

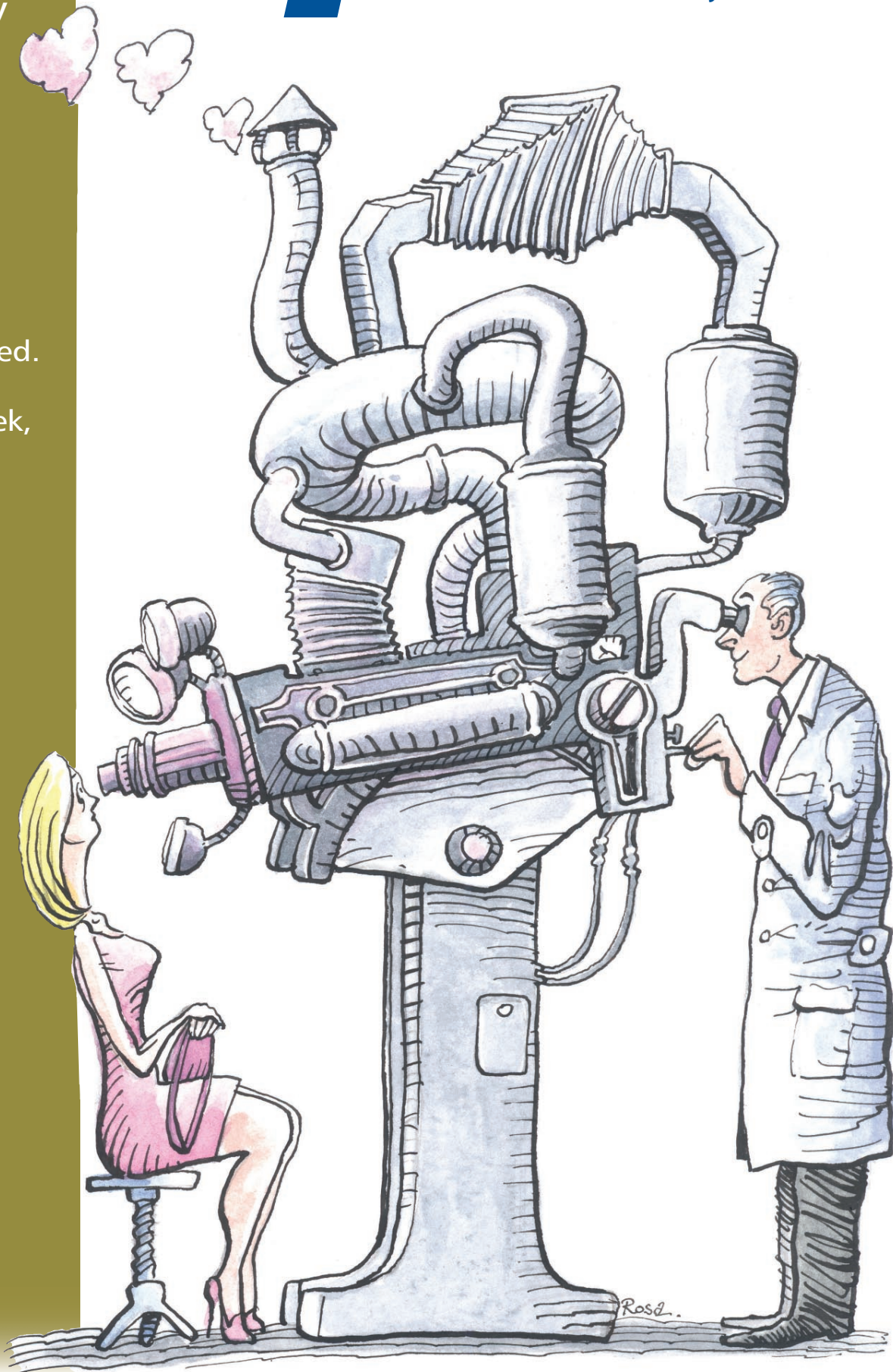
Pakiet
onkologiczny
w trybunale
[str. 4]

Dlaczego
trzeba czekać
na wizytę
u okulisty?
Rozmowa
z dr hab. n. med.
Iwoną
Grabską-Liberek,
wojewódzkim
konsultantem
ds. okulistyki
[str. 6]

Co zagraża
internie?
[str. 27]

W Radomiu.
Szpital
bez lekarzy?
[str. 31]

Podzielone
społeczeństwo
[str. 33]



13 czerwca 2015 r.
w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania
Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej
Wojska Polskiego, odbędzie się w godz. 10.00 – 21.00

VI RODZINNY PIKNIK Integracyjny

Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

IX Plenarowe Spotkanie Aptekarzy Mazowsza

ATRAKCJE:

- Jazda na koniach i kucykach
- Ścianka wspinaczkowa
- Segway
- Zorbing
- Turniej łuczniczy – godz. 11.00–15.15
- Zabawy i konkursy dla dzieci w „Miasteczku dla dzieci” – godz. 11.00–18.00
- Turniej Piłki Siatkowej o Puchar Prezesa – godz. 11.30
- Bieg przełajowy kobiet i mężczyzn w kilku kategoriach wiekowych – godz. 11.00–13.00
- Dmuchane miasteczko dla dzieci
- Zawody na ergometrach wioślarskich
- Laserowy paintball
- Ekspozycja sprzętu bojowego:
 - czołg PT-91
 - bojowy wóz piechoty
 - opancerzony transporter rozpoznawczy

i wiele innych atrakcji.

WSTĘP TYLKO Z ZAPROSIENIEM
ODBIÓR DARMOWYCH ZAPROSZEŃ
U ORGANIZATORÓW

PROGRAM PIKNIKU

- 10.30 Otwarcie ekspozycji firm farmaceutycznych i innych wystawców
- 11.00–11.45 **ZAKŁADOWA ORKIESTRA DĘTA GEDEON RICHTER** z Grodziska Mazowieckiego pod dyrekcją **JERZEGO WYSOCKIEGO**
- 12.00–13.00 **PAN BRZECHWA ROBI SHOW** – koncert piosenek dla dzieci
- 13.30–14.00 **Uroczyste otwarcie SPOTKANIA MAZOWIECKIEGO FORUM SAMORZĄDÓW ZAUFIANIA PUBLICZNEGO** oraz wręczenie nagród zwycięzcom biegów przełajowych
- 14.15–15.15 **Zespół BOBA JAZZ BAND**
- 15.30–15.45 Wręczenie nagród łucznikom
- 16.00–17.30 **SEBASTIAN KARPIEL-BUŁECKA oraz ZESPÓŁ ZAKOPOWER**
- 17.45–18.00 Wręczenie nagród uczestnikom turnieju piłki siatkowej
- 18.00–19.00 **Zespół BOBA JAZZ BAND** – konkurs tańca z nagrodami
- 19.00–20.30 - Zespół **CARDIOBAND**
- Zespół **HAMAK BAND ANTI-AGE MUSIC**

PIKNIK POPROWADZI STANISŁAW BANASIUK

WSPÓLORGANIZATORZY:

TEVA

pomagamy
społeczeństwu



HURTAP SA



GRUPA NEUCA
WSPIERAMY NIEZALEŻNE APTEKI



GEDEON RICHTER



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.

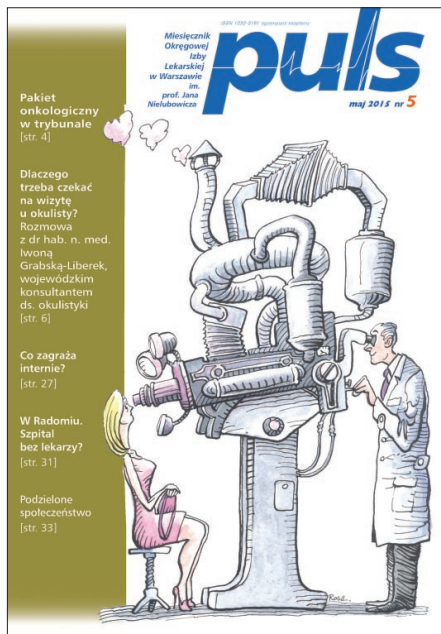


Medycyna Kliniczna

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



Nr 5 (241) maj 2015

Na okładce:

rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ powiem wprost	3
▶ Pakiet do poprawki, pakiet do trybunału	4
▶ Dlaczego trzeba czekać na wizytę u okulisty?	6
▶ Recepty lekarskie...	10
▶ medycyna paliatywna	13
▶ Zgoda pacjenta na udział w badaniu klinicznym	14
▶ Biuletyn OIL w Warszawie	16
▶ etyka	
<i>Homo homini res sacra</i>	20
Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej	21
▶ Nowotwory krwi w pakiecie onkologicznym	22
▶ Nowotwory jamy ustnej	24
▶ Amazonki walczą o polskie Breast Units	26
▶ z Mazowsza	
Połamany wózek	27
Światowy Dzień Walki z Gruźlicą	30
▶ Z Delegatury Radomskiej	
Szpital bez lekarzy?	31
▶ sylwetki	34
▶ sport	36
▶ Popis młodych artystów	39
▶ podróże	42
▶ wspomnienia	44
▶ karty historii	46
▶ nowe przepisy prawne	47
▶ felietony:	
▽ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▽ Karczewski	5
▽ Balicki	8
▽ Walewski	8
▽ Kowal	32
▽ Jankowska	33
▽ Müldner-Nieckowski	38
▽ Ciepty	38



Psychiatria dla decydentów

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,
redaktor naczelna

Polska miała największą liczbę specjalizacji medycznych w Europie i jedną z największych na świecie. Lubimy być narodem wybranym, minister zdrowia postanowił więc sprawić, abyśmy podtrzymywali status lidera. Wprowadzono szereg nowych specjalizacji medycznych, w tym pięć w deficytowej pediatrii. Czy wyodrębnienie nowych specjalizacji pediatrycznych poprawi sytuację pacjentów, spowoduje, że powiększy się grono lekarzy chętnych do działania na rzecz chorych dzieci? Bardziej prawdopodobny wydaje się bieg wydarzeń podobny do tego, który spowodował, że królowa medycyny – interna – jest w kłopotach. Brniemy z uporem maniaka w błędy, które wiele lat temu popełnili inni. Amerykanie zrozumieli, że „produkowanie” specjalistów od każdego palca lewej i prawej ręki to bezsens, i się z tego wycofali. Decyzja naszego resortu jest również dziwna dlatego, że WHO rekomenduje holistyczne podejście do chorego. Proponuję nową specjalizację dla psychiatrów – psychiatria decydentów. Specjaliści w tej dziedzinie badaliby decydentów i niektórych odsyłali na zieloną trawkę, z pożytkiem dla Polski.

W związku z wprowadzeniem rozporządzeniem ministra zdrowia specjalizacji pediatrycznych w zakresie: chorób płuc, endokrynologii i diabetologii, gastroenterologii oraz nefrologii dziecięcej, prezes NRL zwrócił się do szefa resortu zdrowia o to, aby umożliwić automatyczne uzyskanie wymienionych specjalizacji lekarzom pediatrom będącym jednocześnie specjalistami w tych dziedzinach. W ocenie samorządu lekarz, posiadający tytuł specjalisty w dwóch dziedzinach, których program *de facto* obejmuje umiejętności oraz wiedzę niezbędną w jednej z nowych pediatrycznych specjalizacji, powinien uzyskać tytuł specjalisty w tej nowej dziedzinie bez odbywania (nawet skróconej) specjalizacji i składania państwowego egzaminu.

Resort informuje m.in.: „*proponycja automatycznego uznawania dorobku lekarzom posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz odpowiedniej nowej dziedzinie medycyny, a także zwolnienie z obowiązku zdania z wynikiem pozytywnym PES, nie daje gwarancji, że lekarze, którzy w ten sposób uzyskaliby tytuł specjalisty, będą reprezentować odpowiednio wysoki poziom wiedzy i umiejętności. (...) Samo posiadanie określonych specjalizacji, niejednokrotnie uzyskanych wiele lat temu, bez jednoczesnego sprawdzenia, jakim dorobkiem zawodowym i naukowym dysponuje dany lekarz, a także bez dokonania weryfikacji ww. wiedzy i umiejętności podczas PES, nie może stanowić podstawy do nadania lekarzowi kolejnego tytułu specjalisty*”. Postępując się taką argumentacją, należałoby właściwie wszystkich lekarzy specjalistów zweryfikować i odebrać im uzyskane przed laty specjalizacje!

Kolejnym kwiatkiem jest stanowisko ministra finansów dotyczące wystąpienia prezesa NRL o zaniechanie poboru podatku dochodowego od osób fizycznych od świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy w związku z uczestniczeniem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez samorząd lekarski. Minister finansów odpowiedział, mówiąc w skrócie, że „*w dobie recesji gospodarczej i istniejącego deficytu budżetowego najważniejszym zadaniem staje się realizacja zaplanowanych dochodów budżetu państwa*”. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Na co idą nasze składki



Fot. egw

Andrzej Sawoni,
prezes ORL w Warszawie



O nowotworach
jamy ustnej
mówi
prof. Andrzej Wojtowicz
str. 24



Recepty lekarskie
– pytania i odpowiedzi
str. 10



Limitowanie opieki
paliatywnej
jest nieetyczne
– twierdzi
dr Wiesława Pokropska,
konsultant
krajowy w dziedzinie
medycyny paliatywnej
str. 13

28.03.2015 r. obradował XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy, który w części roboczej przyjął sprawozdanie Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz udzielił im skwitowania. Przyjęte sprawozdanie finansowe wykazuje wynik dodatni, na poziomie blisko 1,5 mln zł. Ważne jest również to, że spłaciliśmy prawie w całości kredyt zaciągnięty na zakup i budowę naszej siedziby przy ul. Puławskiej w Warszawie. Do spłaty pozostało tylko około 600 tys. zł i to pożyczki zaciągniętej w Naczelnej Izbie Lekarskiej i Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach. Przy okazji kolegom z Katowic i Naczelnej Izby Lekarskiej bardzo dziękujemy za wsparcie finansowe w tych trudnych dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie czasach.

600 tys. zł to dwutygodniowy przychód Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, bo przyjęty plan finansowy na rok 2015 po stronie przychodów wykazuje 20 mln zł. W jaki sposób spożytkować tak dużą kwotę?

Zjazd przyjął niezwykle ważną uchwałę upoważniającą prezesa, sekretarza i skarbnika do negocjacji i zawarcia umowy o ubezpieczenie członków naszej Izby w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń lekarzy, za które opłata pokryta zostanie przez Izbę ze składek lekarzy. Oznacza to, że każdy lekarz uiszczający składkę na Okręgową Izbę Lekarską w wysokości 60 zł będzie miał opłacone ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. To w naszym samorządzie zupełnie nowa jakość. Podobne rozwiązanie doskonale funkcjonuje już od lat w samorządach prawniczych, a przyjęte w naszej Izbie – zdjęcie z jej członków wszelkie troski związane z obowiązkowym ubezpieczeniem lekarzy. Po prostu stanie się to domeną samorządu. Docelowy koszt operacji przekroczy 4 mln zł rocznie, więc jej realizacja jest możliwa dzięki podwyższeniu składki do 60 zł.

Na tydzień przed zjazdem Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwałę upoważniającą prezesa, sekretarza i skarbnika do powołania spółki celowej, której zadaniem będzie w pierwszej kolejności pozyskiwanie funduszy z Unii Europejskiej. Zostaną przeznaczone na programy edukacyjne dla lekarzy. 100-proc. właścicielem spółki będzie Okręgowa Rada Lekarska. Aby skutecznie działać w trudnym obszarze funduszy pomocowych Unii Europejskiej, chcemy równoległe powołać klaster, w którym partnerami naszej spółki byłyby: Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, samorząd terytorialny i inne podmioty prowadzące działalność szkoleniową. To również zupełnie nowa jakość w zakresie szkoleń podyplomowych dla lekarzy, których dostępność jest dzisiaj często ograniczona niezwykle wysokimi ich cenami.

Realizacja tych dwóch bardzo ważnych uchwał to realizacja naszego programu wyborczego i zbliżenie instytucji Izby Lekarskiej do członków naszego samorządu, to również dobre wykorzystanie naszych składek. ■

Szanowni Państwo,

przypominamy, że od 1 stycznia 2015 r. kwota miesięcznej składki członkowskiej wynosi 60 zł.

Ponieważ nadal odnotowujemy wpłaty w nieprawidłowej wysokości, prosimy o zweryfikowanie poprawności wykonywanych przelewów, w szczególności realizowanych w ramach stałego zlecenia. Opłacanie składek członkowskich w dotychczasowej, niższej kwocie będzie skutkowało powstawaniem zaległości. Nieopłacone składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: skladki@oilwaw.org.pl).

Roman Olszewski, skarbnik ORL w Warszawie

Pakiet do poprawki, pakiet do trybunału

Temat był wspólny – pakiet onkologiczny.
Ocena pakietu – zdecydowanie różna.
Dwa wydarzenia dzieliła niecała doba.

Trybunał Konstytucyjny,
16 kwietnia 2015, godz. 9.00

Zgodnie z jednogłośnie przyjętą przez Naczelny Radę Lekarską, prezes Maciej Hamankiewicz złożył wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją RP niektórych zapisów pakietu onkologicznego.

– Z ciężkim sercem przychodzi mi, upoważnionemu przez NRL, złożyć skargę na ministerstwo, które ma nam, Polakom, zapewnić dobry system ochrony zdrowia – powiedział.

– Składamy skargę w zakresie nierówności uprawnień lekarzy POZ i lekarzy AOS do wystawiania karty DiLO.

Zgodnie z kompetencjami samorządu lekarskiego, zakres skargi do TK został ograniczony do kwestii dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Maciej Hamankiewicz podkreślił, że pakiet zdeorganizował system, a rozwiązania, które wprowadził, są szkodliwe dla większości chorych. Ich sytuacja jest dramatyczna. – *Pakiet onkologiczny zamiast poprawić finansowanie, bo na leczenie onkologiczne potrzebne są środki finansowe, wszystkim leczącym pieniądze zabrał. Na pewno skorzystał na tych rozwiązaniach NFZ, bo tam oszczędności powstają. A ludzie umierają* – stwierdził. Zwrócił też uwagę, że zakres nieprawidłowości, które wprowadził pakiet onkologiczny, jest tak wielki, iż wymaga większej legitymacji prawnej niż ta, którą dysponuje NRL. Dlatego raport regulacyjny, opracowany przez niezależną kancelarię prawną i będący podstawą złożenia wniosku do TK, został przesłany do rzecznika praw obywatelskich. – *Liczymy, że rzecznik na podstawie raportu naszą skargę poszerzy* – podkreślił prezes NRL. Raport został też przekazany premierowi Ewii Kopacz. Trafi również do Najwyższej Izby Kontroli.

Dzień wcześniej,
Ministerstwo Zdrowia,
15 kwietnia 2015, godz. 15.00

Minister Bartosz Arłukowicz podsumował pierwszy kwartał funkcjonowania pakietu onkologicznego. Od 1 stycznia 2015 r. pacjentom wydano prawie 95 tys. tzw. zielonych kart – najwięcej na Mazowszu, najmniej w województwie podlaskim. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców największą liczbę pacjentów do szybkiej diagnostyki skierowano w województwie świętokrzyskim. Odbyło się ponad 25 tys. konsyliów, 99,5 proc. w terminie. Również terminowo wy-

konano 97,5 proc. diagnostyk wstępnych i 87 proc. diagnostyk pogłębionych. Z danych resortu wynika, że pakiet realizuje 6200 placówek podstawowej opieki zdrowotnej, 2300 przychodni specjalistycznych, 487 szpitali, w tym wszystkie centra onkologii w Polsce. 8 proc. przychodni AOS i 4 proc. szpitali zrezygnowało z części lub całości świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Były to w zdecydowanej większości te placówki, które w 2014 r. nie miały pacjentów onkologicznych lub miały ich mało.

Minister po zaprezentowaniu danych statystycznych zapowiedział dokonanie korekty pakietu. Co się zmieni? Nowi świadczeniodawcy będą mieli możliwość przystąpienia do pakietu onkologicznego w drodze konkursów uzupełniających. Pakiet obejmie niektóre nowotwory o niepewnym i nieznanym charakterze. Zostaną uelastycznione zasady powoływania konsylium. Świadczeniodawcy, którzy skrócą diagnostykę z dziewięciu do siedmiu tygodni, otrzymają zwiększenie finansowania



Fot. ach



Fot. P. Wierzcowski

P.O., czyli pakiet onkologiczny

Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP

Od ponad 3,5 roku ministrem zdrowia jest Bartosz Arłukowicz, uznawany przez większość ekspertów za najgorszego ministra zdrowia po 1989 r. Jego niekompetencja jest porównywalna tylko

z jego arogancją i pewnością siebie, która zadziwia obserwatorów naszej sceny politycznej, tak jak zadziwiła wszystkich decyzja premier Ewy Kopacz o ponownym powołaniu Arłukowicza na stanowisko ministra zdrowia (pisałem o tym w jednym z wcześniejszych felietonów). Była to decyzja polityczna (czy tylko?), bowiem dokonaniem tego szefa resortu były głównie niespełnione, często wykluczające się obietnice.

Wydużające się kolejki do lekarzy i zabiegów medycznych, drożące w wyniku źle działającej ustawy refundacyjnej leki oraz postępujący chaos w ochronie zdrowia zmusiły premiera Donalda Tuska do postawienia Arłukowiczowi zadania: skrócić kolejki! Minister, mimo swojej niekompetencji, rozumiał, że bez dosypania pieniędzy do systemu jest to zadanie w stylu *mission impossible*. Postanowił więc dopisać do pakietu antykolejkowego rozwiązania, które miały poprawić sytuację chorych onkologicznych. Premier zaakceptował pomysł, zwłaszcza że wcześniej prof. Jacek Jassem prosił go o wprowadzenie tzw. *cancer planu*. Wykorzystano zatem niektóre jego elementy (szkoda, że tylko niektóre!), by poprawić pakiet kolejkowy – bo to się pijarowsko lepiej sprzedaje. Podczas prac nad nowelizacją ustawy mającej wprowadzić pakiet w życie w obu izbach parlamentu posłowie i senatorowie opozycji, wspierani przez ekspertów (w tym onkologów) oraz samorządy: lekarski i pielęgniarski, wykazywali niedorzeczność zapisów i zagrożenia wynikające z nich dla pacjentów. Niestety, parlamentarna maszynka do głosowania ruszyła i bezrefleksyjnie przyjęto ustawę. Podpisał ją prezydent Bronisław Komorowski – strażnik Konstytucji RP, mimo iż pojawiały się zastrzeżenia co do zgodności zapisów z ustawą zasadniczą. Dzisiaj wiemy, że NRL zaskarżyła do Trybunału Konstytucyjnego pakiet onkologiczny. Myślę, że z dużymi szansami na stwierdzenie niekonstytucyjności wielu przepisów.

Po trzech miesiącach funkcjonowania pakietu większość ekspertów i komentatorów ocenia go źle. Do tej większości należy dopisać także panią premier Ewę Kopacz, która podsumowując pół roku sprawowania urzędu premiera, nie wspomniała o nim ani słowem. Moim zdaniem oznacza to, że pani premier również ocenia pakiet negatywnie.

Nie będę szczegółowo wymieniał wszystkich powodów, dla których prawnicy podejrzewają niezgodność pakietu z konstytucją, ani wszystkich absurdów z niego wynikających. Zostały przedstawione przez prezesa NRL i były lub są przedmiotem licznych dywagacji w mediach. Zastanawia mnie jednak, jako przede wszystkim lekarza, fakt, że obaj z Bartoszem Arłukowiczem składaliśmy przyrzeczenie lekarskie i obu nas powinien obowiązywać Kodeks Etyki Lekarskiej oraz tajemnica lekarska. Pakiet Arłukowicza bowiem, ponad wszelką wątpliwość, sprzeniewierza się wielu kanonom etycznym. Wprowadzenie pakietu nie skróciło kolejek, a niektóre wydłużyło, zwłaszcza te dla pacjentów nienowotworowych. Niechybnie doprowadzi do jeszcze większego zadłużenia świadczeniodawców, szczególnie tych, którzy podpisali kontrakt na realizację pakietu (w związku z zaniżeniem wycen świadczeń onkologicznych przez NFZ). Pakiet narusza prawo pacjentów do równego dostępu do świadczeń medycznych, różnicuje chorych onkologicznie na lepszych i gorszych – przez nieuwzględnienie chorych z nowotworami rozpoznanymi przed wejściem w życie ustawy, wyklucza chorych w stanie terminalnym oraz pacjentów z niektórymi nowotworami (hematologicznymi, pewnymi nowotworami złośliwymi skóry). Dziewięcioletni termin na diagnostykę dzieci, podczas gdy standard światowy to dwa – trzy tygodnie, obowiązek zwoływania konsylium w przypadkach ewidentnych nowotworów, dla których istnieją obowiązujące procedury postępowania terapeutycznego (zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, w których nie ma na miejscu wszystkich specjalistów) czy wreszcie oczekiwanie np. od specjalisty neurochirurga uzyskania potwierdzenia badaniem hist.-pat. nowotworu mózgu, po to, aby wystawić kartę DiLO, to oczywiście absurdy wynikające z pakietu.

Te i inne nonsensowne rozwiązania kompromitują całą ministerialną ekipę. Niezrozumiałą jest także brak decyzji premier Ewy Kopacz o zdymisjonowaniu ministra zdrowia po ocenie działania pakietu po trzech miesiącach. Czy dała się oczarować informacji przekazanej przez Arłukowicza, że dzięki P.O. wystawiono przez trzy miesiące 95 tys. kart DiLO? Należy zapytać ministra, ile skierowań na diagnostykę z podejrzeniem nowotworu wystawiono w analogicznym okresie w roku ubiegłym oraz jaki jest odsetek rozpoznanych nowotworów złośliwych w tych 95 tys.?
Bez odpowiedzi na te i podobne pytania epatowanie liczbami przez ministra utwierdza tylko w przekonaniu o jego niekompetencji. ■

o 20 proc. Nie będzie limitowania radioterapii paliatywnej. Badania PET będą finansowane poza stawką ryczałtową. Czas na wypełnienie karty DiLO zostanie wydłużony do trzech dni. Kiedy zmiany zaczną obowiązywać? Te, które zależą od zarządzenia prezesa NFZ, mogą być wprowadzone szybko, w przypadku tych, które wymagają zmiany rozporządzeń, czas może być znacznie dłuższy.

Cdn...

Minister zdrowia zapewnił, że po sześciu miesiącach podda pakiet ponownej ocenie, i nie wykluczył dalszych zmian. Jako „zadziwiający” określił podważanie przez szefa samorządu

lekarskiego konstytucyjności pakietu onkologicznego. Zaznać, że resort dysponuje analizami, które wskazują zgodność pakietu z konstytucją, a jego zdaniem – także ze zdrowym rozsądkiem.

