających strukturę trzonu kręgosłupa.

CHIRURGIA RĘKI

- operacje zespołu kanału nadgarstka,
- leczenie zespołów uciskowych nerwów obwodowych (np. zespół cieśni nadgarstka),
- leczenie chorób Dupuytrena,
- operacyjne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów, zeszywnienia stawów, zapaleń ścięgna,
- usuwanie blizn z przeszczepem skóry i plastyka korekcyjna,
- rekonstrukcja, szycie ścięgien i nerwów.



22 23 07 007*

*koszt wg taryfy operatora

www.enel.pl/szpital

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 nieosiągania 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.

Warszawa, 4 marca 2015 r.

Sprostowanie w sprawie kas fiskalnych dla lekarzy

W związku z opublikowanym w marcowym numerze Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Puls” artykułem „Rejestracja nieodpłatnej usługi medycznej”, dotyczącym obowiązku rejestracji nieodpłatnych usług medycznych przy wykorzystaniu kasy fiskalnej – mojego autorstwa – pragnę dokonać koniecznego sprostowania i uzupełnienia wykładni przepisów prawa w nim zawartej.

W moim artykule zabrakło niestety pogłębionej analizy przepisów ustawy o VAT oraz odpowiadających przepisów rozporządzenia ministra finansów w kontekście zakresu stosowania obowiązku ewidencjonowania przy wykorzystaniu kas fiskalnych zdarzeń nieodpłatnych.

Zważyć bowiem należy, że obowiązek ewidencjonowania usług świadczonych bez przymiotu odpłatności dotyczy przypadków, w których usługi te byłyby uznane za „wykonywane na cele inne niż związane z działalnością gospodarczą” podatnika (a więc w okolicznościach sprawy – lekarza). W rezultacie przedmiotem odrębnej, pogłębionej analizy winna być ocena możliwości zakwalifikowania tego rodzaju usług nieodpłatnych jako świadczonych na cele „działalności gospodarczej”, a brak takiej analizy ostatecznie może prowadzić do błędnych wniosków co do obowiązków

podatkowych związanych z ewidencją zdarzeń na kase fiskalnej. Należy także dodać, że pojęcie „działalność gospodarcza” dla potrzeb ustawy o VAT, a tym samym także dla potrzeb stosowania przepisów dotyczących kas rejestrujących, definiowane jest w sposób odrębny/szczególny, wskazując na bardzo szerokie spektrum działalności usługodawców „bez względu na cel i rezultat” (vide art. 15 ust. 2 ustawy o VAT).

Wobec powyższego pragnę przeprosić wszystkich czytelników miesięcznika za brak w tej publikacji prasowej precyzyjnej i kompletnej analizy obowiązujących przepisów prawa podatkowego, a skorygowaną i pogłębioną opinię podatkową znajdą Państwo jako załącznik do niniejszego oświadczenia.

Pragnę również podkreślić, że za treść artykułu pełną odpowiedzialność ponoszę jedynie ja – jego autor, tworzyłem go samodzielnie, w sposób autonomiczny, bez jakiegokolwiek wpływu na jego treść ze strony zespołu redakcyjnego miesięcznika.

Za powstałe nieporozumienie najmocniej Państwa przepraszam.

Konrad Kruszyński, doradca podatkowy

Rejestracja nieodpłatnej usługi medycznej

W związku z licznymi wątpliwościami, związanymi z zagadnieniem obowiązku rejestrowania za pomocą kasy rejestrującej usług nieodpłatnie świadczonych przez lekarzy, oraz mając na uwadze fakt, że to zagadnienie stało się przedmiotem zapytania skierowanego do ministra finansów, pragnę doprecyzować moje wcześniejsze stanowisko.

Zgodnie z art. 111 ust. 1 ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (DzU z 2011 r., nr 177, poz. 1054 ze zm., dalej zwanej „ustawą o VAT”), podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych są obowiązani

ni prowadzić ewidencję obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

Definicja obrotu znajdowała się w art. 29 ustawy o VAT, uchylonym 1 stycznia 2014 r. Przepis ten definiował obrót, będący podstawą opodatkowania, jako kwotę należną z tytułu sprzedaży, pomniejszoną o kwotę należnego podatku. Kwota należna obejmowała całość świadczenia należnego od nabywcy lub osoby trzeciej. Obrót należało zwiększyć o otrzymane dotacje, subwencje i inne dopłaty o podobnym charakterze, mające bezpośredni wpływ na cenę (kwotę należną) towarów dostarczanych lub usług świadczonych przez podatnika, pomniejszone o kwotę należnego podatku.

JAGUAR XF
5 LAT GWARANCJI*

Luksusowe wyposażenie w cenie, m.in.: skórzana tapicerka, 8-stopniowa automatyczna skrzynia biegów, nawigacja na twardym dysku z czytnikiem DVD, pakiet wspomagania parkowania, lampy bixenonowe, łączność Bluetooth.



SPECJALNA OFERTA DLA LEKARZY**

JLR CENTRUM Sp. z o.o., Autoryzowany Diler

ul. Waszyngtona 50, tel. (22) 591 79 00 • Al. Witosa 31, (C.H. Panorama), tel. (22) 640 13 74 • www.jlrcentrum.pl

* Powyższe ma charakter informacyjny i nie stanowi oświadczenia gwarancyjnego ani oferty handlowej w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Szczegóły dotyczące warunków udzielenia gwarancji dostępne są u Autoryzowanego Diler.

**Szczegóły oferty w salonach JLR Centrum.



Rejestracja nieodpłatnej usługi medycznej

W miejsce uchylonej regulacji pojawił się art. 29a ust. 1 ustawy o VAT. W myśl tego przepisu podstawą opodatkowania jest wszystko, co stanowi zapłatę, którą dokonujący dostawy towarów lub usługodawca otrzymał lub ma otrzymać z tytułu sprzedaży od nabywcy, usługobiorcy lub osoby trzeciej, włącznie z otrzymanymi dotacjami, subwencjami i innymi dopłatami o podobnym charakterze, mającymi bezpośredni wpływ na cenę dostarczanych towarów lub usług świadczonych przez podatnika.

Zestawiając treść obu wymienionych regulacji, należy wysnuć wniosek, że nowy art. 29a ust. 1 ustawy o VAT wciąż odnosi się do pojęcia obrotu, a ustawodawca miał jedynie na celu doprecyzowanie zapisów w zakresie tego, co będzie podstawą opodatkowania.

Zgodnie z art. 2 ust. 22 ustawy o VAT, przez sprzedaż rozumie się odpłatną dostawę towarów i odpłatne świadczenie usług na terytorium kraju, eksport towarów oraz wewnątrzwspólnotową dostawę towarów.

Natomiast za świadczenie usług ustawa o VAT uznaje każde świadczenie na rzecz osoby fizycznej, osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej niemającej osobowości prawnej, które nie stanowi dostawy towarów w rozumieniu art. 7 ustawy o VAT.

Analizując zapisy art. 8 ust. 2 ustawy o VAT, w myśl których za odpłatne świadczenie usług uznaje się również:

– użycie towarów stanowiących część przedsiębiorstwa podatnika do celów innych niż działalność gospodarcza podatnika, w szczególności do celów osobistych podatnika lub jego pracowników, w tym byłych pracowników, wspólników, udziałowców, akcjonariuszy, członków spółdzielni i ich domowników, członków organów stanowiących osób prawnych, członków stowarzyszenia, jeżeli podatnikowi przysługiwało, w całości lub w części, prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego z tytułu nabycia, importu lub wytworzenia tych towarów lub ich części składowych,

– nieodpłatne świadczenie usług na cele osobiste podatnika lub jego pracowników, w tym byłych pracowników, wspólników, udziałowców, akcjonariuszy, członków spółdzielni i ich domowników, członków organów stanowiących osób prawnych, członków stowarzyszenia, oraz wszelkie inne nieodpłatne świadczenie usług do celów innych niż działalność gospodarcza podatnika,

należy dojść do wniosku, że jedynie w przypadku gdy nieodpłatne świadczenie usług wykonywane jest do celów innych niż działalność gospodarcza podatnika (w rozumieniu ustawy o VAT), spełniona będzie dyspozycja wspomnianego przepisu i, co za tym idzie, takie nieodpłatne świadczenie usług będzie można uznać za odpłatne.

Trzeba jednak podkreślić, że zawsze przedmiotem szczególnej analizy, w okolicznościach danej sprawy, powinno być to, czy dane świadczenie wykonywane przez lekarza rzeczywiście ma związek, czy też nie ma związku z wykonywaną przez niego działalnością.

Niezależnie jednak od tego istnieje asumpt do tego, aby stanąć na stanowisku, że lekarz świadczący nieodpłatnie usługi medyczne na rzecz pacjentów, w szczególności biorąc udział w jakichś akcjach społecznych, co do zasady buduje swój pozytywny wizerunek i, co za tym idzie, przyczynia się do przyszłego zwiększenia dochodów. W świetle powyższego wydaje się, że działaniu takiemu można przypisać charakter zarobkowy i w konsekwencji uznać, że jest wykonywane na cele działalności gospodarczej.

Konkludując, w przypadku nieodpłatnego świadczenia usług do celów działalności gospodarczej nie będziemy

mieli do czynienia z odpłatnym świadczeniem usług w rozumieniu ustawy o VAT.

Zgodnie z poz. 44 załącznika do rozporządzenia ministra finansów z 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (DzU z 2014 r., poz. 1544, dalej zwanego „r.z.e.k.r.”), z obowiązku ewidencjonowania zwalnia się czynności wymienione w art. 7 ust. 1 pkt. 5 i ust. 2 oraz w art. 8 ust. 2 ustawy o VAT. Jakkolwiek zatem faktycznie nie mamy w przypadku takich czynności do czynienia z obrotem, to wolą normodawcy co do zasady takie zdarzenia także stanowią sprzedaż, a jako takie mają swoją podstawę opodatkowania.

§2 r.z.e.k.r. stanowi, że zwalnia się z obowiązku ewidencjonowania w danym roku podatkowym, nie dłużej jednak niż do 31 grudnia 2016 r., czynności wymienione w załączniku do rozporządzenia.

W myśl jednak §4 r.z.e.k.r. zwolnień z obowiązku ewidencjonowania, o których mowa w §2, nie stosuje się m.in. w przypadku świadczenia usług w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentyistów.

Zestawiając wymienione przepisy, należy dojść do wniosku, że ewidencjonowaniu na kasie rejestrującej podlegają nieodpłatnie świadczone usługi sklasyfikowane w art. 8 ust. 2 ustawy o VAT, czyli tylko takie, które są wykonywane do celów innych niż działalność gospodarcza podatnika.

Jak zaś już wskazano, usługi świadczone nieodpłatnie przez lekarza mają na celu poprawę jego wizerunku i często są swego rodzaju promocją, co z założenia służy zwiększeniu osiąganych przez niego przychodów. Istnieje zatem teoretyczna możliwość uznania, że są one wykonywane do celów działalności gospodarczej.

Reasumując, nieodpłatne świadczenie usług medycznych do celów działalności gospodarczej nie podlega ewidencjonowaniu na kasie fiskalnej.

W świetle powyższego zatem tylko w przypadku gdy nieodpłatnie świadczone usługi medyczne nie będą wykonywane dla celów działalności gospodarczej, trzeba je będzie zaewidencjonować na kasie fiskalnej.

Na marginesie można wspomnieć, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia wskazano, iż przy jego opracowywaniu uwzględniono wnioski organów kontroli skarbowej o nadużyciach w związku z ukrywaniem rzeczywistych obrotów z działalności określonej w art. 111 ust. 1 ustawy o VAT. Analizując powyższe, można postawić tezę, że celem nadrzędnym wprowadzonego rozporządzenia było uniemożliwienie ukrywania rzeczywistych dochodów niektórych grup zawodowych. Nieodpłatnie świadczona usługa medyczna nie wiąże się zaś dla lekarza z powstaniem przychodu, jeśli podlega opodatkowaniu VAT, to jest z niego zwolniona, więc w tym przypadku nie będą ukrywane żadne rzeczywiste dochody.

Wydaje się, że obowiązek ewidencjonowania świadczonych usług nie będzie dotyczyć przypadków, gdy usługa będzie wynagradzana w ramach kontraktu z NFZ, a nie bezpośrednio przez beneficjenta, tj. pacjenta. Wszak w takim przypadku istnieją podstawy do stwierdzenia, że usługa świadczona jest na rzecz osoby prawnej, czyli NFZ. Stanowisko takie podzielają organy skarbowe, np. Dyrektor Izby Skarbowej w Katowicach w indywidualnej interpretacji prawa podatkowego nr IBPP4/443-391/11/MN z 17 lutego 2011 r. Co prawda interpretacja została wydana na gruncie uprzednio obowiązujących przepisów, jednak w zakresie dotyczącym kontraktów zawartych z NFZ zachowuje aktualność. ■

Konrad Kruszyński, doradca podatkowy



Niepożądane zdarzenia medyczne

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

Powikłanie

Niepomyślny wynik leczenia bądź komplikacje w czasie leczenia występują i to niestety nadal zbyt często. Medycyna ciągle jest sztuką, co oznacza, że nawet przy największej staranności i najbardziej zaawansowanej technice medycznej nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkich konsekwencji leczenia. Oczywiście margines niepewności zżęwa się wraz z rozwojem medycyny. Wiemy coraz więcej, ale nie wszystko. Dlatego jesteśmy ustawowo zobowiązani do poinformowania pacjenta o sposobie leczenia, przewidywanym efekcie i grożących powikłaniach, aby zgody na leczenie udzielił świadomie. Powikłanie jest zatem niezawinioną komplikacją, której ryzyko wpisuje się w planowane leczenie. Na przykład po operacji dyskopatii lędźwiowej może to być infekcja, utrzymywanie się dolegliwości bólowych w związku z wytworzeniem blizny w polu pooperacyjnym i uciskiem korzenia nerwowego. Zgodnie z polskim orzecznictwem sądowym lekarz ma obowiązek przekazania choremu informacji o częstych powikłaniach. Orzecznictwo nie określa procentowego ryzyka. Według sądów francuskich pacjenci powinni być informowani o zdarzeniach występujących częściej niż w 5 proc. przypadków zastosowania danej procedury. Pamiętać należy, że rola lekarza polega na udzielaniu pomocy choremu, a nie na straszaniu go. Ogólnie możemy przyjąć, że im mniej istotny dla zdrowia pacjenta zabieg planujemy wykonać, tym bardziej szczegółową informację przekazujemy. W efekcie najbardziej drobiazgowo informacje pojawiają się w przypadkach chirurgii kosmetycznej. W krajach o dużej roszczeniowości pacjentów, takich jak Stany Zjednoczone, druki zgody na operację przybierają formę wielostronicowych książeczek.

Zgodę pisemną należy uzyskać przy wykonywaniu zabiegu o podwyższonym ryzyku, które często zależy od sytuacji konkretnego pacjenta. Przykładowo jest konieczna w przypadku badania wewnątrznaczyniowej angiografii mózgowej, a nie ma takiego wymogu przy standardowej iniekcji domięśniowej. Może jednak zaistnieć potrzeba wykonania zastrzyku domięśniowego u chorego leczonego przeciwwzakrzepowo. Wówczas ryzyko powikłań wzrasta, należy więc uzyskać zgodę pacjenta.

Błąd medyczny

Błąd medyczny, w przeciwieństwie do powikłania, to przewinienie zawodowe. Mówimy o nim, kiedy niewłaściwy, zły, do śmierci włącznie, efekt leczenia jest spowodowany postępowaniem niezgodnym z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Może to być nieprawidłowe postępowanie lub zaniechanie postępowania, a może też być niestaranność, lekceważenie, niedbałość. Istnieją różne rodzaje błędów: diagnostyczne, terapeutyczne, organizacyjne, techniczne i inne. Ich określenie nie ma większego znaczenia. W ramach odpowiedzialności zawodowej lekarza rozpatruje się wagę i stopień odstępstw od aktualnego poziomu wiedzy.

Wiele przypadków błędów medycznych rozpatrują organy odpowiedzialności karnej (prokuratura, sądy powszechne) i organy odpowiedzialności zawodowej. Dla sądów powszechnych najbardziej istotna jest szkoda doznana przez pacjenta, dla rzecznika i sądu lekarskiego większe znaczenie ma waga merytoryczna popełnionego błędu. Dlatego sprawy rozpatrywane w procesach karnych powinny być przedmiotem odrębnego postępowania w dziedzinie odpowiedzialności zawodowej.

Szczególny rodzaj błędu stanowi błąd organizacyjny. Nierzadko lekarze tłumaczą się, że niezachowanie należytych standardów w zakresie zastosowania aparatury i wykorzystania personelu wynika z niedostatków finansowych. To często prawda. Jednak lekarz świadomie godził się na braki, przyjmował odpowiedzialność za zdrowie oraz życie pacjentów i na ogół w dokumentacji brakuje pism do przełożonych z doniesieniem o brakach.

Dość powszechnie przytaczane powiedzenie: „błędów nie robi tylko ten, kto nic nie robi”, nie może być argumentem przekonującym o niewinności lekarza. Także nabywanie wprawy w wykonywaniu nowych procedur, czyli tak zwana krzywa uczenia, nie upoważnia do popełniania błędów. Zachowanie należytej staranności zapobiegnie błędom, ale może wpłynąć na wydłużenie czasu wykonania procedury.

Zdarzenie medyczne

W ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta pojawiło się nowe pojęcie – zdarzenie medyczne. Nazwa nie jest zbyt szczęśliwa, gdyż zdarzenie w języku polskim to wszystko, co się wydarzyło, zarówno dobre, jak i złe. Natomiast pojęcie zdarzeń medycznych wprowadzono w znaczeniu medialnym. A w mediach liczą się zdarzenia tylko wtedy, gdy są katastrofalne. Zatem należałoby używać określenia: zawnione, niepożądane zdarzenia medyczne.

Jeśli w czasie leczenia lub później, ale wskutek leczenia, nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia lub śmierć pacjenta, czyli doznał on szkody, można dochodzić odszkodowania przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Należy podkreślić, że w orzeczeniu o zdarzeniu medycznym istotne jest nie pogorszenie stanu zdrowia, lecz wykazanie związku między zaistniałą szkodą a niewłaściwym postępowaniem bądź zaniechaniem postępowania. Innymi słowy, zdarzenie medyczne przy rozpatrywaniu udziału w nim personelu medycznego dotyczy przypadków dowiedzonego błędu medycznego. **Podsumowując, orzeczenie popełnienia błędu medycznego skutkuje karą w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarza, a stwierdzenie zdarzenia medycznego oznacza ukaranie szpitala, który musi wypłacić odpowiednie odszkodowanie. Natomiast powikłanie mieści się w pojęciu ryzyka, które ponosi każdy pacjent poddawany leczeniu, i nie powstaje z winy lekarza. ■**



Fotografie: archiwum

Czy potrafimy zmniejszyć częstość błędów i powikłań w leczeniu chorób naczyń?

Z prof. dr. hab. n. med. Walerianem Staszkiwiczem i dr. n. med. Włodzimierzem Hendigerem z Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Po raz trzeci już Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego organizuje Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej”. Jaki jest jej cel?

Walerian Staszkiwicz: Błędy lekarskie są następstwem nieprawidłowych decyzji lub interpretacji objawów i wyników. Niestety, najczęściej powoduje je tzw. czynnik ludzki. Miewią poważne konsekwencje, bywa, że prowadzą do powikłań, a nawet śmierci pacjenta. Powikłania mogą powstać z winy lekarza, ale często są następstwem choroby, którą leczymy. W chirurgii naczyniowej leczymy głównie skutki, a nie przyczyny choroby, stąd potrzeba wymiany doświadczeń, omówienia najtrudniejszych przypadków, sytuacji klinicznych. To tworzy naszą wiedzę, zwiększa umiejętności, pozwala na zmniejszenie liczby powikłań w szybko rozwijającej się chirurgii naczyniowej.

Czy dostępność nowoczesnego sprzętu przyczynia się do zmniejszenia liczby powikłań i błędów lekarskich?

Włodzimierz Hendiger: Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Nowoczesny sprzęt diagnostyczny, z wykorzystaniem wielonarządowej tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, technik ultrasonograficznych, często pozwala na szybkie, precyzyjne ustalenie rozpoznania. Ale wyniki badań interpretują lekarze i tu są pierwsze możliwości błędów i pomyłek. Następnie, na podstawie uzyskanych wyników, jest podejmowana decyzja o wyborze metody leczenia, oczywiście w powiązaniu z badaniem pacjenta. Na tym etapie ogromną rolę odgrywa wiedza i doświadczenie lekarza. Kolejny etap to wybór sprzętu wykorzystywanego do operacji, szczególnie w dobie zabiegów małoinwazyjnych z wykorzystaniem aparatury rentgenowskiej w sali operacyjnej, ze stosowaniem różnorodnych metod udrażniania naczyń krwionośnych. Na każdym z tych etapów postępowania możliwe są zarówno błędy lekarskie, jak i podejmowanie nieprawidłowych decyzji leczniczych w oparciu o błędną interpretację wyników badań klinicznych oraz pomocniczych.

Powikłania zależą od doświadczenia lekarza, czy raczej od stosowanych metod i sprzętu?

W.H.: Powikłania mogą wystąpić na każdym etapie leczenia, w czasie każdej operacji. W przypadku operacji doraźnych, ze wskazań życiowych, nie zawsze jesteśmy w stanie zmniejszyć ryzyko związane z aktualnym stanem zdrowia pacjenta i zaawansowaniem choroby. Podczas zabiegów planowych

mamy do czynienia nie tylko z bardzo zaawansowaną chorobą, odmianami anatomicznymi, nieprawidłową reakcją na stosowane leki i przeszczepy, ale również często z poważnymi chorobami współistniejącymi, które powodują zaburzenia metabolizmu, np. z cukrzycą, nadciśnieniem, chorobą nowotworową, niewydolnością nerek czy układu sercowo-naczyniowego.

