

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

# puls

sierpień – wrzesień 2015 nr 8–9

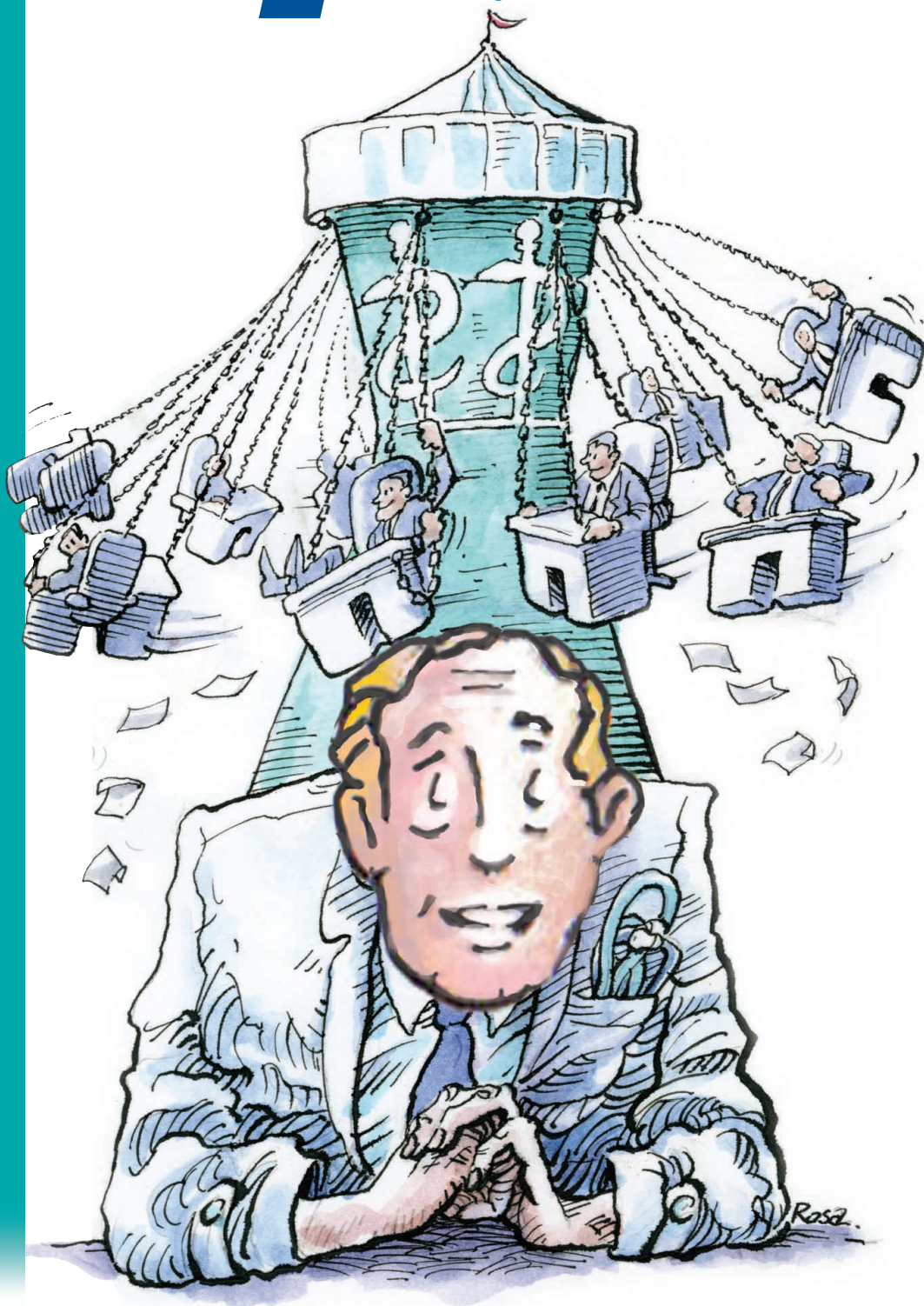
**OIL**  
w Warszawie  
ma  
**ISO 9001:2008**  
[str. 3]