Pytany o ministerialną konferencję, Maciej Hamankiewicz podkreślił, że zapowiedź poprawek w pakiecie onkologicznym tylko potwierdza zasadność skargi, a zakres ogłoszonych zmian jest niewystarczający. – *Minister Arłukowicz nie powstrzyma nas przed obroną ludzi chorych przed złymi rozwiązaniami w systemie ochrony zdrowia* – zapewnił prezes NRL. ■

ach

Dlaczego trzeba czekać na wizytę u okulisty?

Z dr hab. n. med. Iwoną Grabską-Liberek, kierownikiem Oddziału Klinicznego Okulistyki Szpitala CMKP im. W. Orłowskiego, wojewódzkim konsultantem ds. okulistyki, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Czy mamy dostateczną liczbę okulistów w stosunku do potrzeb?

Na Mazowszu pracuje 396 okulistów. Ich liczba i rozmieszczenie w terenie jest adekwatne do potrzeb. W każdym regionie mamy oddział okulistyczny i poradnię. To nie brak okulistów jest przyczyną kolejek do gabinetów. Kontrakty na świadczenia okulistyczne są mniejsze niż w latach ubiegłych, więc niewystarczające, co powoduje, że czas oczekiwania na porady wydłuża się coraz bardziej.

Jak konieczność posiadania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu wpłynęła na sprawność opieki okulistycznej?

Wprowadzenie skierowań nie było dobrym pomysłem. Czas dotarcia pacjenta do lekarza okulisty wydłużył się. Pacjent najpierw czeka w kolejce do swojego lekarza rodzinnego, a potem do okulisty. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może leczyć przypadków pilnych, np. jaskry, zmian plamki związanych z wiekiem, zapaleń, bo nie ma narzędzi ani doświadczenia. A to są choroby, w przypadku których szybkie postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia odgrywa ogromną rolę.

Niejedynemu okulista ma problemy z postawieniem diagnozy, a co dopiero lekarz rodzinny. Nie można od takiego lekarza



Fot. R. Klimkowska

oczekiwać leczenia oka, jeśli dysponuje tylko wziernikiem, a nie ma lampy szczelinowej. Może obejrzeć dno oka, ale już przedniego odcinka nie zbada. Nie zdiagnozuje jaskry. Jak dużą wiedzę mogą zdobyć lekarze rodzinni w czasie dwutygodniowego stażu na okulistyce w czasie specjalizacji? Okulista robi specjalizację przez pięć lat.

Kontakt z konsultantem wojewódzkim:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego,
Warszawa, ul. Czerniakowska 231, sekretariat Kliniki Okulistyki: tel. 22-58-41-185.

Zatem pacjenci czekają?

Niektórzy obierają inną drogę, aby dostać się do okulisty. Duża część nie stoi w kolejce do lekarza rodzinnego po skierowanie, tylko zgłasza się do kolejnych szpitali – na izbę przyjęć lub SOR. Jest to stosunkowo łatwe, bo nie mamy przecież na Mazowszu ostrych dyżurów. Szpitale pracujące w ramach kontraktu z NFZ mają obowiązek udzielania świadczeń przez 24 godziny na dobę, więc zgłosić się można zawsze.

Nie jest to dobre rozwiązanie. Po pierwsze, duża część przypadków nie powinna trafić do szpitala, bo wystarczyłaby poradnia okulistyczna, a po drugie, pacjenci tacy zwykle nie zachowują ciągłości leczenia, bo odwiedzają różne szpitale. Za każdym razem ogląda ich inny lekarz. Brak kontynuacji leczenia jest szkodliwy dla pacjenta.

Podobno był projekt, omawiany m.in. podczas negocjacji Porozumienia Zielonogórskiego z Ministerstwem Zdrowia, aby jednak niektórzy pacjenci, w szczególnych przypadkach, byli przyjmowani bez skierowań. Czy podobną propozycję przyjęto?

Niestety, nie. Skierowania dotyczą osób, które zgłaszają się do okulisty po raz pierwszy. Jeżeli pacjent zostanie zarejestrowany w danej poradni, następne wizyty odbywają się już bez skierowań. Termin pierwszej wizyty jest bardzo ważny, bo jeśli chory cierpi na jaskrę lub AMD (zwyrodnienie plamki związane z wiekiem), dwie najgroźniejsze choroby, to im szybciej zagniemy leczyć, tym lepiej.

Czy długo czeka się na hospitalizację?

W przypadku schorzenia wymagającego pilnej ingerencji (urazu, zapalenia rogówki z zagrożeniem perforacji, odwarstwienia siatkówki) pacjent jest kierowany natychmiast do szpitala i przyjmowany. Ponadto są dwie kolejki: przypadków pilnych i przypadków stabilnych. Do przypadków pilnych przy zaćmie należą różne schorzenia oczu, a także znaczne pogorszenie widzenia w obu oczach, utrudniające samodzielną egzystencję, powodujące, że pacjent powinien być operowany w ciągu trzech miesięcy. ■

Okulistyka na Mazowszu

Choroby oczu to, obok chorób układu krążenia, najczęstsza przyczyna hospitalizacji w Polsce.

Rośnie m.in. liczba zabiegów usunięcia zaćmy. Na Mazowszu oczekuje na nie ponad 50 tys. osób. Biuro Prasowe Samorządu Województwa Mazowieckiego informuje, że rosnące kolejki to wynik niewystarczającej ilości środków na leczenie zaćmy.

W urzędzie marszałkowskim odbyła się konferencja poświęcona tym kwestiom. Wzięli w niej udział specjaliści z dziedziny okulistyki oraz pacjenci. Zarząd województwa mazowieckiego reprezentowała pełnomocnik ds. polityki senioralnej Barbara Kucharska.



Zaćma jest chorobą powodującą zmętnienie soczewki, nieleczona może prowadzić do ślepoty. Po standardowym zabiegu wszczęcia soczewki wewnątrzgałkowej około 95 proc. pacjentów odzyskuje wzrok. Problem leży jednak gdzie indziej. Część szpitali próbuje zwiększyć opłacalność wykonywania zabiegów, niestety w ten sposób obniża ich jakość. Dlatego pacjenci powinni być zainteresowani standardem leczenia i – jak mówili zaproszeni na spotkanie lekarze – pytać np., jaka soczewka zostanie im wszczepiona. Wiedza pacjentów na temat czynników wpływających na jakość zabiegu może mieć wpływ na poprawę standardów leczenia.

Na Mazowszu operację usunięcia zaćmy przeprowadza się obecnie w 25 ośrodkach medycznych. Czeka się na nią od pół do półtora roku. NFZ refunduje jednak tylko soczewkę standardową. Osoby, które zdecydują się na wszczęcie nowoczesnej soczewki, muszą wykonywać zabieg prywatnie i płacić za soczewkę oraz za zabieg. – Czas

oczekiwania na operację na Mazowszu jest najkrótszy w Polsce. Liczba przeprowadzających je ośrodków jest wystarczająca, natomiast kontrakt na operację zaćmy – za mały. Pacjenci na Mazowszu, w przeciwieństwie do pacjentów z innych regionów, dostali na ten cel dużo mniej środków – podsumowała Iwona Grabska-Liberek, mazowiecki wojewódzki konsultant w dziedzinie okulistyki. ■

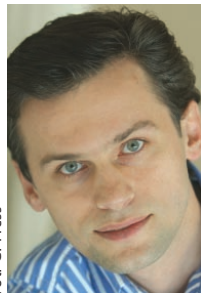
pk

www.ultrasonografy.pl



ECHOSON
od 1993

☎ 81 886 36 13
✉ info@echoson.pl
👉 www.echoson.pl



Fot. G. Press

Alergia na siebie

Paweł Walewski

Dziennikarka tygodnika, w którym pracuję, opisująca od strony reporterskiej funkcjonowanie pakietu onkologicznego, miała spore kłopoty ze znalezieniem wśród lekarzy rozmówców chętnych do opowiedzenia jej o blaskach pomysłu pana ministra. Krytyków natomiast spotkała bez liku. Ale redakcja uparła się, żeby w artykule dla przeciwwagi wystąpił choć jeden entuzjasta, by nikt nie mógł wytknąć, że artykuł jest tendencyjny. Wśród osób dobrze wypowiadających się w mediach na temat pakietu brylowała prof. Chybicka, pediatra hematolog z Wrocławia, obecnie senator PO. Mniej zorientowani dziennikarze, polujący na wypowiedzi ekspertów, nie mają jednak pojęcia, że akurat w zakresie leczenia nowotworów dziecięcych, a hematologicznych w szczególności, pakiet onkologiczny nic nie zmienia. Od lat bowiem stosowano (z sukcesem!) inne rozwiązania systemowe w tej dziedzinie, nie było kolejek w diagnostyce ani w leczeniu. Po co więc prosić o komentarz lekarza, który bez pakietu potrafi się obejść? Inna sprawa, że pani profesor powinna potrafić dziennikarzom odmówić.

Cud się więc nie zdarzył. Reporterka nie znalazła onkologa, który wsparłby ministra w pakietowym dziele. Jego pomysł skwitowano wnioskiem izb lekarskich do Trybunału Konstytucyjnego, a wszyscy mówią chórem: bubel biurokratyczny i nieudany eksperyment. Nie ma naprawdę żadnych pozytywów? Być może. Jak to się jednak dzieje, że od lat żaden pomysł medyczno-prawny w ochronie zdrowia nie spotyka się z aprobatą środowiska lekarskiego? Czy to wielka reforma za czasów rządu Jerzego Buzka, a potem Łapińskiego, czy nowe recepty, czy wreszcie nigdy niezakończona próba zmiany organizacji podstawowej opieki zdrowotnej – zawsze jest lament, protest i zgrzytanie zębami. Dlaczego? Powody mogą być dwa: malkontenctwo lekarzy i regularna niechęć do jakichkolwiek nowości lub tragiczna pustka intelektualna u twórców owych pseudoreform. Bo nie wystarczy do ochrony zdrowia coś wymyślić, trzeba jeszcze umieć do swoich pomysłów przekonać. A to najwyraźniej żadnemu z ministrów zdrowia ani prezesów NFZ nie wychodzi. Nawet za cenę kosztownego PR.

Nie pojawił się jeszcze taki, który umiałby, zamiast narzucać swoje rozwiązania lub konfliktować środowisko, podjąć racjonalną współpracę, z pożytkiem dla lekarzy i pacjentów. No i dla siebie też, oczywiście. Nikt nie mówi, że to zadanie proste. Historia ostatnich lat uczy, że nie pojawił się też żaden prezes samorządu lekarskiego, który – zamiast kontestować Ministerstwo Zdrowia – byłby skłonny je wesprzeć i jeszcze zachęcić do tego samego kolegów.

Pacjentom zaczyna już dokuczać ta chroniczna alergia ministra na lekarzy i odwrotnie. W końcu zaczną dociekać, kto ma rację w tych sporach, i oby nie wyszło wtedy na jaw, że opór przed zmianami to gra nie o ich dobro, lecz o własny interes. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. archiwum

Marek Balicki

Premier Ewa Kopacz wykluczyła podniesienie składki zdrowotnej w następnej kadencji Sejmu. W wywiadzie dla Radia TOK FM szefowa rządu powiedziała, że dzisiaj najprostszym rozwiązaniem dla tych, którzy nie chcą podejmować trudnych wyzwań, jest dosypanie pieniędzy, a ponadto co roku i tak odnotowujemy wzrost środków w NFZ.

Dla obserwatorów naszego życia politycznego jest zrozumiałe, że w finale kampanii prezydenckiej i na kilka miesięcy przed wyborami parlamentarnymi trudno oczekiwać od premiera deklaracji podwyższenia jakichkolwiek składek i podatków, jak również zapowiedzi cięć w wydatkach społecznych. Nawet jeśli w najbliższej perspektywie wystąpi taka potrzeba. Konkurencja polityczna wykorzystywałaby to bezlitośnie, tym bardziej że większość obywateli jest przeciwna podniesieniu składki na NFZ, co pokazują kolejne badania opinii publicznej.

Zapewne pani premier i jej doradcy pamiętają niefortunną wypowiedź kandydata na ministra finansów w rządzie SLD na kilka dni przed wyborami w 2001 r. o konieczności ograniczenia deficytu budżetowego przez redukcję wydatków socjalnych i podwyższenie podatków. Po wyborach okazało się, że SLD zabrakło kilku procent do uzyskania bezwzględnej większości w Sejmie, która jeszcze kilka dni przed głosowaniem wydawała się niemal pewna. Nikt później takiego błędu już nie popełnił. Teraz w kampaniach wyborczych kandydaci prześcigają się w obietnicach obniżenia podatków i zwiększenia wydatków na cele społeczne, bez względu na ich realność. Dzisiaj do prezydenta Komorowskiego kierowane są pretensje, że podpisywał ustawy podwyższające podatki, mimo innych zapowiedzi przed ostatnimi wyborami.

Wynika z tego jasno, że na pytanie dziennikarki TOK FM o możliwość podwyższenia składki zdrowotnej pani premier nie mogła odpowiedzieć inaczej, i że z tej odpowiedzi na przyszłość niewiele wynika. Składka w ciągu najbliższych czterech lat zostanie podwyższona, jeśli tylko wystąpi taka konieczność. A to jest prawie pewne. Będą przecież narastać napięcia związane z dysfunkcjonalnością systemu zdrowotnego, a starzenie się społeczeństwa spowoduje znaczny wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne. Na dodatek nasze wydatki zdrowotne, zarówno publiczne, jak i prywatne, w przeliczeniu na mieszkańca należą obecnie do najniższych w Europie. Wymienione czynniki doprowadzą do takiej sytuacji politycznej, w której od zmiany składki nie da się uciec. Nie miejmy zatem o to w przyszłości pretensji do rządu, mimo że co innego zapowiadał przed wyborami.

Oczekiwania powinny raczej wynikać ze stwierdzenia premier Kopacz, że zmiana składki byłaby dzisiaj ucieczką od podejmowania trudnych wyzwań. Takim właśnie wyzwaniem dla nowego rządu byłoby opracowanie raportu podsumowującego ostatnich 15 lat funkcjonowania systemu zdrowotnego i jego postępującej komercjalizacji, wraz z propozycjami zmian. Bo bez naprawy systemu zwiększenie nakładów niewiele przyniesie. I tu pani premier ma rację. ■



I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie zaprasza
do hotelu Narvil w Serocku, 12–14 czerwca 2015 r.



Zgodnie z zapowiedzią z kwietniowego numeru „Pulsu”, przekazuję informację na temat wykładów i warsztatów, które odbędą się w dodatkowych salach pierwszego piętra hotelu Narvil (konkretne informacje o godzinach wykładów i zapisach na warsztaty znajdują się na nowej stronie internetowej naszej Izby: <http://www.oilwaw.org.pl> – na dole strony, pod nazwą szkolenia i konferencje).

12 czerwca (piątek)

W sali A wykłady wygłoszą:

- dr Z. Hamerlek – m.in. o *kinesiology tape* w medycynie, w tym w stomatologii,
- dr Z. Stawicki – na temat chwiejnej równowagi kręgosłupa (poprowadzi także warsztaty rehabilitacyjne),
- dr J. Dethloff – dotyczący ABC diagnostyki i terapii stawów skroniowo-żuchwowych.

W sali B:

- dr hab. n. med. M. Zadurska – na temat elementów ortodoncji w praktyce lekarza dentysty,

- A. Mortel – o aktualnym stanie wiedzy z zakresu profilaktyki fluorkowej,
- dr M. Kiernicka – na temat zabiegów protetycznych w atrofii wyrostków w bezzębiu i zanikach kości w częściowych odbudowach.

13 czerwca (sobota)

Warsztaty w zakresie endodoncji, marketingu, obsługi oprogramowania do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, mikroimplantologii.

Posiedzenie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szczegółowe informacje oraz zapisy na warsztaty:
22-542-83-08 (M. Rajca), 22-313-19-70 (M. Skolimowska),
22-542-83-56 (M. Klimkowska-Misiak).

Serdecznie zapraszam do skorzystania z możliwości integracji (są jeszcze zarezerwowane miejsca noclegowe). ■

Marta Klimkowska-Misiak,
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej ds. lekarzy dentystów

Medyk Sp. z o.o. w Skierniewicach bardzo pilnie zatrudni **lekarza dentystę specjalistę**.
Atrakcyjne wynagrodzenie. Tel.: 501-153-077.

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



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. 7

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 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (DzU z 2012 r., poz. 1133, z późn. zm.)
- 5) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2012 r., poz. 260, z późn. zm.)

Stan prawny na 14.04.2015 r.

1. Czy recepta może być wypisana przez osobę inną niż lekarz lub lekarz dentysta?

TAK

Lekarz lub lekarz dentysta nie jest zobowiązany do osobistego wypisywania recept, ale zawsze musi receptę podpisać, a więc złożyć własnoręczny podpis. Reguluje to §2 rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, zgodnie z którym wystawienie recepty polega na:

- 1) czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty, w tym za pomocą wydruku, treści obejmującej dane określone w rozporządzeniu,
- 2) złożeniu na awersie recepty własnoręcznego podpisu osoby wystawiającej receptę.

Źródło: §2 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich

Możemy spotkać się z sytuacją, kiedy pielęgniarki, położne lub rejestratorki wypisują recepty na polecenia lekarza, a lekarz stawia jedynie swoją pieczęć i podpisuje się. Jest to jak najbardziej zgodne z prawem, bowiem lekarz podpisał receptę. Należy zwrócić uwagę, że właśnie lekarz lub lekarz dentysta ponosi pełną odpowiedzialność za treść recepty, a nie pielęgniarka lub inna osoba, która wykonuje jedynie jego polecenie w zakresie umieszczenia danych treści na recepcie.

Zatem to lekarz lub lekarz dentysta, który wystawia receptę, odpowiada za jej treść, czyli zarówno za właściwe zaordynowanie leków, jak i za poprawne wpisanie własnych danych oraz danych pacjenta i przysługujących mu uprawnień do otrzymania leków bezpłatnie lub za określoną odpłatnością.

Takie same zasady obowiązują felczera uprawnionego do wystawiania recept. Felczer lub starszy felczer mają prawo przepisywać produkty lecznicze, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem leków bardzo silnie działających oraz niektórych środków odurzających i psychotropowych, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki *in vitro*, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, w rozumieniu przepisów ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

Źródło: art. 4 ust. 1 ustawy o zawodzie felczera

Ponadto każda poprawka na recepcie może być dokonywana wyłącznie przez osobę wystawiającą receptę i wymaga dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i odcisnięcia pieczęci osoby wystawiającej receptę przy poprawianej informacji.

Źródło: §2 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich

2. Czy aptekarze zobowiązani są do informowania pacjenta o istniejących tańszych odpowiednikach przepisanego na recepcie leku/leków?

TAK

Po 1 stycznia 2012 r., tj. po wejściu w życie ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, osoba wydająca (np. farmaceuta lub technik farmacji) leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obo-

wiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na receptę. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku.

Źródło: art. 44 ust. 1 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Ponadto osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę. Nie dotyczy to sytuacji, w której osoba uprawniona dokonała odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

Źródło: art. 44 ust. 1 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

W ustawie refundacyjnej czytamy jednak, że odpowiednik danego produktu leczniczego musi znajdować się na liście leków objętych refundacją.

3. Czy aptekarz na prośbę pacjenta może wydać z refundacją droższy odpowiednik leku przepisanego na receptę?

NIE

Zgodnie bowiem z art. 44 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych istnieje możliwość wydania z refundacją odpowiednika leku przepisanego na receptę tylko wtedy, gdy jego cena detaliczna nie będzie przekraczać wysokości limitu finansowania określonej w wykazie leków refundowanych oraz nie będzie wyższa od ceny detalicznej leku przepisanego na receptę.

Zatem w sytuacji, gdy odpowiednik jest droższy od leku przepisanego na receptę, nie ma możliwości wydania tego odpowiednika z refundacją.

Mając na względzie ogromne braki leków (szczególnie kardiologicznych, cukrzycowych, przeciwastmatycznych i onkologicznych) w aptekach, spowodowane importem równoległym, zasadne wydaje się wypisanie na receptę nazwy międzynarodowej (chemicznej). Ten sposób preskrypcji zapewni farmaceutyce większą swobodę realizacji recepty, a tym samym poprawi dostęp pacjenta do terapii.

Źródło: art. 44 ust. 1 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

4. Czy lekarz POZ może wystawić pacjentowi receptę na lek na chorobę przewlekłą podczas jego pobytu np. w sanatorium?

TAK

Od 1 stycznia 2015 r. lekarz ma prawo w określonych sytuacjach wystawić tzw. receptę zaoczną.

Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako konty-

nuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Muszą być zatem spełnione dwa warunki, aby ordynacja leków lub wyrobów medycznych była prawidłowa. Po pierwsze – musimy mieć do czynienia z kontynuacją leczenia, potwierdzoną wcześniejszymi wpisami zawartymi w dokumentacji medycznej, po drugie – musi to być uzasadnione stanem zdrowia pacjenta.

Źródło: art. 42 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Biorąc pod uwagę powyższe, lekarz może wystawić receptę bez osobistego badania pacjenta i nie ma znaczenia, gdzie w danym momencie pacjent przebywa. Należy jednak w sprawozdaniach przekazywanych przez świadczeniodawcę do NFZ wykazać wydanie powtórnej recepty. Choć może wystąpić zbieg świadczeń u różnych świadczeniodawców (tzw. koincydencja), np. świadczenia sanatoryjne i recepty zaoczne, w obecnym stanie prawnym jest to dopuszczalne.

5. Czy NFZ może ukarać lekarzy za wypisywanie leków w nadmiernej ilości?

TAK

To świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonych przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Źródło: §4 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Ponadto, zgodnie z przepisami Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Zatem dopełnienie obowiązku informacyjnego może być podstawą dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do kontynuacji leczenia farmakologicznego świadczeniobiorcy.

Zauważyć należy, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Źródło: art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Zatem to wyłącznie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w tym również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ponosi odpowiedzialność za sposób ordynowania leków pacjentom i może być poddany kontroli przez NFZ. Kontrola wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę działań osoby wystawiającej receptę w zakresie:

- 1) zgodności danych zamieszczonych na receptę z prowadzoną dokumentacją medyczną,
- 2) prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa.

Źródło: §29 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich

Recepty lekarskie – pytania i odpowiedzi

Ordynowanie leków w nadmiarze, czyli sprzecznie z rozporządzeniem w sprawie recept, niezgodnie z najlepszą wiedzą medyczną i prowadzoną dokumentacją pacjenta, zawsze będzie uznawane za wystawienie recepty niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

6. Kontrole ordynacji lekarskiej przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w III kwartale 2014 r. – czyli na co szczególnie zwrócić uwagę przy wystawianiu recept. Najczęstsze nieprawidłowości i błędy.

Nieprawidłowości w zakresie wystawiania recept:

- błędne oznaczenie poziomu odpłatności,
- ordynacja leków refundowanych poza wskazania określonymi w ChPL,
- brak oznaczenia na recepcie poziomu odpłatności, co skutkowało realizacją recepty ze zniżką, mimo braku wskazań do refundacji,
- wystawienie recept w liczbie wyższej niż określona w rozporządzeniu.

Nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej:

- brak wpisów w dokumentacji (dotyczących porady ambulatoryjnej, wywiadu lekarskiego, wyników badań diagnostycznych, zaordynowanych leków, wystawionych recept),
- brak diagnozy i rozpoznania chory lub problemu zdrowotnego, którego lek dotyczy, a tym samym brak zasadności ordynacji danego leku,
- brak informacji o ilości przepisanych leków oraz sposobie ich dawkowania,
- niezgodność danych na receptach z dokumentacją (np. inne dawkowanie, w dniu wystawienia recepty brak porady lekarskiej),
- braki formalne (numeracji stron, danych identyfikujących pacjenta, oznaczenia podmiotu leczniczego, autoryzacji poprawek).

Dodatkowe uchybienia: brak dokumentacji medycznej, wystawienie recept na drukach posiadających numery przyznane innym lekarzom.

Źródło: NFZ – Departament Gospodarki Lekami, www.nfz.gov.pl ■

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*:

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*:

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.oilwaw.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.

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!

Nie tylko pacjenci onkologiczni

Medycyna paliatywna funkcjonuje w Polsce dzięki poświęceniu ludzi, którzy służą pacjentom. Jednak poziom niedofinansowania jest tak dramatycznie wysoki, że grozi zamykaniem oddziałów stacjonarnych. Czy istnieje rozwiązanie problemu? Na razie powstało Obywatelskie Porozumienie na rzecz Medycyny Paliatywnej, a konsultant krajowy dr Wiesława Pokropska uzgodniła z prezesem NFZ, że prawidłowość wyceny procedur z zakresu medycyny paliatywnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych zostanie poddana weryfikacji jako kwestia priorytetowa. W kwietniu 2015 r. pod patronatem małżonki prezydenta RP Anny Komorowskiej odbyła się konferencja prasowa, podczas której omówiono najpilniejsze problemy medycyny paliatywnej w Polsce.

Dr Aleksandra Ciałkowska-Rysz, były konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, przypomniała, że jest to specjalizacja, która zajmuje się ciężko chorymi na każdym etapie choroby, jeśli wymagają czynnego leczenia objawowego. Nie jest powiedziane więc, że z wiedzy specjalistów w tej dziedzinie mogą korzystać jedynie osoby, które już nie kwalifikują się do leczenia onkologicznego.

Dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest bardzo zróżnicowany, w zależności od województwa. Są miejsca, gdzie nie trzeba czekać na świadczenia w kolejce, ale są i takie, w których czeka się trzy miesiące. To powoduje, że wielu chorych nie otrzymuje opieki, ponieważ umiera w domu albo na innych oddziałach szpitalnych. Przykładowo w Warszawie zmarło aż 51 osób czekających w kolejce do hospicjum prowadzonego przez Caritas.

Największym problemem jest finansowanie opieki paliatywnej. NFZ płaci za osobodzień 200 zł, podczas gdy pobyt kosztuje 400 i takie są stawki na innych oddziałach szpitalnych. Hospicja radzą sobie w ten sposób, że pozyskują środki z innej działalności, opierają się na wolontariacie, rozwijają hospicja domowe, aby część kosztów przenieść na pacjenta i jego rodzinę.

– *To musi się zmienić* – przekonywali uczestnicy konferencji, przywołując przykład Wielkiej Brytanii. Anglicy wprowadzają nową wycenę świadczeń medycyny paliatywnej, uzależnioną od stanu chorego i jego kosztowności. Jednocześnie rozszerzają wskazania do objęcia opieką paliatywną chorych (28 nowych wskazań). W Wielkiej Brytanii świadczenia z medycyny paliatywnej są nielimitowane. W Polsce są limitowane.