Jaką rolę odgrywa doświadczenie chirurga?

W.H.: Dowiedziano, że wykonywanie dużej liczby podobnych operacji przez tego samego operatora zmniejsza ryzyko, dlatego tworzy się szczegółowe dyscypliny zabiegowe. Obecnie w Polsce wprowadza się nowoczesny modułowy system kształcenia lekarzy, ale w medycynie konieczne jest kształcenie u „mistrzów” i – co ważne – kształcenie ustawiczne. Do każdego pacjenta musimy podchodzić indywidualnie, a nie rutynowo. Dziś operujemy pacjentów, którzy jeszcze kilka lat temu byli dyskwalifikowani z leczenia operacyjnego. Takie są oczekiwania społeczeństwa. Ale nowoczesny sprzęt stwarza pokusę przekraczania ustalonych reguł i procedur. To niestety często się mści – występują powikłania. Ważnym, a nierozwiązanym problemem jest kształcenie nauczycieli akademickich w nowoczesnych metodach edukacyjnych, z wykorzystaniem Internetu, fantomów i telemedycyny. Powikłań nie da się całkowicie wyeliminować, ale jedną z najważniejszych umiejętności chirurga jest odpowiednio wczesne ich rozpoznanie i wybór właściwej metody opanowania skutków.

Jak wygląda kształcenie chirurgów naczyniowych w Polsce? Czy poziom wiedzy i umiejętności naszych specjalistów są porównywalne z poziomem zawodowym przedstawicieli czołowych ośrodków światowych?

W.S.: Z chwilą wydzielenia chirurgii naczyniowej jako samodzielnej specjalności lekarskiej nastąpił bardzo szybki rozwój tej dziedziny medycyny w Polsce. W większości dużych miast powstały samodzielne oddziały chirurgii naczyniowej. Na ogół są dobrze wyposażone w sprzęt diagnostyczny i mają możliwość leczenia na bardzo wysokim poziomie, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. Chirurgia naczyniowa jest dziedziną kosztowną dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ale w klinikach i na oddziałach zapewniono opiekę i metody leczenia na najwyższym poziomie. Problem stanowi zbyt małe zainteresowanie młodych lekarzy tą dziedziną wiedzy, ze względu na długotrwały proces kształcenia specjalistycznego. W wielu rejonach nadal dostęp do poradni chorób naczyń jest trudny, a część lekarzy pierwszego kontaktu nie ma wystarczającej wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia chorób naczyń. Mała jest również wiedza o chorobach naczyniowych w społeczeństwie.

Czy w celu zmniejszenia częstości błędów i powikłań wskazane jest opracowanie i wprowadzenie standardów postępowania w medycynie, szczególnie w chirurgii?

W.S.: Tu pragnę zacytować wybitnego chirurga amerykańskiego, pochodzenia węgierskiego, jednego z założycieli Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów, Maksa Thoreka: „procedur w chirurgii nie da się znormalizować, stosować przypadkowo ani bezbłędnie przewidzieć jej efektów...”.

Większość procedur chirurgicznych mieści się w pewnych rekomendacjach postępowania, ale coraz częściej leczymy chorych, u których stopień zaawansowania choroby i trudności operacyjne są poza rekomendacjami. Taki jest jednak koszt postępu w medycynie i oczekiwania społeczne. ■



Nowe leki w immunoterapii

W leczeniu nowotworów wchodzi do użycia kolejne leki nowej generacji z zakresu immunoterapii. Na początku września 2014 r. Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła pierwszy taki preparat, o nazwie pembrolizumab, przeznaczony do leczenia zaawansowanego czerniaka.

W marcu 2015 r. zarejestrowano również niwolumab w leczeniu zaawansowanego płaskonabłonkowego niedrobnokomórkowego raka płuca. To pierwszy lek immunoonkologiczny w tym wskazaniu. Wcześniej był stosowany jedynie u pacjentów z nieoperacyjnym lub przerzutowym czerniakiem.

Zarówno pembrolizumab, jak i niwolumab należą do tzw. inhibitorów PD-1, leków, które odblokowują układ immunologiczny w walce z komórkami nowotworowymi przez tzw. receptor PD-1. To receptor immunoregulatorowy, zlokalizowany na powierzchni aktywnych limfocytów T (CD4+ i CD8+) oraz limfocytów B. Gdy zwiąże się ze swoimi ligandami PD-L1 lub PD-L2, dochodzi do przerywania szlaku sygnalizacyjnego, co hamuje aktywację limfocytów T. Nowotwór może się wtedy swobodnie rozwijać.

Nowe leki zostały tak opracowane, żeby do tego nie dopuścić. Przywracają układowi odpornościowemu umiejętność rozpoznawania komórek nowotworowych i oddziaływania na nie. Wprowadzono je w przyspieszonym terminie. Prognozuje się, że wkrótce terapia będzie coraz częściej stosowana, nie tylko w przypadku czerniaka i raka płuca, bowiem jest testowana w leczeniu około 30 innych nowotworów. ■

Udary niedokrwienne

Udary mózgu mogą być niedługo leczone podobnie jak ostre zawały serca. „New England Journal of Medicine” opublikował wyniki kolejnych dwóch obserwacji, przeprowadzonych w Australii i Kanadzie, sugerujące, że dobre efekty daje usunięcie cewnikiem z niedrożnych tętnic materiału zakrzepowo-zatorowego, który spowodował udar niedokrwienny.

Podczas zabiegu neuroradiolog dokonuje tzw. trombektomii, czyli mechanicznie wyciąga zakrzep albo go rozpuszcza, ewentualnie rozpuszcza jego pozostałości po próbie usunięcia (tzw. trombolizie). Najczęściej wykonuje się obydwie procedury, gdyż jest wtedy większa szansa na przywrócenie przepływu krwi do mózgu.

Dotąd nie było pewności, czy zabieg endowaskularny jest skuteczny również w udarach niedokrwiennych mózgu. Neuroradiolog zabiegowy uniwersytetu w Toronto prof. Timo Krings twierdzi, że najnowsze badania nie pozostawiają co do tego żadnych wątpliwości. Jego zdaniem dowody naukowe są na tyle przekonujące, że „dłużej nie można już przysmykać na to oczu”.

Według kanadyjskiego specjalisty cewnikowanie tętnicy mózgu dwukrotnie zmniejsza śmiertelności chorych po niedokrwiennym udarze mózgu. Po podaniu leków rozpuszczających zakrzep umiera dwóch pacjentów na dziesięciu, natomiast po zabiegu endowaskularnym zaledwie jeden. „Niektórzy pacjenci zaczynają mówić, a nawet poruszać rękę po tej stronie ciała, w której był niedowład wywołany udarem, jeszcze wtedy, gdy znajdują się na stole zabiegowym” – przekonuje prof. Krings. ■

Zbigniew Wojtasiński

Wołanie na puszczy

Od grudnia zeszłego roku coraz głośniejsze mówiło o problemie rezydentur. Nadzieje młodych lekarzy były ogromne, bo w końcu premier Kopacz obiecała, że każdy dostanie wymarzony etat.

20 stycznia, 27 stycznia i 16 lutego odbyły się spotkania Komisji ds. Młodych Lekarzy z podsekretarzem stanu Igozem Radziewiczem-Winnickim i pełniącą funkcję dyrektora podległego mu Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ dr Jolantą Orłowską-Heitzman. Otrzymaliśmy potwierdzenie obietnicy otwarcia w 2015 r. 6527 rezydentur, z czego na sesję wiosenną przypadło 1612 etatów. To bardzo mało w porównaniu z zapotrzebowaniem kilku poprzednich roczników lekarzy i lekarzy dentyków, którzy szkolą się w trybie pozarezydenturkim. Po podzieleniu liczby etatów przez 16 województw i 75 specjalności (sic!), w których można się kształcić, znów otrzymaliśmy znany nam od lat system zero-jedynkowy. Mam nadzieję, że jesienią się to zmieni i dodatkowe miejsca nie zostaną w całości przekazane na jedną czy dwie specjalności priorytetowe, i że nasz zawód znów będzie można nazywać wolnym.

Czego dotyczyły apele Komisji ds. Młodych Lekarzy podczas spotkań w NIL i MZ? Parafrazując św. Marka, były wołaniem na puszczy: maksymalnie uproście system! Obecnie absolwenci muszą mieć żyłkę hazardzisty – sprawdzać statystyki popularności i dostępności poszczególnych dziedzin w różnych województwach, obliczać szanse i ryzyko. Świadome podejmowanie decyzji przy obecnym kształcie ustawy graniczy z cudem. Czy na jesieni uda się wprowadzić ogólnopolski system przyznawania rezydentur? A może sprawdzić się system analogiczny do używanego podczas przyznawania staży podyplomowych, pozwalający na wybór trzech wybranych dziedzin? Komisja nadal będzie wołać, a młodym lekarzom pozostaje czekać, najlepiej z ewangelicznym spokojem. ■

Filip Dąbrowski,
przewodniczący Komisji
ds. Młodych Lekarzy
OIL w Warszawie

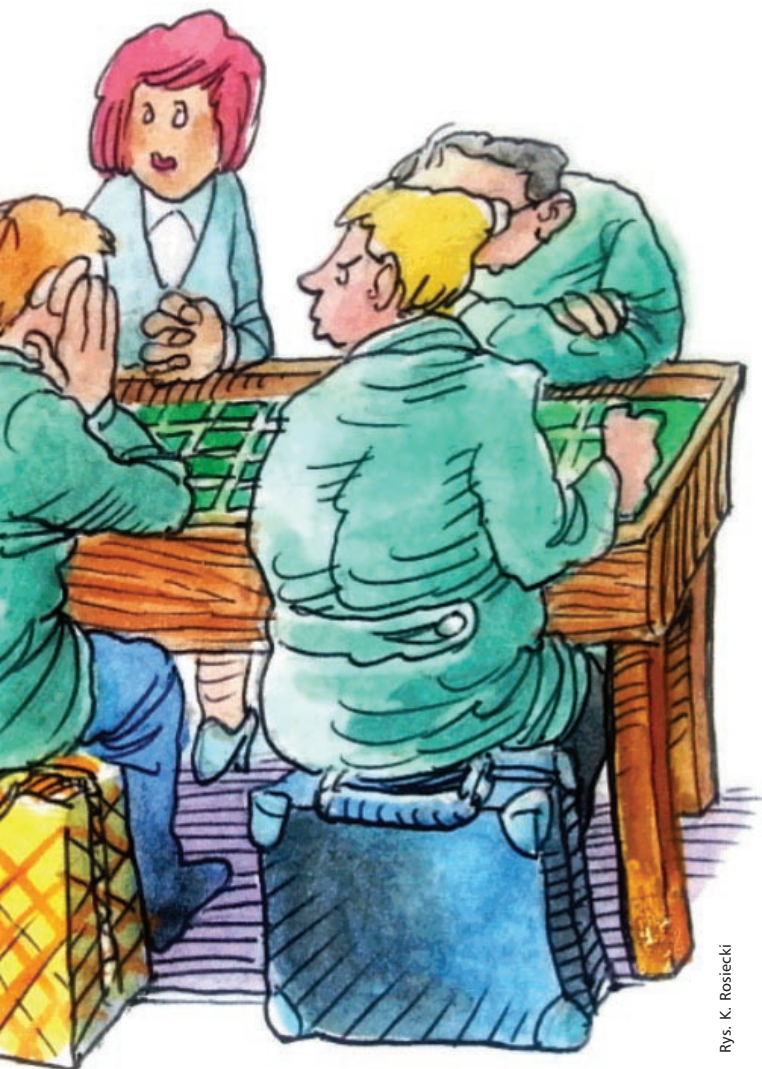


Oni za ruletkę

Kwadratowy, przykryty zieloną, filcową narzutą, stary drewniany stół. Przy nim gracze. Siedzą niedbale, podparci na łokciach, jak gdyby pogrążeni w półśnie, choć bystry obserwator szybko zauważy błysk czujności czający się pod ich wespółzrymniętymi powiekami. Nad stojącą na stole ruletką nachyla się on – krupier czarodziej. Bartosz. Błysk w oku, triumfujący uśmiech. Wprawia w ruch koło rulety, gracze nerwowo kręcą się na swoich miejscach, ruletka zwalnia i... ale nie sprzedajmy faktów. Poznajmy najpierw wszystkich graczy.

Mateusz K. (28 lat), dobrze zbudowany dryblas, zajmuje miejsce po lewej stronie krupiera. Siedzi zrezygnowany. Rezydentka ruletka to jego pasja, właściwie już nałóg. Jest tu po raz czwarty. Od dziecka marzył o urologii, udzielał się na studiach, pracował w kole naukowym, publikował. Po pierwszej rezydenturce zaczął pracować jako wolontariusz. Utrzymuje się z nocnych dyżurów, do pracy chodzi nieprzytomny, w weekendy odsypia.

grali w rezydencką



Rys. K. Rośiecki

Tym razem nie chciał grać, ale usłyszał w exposé premier polskiego rządu, że wreszcie znajdą się rezydentury dla lekarzy w takiej sytuacji jak on, że nie będzie już pracował za darmo. Kiedy porównał te obietnice z rzeczywistością, poczuł pustkę. Mateusz nie zagra tym razem z Bartoszem w rezydencką ruletkę. Na urologię nie przydzielono ani jednego miejsca dla rezydentów. Nie ma też co liczyć na wynik szumnie zapowiadanego odwołania – nie można przecież złożyć papierów na specjalizację, w której nie zostały przydzielone rezydentury. Mateusz siedzi więc głęboko w fotelu, smutny czeka na kolejną rozgrywkę, już za pół roku. Przez ten czas będzie dalej pracować za darmo.

Maciej G. (27 lat), sąsiad Mateusza, z nudów bawi się obrączką. Obecną grę w rezydencką ruletkę obserwuje bez zbytniego zainteresowania. W poprzedniej odniósł już zwycięstwo. Pyrusowe. Wybrał rezydenturę z onkologii, było na nią dużo miejsc. Myślał (jakże logicznie), że skoro onkologia zawiera trzyletni moduł internistyczny, to po jego zakończeniu będzie mógł jeszcze raz przemyśleć wybór i najwyżej zmienić specjalizację w obrębie interny, np. na kardiologię. Wprowadzeniem ustawy

okołobudżetowej bez ostrzeżenia i *vacatio legis* rząd, zakazując zmiany specjalizacji, skutecznie pozbawił Macka szansy na kolejne gry. Dlatego nie gra teraz z Bartoszem w rezydencką ruletkę. Obserwuje. Pod nosem przeklina, jest sfrustrowany, bo przecież chciał być kardiologiem.

Ola S. (28 lat), filigranowa brunetka siedząca naprzeciw Bartosza, nie wierzy już w swoje szczęście. Poddała się całkowicie. Była dobrą, solidną studentką. Marzyła o reumatologii. Niestety, już trzykrotnie musiała przełknąć gorycz porażki. Teraz, w przerwach między kolejnymi grami w ruletkę, pracuje w POZ. Lubi tę pracę. Kiedy słyszy w mediach, że brakuje w Polsce reumatologów, tylko się uśmiecha. Ona mogłaby robić tę specjalizację nawet w innym województwie. Niestety, można zagrać tylko w jednym i postawić tylko na jedną specjalizację. Jeśli przegrywasz – zostajesz z niczym. A ona w dodatku ma w Warszawie narzeczonego. Siada więc zdenerwowana do gry z Bartoszem. Śledzi wzrokiem kręcącą się kulkę. Wie, że ma marne szanse – znów „rzuciono” mało miejsc. Choć może tym razem wygra?

I wreszcie Krzysztof P. (27 lat), od pół roku bezrobotny, siedzi z założonymi rękoma i nie odrywa wzroku od ruletki. Z egzaminu LEK uzyskał 81 proc. Złożył papiery na chirurgię. Niestety, nie udało się. Pamięta, jak odbierał telefony od zadowolonych kolegów z Lublina i Białegostoku – tam chirurgia „szła” od 60 proc. Pamięta, jak pluł sobie w brodę, że nie złożył papierów np. w Olsztynie. Przegrał. Poszedł na zasitek, uczył się pół roku, poprawił LEK. Tym razem siada do gry z wynikiem 85 proc. Gra o jedyne miejsce rezydenckie na chirurgię ogólną w województwie. „Zaraz, zaraz – myśli Krzysiek – czy w województwie mazowieckim jest obecnie zapotrzebowanie na jednego chirurga ogólnego? To są rezydentury dla wszystkich absolwentów z lat 2012–2015? O co tutaj chodzi?”. Przysuwa się do stołu, mocniej opiera o blat. Z podniesioną przyłbicą przystępuje do gry. Czy Krzyśko wi się uda?

Ach, zapomniałbym. Jeszcze Rafał G. (28 lat). Jego nie ma na sali. Mieszka w Niemczech. Już po pierwszej grze zrozumiał, że z Bartoszem nie wygra i spakował manatki. Rozpoczął praktykę kardiologiczną w nowoczesnym ośrodku. Teraz dopinguje kolegów. W języku niemieckim.

Ruletka leniwie obraca się wokół, aby w końcu zatrzymać się w miejscu. To koniec. Przegrali. Mateusz i Maciek wychodzą, Ola i Krzysiek jeszcze nie wierzą. Oglądają listy zakwalifikowanych, coś tam liczą. Wreszcie to do nich dociera. Kolejny raz przegrali. Szkoda czasu i nerwów – myślą. Więcej w ruletkę nie zagrają.

Nie zagrają już nigdy Mateusz i Maciek, nie zagra też Adam, Aldona, Maria i Radek, gra dawno znudziła Rafała. Niedługo z graczy zostanie tylko Bartosz. Będzie pasjami wygrywał sam ze sobą. ■

Łukasz Jankowski





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

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

Recepty lekarskie – pytania i odpowiedzi

cz. 6

Podstawa prawna

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2011 r., nr 122, poz. 696, z późn. zm.)
- 2) Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)
- 3) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2011 r., nr 197, poz. 1172)
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU poz. 260, z późn. zm.)
- 6) Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 1239)

Stan prawny na 15.03.2015 r.

1. Czy dopuszczalne jest wystawianie recept dla pacjenta w trakcie hospitalizacji? Czy w przypadku tzw. chorób współistniejących świadczeniobiorca może przynosić leki własne?

Odpowiedź na te pytania zawarta jest przede wszystkim w ustawie o świadczeniach, a dokładnie w art. 35, który stanowi: „Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia”¹. Również przepisy Narodowego Funduszu Zdrowia regulują tę kwestię dość jednoznacznie. Zgodnie bowiem z Zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w §11 ust. 1 pkt. 8: „Świadczeniodawca, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub »leczenia jednego dnia«, zobowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń towarzyszących”². Poza tym w §11 ust. 1 pkt. 9: „Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca”³.

Problematyczna wydaje się interpretacja stwierdzenia „konieczne do wykonania świadczenia”. Czy dotyczy to leków związanych z bezpośrednią przyczyną hospitalizacji, czy też wszystkich produktów leczniczych, które są konieczne do zastosowania z uwagi na stan pacjenta? Przykładem może być świadczeniobiorca, który jest leczony przewlekłe od wielu lat na astmę oskrzelową, natomiast trafia do szpitala z zawałem serca. Mimo że przytoczony przepis nie nakłada na szpital bezwzględnego i nieograniczonego obowiązku zapewnienia wszystkich leków, należy go interpretować rozszerzająco.

Taka interpretacja przepisów jest też stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia: „Niedopuszczalne jest pozostawianie pacjenta bez opieki czy leczenia w trakcie pobytu w szpitalu w odniesieniu do występujących u niego schorzeń współistniejących, których nieleczenie może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, a nawet zagrożenie życia, bez względu na to, czy zachorowanie nastąpiło przed, czy w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu”⁴.

Podobną interpretację przepisów przedstawia rzecznik praw pacjenta: „Zapis ten dotyczy także konieczności zaopatrzenia pacjenta w leki i wyroby medyczne niezbędne dla jego zdrowia, wynikające z leczenia schorzeń współistniejących, które pojawiają się w trakcie hospitalizacji, a które powinny być leczone na koszt szpitala, niezależnie od przyczyny tej hospitalizacji”⁵.

Podkreślić należy, że podczas kontroli preskrypcji lekarskich na jeden ze szpitali nałożono karę w wysokości 361 tys. zł za to, że lekarze żądali od hospitalizowanych przynoszenia własnych leków⁶.

Czy zatem dopuszczalne jest stosowanie przez pacjentów na terenie szpitala leków, które przyjmują w związku z chorobami przewlekłymi (współistniejącymi)? Regulacje prawne nie zawierają pełnej odpowiedzi na to pytanie.

W opinii autorów nie ma wyraźnego zakazu, aby świadczeniobiorca po spełnieniu określonych przesłanek stosował leki własne w trakcie hospitalizacji. Lekarz może zapytać pacjenta, czy ma leki własne i chce je stosować. Nie może to być jednak nakaz. Wielu chorych, przyjmujących np. insulinę, będzie wolało kontynuować dotychczasową terapię. Podobnie w sytuacji leczenia przewlekłego, gdy kończą się produkty stosowane przez długi okres, a pacjent jest dalej hospitalizowany, dokończenie terapii musi być sfinansowane przez świadczeniodawcę.

Odrębną kwestią jest fakt posiadania przez każdy szpital odpowiednich procedur przyjmowania leków własnych. Wiele jednostek już je ma i przeszły odpowiednią certyfikację. Należy podkreślić również, że to lekarz bierze na siebie całą odpowiedzialność za prawidłowy sposób leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą i zachowaniem należytej staranności.

Nie sposób też nie wspomnieć o roli farmaceuty w całym procesie. Jako pracownik apteki szpitalnej bądź działu farmacji szpitalnej, powinien sprawdzić jakość dostarczonego przez pacjenta leku, jego ważność, czy np. nie został wycofany z obrotu, ilość, postać, stosowaną dawkę itp. Niezwykle ważny jest sposób przechowywania. Wiele leków w karcie charakterystyki produktu leczniczego ma zapis dotyczący przechowywania, np. w temperaturze 2–8 st. C. Jakże więc właściwości leku, który przynosi pacjent w okresie ostrej zimy lub bardzo gorącego lata?