**Psychiatria**  
na Mazowszu  
[str. 4]

**W sprawie**  
transplantologii  
[str. 24]

**40-lecie**  
II Wydziału  
Lekarskiego  
[str. 39]

**Sagi rodzinne**  
– Kretowiczowie  
[str. 46]



REKLAMA



**MedycznaRejestracja.pl**

**Profesjonalna rejestracja telefoniczna już za 299 zł miesięcznie!**

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

**Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów** 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 księgową** 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

Miłosz Kłosowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska  
tel. 22-542-83-39

**Kasa** Stanisława Błaszczuk; tel. 22-542-83-34

**Kancelaria prawna**

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-Kopeć  
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 Paluszkiwicz

*prac. biura*: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

**Komisja ds. Stażu Podyplomowego**

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka

*prac. biura*: Małgorzata Olszewska

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

**Komisja Bioetyczna** – przewodniczący Marek Czarkowski

*prac. biura*: Karolina Brama, Urszula Piórecka

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

**Komisja ds. Lekarzy Dentyistów**

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak

*prac. biura*: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

**Komisja ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy**

**i Lekarzy Dentyistów** – przewodnicząca: Marta Starczewska

*prac. biura*: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

**Rada Funduszu Samopomocy**

przewodniczący Roman Olszewski

*prac. biura*: Emilia Andersz, Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

**Komisja Etyki Lekarskiej**

przewodniczący Konstanty Radziwiłł

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

**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*: Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

**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*: Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

**Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy**

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

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

**Rzecznik Praw Lekarza** Andrzej Kuźawczyk

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

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

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

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego**

**Lekarzy i Lekarzy Dentyistów**

dyrektor Krzysztof Dziubiński

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

Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika

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

**Marketing i reklama**

Renata Klimkowska; tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00

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

**Zespół ds. Mediów Elektronicznych**

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

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

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

przewodniczący Julian Wróbel

*prac. biura*: Joanna Ziembicka-Zięba, Renata Szparaga

tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30

pon. i czw. 7.45–15.00, wt.–śr. 7.45–17.00, pt. 8.05–15.00

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

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



Czy wiesz, że lekarze są grupą zawodową szczególnie narażoną na stres i jego psychiczne następstwa?

Nie czekaj.  
Zadbaj o siebie.



NZOZ Centrum Terapii DIALOG organizuje specjalnie **dla wszystkich lekarzy z Warszawy**

## BEZPŁATNE PORADY I KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW PSYCHIATRÓW I PSYCHOLOGÓW-PSYCHOTERAPEUTÓW

**26 - 27 września 2015 (sobota - niedziela)  
w godzinach od 8:00 do 20:00**

Aby skorzystać z naszej wiedzy i doświadczenia w ramach bezpłatnych konsultacji zadzwoń: **(22) 436 83 50** (hasło: lekarz)  
lub napisz: [lekarze@terapiadialog.pl](mailto:lekarze@terapiadialog.pl)

### MIEJSCA KONSULTACJI

NZOZ Centrum Terapii Dialog

Warszawa,  
ul. Stryjeńskich 19



NZOZ Centrum Terapii Dialog

Warszawa,  
ul. Słomińskiego 19



### NASZE UPRAWNIENIA

Wpis na listę Wojewody Mazowieckiego jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z pełnymi uprawnieniami Podmiotu Leczniczego

Ośrodek akredytowany do prowadzenia szkoleń lekarzy starających się o specjalizację z psychiatrii

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia

do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii

**dialog**  
CENTRUM TERAPII

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to dwie wysokospecjalistyczne przychodnie psychiatryczno-psychologiczne, w których ponad 50 lekarzy psychiatrów (w tym profesorów) oraz ponad 80 psychologów - psychoterapeutów 7 dni w tygodniu od 7:30 do 22:00 w ramach Specjalistycznych Poradni pomaga w każdym miesiącu kilku tysiącom pacjentów. Szczegóły na [www.terapiadialog.pl](http://www.terapiadialog.pl)