W naszym kraju funkcjonują 154 oddziały stacjonarne medycyny paliatywnej i hospicyjnej, 343 hospicja domowe, 142 poradnie medycyny paliatywnej. Specjalistów też nie jest za wielu, bo około 400. Dr Jadwiga Pyszkowska, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, poinformowała, że chorych wymagających opieki jest 380 tys. rocznie, a więc blisko 1 tys. przypada na jednego specjalistę. ■

Marta Koblańska

Na podstawie „Menedżera Zdrowia”, 19.04.2015

Limitowanie opieki paliatywnej jest nieetyczne

twierdzi dr Wiesława Pokropska, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, w rozmowie z Januszem Maciejewskim.



Fot. archiwum hospicjum

W 2011 r. minister zdrowia powołał zespół, który miał opracować projekt zmian w ministerialnym rozporządzeniu dotyczącym opieki paliatywnej. Teraz pani chce wrócić do prac nad tym projektem, a jest szansa, bo ministerstwo zaczęło interesować się problemem. Co powinno zostać zmienione?

Bardzo dobrze, że ministerstwo chce się nad tym pochylić, bo dokument, nad którym pracowałyśmy z dr Ciałkowską-Rysz, poprzednim konsultantem krajowym, jest naprawdę dobrym dokumentem. Między innymi jest tam zapis, że należy zmienić załącznik

NFZ, w którym określono, z jakimi schorzeniami pacjenci mogą być pod opieką paliatywną. Głównie są to choroby nowotworowe, pozostałych na liście znajduje się niewiele. My chcieliśmy ten załącznik rozszerzyć albo w ogóle go zlikwidować. Jeżeli rozszerzyć, to wprowadzić te choroby, których nie ma, a w których opieka paliatywna jest jak najbardziej wskazana.

Chodzi o to, by nie tylko człowiek z rakiem mógł uzyskać opiekę, ale także ktoś, kto cierpi z powodu przewlekłej choroby, np. niewydolności nerek, marskości wątroby. Teraz taki pacjent nie może się dostać do hospicjum, bo nie wymieniono jego schorzenia w załączniku.

Ale kryteria to nie wszystko, bo leczenie pacjenta kosztuje, a NFZ limituje opiekę paliatywną.

Jest to nieetyczne. Pacjent nie może czekać w kolejce i nie doczekać się, cierpieć przez cały ten czas. Argumentem w rozmowach z NFZ jest tylko jedno, jak to powiedział pewien lekarz: skoro porody są nielimitowane, to i umieranie nie powinno być limitowane. Walczymy o to, by przynajmniej w roku bieżącym, jeżeli będą nadlimity, przeznaczyć dodatkowe środki finansowe na ich 100-proc. opłacenie. W roku 2014 nadlimity były różnie opłacane, w niektórych województwach w 30 proc., w innych w 80 proc. Zależy to również od kondycji funduszu regionalnego. ■

Na podstawie „Menedżera Zdrowia”, 19.04.2015

Kontakt: konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej dr Wiesława Pokropska, Hospicjum Elbląskie im. dr Aleksandry Gabrysiak 82-300 Elbląg, ul. Toruńska 17B, tel./faks: 55-232-91-63 e-mail: dyrektor@ehospicjum.pl



Fot. archiwum

Zgoda pacjenta na udział w badaniu klinicznym

Piotr Dąbrowski

Jednym z podstawowych zagadnień natury prawnej, mających znaczenie dla lekarzy zaangażowanych w prowadzenie badań klinicznych, jest sposób uzyskiwania zgody pacjentów. Wymóg jej uzyskania jest fundamentalną zasadą związaną z prowadzeniem badań klinicznych. Nikt nie może zostać poddany procedurom medycznym bez wyrażenia dobrowolnej i świadomej zgody. Na gruncie prawa polskiego problematyka ta została uregulowana w wielu aktach prawnych, w tym w Konstytucji RP, kodeksie karnym, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawie – Prawo farmaceutyczne. Większość badań klinicznych spełnia jednocześnie kryteria eksperymentu medycznego (wyjątek stanowią badania nieinterwencyjne), a włączenie pacjenta do badania klinicznego wbrew jego woli stanowi naruszenie podstawowych praw człowieka i co do zasady podlega odpowiedzialności karnej. W interesie badacza leży więc nie tylko uzyskanie zgody w sposób ściśle określony przepisami prawa, ale również właściwe jej udokumentowanie. O czym powinni więc pamiętać lekarze zaangażowani w prowadzenie badań klinicznych?

Przede wszystkim uzyskanie zgody uczestnika badania klinicznego należy poprzedzić rozmową, w której zrozumiale przedstawiony zostanie cel badania, ryzyko z nim związane, przewidywane niedogodności, warunki przeprowadzenia oraz potencjalne korzyści płynące z udziału w nim. Uczestnik musi zostać również poinformowany o prawie do wycofania wcześniej udzielonej zgody na każdym etapie badania. Wymienione informacje należy przekazać przyszłemu uczestnikowi także na piśmie. Trzeba pamiętać, że zgoda jest zawsze wyrażana w stosunku do konkretnego badania klinicznego i podlega określonym wymogom formalnym. Musi (podobnie jak informacje dla pacjenta) zostać wyrażona na piśmie, opatrzona datą i mieć charakter oświadczenia woli podpisanego przez uprawnioną osobę. Co istotne, badacz lub członek zespołu badawczego ma obowiązek upewnienia się, że uczestnik badania jest zdolny (w rozumieniu prawnym) do wyrażania takiej woli. W przeciwnym wypadku zgodę należy uzyskać od jego przedstawiciela ustawowego, który jest władny do podjęcia decyzji w odniesieniu do osób nieletnich oraz ubezwłasnowolnionych. Nie zawsze jednak zgoda przedstawiciela ustawowego wystarcza. W określonych sytuacjach wymagana będzie dodatkowa zgoda samej osoby zainteresowanej. Na przykład, gdy osoba – mimo młodego wieku lub faktu ubezwłasnowolnienia

– może z rozeznanem wyrazić opinię na temat udziału w badaniu klinicznym. Zdarza się również, że przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody na przeprowadzenie eksperymentu wobec chorego. Warto wiedzieć, że wówczas ośrodek, w którym prowadzone jest badanie, ma prawo wystąpić z wnioskiem o uzyskanie zgody do właściwego sądu opiekuńczego.

Jak widać, poprawne uzyskanie zgody na udział pacjenta, który pozostaje pod opieką prawną, może nastęrczać wiele trudności natury praktycznej. Nieocenione w tym przypadku okazuje się doświadczenie członków zespołu badawczego oraz pomoc prawna.

Co należy zrobić, gdy pacjent nie jest w stanie podpisać formularza świadomej zgody? Ustawodawca przewidział możliwość odstąpienia od pisemnej formy oświadczenia woli, akceptowane jest więc przyjęcie przez badacza ustnego oświadczenia uczestnika badania, w obecność co najmniej dwóch świadków. Fakt uzyskania zgody powinien zostać umieszczony w dokumentacji medycznej oraz dokumentacji badania klinicznego.

„Trzeba pamiętać, że zgoda jest zawsze wyrażana w stosunku do konkretnego badania klinicznego i podlega określonym wymogom formalnym.

Przedstawione podstawowe zasady dotyczące uzyskiwania zgody uczestnika badania klinicznego będą obowiązywały w obecnej postaci jeszcze przez półtora roku. Przypomnijmy, że w czerwcu 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. dotyczące badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Rozporządzenie to rozszerza zakres ochrony uczestników badania klinicznego, kładąc duży nacisk na jakość informacji przekazywanych pacjentowi.

Badacze zobowiązani będą do używania w komunikacji z pacjentem języka dostosowanego do jego sprawności intelektualnej i znajomości fachowej terminologii oraz zagwarantowania w rozmowie możliwości swobodnego zadawania pytań. Niezbędne będzie również zapewnienie uczestnikowi czasu na zapoznanie się z dokumentacją i podjęcie ostatecznej decyzji. Wskazane wymogi mogą wydawać się naturalne, ale nie wynikały dotychczas wprost z przepisów prawa. Kolejnym *novum* wprowadzonym rozporządzeniem będzie konieczność sprawdzenia, czy uczestnik właściwie zrozumiał wszystkie informacje, które zostały mu przekazane. Co więcej, przy rozpatrywaniu, czy zgoda wydana została przez uczestnika w sposób świadomy i dobrowolny, badacz zobowiązany będzie wziąć pod uwagę wszelkie istotne okoliczności, które mogłyby wpłynąć na

decyzję potencjalnego uczestnika o udziale w badaniu klinicznym. W szczególności trzeba będzie ocenić, czy potencjalny uczestnik należy do grupy gorzej sytuowanej pod względem ekonomicznym lub społecznym, lub znajduje się w sytuacji zależności instytucjonalnej albo hierarchicznej, która mogłaby w niewłaściwy sposób wpłynąć na jego decyzję o udziale w badaniu.

Warto zaznaczyć, że rozporządzenie wprowadza równolegle także wiele ułatwień dla badaczy w zakresie uzyskiwania świadomej zgody. Dopuszczalne będzie jej udokumentowanie za pomocą sprzętu do rejestrowania głosu lub obrazu w obecności tylko jednego świadka. Nowością jest kategoria zgody uproszczonej w przypadku badań prowadzonych na terytorium jednego państwa członkowskiego, których metodologia wymaga, aby badane produkty lecznicze podawano grupom, a nie indywidualnym uczestnikom, wykorzystywano owe produkty tylko zgodnie z pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu, a poszczególnych uczestników badania poddawano standardowej terapii.

Uregulowano i doprecyzowano (w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów) uzyskiwanie zgody w sytuacjach nagłych, gdy pacjent znalazł się w stanie zdrowotnym zagrażającym jego życiu i wymagana jest natychmiastowa interwencja. Możliwe będzie więc uzyskanie zgody pacjenta po podjęciu decyzji o włączeniu do badania klinicznego, przy spełnieniu określonych warunków. Zgoda taka będzie miała zastosowanie m.in. gdy:

- decyzja o zastosowaniu procedury jest podejmowana w czasie pierwszej interwencji dotyczącej uczestnika, zgodnie z protokołem tego badania klinicznego,
- uczestnik nie jest w stanie wyrazić uprzedniej świadomej zgody oraz nie jest możliwe uprzednie przekazanie mu informacji dotyczących badania klinicznego,
- istnieją podstawy naukowe, aby przypuszczać, że udział uczestnika w badaniu klinicznym może przynieść mu bezpośrednie korzyści skutkujące wymierną poprawą kondycji zdrowotnej,
- w czasie tzw. okna terapeutycznego nie jest możliwe uprzednie przekazanie wszystkich informacji i uzyskanie uprzedniej świadomej zgody od wyznaczonego zgodnie z prawem przedstawiciela pacjenta,
- badanie kliniczne wiąże się z minimalnym ryzykiem i obciążeniem dla uczestnika w porównaniu ze standardowym sposobem leczenia choroby.

Jak widać, ustawodawstwo związane z ochroną uczestnika badania klinicznego ewoluuje w stronę większego upodmiotowienia pacjentów oraz podniesienia komfortu uczestnictwa w badaniu. Szczęśliwie nie zapomniano o wprowadzeniu wielu ułatwień dla badaczy, które w określonych sytuacjach pozwalają na znaczne odformalizowanie procedury uzyskiwania zgody. Miejmy nadzieję, że tendencja ta nie tylko spowoduje wzrost zaufania pacjentów i opinii społecznej do badań klinicznych jako takich, ale również zachęci lekarzy i ośrodki w Polsce do większego zaangażowania w prowadzenie badań nad innowacyjnymi terapiami. ■

**NOWOCZESNE
TERAPIE BIOLOGICZNE
W DERMATOLOGII,
GASTROENTEROLOGII
I REUMATOLOGII**

**II OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
POD KOZIOŁKAMI**

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

TERMIN:
20 czerwca 2015 r.

MIEJSCE:
Hotel Novotel Poznań Centrum pl. W. Andersa 1

KOMITET NAUKOWY:
prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Linke
prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Samborski

ORGANIZATOR:
Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:
Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu,
Katedra i Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób
Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,
Katedra Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

**SESJA I. DERMATOLOGIA
SESJA II. GASTROENTEROLOGIA
SESJA III. REUMATOLOGIA**

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

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



**UCHWAŁA NR 7/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

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

*ze zmianami wprowadzonymi uchwałami
nr 74/R-VII/14 i nr 112/R-VII/14
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 18 grudnia 2014 r.*

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

§1

W Regulaminie Organizacyjnym Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wprowadzonym uchwałą nr 56/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r., ze zmianami wprowadzonymi uchwałami nr 74/R-VII/14 i nr 112/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 grudnia 2014 r., wprowadza się następujące zmiany:

1. W spisie treści:

1) w rozdziale III w pkt. C dodaje się pkt 9 w brzmieniu: „9. Zespół ds. obsługi komisji ORL”;

2) w pkt. F skreśla się pkt 3;

3) w pkt. H skreśla się pkt. 3, 4, 6, 8, 9;

2. po §16a dodaje się §16b w brzmieniu:

„§ 16b 9. Zespół ds. obsługi komisji ORL

1) Zespół ds. obsługi komisji ORL jest jednostką wspierającą realizację zadań przewidzianych dla komisji problemowych i komisji stałych, dla których obsługi nie ma wyodrębnionej innej jednostki organizacyjnej (np. zespołu, stanowiska obsługi), oraz rzecznika praw lekarza, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, mediatora OIL.

2) Do podstawowych zadań zespołu należy w szczególności:

- przyjmowanie przesyłek i listów adresowanych do członków poszczególnych komisji, rzecznika praw lekarza, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, mediatora OIL oraz ewidencjonowanie i rozdzielanie właściwym adresatom,
- kompletowanie i przetwarzanie dokumentów oraz informacji umożliwiających pracę zgodnie z regulaminami komisji oraz innymi przepisami nadrzędnymi,
- przygotowywanie projektów pism stanowiących odpowiedź na złożone wystąpienia,
- przygotowywanie do wysyłki wszelkiej korespondencji wychodzącej w zakresie prowadzonych spraw,
- prowadzenie kalendarium spotkań,
- odbieranie i łączenie rozmów telefonicznych, udzielanie informacji, przyjmowanie i przekazywanie informacji pozostawionych dla nieobecnych pracowników i członków komisji,
- obsługa gości przychodzących do pełnomocników oraz organizowanie i obsługiwanie posiedzeń komisji,

h. wsparcie w pracach biurowych, w przygotowywaniu zestawień, prezentacji, raportów i sprawozdań”;

3. w §18 w ust. 2) dodaje się pkt. l, m w brzmieniu:

„l. Sporządzanie i wycofywanie tytułów wykonawczych

m. Prowadzenie korespondencji m.in. z urzędami skarbowymi i sądami w zakresie prowadzonych działań”.

4. Skreśleniu ulegają: §25, §29, §30, §32, §34, §35.

§2

Tekst jednolity regulaminu stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązywania od 1 marca 2015 r.

**UCHWAŁA NR 12/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

*w sprawie upoważnienia kol. Andrzeja Sawoniego
– prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
i kol. Romana Olszewskiego
– skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
do podpisania umowy najmu lokalu użytkowego
należącego do Spółdzielni Spożywców MOKPOL*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), po zapoznaniu się z warunkami umowy najmu lokalu użytkowego należącego do Spółdzielni Spożywców MOKPOL przy ul. Puławskiej 18 – uchwała się, co następuje:

§1

Upoważnia się kol. Andrzeja Sawoniego – prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, i kol. Romana Olszewskiego – skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, do podpisania umowy najmu lokalu użytkowego położonego w nieruchomości budynkowej przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie, objętej księgą wieczystą nr 399077 prowadzoną przez Sąd Rejonowy dla Warszawy Mokotowa, należącego do Spółdzielni Spożywców MOKPOL z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstancińskiej 2, lok. 24.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 13/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

*w sprawie wyrażenia zgody na przystąpienie
do budowy nowego systemu informatycznego
okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów
i Centralnego Rejestru Lekarzy
i Lekarzy Dentyistów
Rzeczypospolitej Polskiej*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 i pkt. 13, w związku z art. 5 pkt. 11 i 23 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

(DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.), odnosząc się do informacji przyjętej przez Naczelną Radę Lekarską 13 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia założeń oraz kosztów budowy nowego systemu informatycznego okręgowych rejestrów lekarzy i Centralnego Rejestru Lekarzy oraz uchwały nr 168/14/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 grudnia 2014 r. w sprawie rekomendacji Naczelnej Radzie Lekarskiej sposobu budowy nowego systemu informatycznego – uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyraża zgodę na przystąpienie do budowy nowego systemu informatycznego okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie uznaje za zasadne wspólne finansowanie nowego systemu informatycznego, o którym mowa w ust. 1, przez okręgowe izby lekarskie w proporcjach odpowiadających liczbie członków poszczególnych izb (85 proc. kwoty) oraz Naczelną Izbę Lekarską (15 proc. kwoty).

3. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie akceptuje informację przekazaną przez zespół do opracowania założeń nowego systemu informatycznego lekarzy i lekarzy dentyistów, powołany przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 20 marca 2013 r., dotyczącą maksymalnych kosztów budowy systemu do 2 000 000 zł.

4. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie uznaje proporcjonalny udział Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w odniesieniu do liczby członków na 31 grudnia 2014 r. (30 367 lekarzy i lekarzy dentyistów) w wysokości do 284 310 zł, wydatkowanej w latach 2015–2017.

§2

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wprowadza do preliminarza budżetowego na rok 2015 kwotę 90 000 zł na sfinansowanie kosztów budowy nowego systemu informatycznego, o którym mowa w §1 ust. 1, i występuje do Okręgowego Zjazdu Lekarzy o zatwierdzenie preliminowanej sumy.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 14/VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 27 LUTEGO 2015 R.

w sprawie Kolegium Redakcyjnego biuletynu Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Puls”

Na podstawie art. 25 pkt. 16 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska powołuje Kolegium Redakcyjne Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Puls” (zwanego dalej „Pulsem”), zwane dalej Kolegium, w składzie siedmioosobowym.

§2

1. Kolegium wybiera spośród swojego składu przewodniczącego.

2. Zadaniem przewodniczącego Kolegium jest w szczególności: organizacja pracy Kolegium, zwoływanie jego posie-

dzeń, prowadzenie jego obrad oraz reprezentowanie Kolegium na zewnątrz.

3. Pod nieobecność przewodniczącego Kolegium jego obowiązki przejmuje wskazany przez przewodniczącego członek Kolegium.

4. W posiedzeniach Kolegium bierze udział redaktor naczelny „Pulsu” oraz pozostali członkowie redakcji, chyba że Kolegium postanowi inaczej.

§3

1. Kolegium podejmuje decyzje zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej czterech członków.

2. Kolegium może podejmować decyzje także drogą komunikacji elektronicznej.

3. W przypadku równej liczby głosów za i przeciw rozstrzyga głos prowadzącego posiedzenie.

§4

Do zadań Kolegium Redakcyjnego należy w szczególności:

1) współdziałanie z redaktorem naczelnym w zakresie kierowania „Pulsem” zarówno w jego wersji papierowej, jak i elektronicznej, a w tym:

- a) wyznaczanie i dbałość o realizację linii programowej „Pulsu”;
- b) określanie obszarów informacji i publicystyki „Pulsu”;
- c) określanie stałych rubryk „Pulsu”;

2) opiniowanie w sprawach i nadzór nad gospodarnym zarządzaniem środkami finansowymi „Pulsu”, w szczególności w zakresie zatrudniania dziennikarzy, zawierania i wykonywania umów, pozyskiwania reklam i ogłoszeń oraz druku i kolportażu;

3) opracowywanie propozycji rocznej liczby numerów „Pulsu” oraz podejmowanie decyzji w sprawie wielkości nakładu poszczególnych numerów „Pulsu”;

4) opiniowanie zasad wynagradzania osób wykonujących pracę na rzecz „Pulsu” oraz ramowych stawek honorariów za materiały i artykuły zamieszczane na łamach „Pulsu”;

5) opiniowanie zasad pozyskiwania reklamo- i ogłoszeniodawców;

6) przez wyznaczoną osobę opiniowanie reklam i ogłoszeń przed ich przyjęciem do druku;

7) podejmowanie decyzji w sprawie listy osób i instytucji, do których wysyłane są egzemplarze okazowe „Pulsu”;

8) opiniowanie wydrukowanych numerów „Pulsu”;

9) opiniowanie tematów i materiałów planowanych i przygotowywanych przez redaktora naczelnego do kolejnych wydań „Pulsu” (zgodnie z tzw. szpigłem);

10) podejmowanie, po zasięgnięciu opinii redaktora naczelnego, decyzji w sprawie obejmowania przez „Puls” patronatu medialnego;

11) wnioskowanie w sprawie powołania i odwołania redaktora naczelnego „Pulsu”.

§5

Kadencja Kolegium kończy się z dniem powołania nowego składu Kolegium.

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 15/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

w sprawie upoważnienia pracowników Zespołu ds. Praktyk Lekarskich Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz kierownika Zespołu ds. obsługi Delegatury Radomskiej do dokonywania czynności związanych z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, lekarzy i lekarzy dentyków zamierzających wykonywać działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej

Na podstawie art. 25 pkt. 14 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) oraz art. 101 i art. 106 ust. 1 pkt. 2 i ust. 4 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. DzU z 2013 r., poz. 217 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia pracowników Zespołu ds. Praktyk Lekarskich: **Katarzynę Adamską, Martę Makowską-Bober, Joannę Nowacką** oraz kierownika Zespołu ds. obsługi Delegatury Radomskiej **Joannę Ziembicką-Ziębę** do działania w jej imieniu w zakresie postępowania w sprawie wpisu i dokonywania zmiany wpisu lekarzy i lekarzy dentyków, zamierzających prowadzić działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej, do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, w szczególności do:

- 1) przyjmowania i rozpatrywania wniosków lekarzy i lekarzy dentyków o dokonanie wpisu do rejestru lub zmian wpisu w rejestrze,
 - 2) weryfikacji wniosków pod względem ich zgodności z prawem oraz kompletności złożonych dokumentów,
 - 3) podpisywania dokumentów i pism związanych z realizacją wniosku,
 - 4) dokonywania wpisu lekarzy i lekarzy dentyków lub członków spółki do rejestru,
 - 5) wydawania zaświadczeń i wydruku z księgi rejestrowej,
 - 6) udzielania informacji i prowadzenia korespondencji w sprawach związanych z prowadzeniem rejestru.
2. Szczegółowy zakres czynności związanych z niniejszym upoważnieniem określa załącznik do uchwały.

§2

Upoważnienia udziela się na czas trwania bieżącej kadencji Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§3

Upoważnienie nie obejmuje postępowania w sprawach określonych w art. 110 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wymagających podejmowania uchwał przez Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie będących w formie decyzji administracyjnej.

§4

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się przewodniczącemu Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich oraz sekretarzowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą od 1 marca 2015 r.

Załącznik do uchwały do wglądu na stronie www.oil-waw.org.pl

**UCHWAŁA NR 16/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

w sprawie zwolnienia kol. Katarzyny Boryckiej-Kiciak z opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/977/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie

Działając na podstawie §10 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), w związku z uchwałą nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity wprowadzony Obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 czerwca 2009 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym (zm. uchwałą nr 61 R-VI/12 z 21 grudnia 2012 r., zm. uchwałą nr 76/R-VII/14 z 26 czerwca 2014 r.) oraz w związku z wnioskiem kol. Katarzyny Boryckiej-Kiciak, złożonym do Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/977/15 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwala się, co następuje:

§1

1. Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza Katarzyny Boryckiej-Kiciak za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Ocena przydatności metod impedancji elektrycznej do diagnostyki uszkodzeń mięśni dna miednicy (jako markera uszkodzeń zwieraczy) u kobiet po porodach drogami natury” o numerze KB/977/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

2. Koszty opłaty, zgodnie z §1 ust. 1 uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity ze zm., w wysokości 500 zł, pokrywa z bieżących środków Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 17/R-VII/15
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 LUTEGO 2015 R.**

w sprawie zwolnienia kol. Anny Jasińskiej z opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/978/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie

Działając na podstawie §10 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), w związku z uchwałą nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity wprowadzony Obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 czerwca 2009 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r.

w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym (zm. uchwałą nr 61 R-VI/12 z 21 grudnia 2012 r., zm. uchwałą nr 76/R-VII/14 z 26 czerwca 2014 r.) oraz w związku z wnioskiem kol. Anny Jasińskiej, złożonym do Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/978/15 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwała się, co następuje:

§1

1. Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza dentysty Anny Jasińskiej za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Wiek kostny, wiek zębowy” o numerze KB/978/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

2. Koszty opłaty, zgodnie z §1 ust. 1 uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity ze zm., w wysokości 500 zł, pokrywa z bieżących środków Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 18/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 27 LUTEGO 2015 R.

w sprawie zwolnienia kol. Macieja Podsiadły z opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/979/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie

Działając na podstawie §10 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), w związku z uchwałą nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity wprowadzony Obwieszczeniem prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 26 czerwca 2009 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym (zm. uchwałą nr 61 R-VI/12 z 21 grudnia 2012 r., zm. uchwałą nr 76/R-VII/14 z 26 czerwca 2014 r.) oraz w związku z wnioskiem kol. Macieja Podsiadły, złożonym do Komisji Bioetycznej, o odstąpienie od pobrania opłaty za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego o numerze KB/979/15 oraz z wnioskiem Komisji Bioetycznej złożonym w tej sprawie, uchwała się, co następuje:

§1

1. Odstępuje się od pobrania opłaty od lekarza dentysty Macieja Podsiadły za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego pt. „Powikłania w leczeniu złamań zuchwy w materiale Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w latach 2000–2015” o numerze KB/979/15, przedstawionego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

2. Koszty opłaty, zgodnie z §1 ust. 1 uchwały nr 307/R-V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 maja 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów wydania opinii o eksperymencie medycznym – tekst jednolity ze zm., w wysokości 500 zł, pokrywa z bieżących środków Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 19/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 20 MARCA 2015 R.

w sprawie wyrażenia zgody na utworzenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w celu prowadzenia działalności gospodarczej, w tym pozyskiwania funduszy ze środków Unii Europejskiej

Na podstawie art. 25 ust. 10 w związku z art. 5 pkt. 23 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708 ze zm.) – uchwała się, co następuje:

§1

Wyraża się zgodę na utworzenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w celu prowadzenia działalności gospodarczej, w tym pozyskiwania funduszy ze środków Unii Europejskiej.

§2

Upoważnia się kol. Andrzeja Sawoniego – prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, kol. Ewę Miękus-Pączek – sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, oraz kol. Romana Olszewskiego – skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, do podpisania umowy spółki w formie aktu notarialnego, o której mowa w §1.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 20/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 20 MARCA 2015 R.

w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/R-VII/15 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 27 lutego 2015 r.

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

§1

W Regulaminie Organizacyjnym Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, stanowiącym załącznik do uchwały nr 7/R-VII/15 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 27 lutego 2015 r., wprowadza się następujące zmiany:

1. W spisie treści w rozdziale III w punkcie C skreśla się pkt 1.
2. Skreśleniu ulega §10.

§2

Tekst jednolity regulaminu uwzględniający powyższe zmiany stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązywania od 1 kwietnia 2015 r.