Uwagi wymaga też fakt, że w szpitalach mają zastosowanie przepisy ustawy – Prawo zamówień publicznych⁷, a także receptariusz szpitalny. Dlatego tak ważna jest współpraca między lekarzami, farmaceutami, dyrekcją, działem zamówień i komitetem terapeutycznym. Wypracowanie wewnętrznych procedur zapewni bezpieczne i sprawne funkcjonowanie jednostki.

Reasumując rozważania, można stwierdzić, że przyjmowanie leków własnych jest dopuszczalne, ale należy uwzględnić wskazane obostrzenia. Świadczeniodawca ponosi bowiem pełną odpowiedzialność za wszystkie produkty lecznicze, które są podawane pacjentowi w trakcie hospitalizacji.

2. Recepty zaoczne – jakie zmiany wprowadza ustawa od 1.01.2015 r.

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (cyt. dalej jako u.z.l.), „*lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu*”⁸. Jednak od tej zasady ustawodawca przewidział pewne wyjątki. Były wprowadzone uregulowane dotychczas komunikatem Narodowego Funduszu Zdrowia, ale wielu praktyków go nie stosowało, ponieważ nie miał mocy prawnej. Obecnie owe wyjątki wymieniono w ustawie, są więc prawnie obowiązujące. Zmiany należy ocenić pozytywnie, gdyż niejednokrotnie ułatwią pracę w szpitalach i przychodniach, oszczędzą cenny czas, a przede wszystkim skrócą kolejki pacjentów. Zgodnie z nowelizacją, „*lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej*”⁹.

Trzeba jednak zauważyć, że nie oznacza to całkowitego zwolnienia lekarza z obowiązku uprzedniego zbadania pacjenta. Wykonuje taką powinność, ale nie musi to być bezpośrednio przed wystawieniem recepty lub zlecenia. Możliwość ta dotyczy jedynie wypisania recepty, która jest niezbędna do kontynuacji leczenia i uzasadniona stanem

zdrowia pacjenta przedstawionym w dokumentacji medycznej, najczęściej w przypadku świadczeniobiorców leczonych przewlekłe. Zatem pacjent, który jest pierwszy raz na wizycie u danego lekarza, nie może otrzymać recepty zaocznej, bowiem nie kontynuuje leczenia u tego samego lekarza. Podobna sytuacja będzie miała miejsce, gdy pacjent dopiero zapisał się do przychodni i nawet dostarczył dokumentację medyczną z dotychczasowym przebiegiem leczenia. Recepty zaocznej nie możemy także wystawić choremu, którego leczymy np. na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc od sześciu miesięcy, jeśli zgłasza on nowe dolegliwości (ból w klatce piersiowej). Zupełnie inaczej będzie w przypadku pacjenta chorego np. na nowotwór jelita grubego, który jest jednocześnie pod opieką specjalisty onkologa, od ośmiu miesięcy przyjmuje regularnie leki przeciwbólowe, a potrzebuje produktu na kolejny okres w celu kontynuacji leczenia. Analogiczny jest przypadek pacjenta chorego na astmę oskrzelową czy cukrzycę. Jeżeli posiadamy zaświadczenie od specjalisty alergologa, diabetologa i jednocześnie leczymy pacjenta od ośmiu miesięcy, a nie zgłasza on dodatkowych dolegliwości, możemy bez osobistego badania wystawić receptę zaoczną.

Jednocześnie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, lekarz POZ może kontynuować leczenie farmakologiczne pacjenta, zastosowane wcześniej przez lekarza specjalistę, w sytuacji, gdy ów specjalista przekazał pisemnie informację na temat rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, zażywania leków, okresu ich stosowania i dawkowania oraz wymaganych wizyt kontrolnych, nie rzadziej niż co 12 miesięcy¹⁰. Lekarze specjaliści są zaś zobligowani do włączenia kopii wymienionych dokumentów do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej¹¹.

Ustawa nie określa kręgu podmiotów, które mogą zwrócić się o wystawienie recepty i w jakim trybie powinno to nastąpić, oraz czy musi to być sam pacjent, czy może to być inna osoba. Biorąc pod uwagę cel, jakim jest eliminacja osobistego kontaktu z pacjentem, należy przyjąć, że może to być zarówno sam pacjent, jak i osoba trzecia.

Potwierdzają to przepisy znowelizowanej ustawy, które stanowią, że recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- 1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
- 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określania tych osób¹².

Należy jednak ustalić, czy w dokumentacji medycznej znajduje się lub jest odnotowane oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do odbierania recept i zleceń w formie:

- a) upoważnienia ogólnego, bezimiennego – bez szczegółowego wskazania osób trzecich. Upoważnienie takie może zostać złożone w formie pisemnej lub jako oświadczenie złożone lekarzowi podczas wizyty pacjenta. Wskazane jest jednak, aby przybrało postać pisemną, z uwagi na fakt, że może pełnić funkcję dowodową. Gdy dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie papierowej, należy uzyskać podpis pacjenta pod treścią zapisanego oświadczenia o upoważnieniu;
- b) upoważnienia imiennego – ze wskazaniem konkretnej osoby lub osób. Podobnie jak upoważnienie ogólne, może zostać złożone w formie pisemnej lub jako oświadczenie złożone lekarzowi podczas wizyty pacjenta. Wskazane jest jednak, aby i ono przybrało postać pisemną, z wymienionych wyżej powodów.

Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do niej¹³.

Ponadto w dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia¹⁴. Podobnie informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji¹⁵. Tożsamość tej osoby należy sprawdzić. Zgodnie z art. 1 ust. 3 ustawy z 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych, dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby fizycznej jest dowód osobisty. Tę samą funkcję pełni paszport, co potwierdza art. 4 ustawy z 13 lipca 2006 r. o dokumentach paszportowych.

Może się zdarzyć, że recepta zostanie wystawiona, ale – ze względu na brak uprawnień do jej odbioru – nie będzie wydana.

Podsumowując, trzeba stwierdzić, że porada receptowa, a tym samym wystawienie zaoczne recepty, jest uprawnieniem lekarza, z którego ma prawo korzystać i nikt nie może wymuszać jego realizacji. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów, osób upoważnionych, członków rodziny. Charakter zmian ma przede wszystkim usprawnić działanie systemu ochrony zdrowia, skrócić kolejki do świadczeniodawców, poprawić komfort pracy lekarzy (szczególnie POZ), ułatwić leczenie chorych.

Należy pamiętać także, że spełnione muszą być łącznie trzy przesłanki:

- recepta musi być **niezbędna do kontynuacji leczenia**,
- porada receptowa musi być **uzasadniona stanem zdrowia** pacjenta,
- stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady receptowej musi być **odzwierciedlony w jego dokumentacji medycznej**¹⁶. ■

¹ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

² Zarządzenie nr 89/2013/DSOZ/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (NFZ z 19 grudnia 2013 r.).

³ Tamże.

⁴ Pismo Narodowego Funduszu Zdrowia, Znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/073/0246/W/09515/JSy.

⁵ <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/rzecznik-praw-pacjenta-szpital-musi-zapewnic-pacjentowi-leki>

⁶ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Chrzanow-szpital-nadal-zada-od-pacjentow-lekow,147355,1.html>

⁷ Ustawa z 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (DzU z 2004 r., nr 19, poz. 177 z późn. zm.).

⁸ Art. 42 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2011 r., nr 197, poz. 1172).

⁹ Art. 42 ust. 2 u.z.l.

¹⁰ §12 ust. 1 pkt. 6 Rozporządzenia ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU z 13 maja 2008 r.).

¹¹ Tamże.

¹² Art. 42 ust. 3 pkt. 1 i 2 u.z.l.

¹³ Art. 42 ust. 4 u.z.l.

¹⁴ Art. 42 ust. 5 u.z.l.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ K. Urban, E. Warmińska, *Wizyty receptowe i recepty zaoczne od 1 stycznia 2015 r.*, Lex ABC nr 213363.

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



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

Proponowane terminy szkoleń*:

**30.04.2015 r. (czwartek), 18.06.2015 r. (czwartek),
17.09.2015 r. (czwartek), 15.10.2015 r. (czwartek),
30.11.2015 r. (poniedziałek)**

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

Opłata za kurs wynosi 90 zł.

Warunkiem uczestnictwa lekarza w szkoleniu jest
przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego
wraz z potwierdzeniem wpłaty
(nr konta BGK: 07 1130 1017 0020 1467 2820 0001).

Proponowane terminy szkoleń*:

**7.05.2015 r. (czwartek), 11.06.2015 r. (czwartek),
8.10.2015 r. (czwartek), 5.11.2015 r. (poniedziałek)**

w siedzibie OIL w Warszawie, ul. Puławska 18.

Warunkiem uczestnictwa lekarza w szkoleniu
jest przesłanie wypełnionego
formularza zgłoszeniowego.

Wypełniony formularz można przesłać:

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

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

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

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

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

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



Fot. P. Wierzbowski

Leczyć zęby dzieci

Z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej
prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM, mówi o problemach stomatologii dziecięcej.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie stomatologii dziecięcej stoi na bardzo wysokim poziomie. Kształcenie uwzględnia wszystkie aspekty współczesnego postępowania z dziećmi. Specjaliści w tej dziedzinie mają dużą wiedzę i umiejętności. Stomatolog dziecięcy musi

znać wiele zagadnień związanych z protetyką, ortodontcją, stomatologią zachowawczą, pediatrią i psychologią.

Endodoncja wieku rozwojowego jest często trudniejsza od leczenia endodontycznego prowadzonego u dorosłych, ponieważ dotyczy zębów, których korzenie nie są w pełni ukształtowane. Postępowanie lecznicze ma zapewnić dalszy rozwój korzenia i trwa niekiedy wiele miesięcy. Poza tym mały pacjent nie zawsze chce współpracować z lekarzem. Zatem trzeba osiąść umiejętność obcowania z dziećmi, a także rodzicami. W pracy z dorosłymi komunikacja jest dwukierunkowa: pacjent – lekarz, w przypadku dzieci jest ona trójkierunkowa: lekarz – pacjent – rodzice lub opiekunowie.

Ja leczę i dorosłych, i dzieci. Przy pacjentce dorosłym w pewnym sensie odpoczywam, ze względu na mniejsze obciążenie psychiczne, ale też ręk i kręgosłupa, czyli możliwość pracy ergonomicznej.

Chętnych do szkolenia specjalizacyjnego w zakresie stomatologii dziecięcej nie jest tak wielu, jak w przypadku innych specjalizacji stomatologicznych. Ale ci, którzy je odbędą, posiadają doskonałą wiedzę i świetnie wykonują swój zawód.

W lecznictwie publicznym stomatologia dziecięca praktycznie nie istnieje, bo NFZ nie podpisuje kontraktów na tego typu świadczenia. W rozporządzeniu ministra zdrowia nie zostały uwzględnione specjalistyczne procedury ze stomatologii dziecięcej. Są wszystkie inne: chirurgiczna, periodontologiczna, zachowawcza, a naszej nie ma. Nikt nie dostrzegł, że pewne zabiegi u dzieci powinien wykonać specjalista: poważne uszkodzenia pourazowe, leczenie endodontyczne w wieku rozwojowym, wady rozwojowe, leczenie dzieci niepełnosprawnych, dzieci z chorobami ogólnoustrojowymi.

Uważano prawdopodobnie, że istnienie takich procedur będzie ograniczać możliwość leczenia dzieci przez dentyistów bez specjalizacji ze stomatologii dziecięcej. To jest niesłuszne, bo każdy dentysta ma prawo leczyć dzieci w ramach kontraktu. Po spotkaniu konsultantów wojewódzkiej jesienią 2014 r. wystąpiliśmy do MZ o wprowadzenie procedur specjalistycznych i uzupełnienie koszyka świadczeń gwarantowanych dla dzieci. Ministerstwo poprosiło o przygotowanie kart problemu zdrowotnego, przekazałam je do resortu i czekamy na odzew. ■

oprac. Małgorzata Skarbek

Konferencja młodych stomatologów

Piąta ogólnopolska konferencja Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii, w której wzięli udział także młodzi lekarze dentyści, odbyła się 21–22 lutego 2015 r. w Centrum Dydaktycznym WUM. Patronatem objęła ją prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego WUM.

Tematem konferencji „AL DENTE” było holistyczne leczenie w stomatologii. Po raz pierwszy pokuszono się o takie ujęcie zagadnienia – nie tylko chirurgia czy periodontologia, ale leczenie całkowite – mówi lekarz stażysta Michał Dudziński, prezes oddziału PTSS w Warszawie. – Przekaz konferencji brzmi: trzeba zwracać uwagę na wszelkie aspekty leczenia, aby pacjenta prowadzić od początku do końca terapii.

Przyjechało 1250 uczestników z całej Polski, była to największa konferencja Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii.



Fot. M. Skarbek

Obok wykładów, które prowadzili m.in.: dr hab. Ewa Czochrowska, prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz i dziekan prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzińska-Nastalska, zorganizowano warsztaty. Dotyczyły zagadnień: zarządzanie gabinetem, mikroskop stomatologiczny, estetyczna odbudowa zębów, szycie chirurgiczne. Prowadzili je absolwenci WUM i lekarze z całej Polski. Zaprezentowano nowinki naukowe w stomatologii.

Najwięcej dyskusji wzbudziły wykłady dr hab. Ewy Czochrowskiej na temat autotransplantacji zębów oraz planowania leczenia *digital design* dr. Michała Fideckiego. Nie zapomniano o zdrowiu samych lekarzy, odbyły się wykłady i warsztaty poświęcone zagadnieniu, jak dbać o kręgosłup, by po 20 latach pracy nadal być sprawnym lekarzem.

Wieczorami uczestnicy konferencji integrowali się podczas nieformalnych spotkań w warszawskich klubach studenckich.

Na koniec zorganizowano loterię, w której można było wygrać narzędzia stomatologiczne i książki. ■ **mkr**

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 9.

„Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada może być udzielona wyłącznie na odległość”.

Na pierwszy rzut oka, w czasach Internetu i telemedycyny, przepis zakazujący leczenia na odległość może się wydawać po prostu coraz mniej aktualny. Jeśli jednak przeczytać go uważnie, okazuje się, że nie zaleca niczego więcej niż to, aby nie podejmować leczenia bez badania.

Tu warto wrócić do korzeni: czym jest badanie lekarskie i kto decyduje o jego zakresie? Odpowiedzi należy szukać u klasyków nauczania medycyny. Na przykład już w „Diagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych” z 1891 r. Władysława Biegańskiego jest widoczna jak na dłoni: badanie lekarskie składa się z wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego i badań dodatkowych, a o tym, jaki powinien być jego zakres, oczywiście decyduje (i odpowiada za tę decyzję), w porozumieniu z pacjentem, lekarz prowadzący diagnostykę. Jest również oczywiste, że różne dziedziny medycyny i choroby wymagają często zupełnie odmiennego sposobu diagnozowania: w psychiatrii dominują rozpoznania stawiane na podstawie wywiadu, w hematologii praktycznie prawie wyłącznie na podstawie badań dodatkowych. Sytuacja zmienia się także wraz z rozwojem możliwości technicznych w zakresie przesyłania danych. Radiolodzy i dermatolodzy, dawniej zawsze obecni podczas badania chorego, dziś, przebywając często w dużej odległości od miejsca, w którym znajduje się pacjent, opisują obrazy o jakości przewyższającej wielokrotnie to, co kiedyś mogli zobaczyć własnym okiem.

Reasumując, art. 9 KEL nie zabrania korzystania z możliwości telemedycyny. Przestrzega tylko lekarza przed pochopnym, bez przeprowadzenia właściwego dla danego problemu medycznego badania pacjenta, stawianiem rozpoznania i podejmowaniem leczenia. Przestrzega przed chodzeniem w diagnostyce na skróty i po linii największego prawdopodobieństwa. Zarówno w sytuacji, gdy pacjent znajduje się w bezpośredniej bliskości lekarza, jak i wtedy, gdy jest dostępny za pośrednictwem nowoczesnych narzędzi komunikacji na odległość. ■

Konstanty Radziwiłł



Konferencja „Bioetyka wobec śmierci i umierania” 5–6 grudnia 2014 r.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Czernicki

Zespół Kliniczno-Badawczy Neurochirurgii,
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Warszawa
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,
Okręgowa Izba Lekarska, Warszawa

Granice terapii uporczywej w praktyce neurochirurga

W chwili otrzymania prawa wykonywania zawodu lekarz składa wzorowane na przysiędze Hipokratesa Przysięczenie Lekarskie. Zobowiązuje się do służenia życiu i zdrowiu ludzkiemu oraz przeciwdziałania cierpieniu. W przysięczeniu nie ma mowy o śmierci, jednak lekarze wielu specjalności mają do czynienia z umierającym pacjentem.

Studia medyczne nie przygotowują dostatecznie lekarza do stawienia czoła zadaniu opieki nad pacjentem, który umiera. Niestychanie ważne są wtedy kontakty z chorym i jego rodziną. Zgon w warunkach szpitalnych może nastąpić nagle, ale też może być poprzedzony stopniowym pogarszaniem się stanu zdrowia, z narastaniem objawów niewydolności różnych organów. Jeśli pogarszanie następuje szybko, mówimy o agonii. Prowadzenie intensywnego leczenia w czasie agonii określane jest jako terapia uporczywa. Zatem terapia uporczywa to nie przedłużanie zdrowia i życia, lecz przedłużanie agonii. W mojej długiej praktyce lekarskiej niejednokrotnie znalazłem się w sytuacji, gdy konieczne było podjęcie decyzji o odstąpieniu od leczenia. To dla lekarza najtrudniejsze zawodowo i etycznie decyzje.

W podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu leczenia należy uwzględnić dwa czynniki: rodzaj choroby oraz dynamikę narastania niewydolności narządowej. Lekarz jest w stanie rozpoznać śmierć mózgu pacjenta, ale nie ma definicji agonii czy stanu terminalnego. Przy dzisiejszym poziomie medycyny w mojej specjalności można w badaniach obrazowych zobaczyć rozległe i nieodwracalne uszkodzenia mózgu (uraz, krwotok). Stwierdzenie uszkodzeń ułatwia podjęcie trudnej decyzji.

W przypadkach rozsianej choroby nowotworowej decyduje dynamika choroby. Rozpoznanie nawet wielu ognisk przerzutowych w nowoczesnej medycynie nie zawsze jest wyrokiem śmierci. Ponadto, przy wolno przebiegającym procesie chorobowym, należy pamiętać o szybkim postępie wiedzy medycznej. Wiele chorób, niedawno jeszcze nieuleczalnych, obecnie leczy się skutecznie bądź istotnie spowalnia ich rozwój.

Szczególną ostrożność należy zachować w przypadkach ciężkich neuroinfekcji. Pamiętam przypadki powrotu do zdrowia pacjentów w stanach określanych jako terminalne.

Podsumowując, uważam, że zaniechanie terapii uporczywej wymaga dużego doświadczenia i najlepiej, jeśli takie decyzje podejmowane są komisyjnie.

Zaniechanie terapii uporczywej nie pozostaje w żadnym związku z eutanazją. Jeśli wolą parlamentu byłoby dopuszczenie pomocy w samobójstwie, to moim zdaniem należałoby stworzyć zawód specjalisty od dobrej śmierci – eutanatora. ■



Małoinwazyjna wymiana zastawki

Najnowsze badania opublikowane przez „Lancet” potwierdzają zalety wykonywanej od ponad dziesięciu lat przezcewnikowej (przezskórnej) wymiany zastawki aortalnej TAVR (*transcatheter aortic valve replacement*). Zabiegi polegają na wprowadzeniu do naczynia krwionośnego cewnika przez nacięcie wykonane w tętnicy udowej. Po wprowadzeniu go do mięśnia sercowego w miejsce zniszczonej zastawki wszczepiana jest nowa. Zabiegi te znane są również jako TAVI, czyli *transcatheter aortic valve implantation*.

W trwającym pięć lat randomizowanym badaniu, którym objęto 358 pacjentów średnio w wieku 83 lat, porównywano skuteczność tej metody i tradycyjnej techniki, jaką jest walwuloplastyka balonowa zastawki aortalnej. Do pierścienia zastawkowego za pomocą cewnika wprowadza się balon (podobnie jak w przypadku angioplastyki – PTCA), który po napompowaniu poszerza pierścień.

Badanie PARTNER wykazało, że po pięciu latach nadal żyło 28 proc. chorych, u których wykonano TAVR, oraz zaledwie 6,4 proc. po walwuloplastyce. Samir Kapadia, dyrektor Sones Cardiac Catheterization Laboratories w Cleveland Clinic, twierdzi, że to pierwsze i raczej ostatnie takie badanie, ponieważ powtórzenie go nie byłoby już etyczne.

Zwężenie lub niedomykalność zastawki aortalnej jest najczęściej występującą nabytą zastawkową wadą serca. Małoinwazyjna metoda TAVI stosowana jest u pacjentów z licznymi powikłaniami, będących zwykle w starszym wieku, u których zbyt ryzykowna jest operacja na otwartym sercu. ■

Nowotwory w rodzinie

By ocenić, jak bardzo kobieta narażona jest na raka piersi, nie wystarczy zapytać tylko, czy jej najbliższe krewne, głównie matka, babka oraz siostry, chorowały na ten nowotwór lub na raka jajnika. Ważna jest zachorowalność na nowotwory również w linii męskiej, czyli ojca, braci oraz synów.

Pismo Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego (ACS) „Cancer” informuje, że na raka piersi bardziej narażone są również kobiety, których bliscy krewni chorowali na raka prostaty. Wskazuje na to analiza danych z badania Women’s Health Initiative Observational Study (objęto nim ponad 78 tys. Amerykanek). Wynika z nich, że rak piersi występował o 14 proc. częściej u tych pacjentek, których krewni w pierwszej linii chorowali na raka prostaty. Z kolei te, które oprócz tego miały w rodzinie – nie tylko tej najbliższej – krewne z rakiem piersi, były o 78 proc. bardziej zagrożone tym nowotworem.