Nr 8-9 (244-245)  
sierpień – wrzesień 2015

Na okładce:  
rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ <b>powiem wprost</b>	3
▶ Psychiatria na Mazowszu. Nie jest dobrze	4
▶ Zmiana koszyka świadczeń w psychiatrii	6
▶ Nowa wycena świadczeń...	8
▶ Lekarze dentyści spotkali się w Serocku	10
▶ Szkolenie i integracja	11
▶ Doceńmy ortodontę	13
▶ A może pielęgniarki utworzą swoją partię...	16
▶ <b>Biuletyn OIL w Warszawie</b>	18
▶ Lekarze z Ukrainy w Warszawie	21
▶ Dokumentacja medyczna...	22
▶ W sprawie transplantologii	24
▶ składki	28
▶ etyka	30
▶ refundacje leków	32
▶ pneumonologia	34
▶ leczmy ból	35
▶ z Mazowsza	36
▶ Doniesienia naukowe	38
▶ 40-lecie II Wydziału Lekarskiego...	39
▶ z Delegatury Radomskiej	41
▶ Cztery pokolenia ginekologów	46
▶ sport	50
▶ Polska pomoc w Katmandu	55
▶ wspomnienia	57
▶ nowe przepisy prawne	60
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Karczewski	9
▷ Balicki	15
▷ Walewski	17
▷ Kowal	42
▷ Jankowska	43
▷ Ciepły	53
▷ Müldner-Nieckowski	53



# Trampolina

**Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk,**  
redaktor naczelna

W słowniku Kopalińskiego pod hasłem „trampolina” znajdujemy odpowiednik – odskocznia. Większości z nas trampolina kojarzy się z basenem i skokami do wody albo z ogrodowym urządzeniem, zwanym także batutem, na którym dzieci bawią się, podskakując coraz wyżej i wyżej. W polityce, a mamy czas politycznych harców przed wyborami do parlamentu, trampolina służy do znalezienia takiego miejsca lub stanowiska, które ułatwi zaistnienie w świadomości obywateli, czyli – mówiąc wprost – umożliwi dostanie się np. do Sejmu lub Senatu. Kandydaci różnych partii starają się o zaistnienie w przestrzeni publicznej, promując się przede wszystkim w mediach, ale nie stronią też od spotkań w miejscach publicznych na różnych imprezach lokalnych. Pokazał się, być rozpoznawalnym, to droga do sukcesu. Dlatego politycy, nawet ci najważniejsi, jeżdżą po Polsce wzdłuż i wszerz, pojawiają się na festynach, pokazach lotniczych lub po prostu dziękują wyborcom za to, że na nich głosowali.

Prof. Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. pełni funkcję ministra zdrowia. Bartosz Arłukowicz pozostawił swojemu następcy „w spadku” wiele nierozwiązanych problemów, m.in. nieudolne pomysły, w rodzaju pakietu antykolejkowego, nazywanego też onkologicznym. Dzisiaj nikt już nie ma złudzeń, że pakiet jest niewiele wart, a po odejściu chyba jedynego jego apologety nikt nie próbuje tego pomysłu bronić. Minister Zembala – znakomity kardiochirurg i współtwórca wiodącego ośrodka kardiochirurgicznego na Śląsku – podjął się niełatwego zadania przejęcia uszkodzonych sterów polskiej służby zdrowia na kilka miesięcy przed wyborami parlamentarnymi.

Trudno oczekiwać, by przez te kilka miesięcy komukolwiek (także ministrowi Zembali) udało się odczuwalnie poprawić sytuację w ochronie zdrowia, ale parę spektakularnych działań można przeprowadzić. Na przykład zmienić pakiet onkologiczny (należę do osób, które zgadzają się z opinią prof. Jacka Jassemę, że chyba nie da się go poprawić) i wprowadzić od lat oczekiwaną ustawę o zdrowiu publicznym. Nawiązując do tej ustawy, konia z rządem temu, kto wie, dlaczego unieważnia ona jeden z najlepszych aktów prawnych przyjętych przez obecną koalicję. Chodzi o Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2010 r., który gdyby był zrealizowany postawiłby Polskę w czołówce państw, jeżeli chodzi o leczenie chorych z zaburzeniami psychicznymi i opiekę nad nimi. Apelować należy do ministra zdrowia: ustawa o zdrowiu publicznym – tak (nawet opozycja ją popiera!), ale nie wyrzucajmy do kosza przy tej okazji problemów chorych psychicznie Polaków.