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



Fot. egw

Homo homini res sacra

Tadeusz Tołłoczko

fragmenty

(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)
Seneka

Wobec dużej różnorodności światopoglądów i stanowisk, wobec oszałamiającego postępu nauki istnieje do rozwiązania niezwykle ważny problem odpowiedzi na pytanie: jak postępować, by nie antagonizować stanowisk i nie dyskredytować przekonań swoich adwersarzy. Kultura z szacunkiem dla odmiennie myślących i to, jaką się ma mentalność, decyduje o pełnej tolerancji lub bezsensownym konflikcie.

Religia oparta jest na wierze. Wiara wymaga posłuszeństwa opartego na myśli. A jeśli na myśli, to i na wątpliwościach prowadzących do zrozumienia lub co najmniej akceptacji. Podczas gdy rozum potrafi wierzyć, dostrzegając w tym sens, to nauka wyrasta ze zwątpienia i buntu. Zatem wiara i nauka to dwa odrębne obszary naszego poznania świata, życia i wieczności, przy czym rozum kojarzy się z doczesnością, wiara z wiecznością. Posługują się one odrębnymi i nieporównywalnymi metodami. Metod wykorzystywanych w naukach przyrodniczych nie można stosować w odniesieniu do wiary. Tak jak nauka niczego nie przyjmuje „na wiarę”. O ile jednak sobie przypominam, już C.K. Norwid powiedział, że dla przeciętnego człowieka nauka jest dziś całkowicie niezrozumiała i musi ją przyjmować na wiarę. Powtórzę myśl ks. M. Hellera, że „nauka daje rozumienie świata, religia poczucie sensu”. Poszukiwania wiedzy i sensu są więc dla człowieka myślącego zadaniami uzupełniającymi się.

Edyta Stein (św. Teresa Benedykta od Krzyża) jest „wyjątkową świętą”, bo wychowana w odmiennej od kultury chrześcijańskiej tradycji, przez naukę i rozum doszła nie tylko do wiary, ale i do świętości. Powiedziała, że „*Bóg jest prawdą. A kto szuka prawdy, ten szuka Boga, choćby o tym nie wiedział*”. Ja dodam: choćby nawet w Niego nie wierzył. „*Dla wierzącego Pan Bóg staje na początku, dla uczonego astrofizyka na końcu jego wszelkich dociekań*” (Max Planck). Jak jednak przekonać tych, co ani nie wierzą, ani nie dociekają, tylko są bezrefleksyjnie pewni swoich stwierdzeń? Myślę, że wynikać to może z pychy ludzkiego rozumu.

Toteż w nadciągającej „erze genomu”, ograniczającej, a być może w przyszłości kończącej ewolucyjny rozwój ludzkości, aktualne staje się pytanie T.S. Eliota: „*Gdzie jest mądrość, którą utraciliśmy w wiedzy?*”. Z całego omawianego tu proceduru może wyłoni się jakiś nowy „*homo supersapiens*”, który nie wiem, czy będzie w stanie nawiązać kontakt z tradycyjnym *homo sapiens*, przeistaczając się zapewne w kierunku *animal rationale*. Taki stwór, kierujący się tylko darwinowską zasadą walki

o byt, bez najmniejszych przejawów emocjonalnych reakcji. A to cechuje zwierzęta – współczucie i altruizm są im niezbrane. Na tym polega „zezwierzęcenie”. Interpretacja tak ukierunkowanej ewolucji mogłaby dowodzić, że to małpa pochodzi od człowieka.

Już nawet moje czasy i współczesne wartości podlegają prawu komercjalizacji, podobnie jak uprawianie nauki, opieka zdrowotna, edukacja, bezpieczeństwo i wiele innych rzeczy. I to jest ten najbardziej prawdopodobny przyszły kierunek zmian. Wszystko będzie przekalkulowane na zysk. Na ile jednak ta nowa racjonalność będzie racjonalna, zależeć będzie od przyjętych kryteriów prawdy i dobra.

Mianem utylityzmu (*utilitas* – użyteczność, korzyść) określa się działania zgodne z zasadą maksymalizacji użyteczności, korzyści, przyjemności, szczęścia dla możliwie największej grupy ludzi. Jednakże w celu uzyskania lepszych funkcjonalnie rezultatów usprawiedliwione stają się również działania uznawane dotychczas za nieakceptowalne. Cel uświęca środki. Celem staje się więc osiągnięcie pożytecznych w praktyce celów, ale nawet kosztem celów i wartości wyższych. Na przykład dobro, prawda, wolność i sprawiedliwość mogą być poświęcane dla uzyskania zamierzonego użytecznego wyniku. Ten tryb postępowania staje się modelową metodą uzyskiwania większych osiągnięć. Utylitystyczne rozumienie prawdy i dobra stanowi więc co najmniej potencjalne zagrożenie dla odwiecznych wartości wypracowanych przez daną społeczność i całą ludzkość. Ostatecznym kryterium dobra i zła staje się tylko użyteczność.

W myśl hasła, że wszystko, co jest użyteczne w praktycznym działaniu, jest lub będzie dobre, można dokonać wielu nieprawości. Pamiętajmy, że w historii świata większość zbrodni dokonana została pod hasłem miłości, prawdy i wspólnego dobra ludzkości lub społeczeństw (np. komunizm). Toteż, jeśli utylitystyczne działania miałyby stanowić metodę i wartość dominującą w życiu człowieka, oznaczałoby to, że zsuwamy się po równi pochyłej – od pojęcia człowieka jako wartości najwyższej do uprzedmiotowienia i instrumentalnego traktowania jego i jego praw. Człowiek stałby się środkiem, a nie celem działania.

W rzeczywistości godność, a nawet życie ludzkie, oraz lekarski etos skazane zostałyby na starcie i uległość wobec wielkich pieniędzy, zwłaszcza że zachowania utylitarne nie są hamowane nawet przez uczucia, takie jak współczucie, uczciwość czy sprawiedliwość. Człowiek w tej sytuacji staje się rzeczą. Motywem i celem dyktatu moralnego relatywizmu jest zysk, który staje się wartością najwyższą. ■

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

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawa kodeksu: art. 10.

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.

2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

Dość oczywista zasada zawarta w pierwszej części tego artykułu ma poważne konsekwencje: przede wszystkim lekarz (a nie urząd, płatnik czy inna instytucja zewnętrzna)

powinien ocenić swoje umiejętności w zakresie czynności, które w danej sytuacji medycznej trzeba wykonać. To nie tytuły, świadectwa, certyfikaty i inne dokumenty, ale własna odpowiedzialność lekarza powinna być ostatecznym weryfikatorem jego zdolności do podjęcia określonych działań. A że sprawa dotyczy zdrowia, a niekiedy życia człowieka, odpowiedzialność jest wielka. Jeśli więc są wątpliwości, czy lekarz potrafi sprostać zadaniu, przed jakim staje, powinien poprosić o pomoc bardziej doświadczonego kolegę.

Jest też druga strona medalu. Bardziej doświadczony kolega powinien być gotowy do udzielenia takiej pomocy. I nie jest to kwestia kurtuazji czy relacji towarzyskiej. Chodzi wszak o dobro chorego, a ono przecież ma być dla lekarzy najwyższym dobrem. Sztuczne ramy kontraktów, ale także rynek usług medycznych, nie mogą ograniczać koleżeńskie wsparcia. A lekarze – organizatorzy ochrony zdrowia – odpowiadają za nieograniczanie takich relacji.

Wreszcie trzeci wymiar omawianego przepisu. W sytuacjach nagłych, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy choremu mogłaby istotnie mu zagrazić, lekarzowi nie wolno zastępować się niekompetencją, a tym bardziej brakiem odpowiednich uprawnień czy specjalizacji. W takiej sytuacji pomocy, na miarę swoich możliwości, trzeba po prostu udzielić natychmiast. ■

Konstanty Radziwiłł



Testosteron nie odmładza

Nie ma dowodów, że przepisywanie testosteronu mężczyznom z prawidłowym poziomem tego hormonu jest skuteczne i bezpieczne – ostrzega amerykański Urząd ds. Żywności i Leków (FDA) na swojej stronie internetowej.

Niektórzy lekarze, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, przepisują swym pacjentom męski hormon płciowy jako kurację odmładzającą, szczególnie tym, którzy narzekają na ciągłe zmęczenie i niski popęd seksualny. Oświadczenie FDA przypomina, że nie ma dowodów naukowych na takie działanie testosteronu. Są natomiast obawy, że w dłuższym okresie owa kuracja może zwiększać ryzyko zawału serca oraz udaru mózgu.

Podobne oświadczenie w lipcu 2014 r. opublikowano w Kanadzie. Przypomniano w nim, że testosteron może być przepisywany jedynie mężczyznom, u których jego poziom jest zbyt niski, na przykład z powodu hipogonadyzmu.

Według FDA w USA testosteron już w 2013 r. zażywało ponad 2,3 mln mężczyzn – o 77 proc. więcej niż w 2010. Może być on stosowany w postaci żelu, plastrów lub w iniekcjach. Nie ma jednak wyników badań przekonujących, że obniżenie poziomu testosteronu zmniejsza wydolność organizmu oraz gęstość kości u mężczyzn po 40. roku życia – podkreśla FDA.

Placebo w genach

Niektóre osoby mogą być genetycznie predysponowane do reagowania na efekt placebo – sugerują badania specjalistów Harvard Medical School w Bostonie, opublikowane w kwietniu 2015 r. przez „Trends in Molecular Biology”.

Autorka badań dr Kathryn Hall twierdzi, że większą podatność na efekt placebo wykazują osoby z genem COMT regulującym poziom dopaminy w mózgu. Stwierdzono to, testując osoby cierpiące z powodu jelita drażliwego. Dr Tim Lahey z Uniwersytetu Medycznego w Hanowerze obawia się jednak, że badania dotyczące tylko jednego genu nie wystarczą. Może się okazać, że chory dobrze reaguje na placebo w jednej sytuacji, a w innej już nie.

„Science Translational Medicine” w styczniu 2014 r. opublikował badania, z których płynie wniosek, że aż połowa skuteczności leku może być związana z efektem placebo, choćby drobną sugestią lekarza, że pomoże on choremu.

Główny autor badań prof. Ted Kaptchuk z Harvard Medical School wykazał to na przykładzie leku rizatriptanum, stosowanego w leczeniu migreny. Podawano go 66 osobom uskarżającym się na bóle głowy. Jednym wmawiano, że otrzymują jedynie placebo, choć dostali farmaceutyk. Inni otrzymali lek, ale przy okazji przepisujący go lekarz zapewnił chorego, że na pewno mu pomoże.

Wszyscy pacjenci odczuwali poprawę, nawet ci, którzy otrzymali jedynie placebo i wiedzieli o tym, że dostali tabletkę pozorującą działanie leku. Jednak najbardziej udało się usmieżyć dolegliwości tym, których poinformowano, że otrzymują farmaceutyk i to taki, o którym dowiedzieli się, iż dobrze działa. ■

Zbigniew Wojtasiński



Nowotwory krwi w pakiecie onkologicznym

Dr n. med. Grzegorz Charliński

Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Od 1 stycznia 2015 r. pacjenci z podejrzeniem nowotworu powinni być diagnozowani i leczeni w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Celem nowego rozwiązania organizacyjnego, wdrożonego przez Ministerstwo Zdrowia, jest sprawne i szybkie przeprowadzenie osoby z podejrzeniem nowotworu przez kolejne etapy diagnostyczno-terapeutyczne. Do korzyści, które w planach pomysłodawców miał przynieść pakiet onkologiczny, należą:

- skrócenie kolejek dla chorych, u których podejrzewa się nowotwór,
- wprowadzenie jednolitego postępowania diagnostyczno-leczniczego,
- stosowanie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia,
- zmniejszenie śmiertelności chorych na nowotwory,

– zmniejszenie kosztów leczenia, w związku z wykryciem choroby we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego.

Szybka terapia onkologiczna jest przeznaczona dla chorych, u których lekarz podejrzewa lub stwierdza nowotwór złośliwy. Wydaje się, że pakiet onkologiczny dotyczy przede wszystkim chorych na tzw. guzy łite. Należy natomiast pamiętać, że około 10 proc. zachorowań na wszystkie rodzaje nowotworów u dorosłych stanowią nowotwory krwi. Hematolodzy różnią się od onkologów klinicznych tym, że mają kompetencje do rozpoznawania większości „swoich” nowotworów, a tylko w przypadku części chłoniaków są zależni od patomorfologów (i od chirurgów, którzy pobierają materiał do badania). To powoduje, że już przed wprowadzeniem karty DiLO diagnostyka białaczek trwała znacznie kró-



Bezpieczeństwo chorego na hemofilię w polskim systemie ochrony zdrowia

Czy chory na hemofilię może czuć się bezpiecznie w polskim systemie ochrony zdrowia – zastanawiali się pacjenci wspólnie z ekspertami podczas konferencji zorganizowanej 17 kwietnia 2015 r., w Światowy Dzień Chorych na Hemofilię.

Docierają do nas tragiczne informacje o śmierci chorych na hemofilię, o błędnie stosowanych procedurach na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć. Naraża to życie i zdrowie chorych, a w niektórych przypadkach spowodowało trwałe i nieodwracalne kalectwo – powiedział Bogdan Gajewski, prezes Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię.

Stowarzyszenie przeprowadziło ankietę wśród chorych, którzy korzystali z pilnej pomocy medycznej. Większość opisywała poważne problemy, z jakimi się stykała. Wyniki ankiety i listy od pacjentów wskazują, że trzeba natychmiast zmienić błędne procedury i wprowadzić proste zasady, które uchronią chorych przed powikłaniami i utratą życia. Wpłyną też na większą skuteczność leczenia. – Piszemy do Ministerstwa Zdrowia listy na ten temat od roku, otrzymujemy odpowiedzi, ale są to tylko puste paragrafy, problemy nie są rozwiązywane – stwierdził Bogdan Gajewski.

Błędne procedury ratownicze nie są jedynym problemem chorych. Poprawę leczenia miał przynieść przyjęty przez minister Ewę Kopacz Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018. Szereg zapisów dokumentu pozostaje jednak na papierze. W 2012 r. w Polsce miały powstać pierwsze dwa ośrodki referencyjne leczenia hemofilii, w których pacjenci otrzymywaliby kompleksową opiekę hematologa, ortopedy, fizjoterapeuty, hepatologa, stomatologa. Do 2015 r. miały powstać cztery ośrodki referencyjne i wszystkie ośrodki wojewódzkie. Do dziś nie ma ani jednego. – Stworzenie ośrodków umożliwiłoby właściwą opiekę i nadzór nad prowadzeniem leczenia, dzięki czemu występowałyby mniej powikłań. Chorzy byłiby bardziej sprawni, mogliby pracować, zamiast pobierać rentę. Takie ośrodki są standardem w całej Europie – przypomniał prezes Gajewski.

W Polsce leczenie chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne odbiega od standardów europejskich także z uwagi na bardzo ograniczony dostęp do najbezpieczniejszych czynników krzepnięcia, tj. czynników rekombinowanych.

Problem hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych dotyczy w Polsce ponad 4500 osób. Objawem choroby są krwawienia wewnętrzne, najczęściej do stawów, co powoduje ich zwyrodnienie, a dla chorych oznacza kalectwo. Niektóre

cej niż tego wymaga karta. Gdyby te kilkutygodniowe terminy zastosować w przypadku chorych na ostre białaczki, to prawie nikt nie dotrwałby do rozpoczęcia leczenia. Karta nie wymusza więc żadnego przyspieszenia leczenia, a wprost przeciwnie – jako dodatkowy obowiązek je opóźnia. Wymóg wypisania karty DiLO (około pół godziny) podczas dwudziestominutowej wizyty specjalistycznej, kiedy trzeba również wypełnić dokumentację określoną innymi przepisami, zasadniczo zaburza pracę. Co więcej, kartę trzeba wypełnić w dniu wizyty, a więc przed otrzymaniem wyników zleconych badań, na podstawie których stawia się rozpoznanie. To oznacza, że trzeba umówić pacjenta na dodatkową wizytę, już po uzyskaniu wyników badań, i dopiero potem kierować na konsylium. Dotychczas decyzje o sposobie leczenia były podejmowane przez konsylium złożone z dwóch lub więcej hematologów i wdrażane w ciągu godzin lub dni od rozpoznania albo leczenie nie było podejmowane, jako niepotrzebne na tym etapie. Oprócz ostrych białaczek, w których leczenie trzeba rozpoczynać natychmiast, występuje bowiem przewlekła białaczka limfocytowa, u 75 proc. chorych niewymagająca leczenia w chwili rozpoznania. Obecnie dla ustalenia sposobu leczenia białaczki trzeba zebrać konsylium, w którym jest tylko jeden hematolog, a za to dwóch specjalistów (radioterapeuta i radiolog), którzy normalnie leczeniem białaczek się nie zajmują. W dodatku radioterapeuta musi być zatrudniony tylko w celu uczestniczenia w konsylium (na ogół w ośrodku hematologicznym nie ma takiego specjalisty).

Ogólnie rzecz biorąc, w Polsce można mieć zastrzeżenia do obsługi chorych na nowotwory łitte, wynikające m.in. z krążeń chorych między różnymi instytucjami, co skutkuje

opóźnieniem i następnie mniejszą skutecznością leczenia. Ten problem ma rozwiązać karta DiLO. W hematologii sytuacja jest inna. Opieka hematologiczna jest całościowa i dobrze zorganizowana, a wyniki leczenia nowotworów krwi w Polsce nie odbiegają od wyników w innych rozwiniętych krajach. Dotyczy to także onkologii i hematologii dziecięcej. I tu karta DiLO stanowi utrudnienie, a nie pomoc.

Poza tym, w związku z rozwojem hematologii i błędami występującymi w obowiązującej obecnie dziesiątej wersji międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD10), pakiet onkologiczny nie obejmuje znacznej części nowotworów krwi. Problem ten powinno się rozwiązać przez uzupełnienie karty DiLO o brakujące numery kodu D, klasyfikacji ICD10. Zresztą nie wszystkie nowotwory posiadające numer C objęto kartą DiLO. Tak jest np. z przewlekłą białaczką monocytową (C93.7).

Podane przykłady prowadzą do wniosku, że pakiet onkologiczny wymaga zmian, w tym poszerzenia o rozpoznania nowotworów krwi, których obecnie nie obejmuje, przez co chorzy na często śmiertelne nowotwory nie mogą mieć założonych kart DiLO.

Z drugiej strony zasadne jest pytanie, po co im karty DiLO? Czy przynoszą korzyść pacjentom? Czy rozwiązują jakikolwiek problem? Problemem w hematologii jest niedobór łóżek szpitalnych i niedobór hematologów. Terminy oczekiwania na wizytę u hematologa sięgają końca bieżącego lub początku następnego roku. I jest to kwestia nie tylko niskich kontraktów, ale także niedoboru specjalistów. Obarczanie tych specjalistów zwiększonymi obowiązkami administracyjnymi, takimi jak karta DiLO, problem pogłębi. ■

krwawienia mogą nawet zagrażać życiu. Dzięki dostępowi do nowoczesnych czynników krzepnięcia można szybko zahamować krwawienie, a leczenie profilaktyczne pozwala chorym na normalne życie.

W spotkaniu zorganizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię wzięli udział: **Jolanta Antoniewicz-Papis** – dyrektor Narodowego Centrum Krwi, **prof. dr hab. med. Krystyna Zawilska** – przewodnicząca Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, **prof. dr hab. n. med. Anna Klukowska** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii WUM, **Bogdan Gajewski** – prezes PSCH, oraz **pacjenci i ich rodziny**.

– *W ostatnim czasie w wyniku krwotoku śródczaszkowego zmarło dwóch chorych na hemofilię, u których podanie czynnika krzepnięcia było opóźnione z powodu „wędrówki” karetki Pogotowia Ratunkowego do różnych szpitali lub z powodu długotrwałego oczekiwania na wyniki badań przed podaniem koncentratu. Pilną sprawą jest powzięcie działań, które uniemożliwią powtórzenie się zdarzeń tak tragicznych w skutkach* – podkreśliła prof. Krystyna Zawilska, przewodnicząca Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. ■

oprac. kb

PEŁNOMOCNICY



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



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



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

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

Nowotwory jamy ustnej

Z prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Wojtowiczem, kierownikiem Zakładu Chirurgii Stomatologicznej WUM, wojewódzkim konsultantem w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Jaka jest skala występowania nowotworów jamy ustnej?

To choroba, na którą w ciągu roku zapadają setki ludzi. Przez dziesięć lat na raka jamy ustnej zmarło w Polsce około 40 tys. osób. Gdyby wcześniej zdiagnozować ich chorobę, można by tych ludzi uratować. Tak jak w przypadku wszystkich nowotworów, wczesna diagnostyka pozwala na wyleczenie nawet 95 proc. chorych na raka jamy ustnej.

Każdy przypadek trafia do rejestru chorób nowotworowych. Dzięki temu wiemy, że wzrasta ich liczba. Być może jest to efekt zwiększenia świadomości pacjentów i poprawy wykrywalności. Niestety, przypadków wczesnego wykrycia jest stosunkowo mało, stanowią 1 proc. ogólnej liczby zachorowań. W moim zakładzie, który prowadzę od 1996 r., w ostatnich dziesięciu latach wykryliśmy 270 wczesnych przypadków raka jamy ustnej. Mam nadzieję, że ci pacjenci żyją i są w dobrej formie, bo rozpoznaliśmy chorobę wcześniej i skierowaliśmy ich na leczenie chirurgiczne w Instytucie Onkologii, z którym współpracujemy.

Jakie czynniki wywołują raka jamy ustnej?

Genetyczne i czynniki ryzyka. Predyspozycje genetyczne możemy tylko stwierdzić, terapia genowa nadal jest kwestią przyszłości. Czynniki ryzyka to: palenie papierosów, picie alkoholu, zła higiena jamy ustnej, kontakty seksualne z wieloma partnerami, wirusy onkogenne, np. kilkadziesiąt typów brodawczaka ludzkiego HPV (*human papilloma virus*). Różne typy HPV charakteryzują się różnym natężeniem onkogenności, niską mają wszystkie, poza typami 6., 16. i 18.

Lek. med. Karolina Szaniawska, specjalista chirurg z mojego zespołu, badała kilkudziesięciu pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem jamy ustnej i stwierdziła wysoką korelację raka z zakażeniem HPV, co jest ewidentnym dowodem ich zależności przyczynowo-skutkowej.

Po zakażeniu HPV najpierw mamy obraz subkliniczny, potem w badaniu mikroskopowym pojawiają się charakterystyczne komórki zwane koilocytami. W przypadku ich nagromadzenia mamy koilocytozę i rozwijającą się dysplazję od małego do wysokiego stopnia, a w końcu raka *in situ*, czyli nieprzekraczającego podstawy komórkowej nabłonka. Gdy ją przekroczy, mając doskonale unaczynione podłoże, przedostaje się do krwi i może dawać przerzuty. Taki stan wymaga już radykalnego, wielodyscyplinarnego działania onkologów, chirurgów i radioterapeutów.

W naszych działaniach dążymy do wykrycia raka jamy ustnej wtedy, gdy jest jeszcze w obrębie podstawy nabłonka, co jest ratunkiem dla pacjenta.

Czy zdiagnozowanie raka jamy ustnej jest trudne?

Istnieje wiele metod. Niektóre są obecnie mocno reklamowane, głównie przez firmy sprzedające aparaty do wykrywania zmian lub barwnik – błękit toluidyny. To nie nowość, wybarwienie błękitem toluidyny komórek aktywnie się dzielących jest znane od stulecia.

Przy okazji uwaga: dobrze byłoby, gdyby osoby prezentujące te rozwiązania w reklamach były lepiej przygotowane. Jestem pod tym względem purystą i lubię opierać się na danych naukowych.

Natomiast zastosowanie wspomnianej metody w diagnostyce nowotworowej i badaniach skринingowych jest niezwykle ważne, pozwala bowiem wybarwić zagrożone komórki. Miejsca, w których rak najczęściej się rozwija, to warga, dno jamy ustnej, boczne powierzchnie języka, jego nasada, tzw. droga ślinowa. W przypadku nasady języka konieczna jest współpraca z laryngologiem, ponieważ stomatolog nie bada tkanek za nasadą języka. Proces nowotworowy może się rozwijać z jamy ustnej do krtani i górnych dróg oddechowych. Stany zaawansowane są najczęściej efektem niewiedzy pacjenta. Czasami pacjent ze skierowaniem bagatelizuje objawy. To kwestia świadomości. Im więcej o tym mówimy, tym lepszy skutek społeczny i efekt zdrowotny.

Jaka jest rola lekarza dentystry?

Zawsze istniały programy mające na celu wczesną skринingową diagnostykę. Każde badanie stomatologiczne jest idealnym momentem do dokładnego poznania dna jamy ustnej, bocznej i dolnej powierzchni języka pacjenta. Powinien to robić każdy lekarz dentyista. Zwłaszcza gdy podczas wywiadu zorientuje się, że ma do czynienia z pacjentem z grupy ryzyka. Musi jednak mieć określoną wiedzę i przygotowanie. W ramach naszej edukacji przeddyplomowej wielokrotnie mówimy o tym studentom. Wprawdzie chętniej słuchają wykładów poświęconych implantologii czy regeneracji tkanek, ale staramy się uwrażliwić ich na problemy onkologiczne i cierpienie. Prezentujemy im nowoczesne metody diagnostyki oparte na wizualizacji.

Poza diagnostyką przez wybarwienie zmian, mamy jeszcze dwa systemy: autofluorescencję i obrazowanie światła odbitego (*reflectance imaging*), pozwalające na obserwację nowo utworzonych komórek, które inaczej wyglądają w świetle fluorescencyjnym niż komórki zdrowe. Są jak „czarna czeluść”. Z kolei w świetle zielonym widzimy w obrębie tkanki nabłonkowej pajęczynę naczyńniową. W wyniku angiogenezy próbuje ona dotrzeć do miejsca, gdzie pojawiają się komórki rakowe. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w tym miejscu dzieje się coś nieprawidłowego. Pobieramy fragment nabłonka i badamy histopatologicznie. NFZ finansuje te procedury.

Lusterko stomatologiczne i światło są najlepszymi narzędziami, za pomocą których wykrywamy zmiany, mimo że brzmi to archaicznie. Medycyna nie jest zero-jedynkowa (0:1), znaczenie ma wiedza lekarza, wrażliwość, inteligencja, umiejętność wykonywania zawodu i – niejednokrotnie – ogromna pokora w stosunku do cierpiącego pacjenta.

Aby wzmocnić obraz i wykryć jak najwcześniejsze zmiany, potrzebna jest jednak aparatura. Powinna się znajdować w każdym gabinecie stomatologicznym. Gdy wyposażą się



Fot. archiwum WUJM

go w sprzęt za setki tysięcy złotych, to należy także kupić tę aparaturę za kilka tysięcy, bo może pacjentowi uratować życie.