„Przy ocenie ryzyka warto wziąć pod uwagę różnego typu choroby nowotworowe i to bez względu na płeć krewnego” – twierdzi główna autorka badań dr Jennifer L. Beebe-Dimmer z Wayne State University School of Medicine w Detroit. ■

Zbigniew Wojtasiński

Zalecamy szczepienia



Fot. archiwum

Z dr. Leszkiem Billem, pediatrią, kierownikiem Izby Przyjęć Warszawskiego Szpitala dla Dzieci przy ul. Kopernika 43 w Warszawie, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Czy zna pan doktor przypadki dzieci nieszczepionych?

Znakomita większość rodziców swoje dzieci szczepi, ale naturalnie spotykam się z takimi, którzy tego nie robią. Podczas przyjmowania do szpitala, gdy wypełniają ankietę obowiązkową przed hospitalizacją, pomijają rubrykę dotyczącą szczepień. Czasami z niewiedzy, a czasami świadomie. Wtedy pytam, dlaczego nie szczepią dzieci? Odpowiedź brzmi zwykle: – *Bo nie szczepimy*. Nie zawsze można drażyć temat. Poza tym wielokrotnie jest to problem drażliwy dla rodziców. Na przestrzeni kilku ostatnich lat spotykam się z coraz większą liczbą rodziców, którzy swoich dzieci w ogóle nie szczepią. Moim zdaniem zjawisko ma tendencję wzrostową.

A co odpowiadają ci, których pan pyta o powód nieszczepienia?

Najczęściej pada stwierdzenie: – *No bo tak chcemy, bo szczepienia są szkodliwe dla dzieci*. Rzadko rodzice podają konkretne, jasne przyczyny. Ale są też tacy, z którymi można spokojnie i racjonalnie porozmawiać. Przytaczają swoje argumenty, przeważnie obiegowe stwierdzenia, które znamy z mediów, z Internetu od „dr Googla”, powszechnie powielane. Uważam, że postępowanie rodziców jest spowodowane nie zawsze szeroką wiedzą. Naczytali się informacji, że szczepienia są szkodliwe, niebezpieczne, i nimi się kierują. Choć zdarzają się osoby argumentujące rzeczowo.

Czy wtedy stara się pan ich przekonać?

Są rodzice przyjmujący naszą argumentację, niektórych udaje się przekonać. Lekarz nie powinien namawiać, ale naszym obowiązkiem jest przedstawić rzeczowe, racjonalne argumenty, aby rodzice zrozumieli, dlaczego te szczepionki są potrzebne. Czasami wspólnie dochodzimy do konsensusu.

Czy spotkał się pan z przypadkami dzieci nieszczepionych, które zapadły na chorobę, przeciw której powinny być zaszczepione?

W swojej długiej, ponad 30-letniej praktyce spotkałem takich pacjentów, którzy ciężko chorowali, m.in.: na zapalenie opon mózgowych, mózdzku, ciężkie zapalenie płuc, a nawet sepsę. Ich rodzice dzieci wówczas żałowali, że odstąpili od szczepień. Więcej na temat nieszczepionych chorych dzieci mogą powiedzieć lekarze zakaźnicy, do których one trafiają. Dzięki szczepieniom kilku pokoleń najgroźniejsze choroby zostały prawie wyeliminowane. Dlatego w swojej praktyce zalecam szczepienia. ■



Fot. archiwum

Refundacje 2015

Małgorzata Okupny,

ekspert Zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

Od 1 marca 2015 r. obowiązuje nowa lista refundacyjna, opublikowana w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ 2015.9). W niniejszym artykule przedstawiamy wszystkie dokonane na aktualnie obowiązującej liście zmiany dotyczące leków, mające znaczenie w farmakoterapii, w następujących kategoriach: leki zawierające nowe substancje czynne, nowe leki złożone oraz leki w nowej postaci farmaceutycznej dodane do listy aptecznej i programów lekowych, nowe wskazania zawarte w charakterystyce produktu leczniczego (rejestracyjne) oraz pozarejestracyjne (*off label*) objęte refundacją, nowe programy lekowe, nowe kryteria kwalifikacji pacjentów do programów lekowych oraz nowe kryteria wyłączenia ich z programów.

Do listy leków wydawanych w aptece na receptę (listy aptecznej) dodano jeden lek zawierający nową substancję czynną – ezomeprazol (patrz: Tabela 1.), jeden lek, uprzednio refundowany, w nowej postaci farmaceutycznej – fenoterol w połączeniu z bromkiem ipratropionowym (Tabela 2.) oraz nowy lek złożony, zawierający uprzednio refundowane substancje czynne – losartan w połączeniu z amlodypiną (Tabela 3.). W przypadku jednego leku uprzednio refundowanego (dabigatranu) objęto refundacją dodatkowe wskazanie wymienione w jego charakterystyce produktu leczniczego (Tabela 4.). W przypadku ośmiu substancji czynnych objęto refundacją dodatkowe wskazania nieuwzględnione w ich charakterystykach produktu leczniczego (Tabela 5.).

W zakresie leków stosowanych w chemioterapii (w tzw. katalogu chemioterapii) zrefundowano nowe wskazania leków zawierających paklitaksel (Tabela 6.).

Tabela 1. Nowe substancje czynne dostępne w aptece na receptę, refundowane od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Esomeprazolom	Helides, kapsułki, 20 mg	28 sztuk	12,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	50%	7,25
Esomeprazolom	Helides, kapsułki, 40 mg	28 sztuk	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	50%	11,68

Tabela 2. Nowa postać farmaceutyczna leku, dostępnego w aptece na receptę, refundowana od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Fenoterolom + Ipratropiobromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 200 dawek	30,81	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	30%	16,18

Tabela 3. Nowe leki złożone, dostępne w aptece na receptę, refundowane od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+5 mg	30 tabl.	16,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	6,09
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+5 mg	60 tabl.	30,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	10,53
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+5 mg	90 tabl.	45,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	14,56
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+10 mg	30 tabl.	16,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	6,09
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+10 mg	60 tabl.	30,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	10,53
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 50+10 mg	90 tabl.	45,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	14,56
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 100+5 mg	30 tabl.	30,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	10,53
Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabletki, 100+10 mg	30 tabl.	30,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach	30%	10,53

Jeśli chodzi o programy lekowe, dodano do refundacji trzy nowe (Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych, Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem i epoprostenolem, Leczenie parykalcytremem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych) oraz zmieniono kryteria klasyfikacji pacjentów oraz wyłączenia ich z programu w przypadku dwóch programów (Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, Leczenie czerniaka skóry, Tabela 7.). Lista refundacyjna w obecnym kształcie będzie obowiązywała do 1 maja 2015 r., kiedy wejdzie w życie kolejne obwieszczenie.

Wszystkie tabele opracowano na podstawie Obwieszczenia ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ 2015.9).

Źródło: <http://www.bip.mz.gov.pl/legislacja/akty-prawne/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-lutego-2015-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow,-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-dzien-1-marca-2015-r>.

Tabela 4. Wskazania rejestracyjne leków refundowanych na receptę, objęte refundacją od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kapsułki, 110 mg	30 kapsulek	Leczenie zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej oraz prewencja nawrotów zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych	30%	98,96
Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kapsułki, 150 mg	30 kapsulek	Leczenie zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej oraz prewencja nawrotów zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych	30%	80,61

Tabela 5. Wskazania pozarejestracyjne leków refundowanych, wydawanych w aptece na receptę, objęte refundacją od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności
Azithromycinum	Wszystkie leki zawierające azytromycynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r., z wyjątkiem: Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml, butelka 30 ml	Mukowiscydoza	50%
Budesonidum	Entocort, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 3 mg, 100 sztuk	Mikroskopowe zapalenie jelit	Ryczałt
Dalteparinum natriicum Enoxaparinum natriicum Nadroparinum calcicum	Wszystkie leki zawierające dalteparynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r., wszystkie leki zawierające enoksyparynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r., wszystkie leki zawierające nadroparynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r.	Terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne – w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej) – w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży – w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych – w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) – w przypadkach innych niż określone w ChPL	Ryczałt
Mesalazinum	Wszystkie doustne leki zawierające mesalazynę, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r.	Mikroskopowe zapalenie jelit, choroba uchyłkowa jelit	Ryczałt
Methotrexatum	Wszystkie leki zawierające metotreksat, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r., w postaci roztworu do wstrzykiwań	Choroby autoimmunizacyjne, inne niż określone w ChPL	Ryczałt
Metforminum*	Metformax 500, tabl., 500 mg, 30 sztuk, Metformax 500, tabl., 500 mg, 60 sztuk	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi	30%

* Inne leki zawierające metforminę, wymienione w obwieszczeniu, były już refundowane w tym wskazaniu.

Tabela 6. Wskazania rejestracyjne leków refundowanych w ramach katalogu chemioterapii, objęte refundacją od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Nowe wskazania rejestracyjne objęte refundacją	Oznaczenie załącznika zawierającego opis wskazań
Paclitaxelum	Wszystkie leki zawierające paklitaksel, wymienione w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r.	Nowotwór złośliwy żołądka (ICD-10 C16, od C16.0 do C16.9) w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia	C.47

Tabela 7. Zmiany w programach lekowych obowiązujące od 1 marca 2015 r.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Program lekowy	Oznaczenie załącznika zawierającego opis programu lekowego	Rodzaj zmiany
Immunoglobulinum humanum*	Leki zawierające ludzkie immunoglobuliny, wymienione w załączniku do Obwieszczenia ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r. „Zmiany cen urzędowych, nowe produkty”	Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych (ICD-10 G 68.1, G 70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M32.2)	B.67	Nowy program
Epoprostenol	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg, 1 fiołka a 0,5 mg Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg, 1 fiołka a 1,5 mg	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem i epoprostenolem (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)	B.68	Nowy program, nowa substancja czynna
Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem i epoprostenolem (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)	B.68	Nowa postać farmaceutyczna, nowy program, nowe kryteria włączenia do programu dla pacjentów w przypadku sildenafilu
Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml, 5 fiołek a 1 ml	Leczenie parykalcytrem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych (ICD-10 N25.8)	B.69	Nowy program, nowa substancja czynna
Wemurafenib	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg	Leczenie czerniaka skóry (ICD-10 C 43)	B.48	Zmiany w kryteriach kwalifikacji pacjentów do leczenia w programie
Abirateroni acetat	Zytiga, tabl., 250 mg, 120 tabl.	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)	B.56	Zmiany w kryteriach kwalifikacji pacjentów do leczenia w programie oraz w kryteriach wyłączenia z programu

* Nie wszystkie leki zawierające ludzkie immunoglobuliny, wymienione w obwieszczeniu, zostały zrefundowane w ramach programu lekowego B.67.

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

Buro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 23 marca 2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	1	choroby wewnętrzne	24	laryngologia	2	pediatria	19	stomatologia period.	1
alergologia dziecięca	1	dermatologia	4	med. paliatywna	1	psychiatria	2	stomatologia protet.	3
andrologia	1	diabetologia	3	med. pracy	3	psychiatria dziecięca	2	urologia	3
anestezjologia	2	endokrynologia	3	med. ratunkowa	4	radiologia	4	USG	5
lekarz bez spec.	5	farmakologia kliniczna	1	med. rodzinna	16	rehabilitacja med.	6		
chirurgia naczyniowa	2	gastroenterologia	2	med. sportowa	2	reumatologia	4		
chirurgia ogólna	4	ginekologia i poł.	3	neonatologia	1	stomatologia	4		
chirurgia onkologiczna	1	ginekologia dziecięca	1	neurologia	10	stomatologia endod.	2		
chirurgia plastyczna	1	kardiologia	4	okulistyka	4	stomatologia ortodon.	5		
choroby płuc	4	kardiologia dziecięca	2	ortopedia	6	stomatologia pedod.	1		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



Zjazd absolwentów Warszawskiej Akademii Medycznej, kurs 1964–1970

Z okazji 45. rocznicy ukończenia studiów odbędzie się zjazd koleżeński absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie, studiujących w latach 1964–1970 na Wydziale Lekarskim i Stomatologii. Miejsce: Kazimierz Dolny. Termin: 12–14 czerwca 2015 r. Kontakt z komitetem organizacyjnym: Maria Balcerzak – tel. 693-345-683.

Zapewnić poczucie bezpieczeństwa



Fot. egw

Ilu pacjentów jest pod opieką ursynowskiego hospicjum?

200 chorych w opiece domowej (ponad 2000 rocznie) i 37 podopiecznych w hospicjum stacjonarnym. Opieką domową obejmujemy pacjentów z Mokotowa, Ursynowa, Wilanowa, z części Śródmieścia i z okolic. Granice obszaru są umowne, ale działamy w miarę „na swoim” terenie, w porozumieniu z innymi hospicjami, tak, aby czas dojazdu do pacjenta nie był dłuższy niż wizyta u niego w domu. Bywa, że mamy pacjentów poza naszym terenem, „po drodze” z miejsc, z których dojeżdżają do pracy pielęgniarki. W opiece stacjonarnej rejonizacji nie ma.

Jaka jest dostępność opieki hospicyjnej?

Na pewno niewystarczająca, a zapotrzebowanie wciąż rośnie. Świadczą o tym wydłużające się listy oczekujących. Wzrost zapotrzebowania wynika ze starzenia się społeczeństwa, rozpadu rodzin, ale też z faktu, że w ostatnich latach zmieniło się podejście społeczne do tej formy opieki. Hospicjum nie jest już postrzegane jako miejsce, w którym się umiera, ale przystań godnego

Z dr. n. med. Jerzym Jaroszem, specjalistą medycyny paliatywnej, pomysłodawcą i współzałożycielem Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa, przez wiele lat lekarzem naczelnym hospicjum i pierwszym przewodniczącym zarządu fundacji, rozmawia Anetta Chęcińska.

Korzenie Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa to ruch społeczny, oparty na wolontariacie. Powołanie fundacji było pierwszym krokiem do sformalizowania działań?

Takie mieliśmy założenia. Nasze hospicjum od początku było ukierunkowane na profesjonalną opiekę medyczną. Nie mogą jej sprawować wyłącznie przypadkowi wolontariusze, konieczna jest praca profesjonalistów – lekarzy i pielęgniarek. Ci z kolei za pracę powinni być wynagradzani. Początki na pewno były trudne. Pierwsze zebrane fundusze przeznaczaliśmy na zakup biletów na dojazdy do pacjentów, opłaty za telefony itp. Zatrudniliśmy pielęgniarkę. I tak, stopniowo, powstawał zespół. Najpierw był jedno-, potem dwuosobowy. Ale wolontariat też był – profesjonalny. Wspierali nas młodzi lekarze z Centrum Onkologii. Chętnych do pracy było wielu. Niedostatki finansowe niwelował entuzjazm wynikający z poczucia, że robimy coś nowego, coś bardzo potrzebnego. Obecnie w hospicjum pracuje 100 osób. Od skromnych początków przeszliśmy długą drogę.

życia u jego schyłku, dająca poczucie schronienia. I choć nie jest to dom rodzinny, dbamy, aby było w nim przytulnie, przyjaźnie, a chorzy czuli się bezpiecznie.

Na miejscu działa też poradnia medycyny paliatywnej.

Z naszych statystyk wynika, że około 15 proc. chorych, będących podopiecznymi hospicjum domowego, nie wymaga leczenia w takiej formule. Mogą korzystać ze świadczeń w poradni przeciwbólowej i opieki paliatywnej. Po pierwsze jest to lepsze dla pacjenta, bo umożliwia jego większą aktywność, po drugie – tańsze, gdyż regularne wizyty lekarza i pielęgniarki w domu chorego nie są konieczne. W 2014 r. zorganizowaliśmy poradnię przeciwbólową. Niestety, mimo starań, wciąż nie mamy na nią kontraktu z NFZ. Porady są udzielane na warunkach komercyjnych. Szukaliśmy też innego rozwiązania, bo szkoda zaprzepaścić potencjał tego miejsca. Udało się, poradnia przeciwbólowa będzie działała na naszym terenie, ale poprowadzi ją inna instytucja. Pozwoli to wykorzystać wszystkie możliwości leczenia – farmakologiczne i zabiegowe.



Fot. egw

Uruchomiliśmy ośrodek badań klinicznych. Prowadzimy badania sponsorowane przez firmy farmaceutyczne, głównie dotyczące leków przeciwbólowych i leczenia objawowego. W ten sposób zdobywamy fundusze na działalność. W ramach otrzymywanych grantów prowadzimy też własne badania dotyczące zastosowania telemedycyny w opiece domowej. Nowoczesne rozwiązania w komunikowaniu się z pacjentem na odległość ułatwią leczenie w domu, uzyskanie porady specjalistów (oszczędzając czas i koszty dotarcia do szpitala, przychodni), wsparcia psychologa czy stosowanie zaleceń dietetycznych. Pozwolą na monitorowanie stanu chorego, pomogą kontaktować się lekarzowi lub pielęgniarkę również z rodziną pacjenta. Jesteśmy na etapie podsumowania badania stopnia akceptacji i oczekiwań chorych w stosunku do telemedycyny.

Kiedy program wejdzie w życie?

To jest nasze pionierskie działanie, myślę, że nawet w skali europejskiej. Na razie czekamy na rozstrzygnięcie przetargu informatycznego. Oczywiście nie uciekamy od pacjenta do świata wirtualnego. Telemedycyna ma uzupełniać tradycyj-

ne sposoby opieki domowej. W planach jest utworzenie oddziału dziennego, w którym zapewnimy pacjentom bezpośredni kontakt z lekarzem, pielęgniarką i tak potrzebną relację z innymi ludźmi. Uzupełnieniem tych działań będzie portal społecznościowy.

Placówka jest miejscem stałego szkolenia kadr dla potrzeb opieki paliatywnej.

Mamy bazę dydaktyczną. Prowadzimy kursy dla lekarzy, zgodnie z wymogami rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej kontraktowanych w NFZ oraz szkolenia kwalifikacyjne dla pielęgniarek. Kursy odbywają się cyklicznie, w miarę napływu zgłoszeń.

Pozyskują państwo środki finansowe z wielu źródeł. Są wystarczające?

Z kontraktów z NFZ nie utrzymalibyśmy działalności. W zakresie opieki stacjonarnej pokrywają dwie trzecie potrzeb, trochę lepiej jest w przypadku opieki domowej. Pozostałą część trzeba uzyskać w inny sposób. Dlatego prowadzimy

Absolwenci Warszawskiej Akademii Medycznej rocznik 1950–1955

Zapraszamy do udziału w towarzyskim spotkaniu z okazji 60-lecia uzyskania absolutorium. Zlot odbędzie się w siedzibie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w Warszawie, przy ul. Raszyńskiej 54, 12 czerwca 2015 r., o godz. 15.00.

Prosimy o telefoniczne zgłaszanie uczestnictwa do 1 czerwca br. kol. Barbarze Ostaszewskiej-Chranowskiej – tel. 22-826-31-54, lub kol. Genkowi Sokotowskiemu – tel. 503-07-22-15.

szkolenia, poradnię, badania kliniczne. Otrzymujemy też dotację od m.st. Warszawy. Spory zastrzyk finansowy daje nam 1 proc. odpisów od podatku. Niestety, wpływy te maleją w ostatnich latach, choć nie maleje liczba wpływających.

W pakiecie onkologicznym medycyna paliatywna została pominięta.

Światowa Organizacja Zdrowia wysyła zespoły eksperckie (jestem ich członkiem) do różnych krajów świata w ramach misji koordynowania programów zwalczania chorób nowotworowych. W skład misji wchodzi specjalistów z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki onkologicznej, leczenia nowotworów, radioterapii i właśnie medycyny paliatywnej. Taki skład nie jest przypadkowy. Te specjalizacje to filary współczesnej onkologii, wszystkie równie ważne. Medycyny paliatywnej nie można pominąć, tak jak nie można jej limitować. Chory, który ma przed sobą jeden, dwa, może kilka miesięcy życia, nie może czekać. Ból trzeba leczyć wtedy, kiedy boli.

Potrzebna jest lepsza współpraca między onkologią a medycyną paliatywną?

Dobry wzorzec współpracy już istniał, był to tzw. warszawski model opieki paliatywnej. Realizowaliśmy go w Centrum Onkologii. Został doceniony przez Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Opierał się na wielu elementach: współpracy z lekarzem domowym naszej opiece hospicyjnej w domu, hospicjum stacjonarnym, oddziale leczenia bólu, w którym wykonuje się specjalistyczne procedury, i wreszcie samej onkologii. Ważne w tym modelu były szpitalne oddziały wsparcia, złożone z lekarza, psychologa, pracownika socjalnego. A przede wszystkim z pielęgniarek (tzw. liderki opieki paliatywnej), bo to one są najbliższą pacjentowi, znają jego problemy, mają kontakt z rodziną. Pielęgniarki są w stanie rozpoznać wiele potrzeb, których chory nie zgłasza. Bywa, że pacjent nawet nie mówi o bólu lub o tym, że po wyjściu ze szpitala nie ma dokąd pójść. Integracja onkologii z medycyną paliatywną powinna być sprawą oczywistą. Ale dzieje się inaczej. System, który się sprawdził, został zlikwidowany.

Co hospicjum powinno zapewnić podopiecznym?

Przed wszystkim poczucie bezpieczeństwa i szacunek. Rodzina chorego i on sam muszą mieć pewność, że to pacjent jest w centrum uwagi. Musimy rozumieć chorego człowieka i reagować na jego potrzeby, najlepiej jak potrafimy, zgodnie ze standardami opieki paliatywnej i naszą wiedzą.

25 lat Hospicjum Onkologicznego to okazja do podsumowania znaczącego etapu.