Czy pacjent sam jest w stanie rozpoznać zmiany?

Tak, każdy codziennie myje zęby i zagląda do jamy ustnej. Czujemy, że np. na policzku czy na języku coś nam przeszkadza. Sam język stanowi unikalne narzędzie diagnostyczne. Jeśli zmiana sygnalizowana przez pacjenta utrzymuje się dłużej niż dwa tygodnie, a w dodatku ma tendencję do wzrostu, zaczyna wrzodzić, trzeba pójść do lekarza dentystry. Może to być tylko ropień przyzębny albo afta, ale konieczne jest sprawdzenie. Stosowanie przez pacjenta na ślepo pseudoterapii czy leków może tylko zatrzeć faktyczny stan kliniczny i przyspieszyć proces nowotworowy.

Jakie są zasady profilaktyki?

To, co jest dobre dla całego organizmu, jest dobre dla jamy ustnej. Jak we wszystkim – umiar, ograniczenie palenia, jeśli nie jest się w stanie go rzucić, ograniczenie alkoholu, w jedzeniu obniżenie ilości spożywanych węglowodanów, soli, cukru, czerwonego mięsa i mocnych, drażniących przypraw nieznanego pochodzenia, dbałość o higienę. Higiena jamy ustnej jest najważniejszym czynnikiem broniącym przed zmianami.

Profilaktyce służą projekty finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, Komitet Badań Naukowych, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Narodowe Centrum Nauki, a ostatnio „bogate programy europejskie”. Niestety, ich wadą (szczególnie tych ostatnich) jest biurokracja i praktycznie podwójne obciążenie czasowe lekarzy. Mimo to, musimy realizować wspomniane programy, bo ważne jest rozwijanie tej dziedziny.

W diagnozowaniu i leczeniu raka jamy ustnej niezbędne są znaczne nakłady finansowe. Jednak bez edukacji społecznej i pewnego rodzaju dyscypliny pacjentów tych środków będzie zawsze za mało. Monitorujemy pacjentów, zagrożonym

przypominamy o badaniach kontrolnych, ale to nie zwalnia nikogo od elementarnej troski o własne zdrowie.

Jest pan profesorem prezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej, zajmuje się zaawansowanymi procedurami chirurgicznymi, regeneracją tkanek niezmineralizowanych i leczeniem implantoprotetycznym. Co dzieje się w tej dziedzinie?

Postęp jest ogromny dzięki prowadzeniu badań w placówkach naukowych. Na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Implantologicznego w Kolonii, w lutym 2015 r., przedstawiono nowe doniesienia. Zwrócono uwagę, że ponieważ implant jest ciałem obcym, w wielu przypadkach wokół niego pojawiają się nowe komórki, w rodzaju ciała obcego, lub zapalenia spowodowane bakteriami. Rozwijają się przez wiele lat i zależą od reaktywności organizmu pacjenta. Musimy zatem zachowywać równowagę związaną z czynnikami przeciwzapalnymi i przeciwbakteryjnymi. U pacjentów z immunosupresją nigdy nie stwierdzamy stanów zapalnych wokół implantów, mimo iż do niedawna sterydoterapia była tylko względnym wskazaniem do leczenia implantologicznego.

W maju 2015 r. odbędzie się XI Kongres Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej, podczas którego zaprezentowany zostanie m.in. program z Harvard University Dental School Boston, realizowany pod kierunkiem prof. Mirona Nevinsa. Będziemy gościli kilkunastu wykładowców – autorytety z całego świata, głównie z USA, którzy zapoznają nas ze stanem wiedzy w tym zakresie.

Mam nadzieję, że będę mógł w przyszłości szerzej wypowiedzieć się na łamach „Pulsu” na tematy związane ze stomatologią Premium, a także znaleźć odpowiedź na pytanie, kto ma jakie uprawnienia do stosowania zaawansowanych procedur w stomatologii. ■

Amazonki walczą o polskie Breast Units



Pakiet onkologiczny nie poprawił sytuacji kobiet chorujących na raka piersi. Przeciwnie, uniemożliwił pacjentkom korzystanie z nowoczesnych metod leczenia – mówią polskie amazonki i mają wsparcie lekarzy onkologów. O konieczności zmiany modelu leczenia nowotworów w Polsce dyskutowali uczestnicy konferencji zorganizowanej z inicjatywy Polskich Amazonek – Ruchu Społecznego i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, pod patronatem Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi.

Rak piersi to nowotwór najczęściej występujący u kobiet. Jest też najczęstszą przyczyną zgonów pań przed 65. rokiem życia. W Polsce z powodu raka piersi rocznie umiera ponad 5600 kobiet, a skuteczność leczenia jest niższa o około 10 proc. od średniego poziomu europejskiego, o 15 proc. – od wyników uzyskiwanych we Francji czy Szwecji.

Efekt synergii

Poprawę statystyk w zakresie efektów leczenia na korzyść chorujących kobiet można osiągnąć przez utworzenie sieci ośrodków specjalistycznej opieki narządowej, tzw. Breast Units (lub Breast Cancer Units). To koncepcja oparta na zapewnieniu koordynacji i jedności całej ścieżki postępowania z pacjentką, od diagnostyki przez leczenie chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię, rehabilitację po leczeniu paliatywne i wsparcie psychologiczne. Uwzględnia także pozamedyczne potrzeby chorych kobiet. Akredytowane przez międzynarodowe towarzystwa naukowe (np. SIS – Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne, EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists) ośrodki Breast Units są poddawane stałemu monitorowaniu jakości świadczeń i audytowane, m.in. w zakresie zapewnienia odpowiedniej kadry medycznej, sprzętu, procedur.

Prof. Tadeusz Pieńkowski, prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, podkreślił, że idea Breast Units (ośrodków senologicznych, specjalizujących się w leczeniu chorób piersi) jest skuteczna i stosowana na świecie od lat, gdyż została zweryfikowana metodami naukowymi. Wyniki terapeutyczne osiągane w ośrodkach leczących kompleksowo są znacznie lepsze niż te, które uzyskiwaliby ci sami lekarze, lecząc w rozproszeniu, poza profilowanymi placówkami. To efekt synergii wielu czynników, takich jak współpraca personelu, wymiana doświadczeń, szybsze uzgodnienia dotyczące terapii.

Indywidualne podejście a system

Powołując się na przykład włoskich ośrodków leczenia raka piersi, dr Beata Adamczyk z Wielkopolskiego Centrum Onkologii zwróciła uwagę na ważny w procesie terapii czynnik indywidualnego podejścia do każdej pacjentki. W Europejskim Instytucie Onkologii w Mediolanie, w którym działa Breast Unit, około 70 proc. wykonywanych operacji to zabiegi oszczędzające, gdyż szczególną wagę w planowaniu

terapii zwraca się na potrzeby kobiety, na zachowanie integralności jej ciała i wygląd. – *Mimo że w Polsce nie brakuje świetnych specjalistów i bazy diagnostycznej – stwierdziła dr Adamczyk – potrzebne są zmiany organizacyjne. Brakuje oddziałów przeznaczonych na leczenie nowotworów piersi, współpracy interdyscyplinarnej, standardu postępowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (są tylko dla pacjentki, z którą wspólnie ustala się program leczenia, oraz oceny jakości terapii.* Prof. Pieńkowski przyznał, że problemem w onkologii, także w leczeniu raka piersi, jest nie to, jak leczyć, ale jak rozliczyć świadczenia. System, który nie pozwala łączyć procedur, który nie zapewnia refundacji określonych zabiegów i zamyka dostęp do nowoczesnych leków, z których korzystają chorzy w innych krajach, ogranicza możliwości terapeutyczne.

Unia zaleca

Krótkotrwała nadzieja środowiska lekarzy i pacjentek na polskie Breast Units pojawiała się w marcu 2014 r. Wiązała się z przekazaniem do konsultacji społecznych projektem zarządzenia prezesa NFZ w sprawie odrębnego kontraktowania tzw. kompleksowego leczenia raka piersi. W lipcu 2014 r. projekt został wycofany, w związku z przygotowaniem do wprowadzenia pakietu onkologicznego. W Polsce jest tylko jeden Breast Unit – akredytację SIS posiada Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie. Kilka innych ośrodków jest w trakcie przygotowań. Tymczasem Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 2006 r. oraz tzw. Pisemna Deklaracja PE nr 71 z 2009 r. zalecają wszystkim krajom członkowskim UE stworzenie sieci specjalistycznych ośrodków leczenia chorób piersi do 2016 r. Organizacje kobiece i pacjenckie liczą na realizację tego zalecenia. Dlatego jednoczą siły i oczekują widocznych zmian systemu. Domagają się przywrócenia prac nad odrębnym kontraktowaniem „kompleksowego leczenia raka piersi” i tworzenia Breasts Units w Polsce.

List otwarty

„W wielu krajach tysiące pacjentek żyje coraz dłużej z rakiem piersi, bez degradujących objawów choroby. Polki też powinny mieć taką szansę” – napisały uczestniczki konferencji, reprezentujące organizacje zrzeszające kobiety i pacjentki onkologiczne, w liście otwartym. Swój apel skierowały do prezydenta RP Bronisława Komorowskiego, marszałka Sejmu RP Radosława Sikorskiego, marszałka Senatu RP Bogdana Borusewicza, prezes Rady Ministrów RP Ewy Kopacz, komisji zdrowia Sejmu i Senatu oraz ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza.

– Podjęliśmy walkę w imieniu nie tyle swoim i swoich rodzin, ile na rzecz przyszłych pokoleń kobiet, które według prognoz w coraz większym stopniu zostaną dotknięte rakiem piersi – potwierdziły zgodnie Elżbieta Kozik z Polskich Amazonek i Krystyna Wechmann z Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”.

– W Europie metoda leczenia raka piersi w ośrodkach Breast Units jest stosowana, wszyscy na niej zyskują, a nikt nie traci – podkreśliła dr Barbara Czerna, rzeczniczka Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi. ■

ach

Połamany wózek

– *Od dawna sygnalizowaliśmy nadchodzący problem zapaści w internie, dziś już jesteśmy w środku tej zapaści* – stwierdził dr Marek Stopiński, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych, w sprawozdaniu wygłoszonym na dorocznym spotkaniu „Problemy interny na Mazowszu”, które odbyło się 17–18 kwietnia 2015 r. w Radziejowicach.

Przyczyn obecnego stanu rzeczy jest kilka, ale pierwszą i najważniejszą jest dramatyczne niedofinansowanie oraz niedocenywanie tej dziedziny medycyny.

Niedofinansowanie ma kilka wymiarów. Po pierwsze – procedury internistyczne są wyceniane zbyt nisko. Po drugie – kontrakty dotyczące funkcjonowania oddziałów wewnętrznych są zwykle niedoszacowane, a NFZ nie płaci za nadwykonania. Brak też możliwości wyceny niektórych jednostek chorobowych, np. raka nerki czy sarkoidozy. Lekarze interniści, pracujący w szpitalach, są słabo opłacani. Toteż zwiększa się ich deficyt, a kadra się starzeje (średni wiek – 55 lat).

niedopłaconymi, grupami JGP i pobytami szpitalnymi pacjentów. Podobnie jest w innych placówkach i dyrektorzy najczęściej pozbyliby się oddziałów wewnętrznych. Prywatne szpitale nie prowadzą interny ze względu na jej nierentowność.

Z powodu ogromnego braku łóżek oddziały są przepelnione, oblepione dostawkami i zapełnione pacjentami z przypadkami pilnymi, do tego stopnia, że prawie nie prowadzą przyjęć planowych. Tak jest w szpitalach powiatowych i w klinikach szpitali uniwersyteckich. Sytuacji radykalnie nie poprawią zapowiadane przez Dariusza Hajdukiewicza, dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy, nowe miejsca w kilku placówkach, które zostaną utworzone po zakończeniu prowadzonych remontów.

– *Problemy środowiska lekarskiego rzadko przebijają się do opinii publicznej, a dodatkowo bywają prezentowane w sposób wypaczony* – powiedział Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie. – *Musimy łączyć siły, aby mieć więcej możliwości przedstawiania swoich racji. Dlatego proponuję, aby to izba lekarska pokazywała problemy z różnych dziedzin medycyny.*

– *Kiedyś najważniejszy był pacjent, na drugim miejscu lekarz, a potem pozostałe elementy systemu* – podkreślił prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy. – *Teraz mamy od-*



Fot. R. Golański

O tym, jakie straty szpitalowi przynosi oddział wewnętrzny, mówiła Krystyna Płukis, dyrektor Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim. Właśnie zmniejszyła o 30 liczbę łóżek na internie. W 2014 r. wykonano na tym oddziale 3319 procedur, które wyceniono na 5,7 mln zł. NFZ zapłacił 3,4 mln zł za 2122 procedury. Strata wynosiła więc 2,258 mln zł. Do tego doszły straty związane z, także

wróconą kolejność: na pierwszym miejscu są pieniądze, a dopiero potem pacjent. Szczególnie odczuwa to interna, która jedzie na połamanej wózku. Mamy szczęście, że w ostatnich latach nie było epidemii, klęsk żywiołowych. W takim przypadku okazałoby się, jak potrzebne są oddziały wewnętrzne. ■

Małgorzata Skarbek

Choroby mózgu



W lutym 2015 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyła się konferencja inauguracyjna prac nad „Strategią na rzecz profilaktyki i zwalczania chorób mózgu – Brain Plan dla Polski”.

Współorganizatorami byli: Fundacja Neuropozytywni oraz rzecznik praw obywatelskich, a uczestniczyli w niej, obok polskich specjalistów, eksperci z Europejskiej Rady Mózgu. Według szacunków tej organizacji całkowity koszt leczenia chorób mózgu w 30 krajach europejskich wzrósł z 386 mld euro w 2004 r. do 798 mld w 2010. – *To więcej, niż łącznie przeznaczamy na leczenie chorych na raka, cukrzycę i choroby sercowo-naczyniowe. Koszty związane z leczeniem tej grupy chorych wzrastają z roku na rok i nie jesteśmy w stanie tego procesu powstrzymać* – twierdzi Mary Baker, była szefowa Europejskiej Rady Mózgu.

W Polsce sytuacja jest podobna. Bardzo wielu rodaków cierpi na migreny, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu i choroby afektywne. W 2013 r. powstała Polska Rada Mózgu, której przewodniczącym jest prof. Grzegorz Opala. Celem jej działania jest poprawa dostępności i jakości leczenia oraz zwiększenie nakładów na badania naukowe tej grupy chorób. ■ **mkr**

Szpital Południowy

Władze Warszawy zawarły porozumienie z Centrum Onkologii i Instytutem Hematologii.

Placówka, posiadająca 300 łóżek oraz lądowisko na dachu, powstanie na działce u zbiegu ulic rtm. Pileckiego i Indiry Gandhi, tuż obok dwóch instytutów: Centrum Onkologii oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. W efekcie porozumienia Ursynów zyska półkilometrowe przedłużenie ul. Indiry Gandhi do ul. Płaskowickiej. Ma być gotowe w tym samym czasie, co szpital, w 2018 r. Dotychczas dyrektorzy CO i IH odmawiali wydania fragmentu działki potrzebnego do wytyczenia dojazdu do planowanego szpitala. „Gazeta Wyborcza” podawała, że ratusz musiał ten grunt przejąć w trybie wywłaszczenia. Decyzję tę przez trzy lata zaskarżano przed kolejnymi instancjami. W lutym 2015 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny przyznał rację miastu, a w marcu wojewoda utrzymał w mocy pozwolenie na budowę. Obie decyzje można jednak było zaskarżyć i wtedy inwestycja znów by utknęła. Podczas negocjacji ustalono, że wojewoda pomoże uregulować stan prawny terenu zajmowanego przez instytuty. Formalnie nie była to ich własność. Po przekształceniu instytuty staną się właścicielami budynku i zyskają prawo wieczystego użytkowania gruntu, dzięki czemu będą mogły starać się o środki unijne.

W Piasecznie będą leczeni seniorzy

Dobiega końca rozbudowa Szpitala św. Anny w Piasecznie. Po jej zakończeniu kierownictwo placówki planuje uruchomić oddział geriatryczny.

Rozbudowa rozpoczęła się w roku ubiegłym. Obecnie wykańczane są wnętrza. Nowa część szpitala zostanie prawdopodobnie otwarta w połowie roku. Powierzchnia nowego skrzydła szpitala ma 2000 mkw.

Więcej dawców

Na Mazowszu wzrasta liczba dawców oraz przeszczepianych narządów. Przyczynił się do tego program „Partnerstwo dla transplantacji” realizowany od 2010 r.

Portal eastroleka podaje, że w województwie mazowieckim zanotowano wzrost wskaźnika dawców na milion mieszkańców z 9,4 w 2010 do 19 w 2014 r. Blisko dwukrotnie zwiększyła się także liczba dawców – pięć lat temu było ich 49, a w ubiegłym roku – 105. W ostatnich latach przybyło też koordynatorów transplantacyjnych – z 16 do 40. Odpowiadają oni za poprawę organizacji procesu związanego z transplantacją, m.in. kontakty z rodzinami zmarłych. Województwo mazowieckie przystąpiło do programu „Partnerstwo dla transplantacji” w czerwcu 2010 r.

Nowy sprzęt dla szpitali

Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku i Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ w Warszawie dostaną specjalistyczny sprzęt medyczny.

Zarząd województwa mazowieckiego zdecydował o przyznaniu unijnego dofinansowania tym placówkom w wysokości ponad 2,8 mln zł. Na listę projektów kluczowych przeniesiono z listy rezerwowej trzy projekty. Dwa dotyczą warszawskich placówek medycznych, jedna – płockiej. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie zakupi nowoczesny aparat USG z oprogramowaniem dla Oddziału Neonatologii oraz Oddziału Ginekologii i Położnictwa, który umożliwi przede wszystkim lepsze diagnozowanie. Urządzenie kosztuje 450 tys. zł, dofinansowanie z UE wynosi 382,5 tys. zł. Szpital przy Niekańskiej zyska natomiast sprzęt medyczny dla Oddziału Okulistycznego. Urządzenia będą wykorzystywane do leczenia małych dzieci, w tym wcześniaków. Planowany jest również remont pomieszczeń oddziału. Koszt inwestycji: 928 tys. zł, dofinansowanie: 788,8 tys. zł. **pk**

**Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
oraz Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne
ds. Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie
organizują bezpłatne kursy
„Medycyna transplantacyjna;
pobieranie i przeszczepianie narządów”.**

Kursy kierowane są do lekarzy,
którzy uczestniczą w organizacji pobierania
oraz przeszczepiania narządów

Proponowane terminy szkoleń:

1. 26.05.2015. r. (wtorek)
2. 09.06.2015. r. (wtorek)
3. 23.06.2015. r. (wtorek)

Kursy odbywać się będą w siedzibie
OIL w Warszawie. ul. Puławska 18,
w godz. 16.00–21.00.

Zgłoszenia:

tel.: 22-542-83-75, 22-313-19-70, 22-313-19-75,
w godz. pracy biura, e-mail: a.mika@oilwaw.org.pl
lub d.neryng@oilwaw.org.pl

Uczestnicy uzyskają 4 punkty edukacyjne.

Protest przed Kancelarią Premiera

Pracownicy ochrony zdrowia pikietowali 7 kwietnia br., w Światowy Dzień Zdrowia, przed Kancelarią Premiera.

Protestowali przeciwko niskim pensjom i brakom kadrowym. Organizatorem pikiety był Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Według manifestantów nie zrealizowano żadnych obietnic z tzw. Białego Szczytu, zorganizowanego przez rząd w 2008 r. W proteście uczestniczyli m.in. przedstawiciele zawodów medycznych, inspekcji sanitarnej i pomocy społecznej. Mieli transparenty z napisami: „Zdrowie nie jest towarem”, „Inspekcja sanitarna – najbiedniejsza zarodowa grupa w Polsce. Żądamy odmrożenia płac”. **pk**

Wiktory 2014

Oscary przyznaje się za role w filmie, a Wiktory za role w życiu – podkreślił Krzysztof Ziemięć, otwierając uroczystość wręczenia Wiktorów 2014, która odbyła się 30 marca 2015 r. na Zamku Królewskim w Warszawie. Statuetkę Telewizyjnej Akademii Wiktorów w kategorii „Osobowość nauki i kultury” otrzymał prof. Henryk Skarżyński.

– Ta nagroda jest podziękowaniem za jego dorobek naukowy i medyczny. Przede wszystkim jest jednak symbolem wdzięczności wszystkich tych, którym dał możliwość słyszenia świata – powiedziała Joanna Moro, wręczając profesrowi statuetkę.

– Osoby, które zostały nominowane w tej kategorii, wywodzą się z różnych obszarów życia społecznego – powiedział prof. Skarżyński podczas uroczystości. – Oddziałują na miliony widzów albo ratują życie pojedynczego człowieka. Trudno porównać naszą pracę. Bardzo dziękuję, że została ona doceniona, zauważona, chociaż czasami nie jest łatwo. Sukces ma blaski i cienie. Wie o tym każdy, kto go osiągnął. ■ **as**

Prezes Sądu Okręgowego w Siedlcach zwraca się z wnioskiem do OIL w Warszawie o przekazanie listy kandydatów na lekarzy sądowych

Wśród kandydatów na lekarzy sądowych powinni się znaleźć: psychiatry, chirurdzy, lekarze specjaliści chorób wewnętrznych, lekarze specjaliści w zakresie medycyny rodzinnej, lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa, okuliści, kardiologowie.

Łącznie kandydatów na lekarzy sądowych powinno być 38, w tym 12 w miarę możliwości zamieszkałych lub pracujących w Siedlcach (lub powiecie siedleckim), 6 – w Garwolinie (lub powiecie garwolińskim), 4 – w Łosicach (lub powiecie łosickim), 7 – w Mińsku Mazowieckim (lub powiecie mińskim), 4 – w Sokołowie Podlaskim (lub powiecie sokołowskim) i 5 – w Węgrowie (lub powiecie węgrowskim).



Inhibitory pomp protonowych

Osoby po 66. roku życia zażywające inhibitory pomp protonowych są dwukrotnie częściej hospitalizowane z powodu niewydolności nerek – wykazały badania specjalistów Institute for Clinical Evaluative Sciences and St. Michael's Hospital w Toronto. Informację zamieszczono na łamach pisma Kanadyjskiego Towarzystwa Medycznego – „CMAJ”, z 16 kwietnia 2015 r.

Główny autor opracowania dr Tony Antoniou twierdzi, że ryzyko wystąpienia działania ubocznego nie jest duże, leki są ogółem dobrze tolerowane. Nie wykazano również, by inhibitory pomp protonowych wywoływały przewlekłą niewydolność nerek. Są jednak stosowane przez miliony osób, wielu pacjentów zażywa je we własnym zakresie, ponieważ niektóre można kupić bez recepty.

„U zdecydowanej większości osób zażywających inhibitory pomp protonowych nie dojdzie do uszkodzenia nerek czy innych poważnych powikłań. Należy jednak je stosować jedynie tak długo, jak jest to konieczne” – podkreśla dr Antoniou. Specjalista przeanalizował dane prawie 290 tys. pacjentów leczonych omawianymi lekami w latach 2002–2011. Badał, ilu chorych trafiło do szpitala w okresie 120 dni od rozpoczęcia terapii, i porównywał ich z taką samą grupą osób, które nie przyjmowały inhibitorów pomp protonowych.

Dr John O'Brian Clarke, gastrolog z Johns Hopkins Hospital w Baltimore, który nie uczestniczył w badaniach, twierdzi w komentarzu, że w przypadku zażywania inhibitorów pomp protonowych bardziej niż niewydolności nerek obawia się osteoporozy. Poza tym leki te zmniejszają wchłanianie niektórych witamin i minerałów, np. magnezu, żelaza, witaminy B12 oraz wapnia.

Operacja zaćmy

– nie przesadzajmy z badaniami

Miliony ludzi co roku przygotowywanych do operacji zaćmy niepotrzebnie poddawanych jest rutynowym badaniom, takim jak analiza krwi, RGT klatki piersiowej, EKG, czy nawet bardziej specjalistycznym – przekonują specjaliści University of California w San Francisco. Piszą o tym na łamach „New England Journal of Medicine” z 17 kwietnia 2015 r.

Główny autor opracowania dr R. Adams Dudley uważa, że tego rodzaju diagnostyka niepotrzebnie obciąża budżet i jest utrudnieniem dla pacjentów. W dodatku chorzy czasami muszą opłacać badania z własnej kieszeni. „Operacje zaćmy są jednymi z najbezpieczniejszych zabiegów, wykonuje się je jedynie w znieczuleniu miejscowym, nie wymagają udziału anestezjologa” – podkreśla. W USA trwają one średnio około 18 minut.

Według dr Catherine Lee Chen, anestezjologa z University of California, powikłania po operacji zaćmy w postaci zaburzeń pracy serca czy zgonów zdarzają się u zaledwie około 1 proc. pacjentów. Tymczasem w ramach amerykańskiego programu ubezpieczeń Medicare rutynowym badaniom diagnostycznym poddawana jest co druga osoba przygotowywana do tego zabiegu. ■

Zbigniew Wojtasiński

Światowy Dzień Walki z Gruźlicą

Już po raz dziewiąty Polskie Towarzystwo Chorób Płuc włączyło się w obchody Światowego Dnia Walki z Gruźlicą, organizowanego przez Światową Organizację Zdrowia. Celem WHO jest podniesienie świadomości społecznej w zakresie globalnego obciążenia gruźlicą oraz szkolenie środowisk medycznych. Chociaż powszechnie uważa się, że choroba ta przestała być ważnym problemem, jednak tylko w regionie europejskim każdego dnia rozpoznaje się 1 tys. nowych przypadków. Na świecie w ciągu roku odnotowuje się 9 mln zachorowań i 1,5 mln zgonów spowodowanych tą chorobą. Konieczne jest podejmowanie nieustannych działań na rzecz zwalczania gruźlicy, nie tylko w Afryce czy Azji, ale również w naszym kraju. W Europie, mimo niskiej zapadalności na gruźlicę, notuje się największą na świecie liczbę przypadków wielolekoopornych. Dyrektor regionalny WHO na Europę zwraca uwagę, że „*wykrywamy jedynie 50 proc. przypadków wielolekoopornej gruźlicy i tylko połowę cierpiących na nią osób możemy wyleczyć*”.

Niewątpliwie walka z gruźlicą oporną na leki stanowić będzie wyzwanie dla medycyny europejskiej w XXI w. Jeśli roczne tempo spadku zachorowań utrzyma się na poziomie 6 proc., to chorobę uda się wyeliminować dopiero w XXII w.!

Tegoroczna konferencja była zatytułowana „*Od zakażenia prątkiem do zachorowania na gruźlicę*”. Spotkanie otworzyła dr Paulina Miśkiewicz, dyrektor Biura WHO w Polsce, podkreślając w swoim wystąpieniu wagę tego schorzenia we współczesnym świecie. Pierwsza sesja dotyczyła specyfiki zakażenia prątkiem gruźlicy. Jej patronem byli: przewodniczący Komitetu Mikrobiologii Polskiej Akademii Nauk – prof. Grzegorz Węgrzyn i przewodniczący Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka PAN – prof. Jacek Witkowski. Wybitni znawcy i pasjonaci wiedzy o gruźlicy zaprezentowali istotne elementy różniące prątek gruźlicy od innych patogenów. Prof. Jarosław Dziadek z PAN mówił o biologii prątka, o jego zdolności do przechodzenia w stan uśpienia i aktywacji w sprzyjających warunkach nawet po wielu latach od zakażenia. Prof. Urszula Demkow z WUM przedstawiła aspekty immunologiczne zakażenia prątkiem, ukazując sposób, w jaki organizm człowieka broni się przed zakażeniem, mechanizmy, dzięki którym nie dochodzi do zachorowania, i czynniki powodujące rozwój choroby. Prof. Ewa Augustynowicz-Kopec z IGiChP omówiła specyfikę diagnostyki mikrobiologicznej i wskazała na aktualne możliwości metod bakteriologicznych, które mają rozstrzygające znaczenie w ustaleniu rozpoznania choroby. Monika Koziańska z IGiChP zajęła się postępem w molekularnej diagnostyce, która pozwala w ciągu kilku godzin wykryć prątki w materiale biologicznym, określić lekooporność i śledzić transmisję zakażenia.

Druga sesja była poświęcona problemowi gruźlicy w stanach immunosupresji. Patronowali jej: dyrektor Poltransplantu – prof. Roman Danielewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego – prof. Edward Kucharz i prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc – prof. Władysław Pierzchała. Sesję otworzył wykład nestorki polskiej ftyzjatrii prof. Ewy Rowińskiej-Zakrzewskiej, która przedstawiła drogę od kontaktu z chorym prątkującym przez zakażenie prątkiem (tzw. gruźlica utajona) do zachorowania na gruźlicę (gruźlica aktywna).

Pediatra z WUM, dr Teresa Bielecka omówiła wady i zalety próby tuberkulinowej, od ponad 100 lat wykorzystywanej w diagnostyce zakażenia prątkiem. Anna Zabost z Instytutu



Prof. E. Rowińska-Zakrzewska, prof. Maria Korzeniewska-Koseła, prof. Roman Danielewicz

Fot. M. Wielgosz

Gruźlicy zajęła się testami uwalniania interferonu γ przez leukocyty stymulowane antygenami prątka (tzw. IGRA). Pozwalają one odróżnić zakażenie prątkiem gruźlicy od poszczepiennej skórnej reakcji na tuberkulinę (PT).

Prof. Maria Korzeniewska-Koseła z Instytutu Gruźlicy przedstawiła zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące diagnostyki i profilaktyki gruźlicy w transplantologii. Przeszczep narządu znacząco zwiększa ryzyko zachorowania na gruźlicę. Leczenie choroby jest wówczas trudne z powodu interakcji leków pierwszego rzutu stosowanych w gruźlicy i po przeszczepie. Z tego względu ważne jest wykrycie gruźlicy utajonej u biorcy przed przeszczepem i zastosowanie chemioprophylaktyki. Podobnie jest w reumatologii.

Tadeusz M. Zielonka z WUM przedstawił zalecenia PTChP dotyczące postępowania w przypadku pacjentów z chorobami reumatologicznymi przed leczeniem immunosupresyjnym. Antagoniści TNF i glikokortykosteroidy kilkakrotnie zwiększają ryzyko zachorowania na gruźlicę. Przed ich zastosowaniem należy wykluczyć aktywną postać choroby, a w razie wykrycia postaci utajonej – zalecić chemioprophylaktykę. Chorzy ci wymagają oceny klinicznej, wykonania zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej i testów IGRA.

Na zakończenie dr Maria Błachnio z Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku omówiła wskazania i zasady chemioprophylaktyki gruźlicy, zwracając uwagę na możliwe powikłania i konieczność stałego monitorowania skutków leczenia. Podobnie jak w latach ubiegłych, sesjom towarzyszyły ożywione dyskusje. Wnioskiem było stwierdzenie, że mimo wieloletniej walki z chorobą, gruźlica wciąż ma się dobrze. ■

Tadeusz Maria Zielonka,
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM

Szpital bez lekarzy?



Fot. R. Natorski

Nie zamierzamy być dłużej chłopcem do bicia i chcemy uświadomić społeczeństwu, że to nie lekarze odpowiadają za ułomności systemu opieki zdrowotnej – przekonują związkowcy z Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, nad którym wciąż wisi groźba zamknięcia oddziału internistycznego.

W ostatni weekend marca na ulice Radomia wyjechały samochody wożące billboardy z hasłami: „W szpitalu na Józefowie na internie jest 30 proc. mniej łóżek i 50 proc. mniej lekarzy w stosunku do potrzeb... ale władza się jakoś wyleczy. Marszałku Struzik – dlaczego Pan to robi radomianom?”, „Szpital na Józefowie to niechciane dziecko władz wojewódzkich – Radom to dla władz Mazowsza piąte koło u wozu. Marszałku Struzik – Mazowsze nie kończy się na Płocku”. W lokalnych stacjach radiowych były emitowane spoty dotyczące sytuacji szpitala (można ich posłuchać na stronie ozzl.org.pl i radom24.pl).

Kampania była reakcją Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przy Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym na planowane przez dyrekcję placówki zawieszenie dwóch oddziałów: dziecięcego i wewnętrznego, i radykalne ograniczenie działalności w wyniku złożenia wypowiedzeń przez medyków.

– Nasz cel to uświadomienie mieszkańcom regionu radomskiego, że sytuacja na tych oddziałach zagraża bezpieczeństwu pacjentów. Już trzy lata temu ostrzegaliśmy dyrekcję szpitala, że liczba łóżek na internie jest zbyt mała, a liczba lekarzy w szpitalu niepokojąco się zmniejsza. Jednak zarząd chował głowę w piasek. Nie było żadnych rozmów, choć Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie od początku deklaruje pomoc. Zorganizowaliśmy nawet spotkanie z wicemarszałkiem województwa mazowieckiego Elżbietą Lanc. W końcu okazało się, że jedynym rozwiązaniem jest zawieszenie pracy oddziału, a odpowiedzialność za jego problemy ponoszą lekarze – wyjaśnia Julian Wróbel, szef OZZL w szpitalu na Józefowie.

„Chcemy godnych warunków”

Zdaniem Juliana Wróbla warunki pracy na internie urągają wszelkim normom. – Sytuacja, gdy na 40-łóżkowym oddziale leży dwa razy więcej pacjentów, grozi po prostu katastrofą. Jak można się dziwić lekarzom, którzy obawiają się, że z braku czasu oraz nawału obowiązków popełnią błąd i narażą się na odpowiedzialność karną? – pyta szef OZZL. – Warto podkreślić, że odchodzący lekarze nie mieli żadnych finansowych żądań i nie warunkowali pozostania w szpitalu

podwyżką pensji. Po prostu chcieli pracować w godnych warunkach.

Akcja związkowców miała też uświadomić, że problemy radomskiego szpitala i całej polskiej służby zdrowia nie są „zasługą” białego personelu, ale przede wszystkim administracji rządowej i samorządowej. – Przecież to marszałek województwa mazowieckiego decyduje o obsadzie personalnej w zarządzie szpitala. Jeśli od tyłu miesiący mamy problem z zarządzającymi placówką, musimy iść o stopień wyżej – tak Julian Wróbel tłumaczy, dlaczego Adam Struzik stał się negatywnym bohaterem kampanii billboardowej.

Deficyt internistów

Akcja spotkała się z bardzo nerwową reakcją Urzędu Marszałkowskiego. – Przekroczyła nie tylko granice dobrego smaku, ale też przyzwoitości. To próba manipulowania opinią publiczną i dezinformowania jej – przekonuje Marta Milewska, rzeczniczka Adama Struzika.

Jej zdaniem personalne uderzenie w marszałka jest nieuczciwe, ponieważ to on od lat zabiega o zwiększenie funduszy dla mazowieckich szpitali. – A przecież z pieniędzy NFZ, a nie samorządu województwa, finansuje się leczenie pacjentów oraz pokrywa koszty zatrudnienia lekarzy. Radomskiego szpitala nie stać na dalsze podwyżki, bo już dziś wynagrodzenia lekarzy, np. na Oddziale Chorób Wewnętrznych, pochłaniają blisko 40 proc. kontraktu z NFZ – podkreśla Marta Milewska.

Jednak wiele wskazuje, że oddział internistyczny w szpitalu na Józefowie już niedługo przestanie przyjmować pacjentów. Pięciu lekarzy (w tym kierownik i jego zastępca) z obecnie ośmioosobowego zespołu pracuje tylko do końca kwietnia (dwóch odeszło już w marcu). Dyrekcja placówki rozpaczliwie szuka następców, ale na razie bez rezultatu. – Internistów brakuje w całej Polsce. W ciągu ostatnich kilku lat przez nasz szpital przewinęło się ponad 30 lekarzy, którzy zrobili specjalizację z interny, ale z powodu fatalnego zarządzania kadrą pozwolono im odejść. Bez poprawy warunków pracy nikt nie przyjdzie tu pracować – przekonuje Julian Wróbel.

Tylko trochę lepiej wygląda sytuacja na pediatrii, gdzie ostatnio zatrudniono nowego kierownika oraz lekarza. Obecnie zespół medyczny liczy cztery osoby, co według dyrekcji powinno wystarczyć, by oddział funkcjonował przynajmniej do końca roku. Zdaniem związkowców będzie to przypominać bardziej vegetację, ponieważ do normalnego działania potrzebna jest przynajmniej dwukrotnie większa obsada. ■

Rafał Natorski



Fot. archiwum

Imperialne zdobycze i zakusy Rosji

Paweł Kowal

Największy „sukces” Kremla to kompletne pomieszanie pojęć. Anglikowi nie przyszłoby do głowy dowodzić, że Indie należą historycznie do Anglii, ale Rosjanom udaje się przekonać pół Europy, że mają historyczne prawa do Krymu czy Kijowa. Bez jasnego ustalenia, co jest imperium Romanowów, co ZSRR, a co Rosją, nie da się ze współczesnymi Rosjanami sensownie rozmawiać o świecie.

Swoją drogą Rosja zbudowała kiepskie imperium, bo nie była go w stanie przekształcić w państwo. Udało jej się włączyć część terenów na Syberii, jednak nie powiodła się próba zszycia z Rosją wielkich europejskich zdobyczy: od Kaukazu przez Krym, Ukrainę, Polskę aż po państwa bałtyckie. W 1917 r. rozpadło się ono po szwach, wzdłuż których Katarzyna Wielka i jej następcy zszywali wcześniej imperialny patchwork. Pod koniec XVIII w. Romanowowie przyłączali do imperium Kaukaz, Krym i Europę Środkową. Rewolucja październikowa zmieniła wiele, by dużo zostało po starym. Terytoria Romanowów przejęli bolszewicy i po krótkiej niepewności, w 1922 r., wraz z oficjalnym powstaniem ZSRR, sformalizowali nową imperialną władzę Rosji nad Ukrainą, Białorusią, krajami Kaukazu i Azji Środkowej. Jednak i tym razem nie udało się tak wielu krajów stopić w jedną masę. Szczyt wpływów komunistycznego imperium przypadł na okres po II wojnie światowej, a jego satelitami stały się nawet państwa Europy Środkowej,

połączone z ZSRR więzami Układu Warszawskiego, RWPG, a przede wszystkim ideologicznym powrozem komunizmu. Społem nowego imperium z jego rubieżami była przemoc. Symptomy kryzysu ZSRR pojawiły się pod koniec lat 70. XX w., rozkład imperialnej władzy trwał ponad dekadę, by ostatecznie dokonać się w końcu 1991 r. Podobnie jak w roku 1917, okazało się, że projekt imperialny Rosji nie był trwały. Imperium znów rozpruło się po szwach, wzdłuż których siedem dekad wcześniej było fastrygowane.

Rosjanie nie pogodzili się z utratą swojej pozycji i już w połowie lat 90., na co zwracał uwagę m.in. Jan Nowak-Jeziorański, zaczęli snuć plany budowy trzeciego imperium. Nowym imperatorem, który plan ludzi Jelcyna miał wcielić w życie, został Putin. Dzisiejsze oczekiwania Rosji, by odwrócić skutki pieriestrojki i głośności oraz zmiany polityczne, które nastąpiły w ich efekcie, mają też konkretny terytorialny wymiar. Rosja *de facto* przyłączyła w ostatnich latach Abchazję, Osetię, Krym, Donbas itd. Kremlowskie tytuły do tych i następnych terenów nie są „rosyjskie”, ale czysto imperialne. Putin odwołuje się do zdobyczy Rosji z końca XVIII w., gdy carowie porywali się na terytoria oddalone od granic etnicznej Rosji. Na takiej samej zasadzie, na jakiej twierdzi on, że Krym jest rosyjski, można by zatem dowodzić „rosyjskości” Białegostoku, Wilna, Warszawy i Tbilisi. ■



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

13.05.2015 r., środa, godz. 19.00

„Żywot miłości” – wieczór literacko-muzyczny Stanisławy Ossowskiej

20.05.2015 r., środa, godz. 19.00

„Fatima – największe wydarzenie XX wieku w Kościele katolickim”. Prowadzenie: Kazimierz Kwasiborski

27.05.2015 r., środa, godz. 19.00

„W krynickim sanatorium” – spektakl Teatryku A'la Kabaret z Domu Kultury Śródmieście w Warszawie.

Reżyseria i scenariusz: Alina Makówka i Andrzej Gmitrzuk, oprawa muz.: Tomasz Nowak



Podzielone społeczeństwo

Janina Jankowska

Patrzę na tytuł artykułu „Medialne szczury” w jednym z poczytnych tygodników i myślę – tego jeszcze nie było. Tak pisze dziennikarz o innych dziennikarzach: „...i wszelkie medialne szczury z głównych telewizji, »Agory«, »Polityki« i tego typu miejsc ochoczo ruszyły, by wykonać zlecenie władzy”. Chodzi o media tzw. głównego nurtu relacjonujące przebieg wydarzeń po katastrofie smoleńskiej aż do dzisiaj, co czynią zgodnie z linią programową swoich redakcji. Jak widać, zasadniczo przeciwstawną linię programowej pisma, w którym ukazał się rzeczony artykuł. Autor tego tekstu „medialnymi szczurami” nazwał kolegów, z którymi, być może, jako opozycjonista antykomunistyczny drukował podziemne gazety, był w „Solidarności”, doświadczał w „roku karnawału” tego cudu bycia razem we wspólnym działaniu.

Co się z nami stało? Kiedyś, podobnie jak lekarze, dziennikarze nie atakowali publicznie swoich kolegów po fachu. Prowadziło się polemiki. Ktoś powie: to nie jest dziennikarstwo, tylko publicystyka, która interpretuje świat. Tu silnie związana z określonym systemem wartości – ideologią. W publicystyce byłoby to naturalne, autor ma prawo do swoich poglądów, gdyby nie słowo „szczury”. Nazywanie przeciwnika szczurem to rodzaj odczłowieczenia, które ma niedobre skojarzenia. Co to znaczy? Publicysta postrzega osobę, której zachowanie krytykuje, jako wroga, którego trzeba zniszczyć, wykluczyć. Szczury, karaluchy są do wytępienia. Autor pewnie nieraz słyszał, że jego antysystemowa partia, podobnie jak Radio Maryja, powinna zniknąć z życia publicznego. Czy to odwet? Została przekroczona kolejna granica.

Dlaczego Polacy są dziś tak skłóceni? Dlaczego różnice światopoglądowe prowadzą do wzajemnego wykluczenia się? Dlaczego komunikują się ze sobą głównie przez wystawianie sobie wzajemnie negatywnych ocen? Jaka jest odpowiedzialność za ten stan rzeczy partii politycz-

nych, jaki wpływ ma jakość polskiej polityki, sposoby zdobywania władzy?

Myślę, że ryba psuje się od głowy. To trwającemu od dziesięciu lat politycznemu zwarcu PiS – PO „zawdzięczamy” dzisiejszy nastrój społeczny. Partie te w swojej bezwzględnej walce o władzę zagubiły cel, dla którego zostały powołane – odpowiedzialność za sprawy Polski. Z przykrością muszę stwierdzić, że dziennikarze polityczni im o tym nie przypominają. Wolą śledzić personalne rozgrywki między politykami, pytać, komu kolejny przeciek służy, której partii, któremu kandydatowi, niż rozliczać ich z publicznych zobowiązań i dokonań. W efekcie pojawiają się prawne potworki, zaniechania, które później drogo kosztują, nieprzemyślane ministerialne pomysły, takie jak pakiet onkologiczny, itp.

Tymczasem trwa wojna na górze, czyli wyścig do prezydentury. Niektórzy kpią, że kabaretowy. Jednak liczą się dwaj kandydaci i wszystkie chwytły są dozwolone. Wiadomo, ucieleśniają zwanie tytanów PO – PiS. Choć wynik do przewidzenia, walka się toczy. Czasami schodzi w dół. Partia władzy ciągle ma większość zwolenników. Aspirujący do władzy mają swoich wykluczonych. Tylko zmęczeni pracą wracają, by zamknąć się w swoich domach. Młodzi szukają się na emigrację.

Nasze społeczeństwo jest zatimizowane i jednocześnie dramatycznie podzielone. Socjologowie powiadają, że to już nie społeczeństwo, lecz zbiór jednostek.

10.04.2015 r. Piąta rocznica katastrofy smoleńskiej. Dwa mijające się przy grobach orszaki. Ten podział narodu to droga do kolejnego upadku Rzeczypospolitej. Podobne podziały obserwuję w swoim środowisku (SDP). Kompletny brak kontaktu. Tylko nienawiść. Z każdej strony. Jak to zmienić? Jak poruszyć tych ludzi, by zaczęli szanować swoją odmienność? ■

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

Na XXXV Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie Irena Ćwiertnia-Sitowska oraz Maja Galica-Zarembina zostały odznaczone Medalem im. Jerzego Moskwy.

Okupacja, medycyna i miłość

W 1939 r. Irena Ćwiertnia (później Sitowska) ukończyła żeńskie liceum Janiny Tymińskiej i miała zamiar zacząć studia medyczne. Wojna i okupacja pokrzyżowały te plany. Ale w 1940 r. zaczął działać Tajny Uniwersytet Ziem Zachodnich, prowadzony przez wysiedlonych z Poznania naukowców, i młoda Irena słuchała wykładów, które często odbywały się w jej domu. W marcu 1941 r. zapisała się na zakonspirowany Wydział Lekarski UW, utworzony pod legalną nazwą Prywatnej Szkoły Zawodowej dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego. Założył go doc. dr (później profesor) Jan Zaorski, dyrektor Szpitala Elżbietanek, znakomity chirurg. Irena przez całą okupację uczęszczała na zajęcia, pracując jednocześnie w Szpitalu Przemienienia Pańskiego.



Na Oddziale Chirurgii tego szpitala wykonywała wszelkie prace: opatrunki, zastrzyki, badania, zbierała wywiady, obserwowała sekcje i operacje, najczęściej ran postrzałowych. Później na Oddziale Wewnętrznym już samodzielnie opiekowała się pacjentami.

Na zajęciach spotkała największą miłość swojego życia – także studenta medycyny Jerzego Jendryszka. Zaręczyli się i planowali ślub jesienią 1944 r.

Wybuchło jednak Powstanie Warszawskie. On, żołnierz podziemia, walczył i zginął 8 września w ruinach kina Colosseum przy Nowym Świecie. Ona, rozdzielona z matką, przez całe Powstanie opiekowała się rannymi w piwnicach domu, w którym mieszkała.

Po upadku Powstania tułała się po kraju, ale odnalazły się z matką i babcią. O śmierci narzeczonego dowiedziała się po wyzwoleniu, długo nie mogła uwierzyć w ten fakt.

Po powrocie do Warszawy Irena podjęła studia na Wydziale Medycznym, który wtedy znajdował się w budynku przy ul. Boremłowskiej na Grochowie (w tzw. Akademii Boremłowskiej). Lekarką została w 1949 r. Później specjalizowała się w pediatrii i oświacie zdrowotnej. Pracowała jako kierowniczka kolejno: w Wojewódzkim Ośrodku Matki i Dziecka, Wojewódzkim Zespole Przychodni Specjalistycznych, punkcie krwiodawstwa Szpitala im. Witolda Orłowskiego. Już na emeryturze 13 lat pracowała jako lekarz szkolny. Dwukrotnie wychodziła za mąż, ale całe życie pamięta swoją okupacyjną miłość.

W „Pulsie” nr 4 i 5/2008 r. drukowaliśmy historię życia dr Ireny Ćwiertni-Sitowskiej pod tytułem „Miłość w czasach okupacji”. Ona sama jest autorką wielu publikowanych w naszym miesięczniku artykułów, m.in. fragmentów pamiętnika.

Długie, bogate życie

Leonora Galica urodziła się w 1927 r. w rodzinie oficera Wojska Polskiego. W czasie okupacji ojciec był w konspiracji. Dla osoby wychowanej w duchu patriotyzmu udział w walce z okupantem był naturalną kolejną rzeczą. Gdy składała przysięgę jako żołnierz w Powstaniu Warszawskim, była jeszcze niepełnoletnia. Przeszła szkolenie sanitarne i z zakresu łączności. Miała pseudonim Maja i to imię pozostało jej na całe życie.

W Powstaniu walczyła w IV plutonie IV kompanii batalionu Tum, Zgrupowania „Kryśka”. Jej zgrupowanie broniło Przyczółka Czerniakowskiego, w miejscu najcięższych zmagañ.

– Pierwszy okres Powstania przebiegał jak wszędzie – wspomina dr Maja. – Odbijaliśmy Niemcom pozycje, zdobywaliśmy poszczególne domy. Była w nas nadzieja i byliśmy pewni zwycięstwa. W drugim miesiącu zaczął się odwrót, wycofywaliśmy się, traciliśmy teren. Na koniec został nam już tylko brzeg Wisły.



Mimo że trwał silny ostrzał, udało jej się przedostać na prawy brzeg rzeki, a następnie uniknąć radzieckiej niewoli. Wyjechała do Lublina i jesienią 1944 r. zaczęła studia na UMCS. – Wtedy nie istniał dla mnie żaden inny kierunek poza medycyną – mówi. – Po Powstaniu uważałam, że jedyną ważną w życiu rzeczą jest ratowanie ludzkiego życia.

Wędrując z Lublina, przez Łódź, do Poznania, ukończyła najpierw stomatologię, a później medycynę. W 1949 r. kilka miesięcy spędziła w gdańskim więzieniu, gdzie przesłuchiowano ją w sprawie przynależności do AK. Pierwszą pracę podjęła w Szczecinie i tam zaczęła się specjalizować w urologii, jako jedna z pierwszych kobiet.

W 1958 r. wyszła za mąż za Romana Zarembę, eksperta z zakresu prawa transportu morskiego, którego oddelegowano do Gwinei. Dr Maja podążyła za nim i wkrótce została jedynym chirurgiem w stolicy tego kraju – Konakri. Była powszechnie znana i szanowana, a uratowanie człowieka, niekiedy przywiezionego wprost z buszu, dawało jej olbrzymią satysfakcję. Oboje z mężem przeżyli niezapomniany czas w na wpół jeszcze kolonialnej Afryce, w której czuło się klimat jak z powieści Karen Blixen.

Po powrocie do kraju zamieszkali w Warszawie, a dr Maja doskonaliła się w urologii – ukończyła specjalizację. Praca męża jeszcze raz zawiadła ją zagranicę, tym razem do Indii.

Potem znów wróciła do urologii w klinice prof. Tadeusza Krzeskiego. Gdy zdrowie zaczęło szwankować, przeszła do ambulatoryjnej służby zdrowia, najpierw w przychodni dla szkół wyższych, a potem w lecznicy Ministerstwa Zdrowia. Stamtąd odeszła na emeryturę.

Dr Zarembina miała córkę Dinę, z męża Radziwiłł. Jedno z trojga wnucząt urodziło się z poważną wadą serca. Dzięki wielu staraniom udało się je uratować. Dina, znając trudności, na jakie napotykać rodzice chorych dzieci, założyła Fundację „Serce dziecka”, która prowadzi działania na rzecz dzieci z wadami i chorobami serca. Niestety, Dina zginęła w wypadku samochodowym, ale fundacja nadal działa. ■

Małgorzata Skarbek



Muzyka łagodzi obyczaje

Najlepszą psychoterapią jest możliwość słuchania dobrej muzyki. Takimi „lekarzami” są muzycy jazzowi, którzy stworzyli zespół Old Timers. W 2015 r. mija 50 lat od powstania tej wspaniałej muzycznej formacji. Występowała w wielu krajach świata. Przez pół wieku skład zespołu ulegał różnym zmianom, ale rdzeń pozostał nienaruszony. Liderem jest pianista – wirtuoz Wojciech Kamiński, na basie gra najmłodszy muzyk Andrzej Zielak, na perkusji Bogdan Kulik, na gitarze i banjo wokalista zespołu Paweł Tartanus, na trąbce Jerzy Kuszakiewicz, na klawirze Jerzy Galiński, a na puzonie weteran Zbigniew Konopczyński. Czasami do grupy dołącza znakomity saksofonista Marek Rudnicki.

Koleżankom i kolegom, czytelnikom „Pulsu”, może wydawać się dziwne, że Jurek Borowicz pisze o muzykach, zamiast o sprawach medycznych. Odpowiem krótko. Pracujemy ciężko. Spotykamy się z brakiem życzliwości pacjentów, urzędników MZ i NFZ. Jakimś rozwiązaniem i rozładowaniem naszych frustracji jest dobry jazz, a więc muzyka, która, jak pisał Waldorff, „łagodzi obyczaje”.

Na koncertach Old Timersów spotykam wielu lekarzy i profesorów medycyny (Dziaka, Meissnera, Rajszyasa). Słuchanie

profesjonalnego grania zespołu wprowadza w stan nirwany, kompletnego relaksu i upojenia piękną muzyką. Jazz z najwyższej półki. Pulsujący rytm i swing powodują, że ciało nasze bezwiednie zaczyna się kołysać, stresy ulatują w nicłość, a mózg doznaje całkowitego relaksu. Zapominam o wszystkim. Siedzę i upajam się muzyką.

60 lat pracuję w służbie zdrowia, a od 55 jestem lekarzem. Nigdy nie zostałem w pracy wyróżniony, nie otrzymałem żadnych medali lekarskich. Jedyne wyróżnienie – „Sprawny do pracy i obrony” – przyznała mi szkolna organizacja ZMP.