Jestem lekarzem medycyny paliatywnej z (prawdopodobnie) najdłuższym stażem w tej specjalności w Polsce. Mam satysfakcję, że brałem udział w tworzeniu nowej dyscypliny w medycynie, i jestem dumny, że utworzyliśmy Hospicjum Onkologiczne, że zostało dobrze wymyślone i funkcjonuje. 29 maja 2015 r. na konferencji, którą organizujemy, zaprezentujemy nasz dorobek naukowy i osiągnięcia w leczeniu przeciwbólowym. Przedstawimy plany związane z telemedycyną w opiece paliatywnej. Podzielimy się naszymi doświadczeniami i posłuchamy, co o naszej pracy sądzą inni. Podsumowując, śmiało mogę powiedzieć, że rozpoznaliśmy problem, zorganizowaliśmy się, podjęliśmy działania i osiągnęliśmy cel, a to charakteryzuje społeczeństwo obywatelskiego. Pierwsze hospicja w Polsce powstawały w czasie i na gruncie wielkich przemian demokratycznych. Dzięki społecznemu zaangażowaniu i wsparciu wielu ludzi, wciąż służą potrzebującym. ■

Historia Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa

Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie została zarejestrowana 9.01.1990 r. To jedno z pierwszych hospicjów w Polsce, ale jego historia jest znacznie dłuższa. Jeden z założycieli placówki, dr n. med. Jerzy Jarosz, jeszcze w latach 80. zajął się leczeniem bólu, a swoich pacjentów odwiedzał w domach. Z czasem poradnia przeciwbólowa, którą prowadził w Centrum Onkologii, stała się bazą medyczną dla ruchu hospicyjnego w stolicy. Pacjenci odwiedzani w domach przez lekarzy, pielęgniarki i wolontariuszy zostali pierwszymi podopiecznymi fundacji. Do grona jej założycieli należeli też lekarza doc. Halina Hattowska oraz specjaliści innych dziedzin związanych z medycyną, wśród nich m.in. dr Hanna Tchórzewska – fizjoterapeutka, i socjolog dr Jerzy Drążkiewicz, znawca ruchu hospicyjnego. W roku 1994, po kilku latach prowadzenia hospicyjnej opieki domowej i zbiórce funduszy, fundacja rozpoczęła budowę hospicjum stacjonarnego na warszawskim Ursynowie. Niewielki budynek, z miejscami dla 23 pacjentów, został ukończony dwa lata później. Rozbudowę obiektu przeprowadzono w latach 2007–2009.



Fot. archiwum

Obecnie hospicjum ma 37 miejsc, zapewnia też hospicyjną opiekę domową, prowadzi poradnię opieki paliatywnej, szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz badania kliniczne. Mimo 25 lat codziennej pracy, zespół Hospicjum Onkologicznego stawia sobie wciąż nowe zadania. ■ **ach**

Prezes PTL prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski oraz Fundacja Edulandia zapraszają na

XXXI Charytatywny Bal Lekarzy

23 maja, godz. 20.00,

Oranżeria Pałacu w Wilanowie

Bilety w formie cegiełek w cenie 250 zł można rezerwować bezpośrednio w siedzibie PTL, tel.: 22-628-86-99, e-mail: ptl@interia.pl oraz u dr Aleksandry Hajdo, tel.: 515-03-00-34, e-mail: dmdhajdo@gmail.com

Dochód z balu zostanie przeznaczony na pomoc dzieciom z ubogich rodzin oraz na Dom Lekarza Seniora.



Pod opieką hospicjum

Pacjentami hospicjów są dorośli i dzieci. Potrzebują profesjonalnej opieki paliatywnej i wsparcia psychologicznego. Poprawa jakości życia pacjentów terminalnych z nieuleczalną chorobą – to codzienne wyzwanie w działalności hospicyjnej. Także w pracy hospicjów domowych i stacjonarnych na Mazowszu.



Lek. Magdalena Kwiatkowska, wojewódzki konsultant medycyny paliatywnej na Mazowszu

(Stowarzyszenie Hospicyjno-Paliatywne pod wezwaniem św. Urszuli Ledóchowskiej „Hospicjum Płockie”)

Do opieki hospicyjnej przyjmowani są pacjenci po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych leczenia onkologicznego choroby nowotworowej lub w stanie terminalnym, spowodowanym innymi schorzeniami (kardiomiopatiami, niewydolnością oddechową, niektórymi chorobami neurologicznymi). Opieką mogą być również objęci chorzy z zaawansowanymi owrzodzeniami odleżynowymi. Na koniec października 2014 r. dostępność opieki paliatywnej na Mazowszu była oceniana jako dość dobra (to dane z raportu poprzedniego konsultanta – dr Barbary Kołakowskiej). Na 37 powiatów i 5 miast na prawach powiatu tylko w trzech nie była zarejestrowana żadna jednostka świadcząca usługi w tej dziedzinie. Zwraca uwagę nierównomierne rozmieszczenie placówek na Mazowszu. W województwie udzielało świadczeń refundowanych przez NFZ 56 hospicjów domowych i 17 placówek stacjonarnych: 10 hospicjów stacjonarnych i 7 od-

działów medycyny paliatywnej. Na Mazowszu nie ma hospicjów stacjonarnych dla dzieci, uważa się, że najlepszym miejscem dla dziecka jest dom rodzinny wspomagany przez hospicyjną opiekę domową.

W roku 2014 część placówek opieki paliatywnej negocjowała nowe umowy z NFZ i nawet jeżeli uzyskała niewielki wzrost stawki za osobodzień, odbyło się to kosztem liczby zakontraktowanych świadczeń. Placówkom, którym aneksowano umowy, nie podniesiono stawki, otrzymują te same środki od 2009 r. Z powodów humanitarnych należałoby zlikwidować limitowanie usług świadczonych na rzecz pacjentów w stanie terminalnym, tak jak wprowadzono pakiet onkologiczny. ■ **ach**



Dr hab. n. med. Tomasz Dangel, specjalista anestezyjologii, reanimacji i medycyny paliatywnej, założyciel Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, przy którym działa Hospicjum Perinatalne

W pediatrycznej opiece paliatywnej najważniejszy jest profesjonalizm. To najtrudniejsza dziedzina nie tylko w pediatrii, ale w medycynie w ogóle. W przypadku lekarza pracującego w hospicjum chodzi o umiejętność podejmowania trudnych decyzji, co wymaga od niego zarówno dobrej znajomości bioetyki, jak również dużego doświadczenia klinicznego. Na drugim miejscu wymieniłbym umiejętność komunikacji i pracy zespołowej, na trzecim – świadomość własnych emocji i własnego zachowania w trudnych sytuacjach. Trzeba się tego nauczyć, w przeciwnym razie dochodzi do zespołu wypalenia zawodowego, co oznacza konieczność zmiany miejsca pracy.

Lekarz prowadzący, który wyczerpał możliwości leczenia dziecka w szpitalu, powinien wcześniej wypełnić dokument określający sposób postępowania w przypadku zatrzymania krążenia lub oddychania (zalecany przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne). Podjęcie decyzji o odstąpieniu

od resuscytacji i intensywnej terapii nakłada na niego obowiązek zapewnienia dziecku opieki paliatywnej (skierowanie do hospicjum, konsultacja lekarza hospicjum).

W diagnostyce prenatalnej, w przypadku rozpoznania wady letalnej płodu oraz decyzji rodziców o utrzymaniu ciąży, lekarz specjalista wypełnia dokument określający sposób postępowania w przypadku zatrzymania krążenia lub oddychania u noworodka, przekazuje ten dokument położnikom i neonatologom, a rodziców kieruje do hospicjum perinatalnego. Do naszej placówki przyjeżdżają pacjentki z całej Polski, a także z innych krajów. Są kierowane przez lekarzy ultrasonografistów położników lub genetyków na konsultację, jeżeli zachodzi potrzeba weryfikacji rozpoznania wady letalnej płodu, albo – gdy diagnoza jest pewna – bezpośrednio do naszego psychologa, który udziela konsultacji w ramach hospicjum perinatalnego. W 2014 r. nasi psycholodzy przeprowadzili 185 takich konsultacji, a pod opiekę naszego hospicjum trafiło dziewięć dzieci diagnozowanych w okresie prenatalnym. Na stronie internetowej hospicjum zamieszczamy informacje dla lekarzy i rodziców. ■ **ach**



Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej są:

- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, nierokującej nadziei na wyleczenie.

Na Mazowszu jest zakontraktowanych 17 oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych, 56 hospicjów domowych dla dorosłych, 7 hospicjów domowych dla dzieci. Adresy placówek oraz informacje o zakresie świadczeń są zamieszczone na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/ ■ **ach**

Tablica ku pamięci prof. Antoniny Orlik-Grzybowskiej

W lutym br. rektor WUM prof. Marek Krawczyk, prorektor ds. kadr prof. Renata Górka, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska oraz kierowniczka Zakładu Ortodoncji dr hab. Małgorzata Zadurska dokonali uroczystego odsłonięcia tablicy upamiętniającej sylwetkę prof. Antoniny Orlik-Grzybowskiej, twórczyni polskiej diagnostyki czynnościowej w ortodoncji i prekursorki profilaktyki ortodontycznej.

Podczas uroczystości rektor prof. Marek Krawczyk podziękował dr hab. Małgorzacie Zadurskiej oraz dr Barbarze Siemińskiej-Piekarczyk (byłej kierowniczce Zakładu Ortodoncji) za inicjatywę uhonorowania dokonań prof. Antoniny Orlik-Grzybowskiej (kierującej Katedrą i Kliniką Ortodoncji w latach 1948–1970). Rektor podkreślił, że prof. Antonina Orlik-Grzybowska była niezwykle postacią, budującą wielkość uczelni oraz stomatologii warszawskiej, przypomniał także, że upamiętnienie Jej dokonań zbiega się z jubileuszem 90-lecia Kliniki Ortodontycznej w Państwowym Instytucie Dentystycznym.



Fot. M. Skarbek

Przypomniano najważniejsze zasługi i osiągnięcia naukowe oraz dydaktyczne prof. Orlik-Grzybowskiej – autorstwo pierwszego polskiego podręcznika z dziedziny ortodoncji „Podstawy ortodoncji”, aktualnego do dziś, oraz rewolucyjne na owe czasy zmiany w postrzeganiu diagnostyki ortodontycznej.

Prof. Orlik-Grzybowska pracowała w Klinice i Katedrze Ortodoncji od momentu jej utworzenia przez prof. Mariana Zeńczaka w 1925 r. W czasie okupacji pracowała w Szpitalu Ujazdowskim. W 1948 r. objęła Katedrę i Klinikę Ortodoncji, którymi kierowała przez wiele lat. Była naukowcem, klinicystką i organizatorką. – *Za Jej młodych lat ortodoncja to było leczenie ekskluzywne i kosztowne, chciała, aby stało się powszechne* – wspominała prof. Zofia Charazińska.

W latach 1960–1970 kierowała jedynym w kraju ośrodkiem szkolenia podyplomowego w ortodoncji.

– *Należała do tej grupy uczonych lekarzy, którzy tworzyli podwaliny wielkości warszawskiej uczelni medycznej* – powiedział

rektor WUM, prof. Marek Krawczyk, odsłaniając tablicę. Zauważył także, że cieszy fakt podtrzymywania tradycji i pamięci o historii Alma Mater również przez najmłodszy w WUM Wydział Lekarsko-Dentystyczny, czego wyrazem jest docenienie zasług i osiągnięć wielkich poprzedników. Dziekan prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska powiedziała, że losy prof. Antoniny Orlik-Grzybowskiej związane są zarówno z Państwowym Instytutem Dentystycznym, Akademią Stomatologiczną, jak i z Akademią Medyczną w Warszawie, dlatego Jej niezwykła biografia może służyć jako przewodnik po historii uniwersyteckiego nauczania stomatologii w Warszawie.

Uroczystości patronował rektor WUM oraz Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. Uczestniczyli w niej Andrzej Sawoni, prezes ORL, i Marta Klimkowska-Misiak, wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów. Obecni byli także przedstawiciele innych uczelni medycznych w kraju.

W drugiej części spotkania odbyła się sesja naukowa poświęcona diagnostyce ortodontycznej oraz leczeniu interdyscyplinarnemu w stomatologii. **mkr i pk**

Wójt rezygnuje z posady dyrektora

Henryk Brodowski, wójt gminy Siedlce, odszedł z funkcji dyrektora łosickiego SP ZOZ.

24 lutego, podczas posiedzenia Zarządu Powiatu Łosickiego, wójt złożył rezygnację ze stanowiska dyrektora, a przestał sprawować tę funkcję 1 marca. Rozwiązanie umowy nastąpiło za porozumieniem stron. Henryk Brodowski został dyrektorem szpitala w Łosicach 19 marca 2008 r. Skutecznie zrealizował plan naprawczy tej jednostki. W listopadzie 2014 został wybrany na wójta gminy Siedlce. – *Mądrzejszy ustępuje* – uzasadnił swoją decyzję. W rozmowie z Radiem Podlasie podkreślił, że sytuacja nie służyła ani łosickiemu szpitalowi, ani gminie Siedlce. **pk**

Nowi mazowieccy konsultanci wojewódzcy

Siedmiu lekarzy otrzymało akty powołania na konsultantów od wojewody mazowieckiego Jacka Kozłowskiego. Dwie nowe osoby dołączyły też do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Nowymi członkami komisji zostały Joanna Koch i Agnieszka Antoniak, prawniczki wyłonione w naborze uzupełniającym. Nowymi konsultantami medycznymi na pięcioletnią kadencję zostali: prof. nadzw. dr hab. n. med. Romuald Dębski – endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, prof. nadzw. dr n. med. Sylwester Prokurat – nefrologia dziecięca, dr hab. n. med. Ireneusz Nawrot – angiologia, dr hab. n. med. Maria Radziwon-Zaleska – psychiatria, dr n. med. Krystyna Szymańska – neurologia dziecięca, dr n. med. Joanna Taybert – pediatria metaboliczna, lek. Magdalena Kwiatkowska – medycyna paliatywna.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny pracy lek. Paweł Sylwester Wyrębkowski otrzymał akt powołania na kolejną kadencję. **pk**

Wykaz konsultantów wojewódzkich jest zamieszczony na stronie internetowej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie: <http://www.mazowieckie.pl/pl/urzadz/zdrowie/konsultanci/11033,Wykaz-konsultantow-wojewodzkih.html>

Zawieszono oddziały w radomskim szpitalu?



Fot. R. Natorski

Problemy w radomskiej służbie zdrowia zdają się nie mieć końca. Z powodu odejścia lekarzy Mazowiecki Szpital Specjalistyczny chciał zawiesić działalność dwóch oddziałów. Jednak wojewoda mazowiecki nie wyraził na to zgody.

W lecznicy zamierzano od 1 kwietnia czasowo zamknąć oddziały dziecięcy i wewnętrzny I. Kłopoty pediatrii rozpoczęły się po odejściu dotychczasowej kierowniczkii. Na oddziale pozostał wówczas tylko jeden specjalista II stopnia, co spowodowało, że placówka przestała spełniać kryteria narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który wymaga zatrudnienia przynajmniej dwóch lekarzy z odpowiednią specjalizacją.

Kierownictwo szpitala próbowało ratować sytuację. Ogłoszono konkurs na stanowisko kierownika pediatrii, jednak nie pojawił się nawet jeden chętny do objęcia tej posady. W międzyczasie wypowiedzenia złożyło kolejnych sześciu lekarzy, co oznacza, że od kwietnia oddział dziecięcy będzie pozbawiony personelu lekarskiego.

Równie niepokojące wieści napłynęły z I Oddziału Internistycznego, gdzie zrezygnowało siedmiu lekarzy z dziesięcioosobowej ekipy, w tym kierownik, dr Sławomir Narożnik, który w wypowiedzi dla PAP wyjaśnił: „Ludzie nie chcą pracować w szpitalu, bo brakuje łóżek internistycznych i praca jest wyjątkowo ciężka. Ja też nie chcę dostać zawału. Biurokracja jest teraz taka, że 90 proc. czasu powinniśmy poświęcać na papierki, a tylko 10 proc. zostaje dla pacjenta”.

Lekarz przypomina, że oddział obliczono na 40 łóżek, a często przyjmowanych jest niemal dwa razy więcej pacjentów. Wielu z nich leży na korytarzach lub w świetlicy, muszą czekać w kolejce do toalet. Mimo to, NFZ nie chce się zgodzić na większy kontrakt i dodatkowe łóżka na oddziale.

– Jeszcze, żeby w medycynie wszędzie było ciężko, to człowiek by myślał: mnie jest ciężko i koledze ciężko. Ale jest tak, że jedni sobie chodzą na siedem godzin do pracy, wypisują 50 recept, myślę tu o POZ-ach, mają wolne wieczory, soboty, niedziele, i zarabiają więcej niż ten, kto w szpitalu ma dwie soboty lub dwie niedziele wolne w miesiącu. Takie są teraz dysproporcje – powiedział dr Narożnik.

Masowa rezygnacja lekarzy zaskoczyła kierownictwo lecznicy, które próbowało zachęcić do pracy na internie i pediatrii medyków z innych placówek, zwłaszcza z Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Bezskutecznie. Stąd decyzja o zawieszeniu działalności dwóch oddziałów na okres od 1 kwietnia do 30 czerwca.

Jednak wniosek musiał zyskać akceptację Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego. Wojewoda nie zgodził się na czasowe zamknięcie oddziałów. – Spowodowałoby to ryzyko braku zabezpieczenia medycznego mieszkańców Radomia w tym obszarze. Nie ma również możliwości wyznaczenia zastępstwa przez okoliczne szpitale, ze względu na sezon zachorowań, nawet czasowego. Negatywna była też opinia konsultantów w dziedzinach interny i pediatrii – wyjaśniła Ivetta Biały, rzecznik prasowy wojewody Jacka Kozłowskiego.

Gotowość udzielenia wsparcia stronom konfliktu w szpitalu wyraziła Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego. – Jeżeli strony wyrażą na to zgodę, możemy wystosować do ministra pracy wniosek o wyznaczenie z listy mediatorów osoby z misją dobrej woli oraz wytypować swojego przedstawiciela jako bezstronnego obserwatora – powiedziała Anna Karpińska, sekretarz WKDS w Warszawie. Kierownictwo szpitala liczy, że w najbliższym czasie uda się ponownie zebrać zespoły lekarskie. Nadzieje są związane z odbywającymi się w marcu egzaminami specjalizacyjnymi. Czy wśród specjalistów znajdą się chętni do pracy w MSS? Czas pokaże. ■

Rafał Natorski

Delegatura Radomska: 26-600 Radom, ul. Rwańska 16.

Konkurs z szerokim uśmiechem

„Uśmiechaj się przez całe życie” – to hasło konkursu plastycznego dla dzieci i młodzieży, zorganizowanego przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej oraz Młodzieżowy Dom Kultury.



Temat konkursu nawiązuje do hasła tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, obchodzonego uroczystie 20 marca. O potrzebie promowania wśród młodych ludzi troski o higienę świadczą katastrofalne wnioski z ostatniego raportu Ministerstwa Zdrowia, z którego wynika, że prawie 4 miliony Polaków w ogóle nie myje zębów, a próchnica występuje już u sześciolatek.

Na szczęście uczestnicy konkursu wiedzą, jak zachować piękny uśmiech przez całe życie. Prace wykonali różnymi technikami plastycznymi. Oceniało je jury, w skład którego weszli nauczyciele Młodzieżowego Domu Kultury i sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek. Młodzi artyści zostali podzieleni na cztery kategorie wiekowe: do 7 lat, uczniowie szkół podstawowych, uczniowie gimnazjów oraz uczniowie szkół średnich i wyższych. Uroczysty wernisaż pokonkursowej wystawy i wręczenie nagród oraz wyróżnień zaplanowano na 20 marca w MDK.

To już trzeci konkurs plastyczny związany ze Światowym Dniem Zdrowia Jamy Ustnej. Na poprzedni wpłynęło 182 prac malarskich i rysunkowych z 15 placówek oświatowych Radomia. Jury podkreślało wysoki poziom artystyczny, niestosowanie schematów i dobry warsztat, szczególnie najmłodszych autorów. ■ *raf*

Posiedzenie Prezydium ORL w Radomiu

11 marca 2015 r. odbyło się wyjazdowe posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Zorganizowano je w nowej siedzibie Radomskiej Delegatury, która obecnie mieści się w odrestaurowanej zabytkowej kamienicy w centrum miasta, przy ul. Rwańskiej 16.

Podczas posiedzenia Prezydium dyskutowało m.in. o wydarzeniach w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym (szczegół w artykule obok). Prezes Andrzej Sawoni zapewnił, że OIL, stojąca na straży właściwego wykonywania zawodu, a więc i bezpieczeństwa pacjentów, deklaruje pomoc w rozwiązaniu konfliktu i będzie sytuację monitorować. ■ *mkr*

Liczne korzyści:

- kwota do 500 000 zł
- marża banku 3,5%
- prowizja 1,99%
- bez zabezpieczenia
- możliwości konsolidacji zobowiązań
- tylko oświadczenie o dochodach
- bez zaświadczeń ZUS i US
- okres kredytowania do 120 miesięcy

PRIME
Kancelaria Finansowa

REKLAMA

Specjalna wiosenna oferta promocyjna dla lekarzy

Zdobycie środków finansowych na rozwój działalności wiąże się często ze skomplikowanymi procedurami, koniecznością przygotowania zaświadczeń, oświadczeń i innej dokumentacji, przy czym czas oczekiwania na decyzję przeciąga się niejednokrotnie w przysłowiową „nieskończoność”. Jednak niektóre banki przygotowały specjalne oferty, lepiej odpowiadające na oczekiwania Klientów, a szczególnie dla przedstawicieli branży medycznej. Do tego grona zaliczają się **lekarz, lekarz dentysta, farmaceuta**, którzy mogą liczyć nie tylko na znaczące uproszczenie całego procesu, ale też preferencyjne warunki cenowe i wiele innych korzyści.