Ale dumny jestem z pewnego niecodziennego wyróżnienia. Otóż na jednym z koncertów lider zespołu Old Timers Wojciech Kamiński wyszedł na środek sceny i powiedział do mikrofonu: – *Teraz zagramy piękną balladę „Stardust”. Balladę tę dedykuję doktorowi Borowiczowi za jego postawę w ratowaniu mojego życia.* Byłem zaszokowany i wzruszony, że znalazł się ktoś, kto w taki miły sposób, w krótkim zdaniu ocenił pośrednio cały mój lekarski dorobek życia. Dedykuję Wojtku Tobie i wspinałbym muzykom Old Timersów. Życzę 100 lat grania! Wasza muzyka leczy. ■

Jerzy Borowicz



WARSZAWSKI
UNIVERSYTET
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są
dostępne na stronie

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

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

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

Prowadzimy studia podyplomowe:

- ☑ medycyna estetyczna
- ☑ metodologia badań klinicznych
- ☑ dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- ☑ żywienie kliniczne
- ☑ medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- ☑ dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- ☑ analityka medyczna
- ☑ seksuologia kliniczna
- ☑ seksuologia sądowa
- ☑ pomoc psychologiczna w medycynie
- ☑ propedeutyka psychologii klinicznej
- ☑ zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia

- ☑ zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia
- ☑ prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- ☑ zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych
- ☑ menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych
- ☑ menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych
- ☑ zarządzanie marketingiem medycznym
- ☑ prawo medyczne w ochronie zdrowia
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna w urazach sportowych – program podstawowy
- ☑ rehabilitacja ortopedyczna urazów sportowych w praktyce – program zaawansowany

Do biegu, gotowi, start!



Fot. R. Natorski

Trwają zapisy do 2. Otwartych Mazowieckich Mistrzostw Lekarzy w Półmaratonie, które odbędą się 21 czerwca w Radomiu. – *To nie tylko sportowa rywalizacja, ale także świetny sposób na zintegrowanie naszego środowiska* – przekonuje Dariusz Orczykowski, znany chirurg i jeden z pomysłodawców imprezy.

Zmagania lekarzy już po raz drugi będą towarzyszyć Półmaratonowi Radomskiego Czerwca'76 – biegowi organizowanemu dla upamiętnienia wydarzeń sprzed 39 lat, gdy robotnicy, protestujący przeciwko podwyżkom cen, wstrząsnęli komunistycz-

nym systemem. Trasa półmaratonu prowadzi ulicami, po których w czerwcu 1976 r. maszerowali manifestanci.

Uczestnicy biegu będą musieli pokonać dystans 21 kilometrów i 97,5 metra. – *Warto zmierzyć się z konkurentami i swoimi słabościami. Bieganie to najzdrowsza forma aktywności fizycznej* – twierdzi Dariusz Orczykowski, wielki miłośnik biegania.

W imprezie mogą wziąć udział lekarze z całej Polski, warunkiem jest posiadanie prawa wykonywania zawodu na terenie RP i aktualnych badań lekarskich oraz podpisanie oświadczenia o stanie zdrowia.

Zapisy chętnych prowadzone są do 18 czerwca na stronach internetowych: www.maratonypolskie.pl, www.datasport.pl, www.polmaratonradom.pl. 20 i 21 czerwca będzie można zgłosić swój akces w biurze zawodów. Opłata startowa wynosi: 40 zł (wpłata do 31 maja), 50 zł (wpłata do 17 czerwca) lub 60 zł (wpłata w biurze zawodów). Każdy uczestnik otrzyma pamiątkowy medal i koszulkę.

Organizatorami 2. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie są: Stowarzyszenie „Biegiem Radom!”, prezydent Radomia i Delegatura Radomska OIL w Warszawie.

Informacje o imprezie: <https://www.facebook.com/events/1557760754493594/> ■

raf

Sekcja Przygodowych Sportów Wytrzymałościowych zaprasza

Głównym celem działania sekcji jest popularyzacja w środowisku lekarskim rajdów przygodowych (wielodyscyplinarnych, zespołowych wyścigów na orientację) oraz dyscyplin z nimi związanych, m.in. triathlonu, wyścigów 24-godzinnych, wieloetapowych oraz na dystansach maratońskich, wspinaczki, narciarstwa biegowego i wysokogórskiego, kajakarstwa, raftingu. Sezon startowy trwa cały rok, a przygotowania, zwłaszcza te przeprowadzane w górach, dostarczają – obok korzyści zdrowotnych – mnóstwa pozytywnych wrażeń i odpoczynku od miejskiej codzienności.

Informacje: Tomasz Mikulski, e-mail: tomik@imdik.pan.pl, tel.: 692-489-955. ■

XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim

w klasie Omega

Morzyczyn, jezioro Miedwie, 19-21.06.2015 r.

Regaty rozgrywane będą na łodziach typu Omega, na zmienionych zasadach, w systemie przesiadkowym. Jak zwykle, podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek, zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę.

Zgłoszenia dokonuje się, wypełniając elektroniczny formularz zamieszczony na stronie: www.oil.szczecin.pl/artku/sport-kultura-i-rekreacja/xii-ogolnopolskie-mistrzostwa-izb-lekarskich-w-zeqlarstwie-klasa

w terminie do 22 maja 2015 r. ■

Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie Krajowe oferty pracy na 14 kwietnia 2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

alergologia	3	choroby wewnętrzne	26	laryngologia	3	ortopedia	9	stomatologia chir.	1
alergologia dziecięca	1	dermatologia	4	medycyna paliatywna	1	ortopedia dziecięca	1	stomatologia endodon.	2
andrologia	1	diabetologia	3	medycyna pracy	3	pediatria	18	stomatologia ortodon.	5
anestezjologia	3	endokrynologia	3	medycyna ratunkowa	4	proktologia	2	stomatologia pedod.	1
lekarz bez spec.	5	farmakologia kliniczna	1	medycyna rodzinna	21	psychiatria	2	stomatologia period.	2
chirurgia naczyniowa	2	gastroenterologia	5	medycyna sportowa	2	psychiatria dziecięca	1	stomatologia protetyka	4
chirurgia ogólna	5	ginekologia i poł.	5	neurochirurgia	1	radiologia	5	urologia	2
chirurgia onkologiczna	1	ginekologia dziecięca	1	neurologia	10	rehabilitacja med.	5	USG	6
chirurgia plastyczna	1	kardiologia	3	neurologia dziecięca	2	reumatologia	4		
choroby płuc	3	kardiologia dziecięca	3	okulistyka	5	stomatologia	6		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący Komisji ds. Pośrednictwa Pracy



VIII Ogólnopolski Jurajski Złot Lekarzy Motocyklistów

17–19 kwietnia odbył się już VIII Jurajski Złot Lekarzy Motocyklistów. Impreza rozpoczęła sezon motocyklowy, a jednocześnie zbiegła się w czasie ze spotkaniem bikerów na Jasnej Górze.

W 2015 r. naszą grupę z OIL w Warszawie, czyli DoctorRiders, reprezentowało trzech kolegów, co biorąc pod uwagę fatalną pogodę, nie było złym rezultatem. Program i organizacja zlotu stały jak zwykle na najwyższym poziomie, atmosfera, też jak zwykle, była wspaniała. W programie imprezy znalazły się: konkursy, wizyta w jednostce komandosów, prelekcja naszej koleżanki Ani, która sama podróżuje motocyklem w najbardziej egzotyczne części świata, testy motocykli BMW rozpalające zawsze nasze serca do czerwoności, gry, zabawy i spotkania. Jednym słowem, wspaniały weekend.

Do takiej formy spędzania czasu namawiam wszystkie koleżanki i kolegów. Zachęcam również do aktywności w naszym klubie DR. Sezon jest w tym roku niezwykle bogaty w imprezy, każdy znajdzie coś ciekawego i odpowiedniego do swoich umiejętności. Zapraszam! ■

Krzysztof Sankiewicz

Fot. K. Sankiewicz



25 lat samorządu lekarzy w mundurach

Uroczysta konferencja pod patronatem wicepremiera, ministra obrony narodowej Tomasza Siemoniaka była okazją do przypomnienia historii i roli samorządu lekarskiego w wojsku, a także wręczenia odznaczeń zasłużonym lekarzom i pracownikom Wojskowej Izby Lekarskiej.

– *Cały samorząd lekarski obchodzi 25-lecie reaktywacji izb lekarskich, również i my świętujemy jubileusz 25-lecia* – podkreślił Jan Sapieżko, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL. – *Nasza izba jest młoda. W poprzednich okresach takich tradycji w wojsku nie było. Jesteśmy jedynym samorządem zawodowym, który działa w resorcie obrony narodowej.*

„Izba wspiera proces kształcenia oraz doskonalenia kompetencji zawodowych wojskowego środowiska lekarskiego.

Zrzesza ponad 4 tys. lekarzy wypełniających swoje zawodowe postannictwo na rzecz resortu obrony narodowej” – napisał Maciej Jankowski, wiceminister obrony narodowej, w liście do uczestników konferencji. Grzegorz Gierlak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, zapewnił, że WIM, największa jednostka wojskowej służby zdrowia, jest do dyspozycji wszystkich lekarzy wojskowych, otwarta na potrzeby ich kształcenia.

– *Jesteśmy dumni, że Wojskowa Izba Lekarska działa na naszym terenie, i zaprzyjaźnieni z nią* – powiedział dr Andrzej Sawoni, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Gratulując jubileuszu, przekazał na ręce prezesa Jana Sapieżki Medal im. dr. Jerzego Moskwy, pierwszego przewodniczącego ORL w Warszawie. Warszawski samorząd lekarski przyznał to wyróżnienie Wojskowej Izbie Lekarskiej dla upamiętnienia 25-lecia jej istnienia. ■ **ach**

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).



Majeranek wraca do łask

Przypominanie starych dowcipów nie jest w najlepszym tonie, ale w tym przypadku historia o Icku i kozie nasuwa się nieodparcie.

Oto minister finansów Mateusz Szczurek wydał obowiązujące od grudnia 2014 r. kuriozalne rozporządzenie, w którym zakazał wprowadzania do jadłospisu barów mlecznych przypraw, w rodzaju majeranku, pieprzu, lubczyku, kalendarzy itp., pod groźbą utraty państwowej dotacji przysługującej jedynie daniom jarskim. Na niesfornych posypały się kary. Restrykcji uniknęła jedynie sól. Następnie na wniosek krakowskiej grupy inicjatywnej „Narodowy Bar Mleczny”, pod którym zebrano 2 tys. podpisów, 1 kwietnia 2015 r. uroczysto cofnął rozporządzenie. Żeby rzecz miała odpowiedni PR, minister osobiście pojawił się na Osiedlu Kazimierzowskim w Nowej Hucie, gdzie w blasku jupiterów telewizyjnych w barze mlecznym „Bieńczyce” skonsumował zupełnie pomidorową i stosownie „przyprawioną” pierogi.

Pomysł jest kapitalny. Lista narodowych przywilejów, których można by przejściowo pozbawić obywateli, jest długa. Ot, można by zamknąć co drugą przychodnię, tworząc monstrualną kolejkę do specjalistów, a potem ku radości pacjentów wrócić do stanu wyjściowego. Poczują ogromną ulgę! Albo można zlikwidować co drugi przystanek tramwajowy, a potem jedną decyzją genialnie usprawnić ruch w mieście. Most na Trasie Łazienkowskiej jest jakimś przedsmakiem dla mieszkańców stolicy, by zdali sobie sprawę, ile zyskają, gdy znów będą mogli z niego korzystać. W Krakowie rysuje się podobne udogodnienie w postaci jednokierunkowego ruchu wokół Plant. Nie wiadomo tylko, czemu ma obejmować wyłącznie ruch samochodowy, pozostawiając ruch pieszy samowolnym decyzjom. To niesprawiedliwe.

A w medycynie wydarzeniem była przede wszystkim skromna uroczystość (na 800 gości) w Operze Krakowskiej z okazji 122. rocznicy powstania Zachodnio-Galicyskiej Izby Lekarskiej, która to data zbiegła się nieprzypadkowo z 25-leciem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. A przypominam tę pierwszą, bo Sejm III Rzeczypospolitej nowelizacją ustawy o izbach lekarskich z 2 grudnia 2009 r. przywrócił ciągłość historyczną samorządowi lekarskiemu. Znaczy to ni mniej, ni więcej, że obchody 25-lecia właściwie w całej Polsce były kontekstu historycznego tylko częścią. I za trzy lata powinniśmy obchodzić 125-lecie izb lekarskich. Czy będziemy, nie wiem. Przypuszczam natomiast, że niektórym bardzo by się podobała ustawa z 1921 r., o „ustroju i zakresie działania izb lekarskich”, która m.in. pozwoliła prezesowi Krakowskiej Izby Stefanowi Schoengut-Strzemińskiemu sprawować swoją funkcję przez sześć kadencji.

Wiosna w Krakowie przyniosła też w organizacji medycyny istotną zmianę personalną. Stanowisko dyrektora największego uniwersyteckiego szpitala w Polsce (3400 zatrudnionych) objęła mgr Barbara Bulanowska, od sześciu lat pełniąca obowiązki dyrektora Oddziału Małopolskiego NFZ. Tej ostatniej funkcji jeszcze nie obsadzono, ale ruchy kadrowe jak zwykle wywołują falę komentarzy. Ja tutaj powstrzymam się od jakichkolwiek, przypominając jedynie wszystkim zdobywcom nowych stanowisk jeden z aforyzmów Stanisława Jerzego Leca: „każda śmietanka na deser jest bita”. ■

Stefan Ciepły



Patognomoniczny

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Jeden z profesorów pisze w liście do mnie, że coś złego dzieje się ze słowem *patognomoniczny*. Z jednej strony autorzy (i często redaktorzy prac medycznych) nie całkiem rozumieją jego znaczenie, z drugiej podają w postaci, która budzi wątpliwości, jako **patognomiczny*, **patognostyczny*, **patomnemoniczny*. Profesor przejrzał słowniki i stwierdził, że w „Wielkim słowniku wyrazów obcych PWN” (red. Mirosław Bańko, 2003) występuje słowo *patognomoniczny*, czyli takie, które było mu dobrze znane. Jest ono w tej postaci także w „Polskim słowniku medycznym” (red. Tadeusz Roźniatowski, PZWL 1981) oraz w „Słowniku wyrazów obcych” (red. Irena Kamińska-Szmal, Europa 2002). Podane wyżej słowa z gwiazdką, zdaniem profesora niepoprawne, widuje się także w licznych dzisiejszych pracach medycznych (artykułach, podręcznikach). Dlaczego?

Okazuje się, że o zgrozo w „Wielkim słowniku medycznym” (red. zbiorowa, PZWL 1996; jest to drugie wydanie „Polskiego słownika medycznego”) znajduje się zmieniony w porównaniu z wydaniem pierwszym artykuł hasłowy o następującej treści: *patognomiczny; patognomicus; specyficznie znamienne, wyróżniający dla danej choroby lub warunków chorobotwórczych*. W tekście tym wszystko jest źle. Wyrażenie **specyficznie znamienne* to pleonazm (poprawnie albo *specyficzny*, albo *znamienne*), po drugie chodzi o wskazywanie (diagnostyczne), a nie wyróżnianie, po trzecie wyraz ten nie dotyczy warunków chorobotwórczych, ale cech samej choroby lub zespołu chorobowego, do których należą także owe warunki.

Słowo to pochodzi z greckiego (*pato-* + *gnomonikos* = chorob- + wskazujący), wobec czego jego poprawną formą może być tylko *patognomoniczny*.

Definicję podaje słownik PWN: «*znamienne, charakterystyczny dla danej choroby*», ale należy ją uściślić przez dodanie istotnego dla lekarzy znaczenia: «*i dlatego z bardzo dużym prawdopodobieństwem wskazujący na jej obecność*».

Niepoprawny wyraz **patognostyczny* jest niewątpliwie połączeniem przedrostka *pato-* z morfemem *-gnostyczny*, sztucznie pobranym ze słowa „diagnostyczny”, który bardziej kojarzy się z gnozą niż diagnostyką.

Zastanawiające jest pojawianie się wyrazu *patomnemoniczny* (gr. *pato-* + *mneme* = chorob- + pamięć). Widziałem go w wielu tekstach anglojęzycznych jako zrost *pathomnemonic* (ang. *patho-* + *mnemonic* = chorob- + pamięciowy). Pewnego dnia został przez niefortunnego tłumacza mechanicznie spolszczony i przez niektórych przejęty. Podobnie błędnie spolszcza się czasem inne słowa, od dawna mające ugruntowane formy polskie, na przykład wyraz *plagiarism*, przekładany do postaci **plagiaryzm*, mimo że po polsku brzmi on przecież *plagiat*. Wyraz *patomnemoniczny* od strony słowotwórczej jest poprawny (w przeciwieństwie do **patognomiczny* i **patognostyczny*) i mógłby znaczyć «*pamiętający chorobę, jej skutki; zawierający ślady jakiejś patologii*», ale z kontekstów jednoznacznie wynika, że jest używany zamiast słowa *pathognomonic*, zatem niepoprawnie. ■

Popis młodych artystów

Poznaliśmy wyniki konkursu plastycznego „Uśmiechaj się przez całe życie”, zorganizowanego przez Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Młodzieżowy Dom Kultury w Radomiu.

To już trzeci konkurs, który odbywa się z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Podobnie jak w poprzednich latach, prace musiały nawiązywać do podstawowych zasad profilaktyki i higieny, a także podkreślać płynące z ich przestrzegania korzyści.

Młodzi artyści z pracowni plastycznych MDK doskonale poradzi sobie z zadaniem. – *Z zadowoleniem odnotowaliśmy ciekawą interpretację tematu, swobodne kompozycje bez schematów i dobry warsztat* – podkreślali przedstawiciele jury. Komisję tworzyli: Ewa Miękus-Pączek, lekarz dentysta i sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej, oraz artyści plastycy – Edyta Jaworska-Kowalska i Łukasz Rudecki.

Jury nie miało łatwego zadania, ponieważ na konkurs wpłynęło aż 125 prac wykonanych przez dzieci i młodzież w wieku od 4 do 13 lat. Nagrody przyznano w dwóch kategoriach wiekowych. W gronie najmłodszych uczestników uhonorowano: czteroletnią Aleksandrę Kaczmarczyk (pracowała pod opieką Magdaleny Grabijas-Brodnickiej), pięcioletnią Julię Miłosz (nauczyciel Ewa Banaszczyk), siedmioletnią Gabrielę



Fot. archiwum

Bojarską (nauczyciel Lidia Gawor) i siedmioletnią Igę Rus (nauczyciel Magdalena Grabijas-Brodnicka).

W starszej kategorii nagrodzono natomiast: ośmioletniego Aleksandra Góździa (nauczyciel Henryk Lech), dziesięcioletnią Maję Guzińską (nauczyciel Ewa Banaszczyk) oraz jedenastoletnią Ewę Dobielską (nauczyciel Ewa Banaszczyk).

Jury przyznało także dziesięć wyróżnień.

Młodzi artyści, ich rodzice oraz opiekunowie spotkali się na wernisażu pokonkursowej wystawy w siedzibie MDK. ■ raf

Ogólnopolski plener malarski

odbędzie się **7 czerwca br.** w ośrodku Szelment pod Suwałkami.

Organizatorem wyjazdu jest przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów Włodzimierz Cerański, tel. 22-542-83-33 (w godz. pracy biura OIL).

Pracownia malarska w Okręgowej Izbie Lekarzy w Warszawie, ul. Puławska 18, jest czynna w poniedziałki i czwartki od godz. 11.00 do 15.00. ■

Wpadną goście

Dariusz Hankiewicz

Co przygotować szybciej z dostępnych w sklepie artykułów? Może by tak pierogi tortellini – tradycyjne włoskie pierożki z nadzieniem mięsny, grzybowy bądź serowym. Mogą być też z włoską szynką prosciutto. Duże znaczenie ma to, że ciasto jest zrobione z mąki z pszenicy durum. Do sałatki polecam tortellini z nadzieniem mięsny (dla wegetarian mogą być z serem ricotta, wtedy na koniec nie dodajemy sera typu feta, ale zwiększamy ilość jarzyn, np. o świeżego, wypestkowanego ogórka lub/i pomidora).

Porcja dla 3–4 osób

- 1 opakowanie pierożków tortellini (około 150–200 g suchego produktu)
- 100–150 g szynki prasowanej lub drobiowej
- 1/2 średniej sałaty pekińskiej
- 1 puszka kukurydzy
- 1 puszka krojonego ananasa
- 3/4 kostki sera typu feta
- 1/2 świeżej czerwonej papryki słodkiej
- 1/2 pęczka pietruszki lub koperku
- 2 łyżki majonezu
- 2 łyżki jogurtu
- 1 łyżka musztardy kremowej, sól i pieprz do smaku

Pierożki ugotować *al dente* (woda lekko osolona, z dodatkiem łyżki oliwy), ostudzić. Do miski wrzucić pokrojone w kostkę około 1,5 x 1,5 cm paprykę i ananas, drobno pokrojoną szynkę, na końcu – sałatę. Dodać odcedzoną kukurydzę (można ją zastąpić groszkiem konserwowym, sałatka będzie delikatniejsza w smaku) i posiekaną pietruszkę lub koperkę. Połączyć z majonezem, musztardą i jogurtem. Wymieszać, odstawić na 30 minut do lodówki. Przed podaniem dodać pokrojony w kostkę około 1 x 1 cm ser typu feta, delikatnie wymieszać i sprawdzić, czy potrzebna jest sól i pieprz.



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



Fot. D. Hankiewicz

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,

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

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



Roman Olszewski,
skarbnik ORL w Warszawie

Indywidualne subkonta składkowe

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

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

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

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

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

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

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

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

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

Weryfikacją lekarza, pragnącego skorzystać z bezpłatnej
pomocy prawnej, będzie podanie numeru „Prawa Wykonywania 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, karnoskarbowym,
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

5 czerwca 2015 r. biuro Izby będzie nieczynne.

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

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

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

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

OIL w Warszawie zapewnia swoim członkom **bezpłatny dostęp do portalu BHP, Ochrony Środowiska i Prawa Pracy**. Serwis zawiera pełną bazę wiedzy wraz z edytowalnymi wzorami wymaganych dokumentów, platformę kontaktu z ekspertami, sekcję szkoleń e-learningowych (można uzyskać zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego BHP i ppoż. po zdaniu egzaminu).

Z serwisu mogą korzystać wyłącznie członkowie OIL Warszawa, wymaga to wstępnej rejestracji w systemie. Do rejestracji potrzebny jest numer prawa wykonywania zawodu i PESEL. Podanie adresu e-mail umożliwi wysłanie zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP w postaci elektronicznej. Zapraszamy i zachęcamy do korzystania z naszej usługi: <http://preventmed.pl>. Prosimy o przysyłanie na adres opinia@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 dentyistów, którzy chcieliby skorzystać z naszej skromnej bazy noclegowej. Do dyspozycji są trzy pokoje dwuosobowe, każdy z osobną łazienką i telewizją kablową.

Naszą propozycję składamy również innym izbom lekarskim, a także Koleżankom i Kolegom z Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Informacje znajdują Państwo na stronie internetowej OIL w Warszawie: www.oilwaw.org.pl.

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

hotel@oilwaw.org.pl

Tadeusz Pawlikowski



Gauchos z Argentyny

Jacek Walczak



Jednym z najważniejszych symboli Argentyny są *gauchos* (gauczowie), dumni pobratymcy kowbojów z Ameryki Północnej, stanowiący istotny element charakteru narodowego i kultury. Pojawiały się rozmaite tłumaczenia nazwy *gaucho*. Ponoć pochodziła z różnych języków: francuskiego, portugalskiego, baskijskiego, a nawet arabskiego. Jednak najprawdopodobniej słowo to wywodzi się z miejscowych dialektów keczuańskich oraz araukańskich i było określeniem sieroty. Pierwszymi *gauchos* byli najczęściej potomkowie przybyszów z Hiszpanii i indiańskich kobiet – *mestizos*. Niektórzy mieli domieszkę krwi afrykańskiej. Konie i bydło, które uciekały z licznie zakładanych jeszcze w XVI w. hiszpańskich osad, na przestrzeni wieków rozmnażały się wyjątkowo szybko, tworząc niezliczone zdziczałe stada. Takie warunki zrodziły subkulturę *gauchos*. Wylapanie i oswojone konie służyły do zaganiań bydła. Daleko było jeszcze do czasów, kiedy Argentyna stała się głównym dostawcą wołowiny na rynki światowe. Początkowo mięso miało niewielką wartość handlową, nie dopracowano bowiem jeszcze metod konserwacji i eksportu. Marnotrawstwo wołowiny osiągnęło niebywałą skalę. Jedynie nieulegające zepsuciu produkty, takie jak skóra i łoż, były źródłem dochodów *gauchos*. Prawdziwy *gaucho* prędeż zrezygnuje z kawałka wołowiny, niż z wypicia *yerba mate*. Jest to napar z rozdrobnionych liści ostrokrzewu paragwajskiego (*Ilex paraguariensis*) uprawianego na podzwrotnikowym północnym wschodzie Argentyny. Napój ma zastosowanie raczej domowe, wręcz rytualne, niż komercyjne. Dzisiaj niezwykle trudno natrafić na prawdziwy rytuał przygotowania *mate*. Mistrz ceremonii (*celebrador*) umieszcza w misternie zdobionej tykwie wysuszoną *yerba* i zalewa gorącą, ale nie wrzącą wodą. Pierwszą, zbyt ciepłą, porcję wylewa się. Po następnym

zalaniu puszcza się tykwę w obieg, zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Wszyscy piją przez tę samą *bombillę*, metalową rurkę do sączenia. Tykwa jest wielokrotnie zalewana świeżą wodą. Ceremonia kończy się, kiedy ostatnia osoba powie *gracias*.

Przyzwyczajeni do anarchii i wolności *gauchos* wiedli bardzo prosty żywot. Nie mieli większych potrzeb, a często poza koniem, siodłem i nożem nie posiadali nic. Po wyczerpującej pracy spędzali czas głównie na picu i hazardzie. W takiej atmosferze pojawiała się często kolejna rozrywka, bójka na noże. Mieszkańcy miast z przerażeniem notowali pełne przemocy życie *gauchos*. Oni z kolei z pogardą odnosili się do zniewolonego życia mieszczuchów.