Promocyjna wiosenna oferta obowiązuje do 30.05.2015 roku!

Kontakt: Cezary Bonik, tel. 724 911 342, e-mail: cezary.bonik@kfprime.pl



Fot. archiwum

Koniec gwiazdnego czasu

Paweł Kowal

Ostatnie 25 lat było dla Polaków gwiazdnym czasem. Oczywiście, niejedni powie, że można było lepiej przeprowadzić transformację. Jednak wybory 1989 r., wcześniej Okrągły Stół, zmieniły kraj: ci, którzy nie mieli po wojnie i komunizmie nic, kupili sobie, choćby za franki, mieszkania. Ci, którzy siedzieli nad Wisłą jak w klatce, a ciągnęło ich zagranicę, zaczęli podróżować itd. Trudno byłoby nam ten dorobek, zarówno materialny, jak i niematerialny, odebrać, odziedziczą go kolejne pokolenia Polaków. Coś jednak w ciągu 25 lat niepodległości straciliśmy: wiarę w mity, które zrodziły się wraz z upadkiem komunizmu. W mity, że teraz wokół Polski już będzie bezpiecznie.

Pierwszym złudzeniem był wyrosły w Ameryce mit końca historii, który w swoim idealizmie tak pasował do odczuć Europejczyków ze środka kontynentu, innym był mit, że jeśli nawet historia się nie skończyła, to Stary Kontynent jest już na wieki wieków bezpieczny. Dramatyczne okoliczności rozpadu Jugosławii wydawały się wypadkiem przy pracy. Europejskie armie wyprzedawały broń, państwa przycięły budżety wojskowe, a Amerykanie, szczególnie w ostatniej dekadzie, starali się jak najwięcej swojego wojska wyprowadzić z kontynentu. Słynne waszyngtońskie think tanki, pełne głów analizujących sytuację międzynarodową, jeszcze kilka lat temu już chyba tylko z nudów i przyzwyczajenia opisywały sytuację w Europie, wszystkie intelektualne siły poświęcając analizie procesów politycznych w basenie Pacyfiku.

Padł też jak domek z kart pielęgnowany we Francji i Niemczech mit o modernizującej się Rosji. Mówił o tym, że mniej lub bardziej meandrując, Rosja zmierza do szybkiego finału, w którym będzie racjonalna jak każde inne państwo w Europie. Padł mit, tak pielęgnowany w Polsce, że

trzeba dać Ukraińcom czy Gruzinom nasze europejskie prawo, jak w średniowieczu nam darowano prawo magdeburskie, i zmienia się nie do poznania, bez większych tarć doszłuszają do naszej wspólnoty.

Ostatnim mitem było przekonanie, że granica NATO i UE na wschodzie jest jak żelazna kurtyna, ale nie w churchilowskim pojęciu z przemówienia w Fulton w 1946 r. Raczej w rozumieniu pierwotnym, że – jak w porządnym starym teatrze – ognioodporna kurtyna międzynarodowych gwarancji rozwinie się automatycznie w razie jakiegokolwiek zagrożenia. Polacy widzą na ekranach telewizorów, jak rosyjskie samoloty igrają z naszą kurtyną, podlatując aż pod granicę Wielkiej Brytanii. Słyszą, że porwany na terytorium NATO estoński oficer nie wrócił do domu. Rozumieją, że i w tej kurtynie Kreml chce wywiercić przynajmniej dziurkę. Zadają sobie pytania, jak szybko zareaguje Zachód „jakby co”. Pewność szybkiej reakcji ze strony NATO – jeśli wziąć pod uwagę badania opinii publicznej – spadła w ostatnich miesiącach o 10 punktów procentowych. Tak stanęliśmy na cmentarzysku mitów. Historia koniec naszego gwiazdnego czasu w polityce zagranicznej zapewne wyznaczy na wiosnę 2014 r., kiedy Putin zajął Krym i rozpoczął interwencję na Ukrainie. Czwartwiecze niepodległości minęło nam wśród dobrych scenariuszy: wiedzieliśmy, że są na świecie niebezpieczeństwa, ale „gdzieś daleko”.

Nowy czas będzie całkiem inny: będziemy pytali się nawzajem przede wszystkim o te gorsze scenariusze. Będziemy pytali o wydatki na armię, o to, czy potrzebna jest „armia europejska”, czy Niemcy mogą skutecznie zastąpić USA w Europie, a przede wszystkim o to, co dalej zrobi Putin i jego następcy. ■

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



Coś się kończy, coś się zaczyna

Janina Jankowska

Jakiś czas temu przysłuchiwałam się ciekawej dyskusji panelowej pod tym właśnie tytułem. Miała miejsce w Fundacji Batorego i toczyła się wokół najnowszej książki prof. Mirosławy Marody „Jednostka po nowocześnieści”. W swoich poprzednich publikacjach autorka zajmowała się procesami transformacji, przemianami zachodzącymi w sferze więzi społecznych, przeobrażającymi nasze społeczeństwo, teraz podjęła temat zmian cywilizacyjnych, które prowadzą, naukowo mówiąc, do powstania tzw. społeczeństwa ponowoczesnego. Cenię takie całościowe spojrzenie na nasz zmieniający się świat. My, dziennikarze, wychwytyjemy jakieś pierwsze, pojedyncze sygnały, ale nazbyt szybko czynimy z nich uogólnienia. Dopiero perspektywa socjologiczna uświadamia nam, co się dzieje ze światem i ludźmi.

Prof. Marody dowodzi jednego – że społeczeństwo polskie kształtowane jest przez te same procesy co społeczeństwa zachodnie. Pewne instytucje naszego demokratycznego, XX-wiecznego świata tracą dawne, niegdyś postrzegane jako nowoczesne, funkcje. Od struktur globalnych po obyczajowe. Rola państwa słabnie wobec realnej władzy koncernów i korporacji, które nie mają granic. W praktyce to nie parlamenty krajowe i UE decydują o stopniu zaangażowania świata zachodniego w pomoc Ukrainie, lecz wielki kapitał, który prowadzi intratne interesy z Rosją. Rodzą się struktury alternatywne. Pojęcie rodziny poszerza się o związki partnerskie, jedнопłciowe. Zmniejszają się też różnice między rolą społeczną mężczyzny i kobiety. Związek wolnych ludzi odrzuca formalne zobowiązania wykraczające poza teraźniejszość. Mąż, żona, ojciec, matka – to wszystko partnerzy związani okresowym kontraktem. Na skutek rozwoju medycyny także rodzicielstwo traci wyrazistość, może być poszerzone o dodatkowych dawców materiału genetycznego.

Najważniejsza jest upodmiotowiona jednostka. Jej indywidualizm nabiera mocy na portalach społecznościowych. W sieci nie ma hierarchii. Nie ma normy. Każdy może wyrazić wszystko, wszyscy mają rację. Podobnie w dziennikarstwie. Tu przykład: dziennikarka Polsat News zaprosiła Jerzego Urbana do swojego programu „Skandaliści”, ubrała go

w sutannę biskupa i była zabawa. W odpowiedzi na krytyczne głosy powiedziała: „*Oburzacie się na wywiad z Urbanem? Gdyby żył Hitler czy Goebbels, wszyscy staliby w kolejce*”.

Mrówki przeszły mi po plecach. Przypomina mi się mój pobyt na stażu w latach 90. w BBC Radio i TV. W myśl kodeksu etyki i pragmatyki redakcyjnej BBC zakazane były wywiady z mordercami i dezertkami z wojska. Można było cytować ich wypowiedzi, ale nie pokazywać w ekskluzywnej rozmowie z dziennikarzem, bo uznawano, że obecność przestępców w mediach automatycznie ich nobilituje. Jak tam jest dzisiaj?

„*Koniec świata społecznego*” – mówi prof. Mirosława Marody. Na naszych oczach rozpada się XX-wieczna hierarchiczna struktura. Ludzie skupiają się wokół konkretnych wartości, jakby wokół trzech różnych porządków aksjologicznych. Pierwszy – to ekonomiczny sukces, który osiąga się przez konkurencję. Tam wartość i znaczenie człowieka wyznacza pieniądź. Działania aktorów społecznych – powie naukowiec – podporządkowane są ekonomicznemu sukcesowi. Druga wartość, organizująca „ponowoczesne społeczeństwo”, to wspólnota. Innymi słowy wycofanie się z tej hierarchicznej struktury społecznej na rzecz wspólnoty religijnej, narodowej, rodzinnej albo jeszcze innej. Taki rodzaj ucieczki od wyścigu szczurów. Trzecia wartość w wymiarze aksjologicznym – to „bycie sobą”. Zatem idea samorealizacji, rozwoju, wyboru własnych, indywidualnych sposobów na życie. Oryginalnych, wbrew wszystkim. To koncepcja najbardziej – zdaniem prof. Marody – otwarta na przyszłość, ale... bez drogowskazu. W dyskusji, obok innych wątpliwości, pojawił się problem: czy te porządki aksjologiczne wykluczają się, czy mogą pokojowo współistnieć?

Zdaniem prof. Marody wykluczają się. Zaczął się długi okres poszukiwań form organizacyjnych społeczeństwa w Polsce i na Zachodzie. Każdy z tych porządków może zwyciężyć. Prof. Mirosława Marody świadomie nie poruszyła problemu, w jakiej mierze świat islamu może wpłynąć na los naszej cywilizacji lub my na tamte kraje. Tego zadania chyba nikt by się dziś nie podjął, bo czy wiemy, co się zaczyna? ■

Medyk Sp. z o.o. w Skierniewicach **bardzo pilnie zatrudni lekarza dentystę specjalistę.**
Atrakcyjne wynagrodzenie. Tel.: 501-15-30-77.

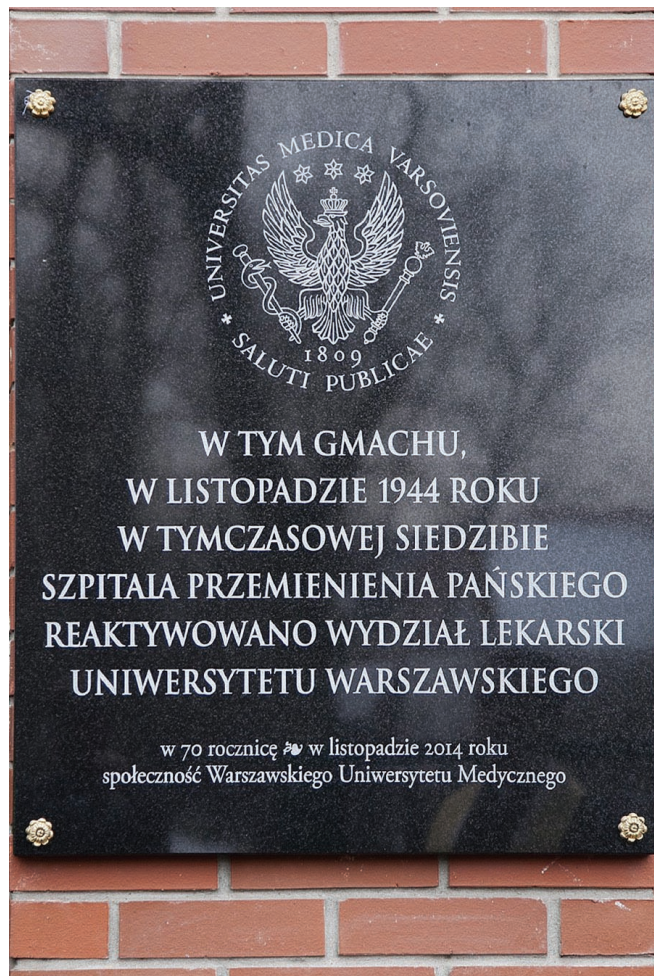
SZPZLO Warszawa Wawer **pilnie zatrudni** lekarza specjalistę okulistę, lekarza specjalistę rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lekarza alergologa, endokrynologa oraz medycyny rodzinnej, pediatrów i internistów.
Kontakt: tel. 22-590-09-32; rekrutacja@zoz-wawer.waw.pl

Sprzedam aktualnie działającą (6 lat) praktykę stomatologiczną, centrum Lublina, wysokiej jakości sprzęt i wyposażenie gabinetu. Lokal 62 mkw., wynajmowany, korzystne warunki najmu.
Tel.: 791-93-97-57; e-mail: gabinetstomatologiczny112@onet.eu

Odślonięcie tablicy upamiętniającej „Akademię Boremlowską”

W listopadzie 1944 r., kiedy lewobrzeżna Warszawa zajęta była jeszcze przez wojska niemieckie, w tymczasowej siedzibie Szpitala Przemienienia Pańskiego, w budynku szkolnym przy ul. Boremlowskiej 6/12 na Grochowie, reaktywowano Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Początkowo odbywały się wykłady i ćwiczenia dla starszych roczników (III–V) – kontynuacja zajęć rozpoczętych w ramach konspiracyjnego nauczania medycyny podczas okupacji, przede wszystkim w tzw. Szkole Zaorskiego. Ze względu na ówczesny adres szpitala i wydziału okres ten nazwano później nieco żartobliwie „Akademią Boremlowską”.

W 70 lat później JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk ufundował tablicę upamiętniającą tamte wydarzenia. Została uroczystie odsłonięta 8 stycznia 2015 r. przy wejściu do budynku obecnego Gimnazjum nr 22 im. gen. Piotra Szembeka, gdzie w 1944 r. mieściła się „Akademia Boremlowska”. Dokonał tego JM Rektor prof. Marek Krawczyk w towarzystwie zastępcy burmistrza Pragi Południe Jarosława Karcza i dyrektor gimnazjum Lilli Foty-Giedz. Uczniowie przygotowali bardzo staranną oprawę uroczystości, podkreślając, jak cenią tak ważny fakt w dziejach budynku, w którym uczą się obecnie. Inicjatorem umieszczenia pamiątkowej tablicy w miejscu, w którym zaczynała się powojenna historia akademickiej medycyny w Warszawie, był prof. Edward Towpik, dyrektor Muzeum Historii Medycyny WUM. ■ **et**



Fot. archiwum



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

15.04.2015 r., środa, godz. 19.00 – „Piosenki z dawnych lat” – koncert w wykonaniu młodzieżowego zespołu instrumentalno-wokalnego Magia. Reż. i oprac. **Małgorzata Badache.**

22.04.2015 r., środa, godz. 19.00 – „Spotkajmy się z muzyką” – koncert w wykonaniu studentów Wydziału Wokalno-Aktorskiego Uniwersytetu Muzycznego F. Chopina w Warszawie. Prowadzi **Krystyna Jaźwińska.**

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



Regulamin

Regulamin to rzecz święta. Jak pisał Witkacy w swoim słynnym „Regulaminie Firmy Portretowej”, wszelka „dyskusja nad regulaminem jest niedopuszczalna”. W ogóle „wszelka krytyka i poprawki [zamówionego portretu – przyp. red.] na żądanie, są wykluczone”. „Wykluczona też jest wszelka krytyka... (...) Gdyby firma pozwoliła sobie na luksus wysłuchiwania zdań klientów, musiałyby już dawno zwiariować”.

Przypomniał go Jerzy Jańczy, współzałożyciel odrodzonego samorządu, wiceprezes OIL w Krakowie pierwszej kadencji, chirurg, wieloletni lekarz Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratowniczego w Zakopanem, przy okazji odczytu wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim (zał. 1866). Odczytu dedykowanego pamięci innego lekarza – Teodora Biruli-Białynickiego, najbliższego, wieloletniego przyjaciela Stanisława Ignacego Witkiewicza. Kolekcję 300 obrazów Witkacego muzeum w... Słupsku zawdzięcza właśnie doktorowi Biruli, wielokrotnie portretowanemu przez artystę.

Wspominam ten niedawny odczyt, bo właśnie odbędzie się tu kolejny zjazd sprawozdawczo-wyborczy, na niewygodnych krzesłach, tak właśnie zaprojektowanych przez Stanisława Wyspiańskiego, by nikomu się nie chciało przeciągać obrad. Wyspiański zaprojektował tu więcej, m.in. witraż „Apollo spętany”, wspomagając budowę siedziby TLK (1904), wznoszonej z inicjatywy jego przyjaciela Juliana Ignacego Nowaka. Też lekarza, a przyszłego premiera (1922) i równocześnie ministra wyznań religijnych i oświecenia publicznego.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, podobnie jak inne medyczne organizacje naukowe, ledwie zipie finansowo. Wielu towarzystwom naukowym przydałby się jakiś gest promocyjny, choćby ze strony kandydatów na prezydenta.

Jubileusz 25-lecia samorządu. W eleganckich „Materiałach Sprawozdawczych” prof. Andrzej Matyja, prezes ORL, informuje, że to trzecia co do wielkości (po warszawskiej i śląskiej) Izba w Polsce. Jej inicjatywy wciąż godne są dostrzeżenia, choćby wygrany przed stołecznym sądem precedensowy proces o pokrywanie przez Ministerstwo Zdrowia kosztów czynności przejętych przez samorząd od administracji państwowej. Wśród sukcesów m.in. znakomita współpraca z Białorusią, Czechami, Słowacją i Ukrainą, która praktycznie kreuje Euroregion Medyczny Europy Środkowo-Wschodniej. A coraz bliższe realizacji wydaje się Centrum Konferencyjno-Rekreacyjne w Veternej Porubie (opodal Liptowskiego Mikulasza), finansowane w 90 proc. ze środków unijnych, przy wznoszeniu którego do współpracy przystąpiła ostatnio Śląska Izba Lekarska.

A na co prezes się skarży? „Z goryczą – pisze – muszę się odnieść do obrazu medialnego naszego środowiska, kreowanego w 2014 r. – powiem wprost – przy udziale, niestety, ministra naszego resortu. Oczywiście, każdy negatywny incydent w ochronie zdrowia musi być piętnowany (...) Ale niszczenie przy okazji wizerunku lekarza, manipulowanie przez dziennikarzy faktami, demolowanie koniecznego zaufania między lekarzem a pacjentem wykracza poza sferę normalnego życia publicznego”.

Pozostawiam bez komentarza! ■

Stefan Ciepły



Trochę o liczbach i cyfrach

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

To setny odcinek naszego cyklu, jest więc pretekst, żeby przypomnieć kilka praw i prawd o pisowni liczb. Na przykład prosi się, żeby wspomnieć o tym, że wyrażenie *setny odcinek* można zapisać cyframi jako 100. *odcinek* – cyframi, po których jest kropka. Dość częstym błędem ortograficznym, niestety kompromitującym, jest pisanie liczb porządkowych (numerów) cyframi z końcówką literową. W tym wypadku byłoby to niepoprawne *100-ny odcinek. Końcówkę literową zastępujemy kropką, ale tylko tam, gdzie to jest potrzebne, w innych wypadkach wystarczą same cyfry. Piszemy zatem z kropką 25. rocznica, 32. wykład, 10. przykazanie, ale bez kropki: strona 10, godzina 3, rozdział 8, 11 marca 2015 roku, bo tu wiadomo, że chodzi o numery i nie trzeba o tym czytelnika zawiadamiać. Szczególnie dobrze jest to widoczne w dacie, w której nazwa miesiąca i słowo „rok” są napisane słowami. Kropki są w takim zapisie niepotrzebne. Co innego w dacie pisanej w całości cyframi, np. 11.03.2015, ale wtedy kropka nie należy do numeru dnia ani miesiąca, lecz jest znakiem oddzielającym grupy cyfr.

Podawanie liczb (w tym numerów i dat) cyframi to skraccanie zapisu, które co prawda daje pewne ułatwienia w pisaniu (jest szybsze) i czytaniu (łatwiej liczby zauważyć), ale jest niepewne. Nie zawsze cyfry są poprawnie odczytywane. Na przykład wyrażenie 300. rocznica może być odczytane jako *trzysetna rocznica, gdy poprawną formą jest tylko trzechsetna rocznica, o czym nie wszyscy wiedzą.

Dlatego, zwłaszcza w literaturze pięknej, jak ognia unikamy wszelkich cyfr. Dobry redaktor nawet daty zamieni na słowa, np. fragment 11.03.2015 każe drukować jako (uwaga na poprawność!) jedenasty marca dwa tysiące piętnastego roku. Nie: *jedenasty marzec dwutysięcznego piętnastego roku, bo tu są aż dwa błędy. Nazwę miesiąca wymawiamy (i piszemy) wyłącznie w dopełniaczu, a w numerze roku nie odmieniamy tysięcy i setek. Odmieniamy tę liczbę tylko w zakresie dziesiątek i jednostek.

Jeśli ktoś zauważy w tekście powieści cyfry, to może być pewien, że została źle zredagowana (chyba że cyfry te są przez powieść cytowane). W tekstach użytkowych (nieartystycznych) zapis liczb cyframi często jest nawet pożądanym, zwłaszcza tam, gdzie dokonuje się zestawiania wartości. Dotyczy to m.in. tekstów medycznych, ekonomicznych, technicznych. Ale już w artykułach humanistycznych, np. literaturoznawczych, aż prosi się o zamiast cyfr na słowa, żeby po prostu lepiej wyglądały. To samo odnosi się do tekstów prywatnych, m.in. do korespondencji, która wtedy staje się grzeczniejsza, elegancka. Gorszym (i nawet trochę lekceważącym odbiorcą) tekstem będzie zapis Na spotkanie przyszło 8 osób niż Na spotkanie przyszło osiem osób. Odbiorca tekstu z cyfrą może sobie pomyśleć: „Autorowi nawet nie chciało się napisać liczby słowami, więc nie jestem dla niego osobą ważną”. No, ale to kwestia wyczucia, smaku, w sumie szacunku, a nie pisowni. ■



Moje przygody z tenisem



Jerzy Borowicz

Mam wnuczka, niezwykle uzdolnionego małego tenisistę.

W zastępstwie ojca zawiozłem go na korty tenisowe Legii i wtedy, jak w kalejdoskopie, odżyły we mnie wspomnienia z tych czasów, kiedy

ja, również jako kilkuletni chłopiec, przychodziłem na te korty. Zostałem członkiem klubu tenisowego Legii w sekcji młodzików. Drugą okolicznością, która obudziła we mnie wspomnienia, była niedawna śmierć nieodżałowanego redaktora sportowego Bohdana Tomaszewskiego.

Z redaktorem Tomaszewskim miałem przyjemność zetknąć się dwa razy. Pierwszy raz, kiedy zadebiutowałem jako sędzia liniowy w ważnym meczu tenisowym na centralnym korcie Legii. Miałem wyłapywać auty na linii środkowej kortu. Sędzią meczu był redaktor Tomaszewski (działo się to we wczesnych latach 50.). Tak przejąłem się swoją rolą, że ta biała linia dzieląca kort przesuwiała mi się w oczach. Po kilku moich błędnych decyzjach usłyszałem głos sędziego – redaktora Tomaszewskiego: – *Proszę o zmianę sędziogo liniowego*. Była to moja osobista klęska.

Drugi raz, już znacznie później (w latach 60.), spotkałem redaktora Tomaszewskiego u naszego wspólnego znajomego, Leszka Stali (był radcą handlowym ambasady w Rzymie), gdzie oddaliśmy się nielegalnej grze w ruletkę. Stawiałem tylko na kolor i udało mi się wygrać 100 zł, które dla młodego lekarza miało ekonomiczne znaczenie. Oczywiście przypomniałem redaktorowi o moim niefortunnym sędziowaniu, co zostało mi wybaczone.

W latach 40. i wczesnych 50. mieszkałem 500 m od kortów Legii. Często wpadałem do sali domku klubowego przy kortach centralnym. Kierownikiem domku klubowego i kortu centralnego był pan Rosiak. Pilnował porządku w całym obiekcie, gdzie miał również mieszkanie.

Spotkałem tam wielu dobrych tenisistów, przede wszystkim Janka Radzia (mistrza Polski juniorów), którego znałem jeszcze z czasów okupacji. Janek skończył prawo, lecz życie oddał tenisowi, praktycznie cały dzień przebywał w klubie. Poznałem też Janusza Kwiatka, Tadzia Piotrowskiego i Bogdana Maniewskiego. Byłem już wówczas młodym lekarzem. Któregoś dnia podszedł do naszego stolika sam Władysław Skonecki. Popijaliśmy koniaczek. W pewnym

momencie pan Władysław zwrócił się do mnie per „panie docencie”. Rozbawiło mnie to, ale nie dałem niczego po sobie poznać. Skonecki wręczył mi bilecik wizytowy, na który widniało tylko jego nazwisko i dwie skrzyżowane rakietki tenisowe. Redaktor Tomaszewski nazwał Skoneckiego najbardziej utalentowanym tenisistą wszech czasów.

Drugim znanym tenisistą, z którym czasami popijałem wódeczkę, był „Kuluś” Befeldowski, późniejszy kapitan polskiej drużyny daviscupowej. Wielu tenisistów znałem tylko z gry na korcie centralnym, m.in. Andrzeja Lisica i Wiesława Gąsiorka. Ich gra, chociaż należeli do reprezentacji Polski, była bardzo monotonna.

Z meczów tenisowych na centralnym korcie pamiętam pojedynkę z Węgrami, w którym świetny Asbóth walczył ze Skoneckim i przegrał. Nie zapomnę też znakomitego Mottrama, który jako jeden z pierwszych tenisistów biegł do siatki po swoim serwisie i volleyem wykańczał przeciwnika. Była to wówczas sensacja, bowiem większość tenisistów grała z głębi kortu.

W domku klubowym kwitła również giełda tenisowa. Najdroższymi i najlepszymi wówczas raketami były białe Schlezinger i Max-Play. Posiadanie takiej rakietki nobilitowało zawodnika. Konserwacją i reperacją naciągów zajmował się pan Olejniszyn (także były reprezentant Polski).

Ale nie tylko mecze tenisowe odbywały się na kortach centralnym. Zimą zamieniał się w lodowisko hokejowe, czasami również stawiało się na nim ring bokserski. Pamiętam pojedynkę pięściarską niezapomnianego Antoniego Kolczyńskiego, zwanego „Kolką”, ze znakomitym bokserem węgierskim László Pappem, pojedynki Tolka Komudy, zwanego „dzieckiem Warszawy”, oraz jeszcze przedwojennego mistrza Czortka. W ringu boksował również lekarz w wadze średniej. Nazywał się Zagórski. Karierę miał krótką, był słabo odporny na ciosy i przez to często nokautowany.

Centralny kort Legii z tamych lat oraz domek klubowy są już historią. Za kilka lat, jak odejdzie moje pokolenie, dziesięć 80-latkowie, ktoś interesujący się wczesnopowojennym sportem może rzuci okiem na te trochę chaotyczne zapiski. W tamtych latach nie kupowało się meczów, nie stosowano ustawek, a jedyną nagrodą za sportowy wysiłek był dla najlepszych wyjazd za żelazną kurtynę w charakterze reprezentanta Polski. ■

Zapraszamy wędkujących lekarzy na

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym

14–17.05.2015 r., Ustroń

Szczegóły:

www.klinikajurajska.pl/mistrzostwapolskilekarzy

Informacje:

flydoctorgap@gmail.com

lub tel.: 790-36-28-67, 604-23-04-68



Piotrkowski Nocny Półmaraton Wielu Kultur 26.06.2015 r.

Patronat: prezydent Piotrkowa Trybunalskiego, przewodniczący Sejmiku Województwa Łódzkiego.

Organizatorzy: Ośrodek Sportu i Rekreacji w Piotrkowie Trybunalskim oraz Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi.

Bieg główny – półmaraton, jednocześnie I Otwarte Mistrzostwa OIL w Łodzi.

Start – godz. 21.00, limit czasu 3 godz., cztery pętle w obrębie Traktu Wielu Kultur.

Zapisy przez stronę internetową Maratonów Polskich oraz stronę biegu:

www.polmaratonpiotrkowski.pl

Bal charytatywny *Pro Seniore*

W walentynkowy wieczór, 14 lutego 2015 r., odbyła się VIII Charytatywna Gala Przyjaciół Fundacji Lekarskiej *Pro Seniore*, którą honorowym patronatem objęła małżonka prezydenta RP Anna Komorowska. Pierwszym punktem imprezy, tradycyjnie, było wręczenie wyróżnień za szczególne zasługi dla fundacji. Prezes firmy Mokpol Sylwester Cerański został uhonorowany statuetką *Benevolenti* za wspieranie wszystkich inicjatyw Okręgowej Izby Lekarskiej dotyczących pomocy ludziom potrzebującym. Honory gospodarzy czynili prezes Fundacji Lekarskiej *Pro Seniore* Andrzej Surowiecki oraz prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Andrzej Sawoni.



Fot. W. Surowiecki

Należy pamiętać, że głównym celem balu jest zbieranie środków na cele statutowe fundacji, czyli pomoc schorowanym i niepełnosprawnym lekarzom. Tradycyjnie odbyła się licytacja dzieł sztuki ufundowanych przez przyjaciół fundacji oraz loteria fantowa. Jak zwykle darczyńców o wielkich sercach nie zabrakło, za co serdecznie dziękujemy!

Zapraszamy do udziału w kolejnych imprezach organizowanych przez Fundację Lekarską *Pro Seniore*! Najbliższa – już 13 czerwca 2015 r. – VI Rodzinny Piknik Integryjny Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. ■ **ws**

DLA SMAKOSZY

Ciasto marchewkowe

Dariusz Hankiewicz

Tym razem proponuję przepis pochodzący z kuchni żydowskiej. Wszak słynęła i słynie ze słodkości, a właśnie o cieście będzie mowa. Marchewka w kuchni żydowskiej jest niezwykle popularna, a przede wszystkim symboliczna. Dodaje się ją niemal do wszystkiego, a jej kolor i kształt pokrojonych talarków mają ogromne znaczenie. Oznaczają bowiem pomyślność, szczęście, bogactwo.

Pisząc o kuchni żydowskiej, nie sposób pominąć słowo „kosher”. Koszerny – to nadający się do spożycia lub użytku zgodnie z żydowską religią. Nakaz koszerności wywodzi się z żydowskich zasad dietetycznych, opisanych w Biblii, mówiących m.in. o przygotowywaniu jada w sposób rytualnie czysty, w odróżnieniu od tzw. trefnego, czyli niezgodnego z żydowską tradycją. Owe zasady wynikły z przepisów higienicznych, których przestrzeganie było konieczne w warunkach pustynno-tropikalnych. Istniała potrzeba oddzielania poszczególnych produktów żywnościowych, by nie uległy zepsuciu, a tym samym, by zapobiegać zatruciom pokarmowym jedzących. Nie wolno np. przygotowywać potraw mięsnych i mlecznych w tych samych garnkach ani podawać ich i spożywać jednocześnie. Przepisy koszerności określają też gatunki mięs, które można jeść, oraz sposób zabijania zwierząt. Potrawy mleczne i rybne oraz alkohole również muszą być kosherne.

Oto przepis na ciasto marchewkowe. Składniki:
 9 żółtek + 9 ubitych białek
 1½ szklanki *purée* z marchwi (z około 50 dkg)
 1 łyżka startej skórki pomarańczy
 1 łyżka pejsachówki lub śliwowicy
 1 szklanka cukru + cukier puder do dekoracji
 2 szklanki zmielonych migdałów
 ½ szklanki mąki orkiszowej

Ubijamy mikserem żółtka z cukrem na puszystą masę. Dodajemy *purée* z ugotowanej marchewki, mąkę oraz alkohol. Następnie delikatnie mieszamy zmielone migdały z ubitymi na szttywno białkami i łączymy wszystkie składniki. Formę tortową smarujemy masłem i posypujemy bułką tartą. Wlewamy wszystkie składniki. Pieczemy w piekarniku mniej więcej godzinę, w temperaturze około 180 st. C. Na koniec posypujemy cukrem pudrem. Jemy na ciepło lub zimno.

Jak widzicie, w przepisie nie ma żadnego tłuszczu, a mimo to ciasto jest wilgotne i długo utrzymuje świeżość. ■

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



Fot. D. Hankiewicz



Jacek Walczak

Ostatni Azteka

W stolicy Stanów Zjednoczonych Meksyku, mieście Meksyk, gdzie dzisiaj znajduje się plac Trzech Kultur, niegdyś było największe centrum handlowe azteckiego imperium – Tlatelolco. Tam doszło do ostatniej bitwy z Aztekami i pojmania Cuauhtémoca przez Cortésa. Obok azteckich ruin widnieje tablica ze znamienym napisem, upamiętniająca te wydarzenia:

„13 sierpnia 1521 r. heroicznie bronione przez Cuauhtémoca Tlatelolco przeszło w ręce Hernána Cortésa. Nie był to ani triumf, ani klęska. Były to bolesne narodziny kraju Meksyk, którym jest dzisiejszy Meksyk”.

Kiedy 8 listopada 1519 r. Hernán Cortés wszedł do Tenochtitlanu, legendarnej stolicy Azteków nad jeziorem Texcoco, daleki był od ogłoszenia zwycięstwa. Początkowe zabiegi dyplomatyczne tylko powiększały niepokój. Nawet pojmanie, a potem śmierć ostatniego suwerena Azteków, króla Motecuhzomy, były początkiem niezwykle krwawych starć. Podczas Noche Triste (Smutnej Nocy) uchodzący ze stolicy Hiszpanie ponieśli ogromne straty. Tylko nieliczni ocalili i powrócili do bazy nad Texcoco, by odzyskać siły do ponownego ataku.

Aztekowie, również gotujący się do śmiertelnego starcia, musieli wybrać nowego króla. Potrzebny był prawdziwy mąż stanu i nieustraszony wojownik. Taki kandydat był tylko jeden. Na czele narodu Azteków stanął Cuauhtémoc (Orzeł Leczący w Dół), bratanek i zięć Motecuhzomy.

Cortés znowu dysponował znaczną siłą i dzięki śmiałym posunięciom uzyskał znakomitą strategiczną przewagę. Przez cały czas przygotowań do wojny nie zaniechał prób pokojowego rozstrzygnięcia sporu. Często zwalniał schwytanych wojowników azteckich i odsyłał do Cuauhtémoca z pokojowymi propozycjami. Nieprzejednany król Azteków ze wzdrgą odrzucał wszelkie układy.

Cortés zrealizował swój, zdawałoby się szalony, plan. Tysiące sprzymierzonych Tlaxcalanów przeniosło okrętą w częściach niemal stukilometrową, górską trasą, by zmontować je na jeziorze Texcoco. 28 kwietnia 1521 r. 13 brygantyn zakotwiło się na wodach wcześniej przygotowanych kanałów. Wspierały 900 żołnierzy pieszych i 90 konnych, 100 muszkieterów i kuszników oraz kilkanaście armat. W decydującym momencie przybyło 50 tys. sprzymierzonych wojowników z Tlaxcali. Innych indiańskich sojuszników Hiszpanie trzymali w odwodzie w Chalco. W pierwszych tygodniach Aztekowie walczyli zaciekle. Cortés postanowił zmienić strategię. Wysłał oddziały, które nie zapuszczały się zbyt daleko, lecz w zajmowanych stopniowo fragmentach miasta burzyły doszczętnie zabudowę, zasypując



Fot. T. Szymański

kanaly gruzem. Nie oszczędził „najpiękniejszego miasta świata”, o którym tak właśnie sam pisał w listach. Artyleria skutecznie odpierała ataki Azteków na groblach, a na wodach jeziora niepodzielnie panowały hiszpańskie okręty. Zaczęła się pełna blokada wyspiarskiej stolicy. Cortés wiedział, że ludne miasto nie przetrwa długiego oblężenia. Wspaniała stolica Azteków dogorywała. Obrońcy próbowali w heroicznym boju mężnie utrzymać Tlatelolco, handlowe centrum azteckiej stolicy.

Cuauhtémoc poprosił w końcu, by zaprowadzić go przed oblicze Cortésa. Uprowadzony o tym konkwistador rozkazał przygotować podwyższenie, a drogę wysłać szkarłatnymi tkaninami. Przeprowadzono Cuauhtémoca, jego małżonkę – córkę Motecuhzomy, i kilku dostojników, wszystkich w zbrukanych krwią strojach. Król zbliżył się i złożył głęboki ukłon Cortésowi. Ten wziął Aztekę w ramiona i uściskał. Jeniec przerwał konkwistadorowi powitanie i powiedział:

– *Malinche* [tak Aztekowie nazywali Cortésa], *zrobiłem wszystko, co mogłem, w obronie mego miasta i poddanych. Weź nóż, który masz za pasem, i zabij mnie, bo takie prawo przysługuje zwycięzcy.* Cortés odparł, że wysoko ceni męstwo i bohaterstwo pokonanego. Zaproponował, by straszne ofiary i zniszczenia poszły w niepamięć i by nastął czas pojednania.

Wydarzenia te miały miejsce w godzinę niesporów w dniu świętego Hipolita, 13 sierpnia 1521 r. To był koniec historii dumnego narodu Azteków, który stanowił jedno z ogniw w łańcuchu niezliczonych kultur i cywilizacji, jakie rodziły się i kwitły w tej części świata. Przybysze ze Starego Świata przynieśli mu zagładę.

Aztecki król towarzyszył konkwistadorom w kampaniach na południu Meksyku i w Gwatemali.

Śmierć dosięgła Cuauhtémoca w dramatycznych okolicznościach. Posądzono go o spisek przeciwko Hiszpanom i skazano na śmierć. Został powieszony niedaleko miasta Izanacanac w 1525 r. Historię tę opisał sam Cortés w liście do króla Karola I.

Cztery wieki później, w 1949 r., w jednym z kościołów w Ixcateopan odnaleziono szczątki ludzkie oraz miedzianą tabliczkę z napisem „Cuauhtémoc”. ■

IV OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY „OKIEM ESKULAPA”

Organizator: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Kategorie konkursu:

1. „Przyjaciele wśród nas”
2. „Fotomontaż”

Prace należy nadsyłać do dnia 31.08.2015 r. na adres: Śląska Izba Lekarska ul. Grażyńskiego 49a 40-126 Katowice

Regulamin konkursu na stronie internetowej: www.izba-lekarska.org.pl

Absolwenci Akademii Medycznej Wydział Lekarski w Warszawie rocznik 1963–1969/1970,

serdecznie zapraszamy na zjazd z okazji 45-lecia ukończenia studiów, który odbędzie się 13 czerwca 2015 r. w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym „BOSS” w Miedzeszynie (k. Warszawy), przy ul. Żwanowieckiej 20.

Więcej informacji:

<http://sites.google.com/site/zjazdlekarzy>

lub pod tel.:

Danuta Miłkowska – 606-24-42-02, Ewa Duszczyk – 607-34-29-15 lub Maria Danielska (Majer) – 784-92-86-22.



VI Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyków

PULS SŁOWA

Pięć wierszy o dowolnej tematyce lub do dziesięciu stron maszynopisu prozy, w czterech egzemplarzach (wcześniej nienagradzanych ani niepublikowanych), należy nadsyłać do 30 czerwca 2015 r.

Organizatorzy: Naczelna Izba Lekarska, Komisja Kultury Sportu i Turystyki OIL w Warszawie, SZPZLO Warszawa Praga Północ
Patronat medialny: „Gazeta Lekarska”, „Puls”, „Zdrowa Praga”

Informacji udziela: Maria Żywicka-Luckner, tel.: 22-619-42-31, 604-28-63-24, e-mail: majkazywicka@wp.pl



Dr hab. n. med. Zygmunt Łazowski (1925–2012)

Zygmunt Łazowski urodził się 28.11.1925 r. w miejscowości Mereczowszczyzna, w rodzinie inteligentkiej. Do 1937 r. uczęszczał do szkoły podstawowej w Pińsku, a następnie do gimnazjum dr. wieczorkowskiego w Rabce Zdroju.

Po wkroczeniu wojsk radzieckich 17.09.1939 r. Łazowski zostali umieszczeni na liście przeznaczonych do deportacji na Syberię. Pozostawili cały swój dorobek i po pękającym lodzie na Bugu wiosną 1940 r. uciekli przed zsyłką – do Warszawy. Uratowali się rodzice, syn Zygmunt i córka Irena. Zesłany na Syberię został syn Mirosław, późniejszy żołnierz Armii Andersa i uczestnik bitwy pod Monte Cassino.

Zygmunt Łazowski kontynuował naukę w konspiracyjnym Gimnazjum im. Lorentza. W 1943 r. otrzymał świadectwo dojrzałości i rozpoczął naukę na Wydziale Lekarskim tajnego uniwersytetu poznańskiego działającego na terenie Warszawy. Od 1945 r. studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, zorganizowanym na Grochowie. Dyplom lekarza uzyskał w 1950 r.

Pracę zawodową rozpoczął jeszcze na studiach, w 1948 r., w Zakładzie Farmakologii Akademii Medycznej w Warszawie, pod kierunkiem prof. Piotra Kubikowskiego. Mimo bardzo dobrej opinii profesora i zaawansowanej pracy badawczej, po otrzymaniu dyplomu w trybie nakazu został skierowany do Miejskiego Szpitala Dziecięcego w Zabrze. W 1951 r. szpital został przekształcony w Klinikę Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej.

Pierwszym nauczycielem Zygmunta Łazowskiego i Jego mistrzem, wzorcem lekarza o najwyższych wartościach moralnych, był prof. Artur Chwalibogowski, twórca śląskiej szkoły pediatrii. Ukształtował życie zawodowe młodego ucznia jako lekarza odpowiedzialnego za każdą decyzję, lekarza czującego na cierpienie, zaangażowanego w pracę, którą rządziło jedno prawo – dobro chorego dziecka.

Do roku 1956 Zygmunt Łazowski pracował w Klinice Dziecięcej w Zabrze jako asystent, a potem jako adiunkt. W 1952 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych, w 1953 r. zdobył I stopień specjalizacji w zakresie chorób dziecięcych, a w 1954 – II stopień. Otrzymał Nagrodę Rektora Akademii Medycznej w Zabrze za pracę doświadczalną w zakresie przemiany salicylanów. Zorganizował pracownię biochemiczną. Współuczestniczył w tworzeniu Zakładu Farmakologii Akademii Medycznej w Rokietnicy i do 1956 r. prowadził tam pracę dydaktyczną.

W latach 1956–1964 dr Łazowski był adiunktem Działu Dziecka w Instytucie Reumatologii w Warszawie. Współtwórca Kliniki Dziecięcej Instytutu Reumatologii i wieloletni jej adiunkt. W latach 1957–1964 pełnił funkcję sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i redakcji czasopisma „Reumatologia Polska”.

Współtworzył i pozostawał przez wiele lat konsultantem z ramienia Centralnego Zarządu Uzdrowisk sanatorium dla dzieci z reumatoidalnym zapaleniem stawów w Cieplicach Śląskich.

W latach 1973–1982 został oddelegowany na stanowisko kierownika Oddziału Instytutu Reumatologii w Konstancjnie. 28.2.1980 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie pediatrii.

Od 1980 do 1982 r. członek Rady Naukowej Instytutu Reumatologii w Warszawie. Przez wiele lat był lekarzem pediatrą w lecznicy Alfa-Lek przy Nowym Świecie 58a.

Opublikował kilkadziesiąt prac z zakresu pediatrii i reumatologii pediatricznej. Odbył staże naukowe w Instytucie Matki i Dziecka w Pradze oraz w Ośrodku Reumatologicznym w Taplow w Wielkiej Brytanii.

W latach 1964–1968 i 1970–1973 pracował w Ghanie, w Afryce Zachodniej, w szpitalu okręgowym w Sekondi. Utworzył tam oddział dziecięcy i struktury opieki nad dzieckiem oraz ośrodek szkolenia pediatricznego dla absolwentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Akrze.

Od 1982 do 1987 r. pracował w Nigerii, na Uniwersytecie w Jos, jako kierownik katedry i kliniki pediatricznej, na stanowisku *associate professor*.