Legendą obrosły umiejętności jeździeckie *gauchos*. Mówiono, że *gaucho* bez konia, to *gaucho* bez nóg. Wszystkie czynności, od mycia po polowanie, wykonywali, siedząc na koniu. Początkowo do polowań używali indiańskich wynalazków – *lassa* i *boleadores*, czyli trzech kamiennych bądź metalowych kul połączonych rzemieniami. Posługiwali się tymi narzędziami z fantastyczną zręcznością, by podciąć nogi uciekającym zwierzętom. Ich ubiory miały zapewnić wygodę w niezwykle trudnych warunkach, ale też nie były pozbawione fantazji. Podczas konnej jazdy doskonale spełniała swoje zadanie *chiripa*, luźny kawał materiału związany niczym pielucha między nogami. Noszono ją z długimi rajtuzami ozdobionymi frędzlami. Z czasem zastąpiły ją *bambachas*, rodzaj spodni zapinanych u dołu, które wpuszczano w buty. Pierwsze buty robiono z jednego kawałka skóry ściąganej z końskiej nogi. Później *gauchos* chętnie nosili gotowe buty z podeszwami, kupowane w sklepie. Wokół pasa zawijali wełnianą szarfę *faja*. Niezastąpiony podczas



Fotografie: J. Walczak



długich jazd konno był skórzany pas *rastra*. Szeroki i sztyw-
ny, zdobiony monetami, stanowił doskonałe podparcie krę-
gostupa. Z tyłu między szarfę i pas *gaucho* wsuwał nóż
facón, najbardziej obok konia cenioną rzecz. Bogato zdo-
biony, często srebrem, używany był do zabijania zwierząt,
ściągnięcia skór, kastrowania, jedzenia, obrony i wielu in-
nych celów. Strój uzupełniały: kapelusz, chusta na szyi,
ostrog i kamizelka używana tylko na specjalne okazje. Na
to wszystko nakładano grube, wełniane ponczo, które słu-
żyło jako płaszcz przeciwdeszczowy, koc do spania, a tak-
że jako znakomita osłona podczas bójek na noże. Do jazdy
konnej niezbędne było siodło o specjalnej konstrukcji, wy-
konane z wełnianych derek, rzemieni i tłoczonej skóry. Ca-
łość pokrywała owcza skóra, która miała zapewnić odrobi-
nę komfortu w czasie dalekich podróży. Na pampasach,
gdzie nie brakowało ciernistych krzaków i ostów, używano
guardamontes, rozszerzanych do dołu ochraniaczy z gru-
bej skóry. Niezbędnym atrybutem *gaucho* było *rebenque*,
solidna szpicruta pleciana ze skóry.

Z czasem ogromne obszary pampasów przechodziły w pry-
watne ręce. *Gauchos* stali się przeszkodą w rozwoju pań-

stwa. Przyzwyczajeni do nieograniczonej swobody, z ogrom-
nymi oporami poddawali się nowej władzy. Tylko niektórzy
rezygnowali ze swojej dumy, najmuąc się do pracy u wła-
ścicieli ziemskich i hodowców bydła. Z wolnych ludzi *gau-
chos* stali się intruzami i złodziejami bydła. W rodzących się
licznie *estanciach* zatrudniani byli do zaganiań stad, opra-
ządzania i znakowania bydła. Jednak nawet wtedy zachow-
wali resztki dumy, odmawiając wykonywania prac uważa-
nych za poniżające. Stawianie płotów, kopanie rowów,
sadzenie drzew pozostawili coraz liczniej przybywającym
emigrantom z Europy.

Dla *gauchos* nadchodziły coraz trudniejsze czasy. Na chwilę
znaleźli nowe zajęcia, bo potężni *estancieros* potrzebowali
wsparcia prawie regularnych oddziałów *gauchos*. Później byli
nawet powoływani przez rząd krajowy. Dzięki ich nieoc-
nionym usługom Argentyna dwukrotnie odparła atak wojsk
brytyjskich na początku XIX w. Nie mniejsze zasługi miały
szwadrony *gauchos* w wojnie o niepodległość kraju.

Historycy twierdzą, że prawdziwi *gauchos* przestali istnieć
z końcem XIX w. Przetrwały za to tradycja, duma i dusza
gauchos, szczególnie widoczne w kulturze Argentyny. ■



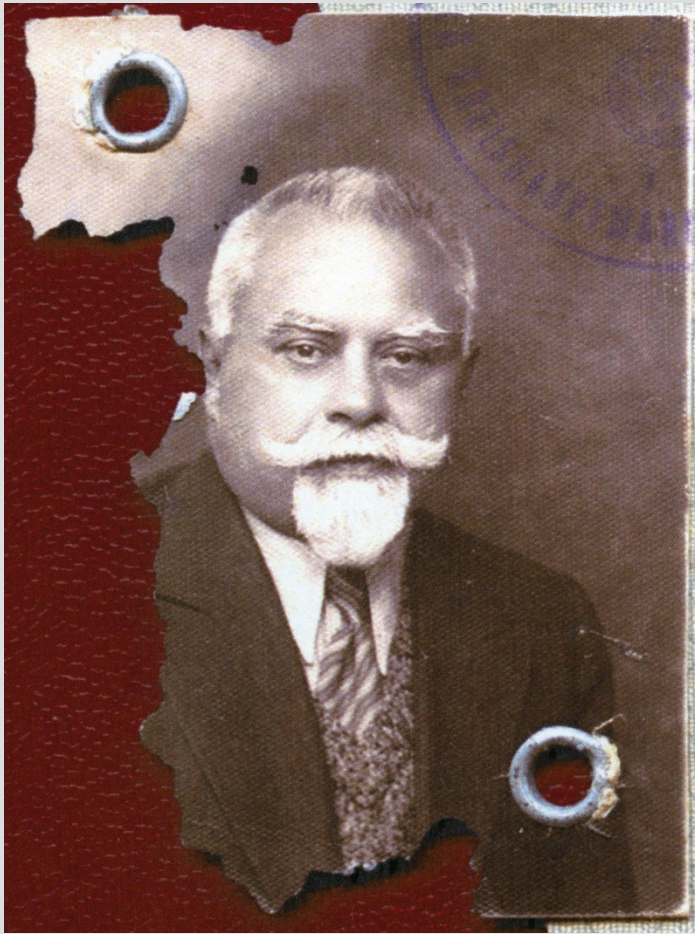
VI Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

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



Lekarz bibliofil

Muzeum Historii Medycyny zorganizowało wieczór poświęcony pamięci wspaniałego lekarza, pamiętnikarza i bibliofila **dr. Zygmunta Klukowskiego**.

Urodzony w Odessie, wychowany i wykształcony w Moskwie, ale w niezwykle patriotycznej rodzinie polskiej, po I wojnie światowej przybywa do kraju. Osiedla w Szczepieszynie, w którym nie tylko leczy, ale też animuje życie kulturalne. Wzorem swoich przodków, którzy od początku XIX w. byli bibliotekarzami i bibliofilami, poświęca się zbieraniu książek, w tym druków starych i unikatowych oraz materiałów dotyczących historii medycyny. Jego zbiór liczył około 8 tys. woluminów. Zakłada Koło Miłośników Książki w Zamościu, wydaje tomiki poetyckie i kwartalnik „Teki Zamojska”. Niepozabawiony poczuciem humoru, jest też duszą towarzystwa.

I przez wiele lat pisze pamiętniki. Robi to także w czasie okupacji, niezwykle wnikliwie i prawdziwie opisuje szczegóły okupacji na prowincji, świadectwa prześladowania, zagładę Żydów oraz gromadzi dokumenty ruchu oporu na Zamojszczyźnie. Jednocześnie jest członkiem najpierw ZWZ, a potem AK, leczy i przechowuje rannych partyzantów.

Po wojnie wydaje „Materiały do dziejów Zamojszczyzny w latach 1939–1944”, które wykorzystano w jednym z procesów norymberskich. Za działalność podziemną aresztowany i skazany na dziesięć lat więzienia. Jego przybranego syna Tadeusza zamordowano w więzieniu przy ul. Rakowieckiej.

Dopiero w 1956 r. Zygmunt Klukowski został zrehabilitowany. W 1958 r. wydał „Dzienniki z lat okupacji” uznane za najlepszy zapis najnowszej historii. Zmarł w 1959 r.

Był dwukrotnie odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

mkr



Zbigniew Sitowski
(1921–1985)

Śmierć osoby najbliższej dotyka każdego z nas, w sercach pozostawia smutek, żal. Przychodzą takie chwile, kiedy tęsknota odżywa na nowo.

W 30. rocznicę śmierci Zbigniewa Sitowskiego wspominał Go, jako świetnego ojca, przyjaciela, dziadka. Człowieka, który kochał ludzi, służył im pomocą w dziedzinie wiedzy medycznej, a także prywatnie.

Zbigniew Jan Antoni Sitowski urodził się 16 stycznia 1921 r. w Poznaniu. Rodzice: Karol Sitowski i Franciszka Walentyna Zając, mieli wykształcenie prawnicze.

Ukończył gimnazjum Stanisława Staszica w Warszawie. Od roku 1941 uczęszczał do Szkoły Sanitarnej doc. Jana Zaorskiego, która była utajnionym wydziałem lekarskim. 27 lipca 1946 r. otrzymał absolutorium Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Pracę zawodową rozpoczął w Klinice Skórno-Wenerycznej prowadzonej przez prof. Mariana Grzybowskię. 12 czerwca 1946 r. zawarł związek małżeński z absolwentką Wydziału Lekarskiego Ireną Ćwiertnią. W marcu 1948 r. urodził się im syn Ryszard.

Zbigniew pracował w ambulatorium i jednocześnie zajmował się tłumaczeniami nowości medycznych dla prof. Mariana Grzybowskię. Dyplom lekarza otrzymał w marcu 1949 r., w czerwcu został powołany do służby wojskowej. Po odbyciu przeszkolenia w Łagiewnikach pod Łodzią, na kursie doskonalenia dla oficerów służby zdrowia, został skierowany do Orzysza, a następnie przeniesiono Go do Żar koło Żagania i w końcu do Modlina.

Po powrocie do Warszawy pracował w Wojskowym Szpitalu Okręgowym przy ul. Nowowiejskiej, na Oddziale Skórno-Wenerycznym, aż do zwolnienia ze służby wojskowej z powodu przewlekłej choroby.

Po odejściu z wojska został zatrudniony w stołecznych placówkach służby zdrowia na Pradze, przy ul. Jagiellońskiej, na pl. Leńskiego (obecnie Hallera) oraz przy ul. Radzywińskiej na Targówku. Rano przyjmował pacjentów w poradni skórno-wenerycznej przy ul. Noakowskiego, a wieczorem, przez wiele lat – w gabinecie prywatnym na Nowym Świecie.

W 1978 r. małżeństwo z żoną Ireną zostało rozwiązane rozwodem. Zbigniew zawarł ponownie związek małżeński w roku 1980.

W weekendy realizował swoje hobby – wyjazdy samochodem za miasto, z całą rodziną. Urlopy spędzał w ciepłych krajach. Kochał także dobre kino.

Zmarł nagle po powrocie z pracy 27 lutego 1985 r.

Cześć Jego pamięci.

Ryszard Sitowski



**Teresa
Podgórna
(1952–2015)**

10 marca 2015 r. opuściła nas na zawsze po ciężkiej chorobie dr Teresa Podgórna, z domu Kowalska.

Teresę poznałem na pierwszym roku studiów I Wydziału

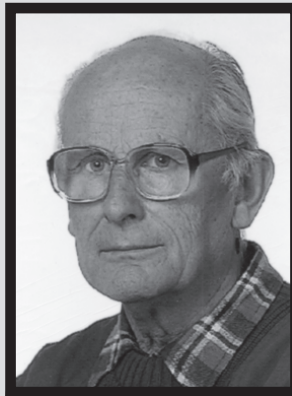
Lekarskiego Warszawskiej Akademii Medycznej. Przyjechała z Lublina, gdzie rozpoczynała studia, ale ze względów rodzinnych musiała przenieść się do Warszawy. Wraz z kilkoma osobami stworzyliśmy grupę, która spędzała ze sobą wiele czasu zarówno podczas roku akademickiego, jak i wakacji. Tak było przez sześć lat nauki. Gdy otrzymaliśmy dyplomy lekarskie, nasze zawodowe drogi się rozeszły, nadal jednak związki towarzyskie, przyjacielskie były bardzo silne.

Dr Teresa Podgórna rozpoczęła pracę i specjalizację na Oddziale Neonatologii. Jej celem było uzyskanie tej specjalizacji i praca z małymi, często bardzo małymi pacjentami. Wyszła za męża, a obowiązki męża zmusiły ją do czasowego zaprzestania pracy zawodowej. Wiele lat spędziła w Tunezji i Holandii. W tym czasie urodziła dwoje dzieci: Borysa i Kaję. Po powrocie do Polski nie kontynuowała specjalizacji, którą wcześniej rozpoczęła, ale przeniosiła swoje zainteresowania i pasję zawodową na radiologię. Podjęła pracę w I Zakładzie Radiologii przy ul. Chałubińskiego. Tam uzyskała specjalizację w tej dziedzinie. W ciągu ostatnich lat związana była zawodowo ze Spółdzielnią Lekarzy Radiologów przy ul. Waryńskiego. Warszawskie środowisko medyczne znało ją jako wybitną specjalistkę i niekwestionowany autorytet w radiologii ortopedycznej.

Nasze kontakty były bardzo bliskie. Liczne spotkania rodzinne, wspólne wieczory w klubach muzycznych, nieprzespane noce przy stoliku brydżowym trwały przez wiele lat. Wspólne wyjazdy wakacyjne z dziećmi były standardem. W ostatnich kilkunastu latach obowiązkowo wspólnie odbywaliśmy rejsy morskie na południu Europy. Ukończenie rejsu było zaczynem do organizowania kolejnego, w następnym roku. W czasie tych wspólnych wyjazdów Teresa była zawsze osobą, która nadawała pogodny ton i potrafiła oceniać realnie grożące ryzyko czy możliwość wystąpienia niebezpiecznych sytuacji. Była osobą ciepłą, ale potrafiła zdecydowanie reagować, nie stroniąc od używania w skrajnych sytuacjach mocnych słów. Robiła to jednak z takim wdziękiem, że nie mogła w najmniejszym stopniu urazić innych. Nawet w sytuacjach niemiłych umiała swoim zachowaniem i komentarzem całkowicie zniwelować złe wrażenia.

Przed dwoma laty zachorowała. Była w ciężkim stanie. Konieczna była operacja serca. Zniosła ją dobrze. Po okresie rehabilitacji wróciła do swoich codziennych zajęć zawodowych i rodzinnych. Pojawiło się kolejne pokolenie, tak że Babcia Teresa mogła zacząć się spełniać w nowej roli, której poświęciła się całkowicie. Pod koniec ubiegłego roku choroba odezwała się ponownie. Teresa podjęła walkę. Niestety, powikłania choroby nie dały jej szans na wygraną. Odeszła. Stało się to zbyt wcześnie i zbyt szybko. Mimo mijającego czasu, czujemy stale jej brak.

Prof. dr hab. n. med. Jacek Pawlak



**Jacek
Trzebicki
(1931–2014)**

Zbliża się pierwsza rocznica śmierci naszego nieodżałowanego Kolegi, Dr. Jacka Trzebickiego.

Był lekarzem radiologiem zajmującym się głównie bada-

niami struktur centralnego układu nerwowego. W środowisku radiologów i klinicystów z Nim współpracujących biegłość Jacka w wykonywaniu badań neuroradiologicznych oraz ich interpretacji jest bardzo dobrze oceniana. Mniej znane są natomiast cechy Jego bogatej osobowości. Poczuję się zatem do obowiązku, aby je w skrócie przypomnieć.

Należał do pokolenia, które – żyjąc w Europie Wschodniej w pierwszej połowie XX w. – doświadczało wielu dramatycznych wydarzeń. Po II wojnie światowej, wcześniej osierocony, pozbawiony wszystkiego, co posiadali rodzice, znalazł schronienie u babci w Otrębusach.

Spotkaliśmy się na studiach w Akademii Medycznej w Warszawie w okresie 1951–1957. Już wówczas przekonałem się, że zachował wyniesioną zapewne z rodzinnego domu wiarę w szlachetność i dobroć ludzkiej natury. W swoim dorosłym życiu wyznawał i konsekwentnie realizował dwa priorytety: troskę o dobro rodziny i pracę na rzecz pacjenta. W Jego postawie lekarskiej dominowały odpowiedzialność i troska o chorego. Miał rzadko spotykane cechy charakteru – zawsze pogodny, nigdy nie narzekał, skromny i życzliwy, pozbawiony niskich uczuć zazdrości i nienawiści, a przy tym miły i dowcipny. Kochał dzieci i natychmiast w każdym towarzystwie zyskiwał ich sympatię. Szanował środowisko naturalne. Wiele przyjemności sprawiało Mu bliskie obcowanie z przyrodą. Działka rekreacyjna, którą mieli Państwo Trzebickcy na skraju Puszczy Kampinoskiej, była Jego Edenem.

Dla wielu z nas był człowiekiem niezwykłym, rzadko spotykanym na przełomie XX i XXI w. Przez wiele lat przechowywał ukryte gdzieś głęboko w sercu ideały polskiej literatury narodowo-romantycznej oraz harcerstwa z okresu Pierwszej Rzeczypospolitej i postępował zgodnie z nimi.

Takim Go widziałem i taki Jego obraz zachowam w pamięci.

Prof. dr hab. med. Bogdan Pruszyński



Z żalem żegnamy Naszego Przyjaciela
śp.

Leszka Szymańczyka

okulistę.

Leszku, będzie nam brakowało Ciebie
i Twojego poczucia humoru,
którym ubarwiałeś nasze spotkania.

Koleżanki i koledzy
ze studiów
w latach 1945–1950

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

Moje adresy CZ. 7

Irena Ćwiertnia-Sitowska

27 września 1944 r. ogłoszono kapitulację Mokotowa. Pamiętam, jak otworzyły się drzwi do piwnicy i usłyszeliśmy głos Niemca ryczącego „*raus!*”. Pędzono nas ul. Ursynowską, na której płonęły podpalone wille. Na Polu Mokotowskim leżały rozdęte ciała poległych powstańców. Zatrzymano nas na Służewcu. Spędziliśmy noc pod gołym niebem. Rano załadowano nas do towarowych wagonów i przewieziono do Pruszkowa, do obozu urzędowego na terenie warsztatów kolejowych PKP. Od 6 sierpnia do 10 października 1944 r. przez ten obóz przeszło 550 tys. warszawiaków. 31 września udało mi się dostać do transportu ludzi starych i niepełnosprawnych (miałam na kolanie dużą bliznę, więc udawałam, że noga jest sztywna), który miał być wywieziony nie na teren Rzeszy, ale na południe Generalnej Guberni. Jechaliśmy przez dwie doby odkrytym bydłowym wagonem, którego nie wolno nam było opuszczać. Rano 2 października wysiedliśmy w Wolbromiu. Ledwie żywych zawieziono nas ze stacji furmankami do miasteczka. Mnie przydzielono do zasobnego domu przy ul. Miechowskiej 34, którego właściciele posiadali małą fabryczkę mebli. Zachorowałam, miałam wysoką temperaturę. Lekarz stwierdził anginę i przepisał leki. Gospodarze kurowali mnie i pielęgowali przez kilka dni. Przebywałam u nich przez trzy tygodnie, potem przedostałam się do Skąły. Dowiedziałam się, że ma być tam otwarty szpital, miałam nadzieję otrzymania w nim pracy. Po przyjeździe do Skąły noc spędziłam u pewnego lekarza, który został wysiedlony z własnego domu zaraz po wkroczeniu Niemców do Polski i przyłączeniu województwa poznańskiego do Rzeszy Niemieckiej. Po przebudzeniu rano przyglądałam się wiszącym fotografiom przedstawiającym poznańskie mieszkanie lekarza. Wypełnione było chippendale’owskimi meblami. Zrobiło mi się bardzo przykro, takie meble zostawiłam w mieszkaniu przy Puławskiej w Warszawie. Burmistrz Skąły zaprowadził mnie do domu nauczyciela przy ul. Olkuskiej. Zamieszkałam w przechodnim pokoju, w którym na środku stał fortepian. Uczyłam dzieci czytać i pisać, udzielałam lekcji łaciny i niemieckiego przygotowującemu się do egzaminu uczniowi. Po trzech miesiącach, przez biuro ZUS, odnalazła mnie mama, przywiozła też babcię z Łowicza. Zajęłyśmy się pracą, aby zdobyć trochę pieniędzy i nie być na niczyjej łasce. Mama robiła swetry na drutach, babcia szyła, z początku ręcznie, potem na pożyczonej maszynie. Ja uczyłam dzieci, robiłam zastrzyki i masaże. Po pewnym czasie przeprowadziłyśmy się za miasto. Mieszkałyśmy u rolnika, nazywał się Glinka. Podczas srogich mrozów mała koza nie była w stanie ogrzać naszego pokoju.

Nadszedł 17 stycznia 1945 r. Przez okno wychodzące na szosę zobaczyłam uciekających Niemców i ścigających ich Rosjan. Po wkroczeniu Sowieców przeczytałam w gazecie, że Jan Mulak, cioteczny brat mojej mamy, przebywa w Krakowie i zamierza redagować pismo „Naprzód”. Władze zarządziły wymianę pieniędzy. Pojechałam więc saniami do Krakowa. Po dokonanej wymianie odszukałam Janka w siedzibie PPS.



Z Kysią i jej matką, 1932 r.

Fotografie: archiwum rodzinne

Zaproponował, bym z mamą przeniosła się do niego. Babcia, korzystając z okazji, wcześniej pojechała w kierunku Warszawy. Przeniosłam się do kuzyna, któremu przydzielono trzypokojowe mieszkanie przy ul. Szlak. Lokal był umeblowany, ale brak było m.in. materacy, pościeli, naczyń. Mama wkrótce pojechała do Warszawy, by zorientować się w możliwościach powrotu do stolicy. Zaczęłam szukać kontaktu na Uniwersytecie Jagiellońskim i zastawiałam się nad kontynuowaniem studiów medycznych w Krakowie. Inauguracja roku akademickiego na UJ odbyła się 22 marca 1945 r.

Nie mieliśmy żadnych wiadomości o babci Józii. Kiedy mama wróciła z Warszawy, z jej poszarzałej twarzy wyczytałam nieszczęście.



Częstochowa, 1939 r.

Podczas Powstania, 8 sierpnia 1944 r., w gmachu opery Niemcy rozstrzelali 350 warszawiaków, wśród nich był mój kochany dziadzius Jan. 8 września zginął Jerzy Jendrysek, z którym byłam zaręczona od 26 marca 1944 r. Mimo tragicznych wydarzeń, postanowiliśmy powrócić do Warszawy. 2 marca 1945 r. prawie wniesione przez zwarty tłum znalazłyśmy się w pociągu jadącym do stolicy. Podczas podróży stałyśmy dosłownie na jednej nodze. Na Dworcze Zachodnim kazano nam opuścić wagon. Po śniegu i lodzie, ulicami zawalonymi gruzami aż po pierwsze piętro, dźwigając na plecach ciężkie paczki, dobrnęłyśmy nad brzeg Wisły. Zobaczyłam ruiny Zamku Królewskiego i leżący na śniegu posąg króla Zygmunta III zwalony z kolumny. Widok był przerażający. ■



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

Ustawa z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2014 r., poz. 1491, która weszła w życie 15 listopada 2014 r., wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, str. 45).

Ustawa zmienia przepisy w zakresie prowadzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą (podmioty lecznicze, lekarze prowadzący praktyki lekarskie), nowelizując ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, podaje:

- szczegółowe informacje na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacje dotyczące stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod,
- niezbędne informacje na temat zawartych umów ubezpieczenia,
- informacje objęte wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż RP państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń.

Dane przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

Aktualne informacje zawarte w regulaminie organizacyjnym, dotyczące rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, **podaje się do wiadomości pacjentów przez wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązane go do jego prowadzenia.**

Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący

działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

Rachunek powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości pacjentów. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

20 lutego 2015 r. zostało opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia z 20 lutego 2015 r., poz. 9, obwieszczenie ministra zdrowia z 20 lutego 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, obowiązującego od 1 marca 2015 r.

4 marca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 298, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 20 lutego 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

5 marca 2015 r. zostało opublikowane w Monitorze Polskim z 2015 r., poz. 251, obwieszczenie ministra pracy i polityki społecznej z 26 lutego 2015 r. w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

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

12 marca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 345, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 20 lutego 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

23 marca 2015 r. zostało opublikowane w Monitorze Polskim z 2015 r., poz. 282, obwieszczenie ministra zdrowia z 10 marca 2015 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych ministrowi zdrowia lub przez niego nadzorowanych.

7 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 6 marca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz związku śmierci żołnierzy ze służbą wojskową wskutek wypadku lub choroby, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 404.

Projekt orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej, ustalający związek śmierci ze służbą wojskową, przed wydaniem podlega zatwierdzeniu przez Centralną Wojskową Komisję Lekarską.

W razie zatwierdzenia projektu orzeczenia wojskowa komisja lekarska wydaje orzeczenie w brzmieniu zatwierdzonego projektu i doręcza je osobie uprawnionej do odszkodowania.

W razie niezatwierdzenia orzeczenia Centralna Wojskowa Komisja Lekarska zarządza ponowne rozpatrzenie sprawy i wydanie nowego orzeczenia przez komisję, której orzeczenie nie zostało zatwierdzone, z uwzględnieniem jej stanowiska.

Od orzeczenia, wydanego przez wojskową komisję lekarską osobie uprawnionej do odszkodowania, przysługuje odwołanie.

Odwołanie wnosi się do Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej za pośrednictwem wojskowej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

Wojskowa komisja lekarska rozpatrująca odwołanie orzeka na podstawie dokumentacji znajdującej się w aktach orzeczniczo-lekarskich. W razie potrzeby może przeprowadzić ponowne badania lekarskie lub skierować żołnierza na obserwację szpitalną. Komisja może również przeprowadzić dodatkowe postępowanie w celu uzupełnienia dowodów i materiałów w sprawie albo zlecić przeprowadzenie tego postępowania komisji, która wydała orzeczenie.

10 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 10 marca 2015 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 438.

Wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, składanego przez:

– świadczeniobiorcę, w przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia,

– przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Dotychczasowe wzory oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej mogą być stosowane, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, z wyłączeniem przypadków, gdy oświadczenie składa świadczeniobiorca posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który uzyskał w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w celu połączenia się z rodziną, po spełnieniu warunków określonych w ustawie o cudzoziemcach, lub oświadczenie jest składane w imieniu tego świadczeniobiorcy.

14 kwietnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 458.

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 (redaktor Biuletynu OIL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Stefan Cieply, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, 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-Szłaga

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

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

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

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

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

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

Okręgowa Komisja Rewizyjna

przewodnicząca Aleksandra Dziarczykowska-Kopec
tel. 22-542-83-64

prac. biura: Julita Kwatyniec; 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 Paluszkiewicz

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: 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

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 Lekarzy – kierownik Tadeusz Pawlikowski; tel. 22-542-83-82



Jesteś uczestnikiem
projektu PRACTA?



Jeśli posiadasz już login i hasło dostępu
do szkolenia e-learningowego,
nie przegap szansy na udział w nim!
Platforma będzie dla Ciebie
dostępna tylko do 31 maja!



Jeśli nie masz jeszcze loginu i hasła
dostępu do platformy, zgłoś swoje
zainteresowanie udziałem
w e-learningu ankieterowi,
który dotrze do Ciebie wkrótce.