Po przejściu na emeryturę był aktywnym działaczem Towarzystwa Polsko-Nigeryjskiego, autorem licznych publikacji. W 2002 r. stworzył i prowadził wydawnictwo Towarzystwa Polsko-Nigeryjskiego. W 2004 r. wydał w języku angielskim publikację „Związki Polski z krajami Afryki Zachodniej”, a w 2006 i 2008 – dwa tomy „Kraje Afryki Zachodniej”.

Część jego zbiorów afrykańskich została ofiarowana Muzeum Afrykanistycznemu w Olkuszu. Kochał podróże, pozostawił setki zdjęć. Miał ogromną wiedzę w wielu dziedzinach, a szczególnie dotyczącą historii frontu zachodniego II wojny światowej.

Nigdy nie był zaangażowany politycznie, mimo zdefiniowanych własnych poglądów. Był człowiekiem pełnym tolerancji, delikatności, cierpliwości i życzliwości.

Żyje w naszych sercach i myślach jako Mąż, Ojciec, Dziadek i Pradziadek. Zaszczepił w Rodzinie szacunek dla człowieka, szacunek dla pracy lekarza. Przez całe życie był prawdziwie jej oddany. Dalej drogami Jego powołania lekarskiego idą córka, syn, wnukowie.

Stefania Łazowska

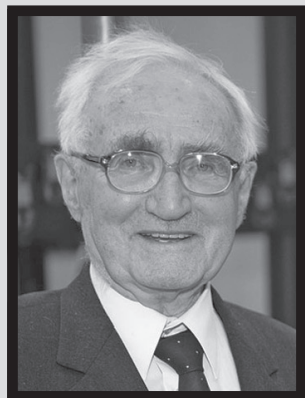


Z żalem żegnamy naszą Koleżankę
śp.

dr Barbarę Chodzińską

pediatrę, jedną z zastępców
Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
od I do VI kadencji (1989–2013),
wspaniałego Człowieka
o wielkiej wrażliwości i kulturze

Zbigniew Czernicki, Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej,
Zespół Zastępców
i pracownicy Biura OROZ



Prof. dr hab. n. med. Stefan Kruś (1926–2015)

Uczony anatomopatolog, nauczyciel i wychowawca akademicki – ulubieniec studentów; ukochany mąż, tata, dziadek, oddany przyjaciel... To nie są żadne slogany – wystarczy spytać każdego, kto przemknął przez Jego drogę życiową

i choć na moment się tam zatrzymał, posłuchał, porozmawiał, pośmiał się razem z Nim. Począwszy od studentów, którzy nie tylko na co dzień studiowali Jego podręczniki, ale od święta mogli też przeczytać na tablicy ogłoszeń w Anatomicum takie np. słowa:

*„O tym się, Uczniu, dowiedz,
Że Kruś Ci życzy Stefan,
By w święta był makowiec,
Babka oraz marcepan*

[...]

*Ponieważ koniec lekcji,
Trudno mi uczyć Ciebie,
Ale w chwili refleksji
Pomyśl o zwykłym chlebie,*

*Chleb czarny, biel opłatka,
Kiedy zaświeci Gwiazdka...”*

Urodził się w Warszawie i całe swoje życie związał z tym miastem. W czerwcu 1939 r. ukończył I klasę gimnazjum i poprzez tajne nauczanie w okupowanej Warszawie doszedł do matury w czerwcu 1944 r., niemal w przeddzień Powstania, na które zmuszony był potem patrzeć przez Wisłę z jej prawego brzegu. W 1945 r. rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim i do końca zawodowego życia wierny był warszawskiej uczelni medycznej w jej rozmaitych postaciach, od Wydziału Lekarskiego UW po Warszawski Uniwersytet Medyczny. Studia ukończył latem 1949 r. Już jako student – demonstrator w Zakładzie Histologii (1946 r.), związał się zawodowo z Zakładem Anatomii Patologicznej, gdzie w latach 1950–1996 pracował kolejno jako: asystent, adiunkt, docent i profesor, a od roku 1970 do emerytury kierował nim. Dwa krótkie pozawarszawskie „romanse” miały miejsce w latach 1956–1957, gdy pracował w Szpitalu Polskim w Hamhynie w Korei jako konsultant anatomopatolog, i nieco później (1959–1960), gdy był stypendystą Fundacji Rockefellera w Mount Sinai Hospital w Nowym Jorku.

Jak wielu innych autorów naukowych monografii i akademickich podręczników, zastanawiał się, jak i w jakim zakresie przekazywać wiedzę z anatomii patologicznej studentowi medycyny, a potem lekarzowi praktykowi. I sam sobie na to pytanie odpowiadał: *„należy starać się przedstawiać cechy morfologiczne z zestawieniem objawów i powiązań u chorego człowieka. A zatem: podstawy, zasady, szczególnie »na okrasę«, by podczas egzaminu dowiedzieć się, »czy kandydat myśli logicznie i nie recytuje na pamięć wszelkich genów i drózek metabolicznych”*.

Były też, oczywiście, wykłady. Codzienne i te inauguracyjne, wprowadzające w tematykę przedmiotu, ale nie tylko,

o czym można przekonać się podczas lektury zbioru „Dwadzieścia październikowych spotkań z anatomią patologiczną” (1996) czy późniejszego, uzupełnionego wydania „Wykłady inauguracyjne z anatomii patologicznej: 1.10.1974 – 7.10.1996” (2010). Wszystkie były ważne i ciekawe, ale do historii warszawskiej uczelni medycznej przeszedł przede wszystkim jeden, zwany później potocznie „Modlitwą Majmonidesa”, wygłoszony 2 października 1979 r. w Teatrze Wielkim, podczas inauguracji roku akademickiego.

W 1983 r. na łamach „Polskiego Tygodnika Lekarskiego” i nieco później w studenckim „Nowym Medyku” zaczęły się ukazywać felietony Profesora o nagłówku „Obywatelu Redaktorze, K.I. Gałczyński, koniec cytatu”. Powstało ich około 300 i można je było w ostatnich latach czytać także na stronach „Managera Apteki” i „Świata Lekarza”. Zostały wydane w zbiorach „Felietony przekorne” (I i II) i „Wiecznym piórem – na przekór” (I i II), gdzie we wstępie czytamy: *„Wybór niniejszy składa się z drobnych obrazków z mojego życia, osadzonego w otoczeniu rodziny, przyjaciół, nauczycieli, studentów i wspomnień. Są one komentarzami do przeżyć, rozmów i wskazówek zbieranych w ciągu wielu lat. (...) Polska wyczera z każdej kartki: bogata albo biedna, zwycięska lub podbita, o anielskich duszach i rubasznych czerepach, na dobre i złe – nasza”*. Tyle Autor, czytelnik zaś sam dostrzeże w nich wiarę, być może naiwną, w człowieka, jego dobroć i mądrość.

I w miłość – w każdej postaci. Zrozumienie, a nawet pobłażanie dla ludzkich słabości. Delikatność, szarmanckość, a może też nieśmiałość i pewnego rodzaju uwielbienie dla kobiet, nazywanych „księżniczkami” i traktowanych trochę jak istoty niezemskie, choć niezwykle w ziemskim życiu mężczyzny potrzebne.

– Tata, który w dzieciństwie czytał nam na głos „Pana Tadeusza” ze wzruszeniem i przejęciem. Tata, który kochał Polskę, historię, poezję i muzykę klasyczną... – mówił o Ojcu podczas uroczystości żałobnych 23 lutego br. młodsi syn Profesora – Michał. Ten sam Tata jeszcze jesienią 2014 r. pracował intensywnie nad przygotowaniem do druku zbioru swoich wierszy oraz własnych przekładów rozmaitych, ukochanych przez siebie, poetów, od Vergiliusza i Horacego przez Lermontowa, Verlaine’a i Poego po Heinego i Goethego. Jedne i drugie wiele powiedzą o samym Autorze, gdy wybierzemy się z Nim – młodzieńskim wówczas, wielkim „Fantastą” – choćby na krótką przechadzkę ulicami zburzonej Warszawy, we wrześniu 1947 r.:

*„Ulicami bez miasta
Ulicami bez domów
Niepotrzebny nikomu
Idzie sobie fantastą.*

(...)

*Patrzy w okna spalone.
Słychać, no przecież słychać
Poemacik Fibicha
Tam, nad tamtym balkonem...”*

Ewa Barciszewska

Więcej: <http://swiatlekarza.pl/profesor-stefan-krus/>

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.oilwaw.org.pl

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

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

Godziny pracy OIL w Warszawie

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

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

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

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

Bezpłatny serwis dla członków OIL w Warszawie

Od 1 marca 2015 r. OIL w Warszawie zapewnia swoim człon-
kom **bezpłatny dostęp do portalu BHP, Ochrony Środo-
wiska i Prawa Pracy**. Serwis zawiera pełną bazę wiedzy wraz
z edytowalnymi wzorami wymaganych dokumentów, plat-
formę kontaktu z ekspertami, sekcję szkoleń e-learningo-
wych (można uzyskać zaświadczenie o ukończeniu szkole-
nia okresowego BHP i ppoż. po zdaniu egzaminu).

Z serwisu mogą korzystać wyłącznie członkowie OIL War-
szawa, wymaga to wstępnej rejestracji w systemie. Do reje-
stracji potrzebny jest numer prawa wykonywania zawodu i
PESEL. Podanie adresu e-mail umożliwi wysłanie zaświad-
czenia o ukończeniu szkolenia BHP w postaci elektronicz-
nej. Zapraszamy i zachęcamy do korzystania z naszej usługi:
<http://preventmed.pl>. Prosimy o przysyłanie na adres opinie@oilwaw.org.pl uwag i propozycji dotyczących serwisu.

Nasze pokoje gościnne

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 den-
tystów, 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.oilwaw.org.pl.

Tel. 22-542-83-02 (pon.–pt. – 8.00–16.00),

hotel@oilwaw.org.pl

Tadeusz Pawlikowski



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

20 lutego 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 182.

Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przyusznicy (świnka), odra, ospa wietrzna, **ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)**, różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B, wścieklizna.

Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

1. ospie wietrznej obejmuje:

- a) dzieci do ukończenia 12. roku życia:
- z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
 - z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,
 - zakażone HIV,
 - przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
- b) dzieci do ukończenia 12. roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,
- c) dzieci do ukończenia 12. roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:
- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
 - rodzinnych domach dziecka,
 - domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
 - domach pomocy społecznej,
 - placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
 - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
 - interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
- d) dzieci, inne niż wymienione w lit. a – c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych,

2. **ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis)** obejmuje dzieci i młodzież od 7. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia,

3. wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:

- a) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19. roku życia,
- b) uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- c) studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- d) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- e) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,
- f) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- g) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane.

Wzór książeczki szczepień jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

Książeczki szczepień założone przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność bezterminowo.

Książeczki szczepień według wzoru określonego na podstawie dotychczasowych przepisów mogą być zakładane do wyczerpania zapasów, nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

4 lutego 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 178, obwieszczenie ministra zdrowia z 12 stycznia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

1 marca 2015 r. weszła w życie ustawa z 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1741 i 1888.

Zgodnie z art. 54 ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego, **kartę urodzenia** przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego właściwemu do sporządzenia aktu urodzenia w terminie 3 dni od dnia jej sporządzenia.

Karta urodzenia zawiera:

- nazwisko, imię (imiona), nazwisko rodowe, datę i miejsce urodzenia oraz numer PESEL matki dziecka, jeżeli został nadany,
- miejsce, datę i godzinę urodzenia dziecka,
- płeć.

Karta martwego urodzenia zawiera dane wymagane w karcie urodzenia oraz informację, że dziecko urodziło się martwe.

Kartę martwego urodzenia przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie 1 dnia od dnia jej sporządzenia. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie płci dziecka, karty martwego urodzenia nie przekazuje się.

Karta urodzenia i karta martwego urodzenia są przekazywane kierownikowi urzędu stanu cywilnego w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu (**od 1 stycznia 2018 r.**).

Zgłoszenia urodzenia dziecka dokonuje się w terminie 21 dni od dnia sporządzenia karty urodzenia, a w przypadku gdy dziecko urodziło się martwe – w terminie 3 dni od dnia sporządzenia karty martwego urodzenia.

Jeżeli nie dokonano zgłoszenia urodzenia w terminie 21 dni od dnia sporządzenia karty urodzenia lub w terminie 3 dni od dnia sporządzenia karty martwego urodzenia, kierownik urzędu stanu cywilnego sporządza z urzędu akt urodzenia na podstawie karty urodzenia albo karty martwego urodzenia, z adnotacją o sporządzeniu aktu z urzędu, oraz informuje rodziców dziecka o jego sporządzeniu.

Do 1 stycznia 2018 r. karta urodzenia zawiera oprócz danych, o których mowa wyżej:

- informacje o stanie zdrowia dziecka: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
- informacje o ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość i miejsce porodu,
- dane o poprzednich ciążach i porodach matki dziecka:

- a) liczbę dzieci urodzonych przez matkę, w tym żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) informacje o żywotności poprzedniego dziecka,
- informacje o miejscu zamieszkania rodziców dziecka, w tym okres ich przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy, o ile są znane, oraz wykształceniu rodziców dziecka, pozyskiwane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Do 1 stycznia 2018 r. karta martwego urodzenia zawiera, oprócz danych wymienionych wyżej, czas zgonu płodu i przyczynę zgonu, jeżeli została stwierdzona.

Do 1 stycznia 2018 r. karta urodzenia i karta martwego urodzenia mogą zostać przekazane kierownikowi urzędu stanu cywilnego w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

Ustawa – Prawo o aktach stanu cywilnego zawiera przepisy zmieniające ustawę z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (DzU z 2011 r. nr 118, poz. 687, ze zm.).

Zgodnie z przepisem art. 11 znowelizowanej ustawy, zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

W razie niemożności wypełnienia tego przepisu stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin dokonanych przez lekarza lub, w razie jego braku, przez inną osobę powołaną do tej czynności przez właściwego starostę, przy czym koszty tych oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego.

Osoby uprawnione stwierdzają zgon i jego przyczyny, a następnie wypełniają wydawaną w tym celu kartę zgonu. Karta zgonu jest wydawana podmiotem uprawnionym do pochowania zwłok, w jednym egzemplarzu.

Lekarze stwierdzający zgon i jego przyczyny obowiązani są, dla potrzeb statystyki publicznej, udzielać na żądanie właściwych organów wyjaśnień odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny. Jeżeli zmarły pozostawał podczas ostatniej choroby pod opieką lekarską, wyjaśnienia powinny również dotyczyć przebiegu tej choroby. Wyjaśnienia te stanowią tajemnicę prawnie chronioną i mogą być wykorzystywane tylko dla potrzeb statystyki publicznej oraz w postępowaniu sądowym.

Zarówno lekarz, jak i inne osoby powołane do dokonywania oględzin zwłok, jeżeli podczas realizacji tej czynności zyskają pewność lub powezmą uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu, powinni zawiadomić o tym natychmiast właściwego państwowego inspektora sanitarnego. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz lub inne osoby powołane do oględzin zwłok powinni zawiadomić o tym natychmiast właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek policji.

Do 1 stycznia 2018 r. karta zgonu zawiera, oprócz danych określających – nazwisko, nazwisko rodowe, imię (imiona) osoby zmarłej, numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,

- datę, godzinę i miejsce zgonu albo datę, godzinę i miejsce znalezienia zwłok,
- datę oraz miejsce urodzenia osoby zmarłej,
- płeć osoby zmarłej,
- stan cywilny osoby zmarłej,
- imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej,
- informację, czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej, **jeżeli są znane:**
- informację o miejscu zgonu, jego przyczynach, osobie stwierdzającej przyczynę zgonu oraz sposobie stwierdzenia przyczyn zgonu,

– w przypadku dziecka do roku życia:

- a) godzinę urodzenia, informacje o stanie jego zdrowia w chwili urodzenia: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
- b) informacje o przebiegu ciąży i poroździe: okres trwania ciąży, wielorakość poroździe oraz liczbę dzieci urodzonych przez matkę,
- nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nazwisko i imię (imiona) sporządzającego kartę zgonu,
- wykształcenie zmarłego,
- miejsce zamieszkania zmarłego, w tym okres przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy.

1 stycznia 2018 r. weszły w życie przepisy zmieniające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych w zakresie dotyczącym karty zgonu.

Karta zgonu składa się z trzech części przeznaczonych:

- do zarejestrowania zgonu,
- dla administracji cmentarza,
- dla potrzeb statystyki publicznej.

Karta zgonu w części przeznaczonej do zarejestrowania zgonu zawiera, jeżeli są znane:

- nazwisko, nazwisko rodowe, imię (imiona) osoby zmarłej, numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- datę, godzinę i miejsce zgonu albo datę, godzinę i miejsce znalezienia zwłok,
- datę oraz miejsce urodzenia osoby zmarłej,
- płeć osoby zmarłej.

Karta zgonu w części przeznaczonej dla administracji cmentarza w celu pochowania zwłok zawiera:

- nazwisko, nazwisko rodowe i imię (imiona) osoby zmarłej,
- stan cywilny osoby zmarłej,
- datę i miejsce zgonu,

Fundacja Lekarska
PRO SENIORE
im. Lekarzy Polskich
Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM



**OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE**
im. prof. Jana Nieciubowicza

**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 komórkowych i stacjonarnych

- datę i miejsce urodzenia osoby zmarłej,
- imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej,
- informację, czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej,
- adnotację o zarejestrowaniu zgonu lub zgłoszeniu zgonu.

Karta zgonu w części przeznaczona dla potrzeb statystyki publicznej zawiera:

- miejsce zamieszkania zmarłego, w tym okres przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy, o ile są znane,
- wykształcenie zmarłego,
- informacje o zgonie, w tym przyczynę zgonu, oraz o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu,

a w przypadku dziecka do roku życia:

- godzinę urodzenia,
- informacje o stanie jego zdrowia: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
- informacje o ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość porodu, liczbę dzieci urodzonych przez matkę.

W ustawie z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (DzU nr 113, poz. 657 ze zm.) wprowadzono zapis, że Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, który umożliwia przekazywanie danych statystycznych, o których mowa w ustawie – Prawo o aktach stanu cywilnego oraz w ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych, dla potrzeb statystyki publicznej.

1 marca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 171.

Rozporządzenie określa:

- wzór karty urodzenia stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- wzór karty martwego urodzenia stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Rozporządzenie traci moc 1 stycznia 2018 r.

1 marca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 231.

Załącznik do rozporządzenia określa wzór karty zgonu.

Rozporządzenie traci moc 1 stycznia 2018 r.

11 marca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 6 lutego 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lotniczo-lekarskich, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 253.

11 marca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej kandydatów na członków personelu lotniczego oraz członków personelu lotniczego i kandydatów na członków personelu pokładowego oraz członków personelu pokładowego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 254.

11 marca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej osób ubiegających się o świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego lub posiadających świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 255. ■

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 Paluszkiewicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Ewa Dobrowolska, Janina Jankowska, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Naturski, Małgorzata Okupny, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

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-Szlaga

DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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

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

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej www.oilwaw.org.pl

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

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

Wiceprezes ORL Romuald Krajewski; tel. 22-542-83-40

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

Radca Prawny mec. Elżbieta Barcikowska-Szydło
tel. 22-542-83-28
prac. biura: 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 Mrzek, Magdalena Kujawska, Joanna Antonowicz
tel. 22-542-83-20

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

Okręgowa Komisja Wyborcza
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
kanc.: Katarzyna Kalinowska; tel. 22-542-83-31

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Sylwia Jaworska, Artur Obzejta, Dominika Siporska,
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich
przewodniczący Aleksander Pieczyński
prac. biura: Katarzyna Adamska, Joanna Nowacka,
Marta Makowska; tel. 22-542-83-18; 22-542-83-19

Komisja ds. Konkursów
na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia
przewodniczący Rafał Paluszkiwicz
prac. biura: Halina Skoczek; tel. 22-542-83-51

Komisja ds. Stażu Podyplomowego
przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Katarzyna Lisieska
tel. 22-542-83-32, faks 22-542-83-26

Komisja Bioetyczna – przewodniczący Marek Czarkowski
prac. biura: Karolina Brama, Joanna Puchała
tel. 22-542-83-12; faks 22-542-83-13

Komisja ds. Lekarzy Dentystów
przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak
prac. biura: Małgorzata Rajca; tel. 22-542-83-08

Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentystów
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, 22-542-83-08

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, 22-542-83-08

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

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
dyrektor Krzysztof Dziubiński
prac. biura: Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,
Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; odz@oilwaw.org.pl

Marketing i reklama
Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00
e-mail: marketing@oilwaw.org.pl

Zespół ds. Mediów Elektronicznych
Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-53,
monitorlekarski@oilwaw.org.pl

Delegatura Radomska (26-600 Radom, ul. Rwańska 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

HONDA

The Power of Dreams



CIVIC TOURER

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

Koniecznie zapytaj o szczegoły:

tel: + 48 22 665 93 23
+ 48 600 912 700 - Mariusz Piaseczny
+ 48 600 912 500 - Stanisław Dzwonkowski
e-mail: salon@autowest.pl



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

Ośrodek Badań Klinicznych - Medycyna Kliniczna

powstał w odpowiedzi na dynamiczny rozwój medycyny oraz chęć współtworzenia najnowszych metod leczenia w Polsce.

Zapraszamy do współpracy w zakresie prowadzenia badań klinicznych, lekarzy specjalistów z dziedziny: gastroenterologii, reumatologii, dermatologii, kardiologii, neurologii, ortopedii, pulmonologii, diabetologii, psychiatrii i innych.



Medycyna Kliniczna

Lekarzy zainteresowanych współpracą
prosimy o kontakt mailowy lub telefoniczny.

Medycyna Kliniczna
Koszykowa 59 lok.7
00- 660 Warszawa

telefon: +48 22 629 13 54
mobile: +48 791 900 055
kontakt@medycynakliniczna.pl
www.medycynakliniczna.pl