W poprzednim felietonie pisałam, że trzymam kciuki za prof. Zembalę, żeby udało mu się jak najwięcej zmienić. Tworzy „zdrowia Polaków portret własny”, jeżdżąc po kraju. Dziwię się tylko, że oczekiwane zmiany przygotowuje zespół, który tak gorliwie wspierał nieudolne pomysły poprzedniego ministra. To, używając nomenklatury medycznej, źle rokuje. Niedawno dowiedzieliśmy się, że prof. Marian Zembala startuje w wyborach do Sejmu. Wierzę, że objął swój urząd *pro publico bono*, a nie z myślą o trampolinie. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl



# Zarządzanie jakością



Fot. egw

**Andrzej Sawoni,**  
prezes ORL w Warszawie

**M**amy ISO. Nasza Izba po rocznym okresie przygotowań, w których brali udział wszyscy pracownicy, otrzymała certyfikat potwierdzający wdrożenie systemu zarządzania zgodnego z normą ISO 9001:2008. Co to oznacza dla członków OIL w Warszawie? Profesjonalną i przyjazną obsługę lekarzy i lekarzy dentystów, dobrą komunikację i wymianę informacji, efektywne i transparentne zarządzanie środkami finansowymi i mieniem Izby. To priorytety, które przekładają się na konkretne działania dla naszej społeczności w zakresie sprawowania przez Izbę opieki nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Certyfikat ISO to nie tylko dokument, który w ramce zawiesimy na ścianie. Stanowi nasze, izbowe, zobowiązanie do działania zgodnie z przyjętą polityką jakości i wymaga odpowiedzialności za rozwój naszych usług. Chcemy jak najlepiej reagować na potrzeby środowiska lekarskiego, wspierać lekarzy i lekarzy dentystów w ich pracy i rozwoju zawodowym, a system zarządzania jakością pomoże porządkować kwestie administracyjne, zarządcze. Z powodzeniem działa izbowy program grupowego ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentystów. Członkowie Izby mają zapewnioną nieodpłatną pomoc prawną. Przygotowujemy programy szkoleniowe.

Jakość pracy Izby jest ważna, bo przecież dbamy o jakość pracy lekarzy. Reprezentując społeczność lekarską, w zakresie kompetencji prawnych Izby występujemy i wnioskujemy do instytucji decyzyjnych o poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zmiany konkretnych jego elementów. Nasz głos jest ważny i musi być słyszalny, bo problemów systemowych w codziennej praktyce lekarskiej nie brakuje.

Tuż przed sezonem wakacyjnym nastąpiła (zbyt długo oczekiwana) zmiana na stanowisku ministra zdrowia. Prof. Marian Zembala przywrócił zerwany przez poprzednika dialog z lekarzami. Jeździ po Polsce i spotyka się z przedstawicielami środowiska medycznego. Na pewno ważne, że wyszedł z gabinetu, bywa i słucha. Jednak czy doświadczenia z tych podróży będą owocne i przyniosą konkretne zmiany potrzebne systemowi ochrony zdrowia? Na razie są tylko drobne poprawki tego, co już było, są też plany i zapowiedzi zmian. Pojawił się jednak dobry, znaczący sygnał, za który szefowi MZ należy się plus. Pozytywnie i ze zrozumieniem odniósł się do postulowanego przez środowisko odłożenia obowiązku posiadania przez szpitale ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Zrozumiałe, że zaproponowane *vacatio legis* do 2017 r. problemu nie rozwiązuje. Zatem nadchodzące miesiące powinny być czasem na merytoryczną dyskusję o kosztach tego ubezpieczenia i znalezienie skutecznych rozwiązań w celu utrzymania kruchej równowagi finansowej szpitali. Troska o dobro pacjenta, zawarta w idei ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, nie może być oderwana od całościowego spojrzenia na uwarunkowania systemu ochrony zdrowia. To właśnie jakość regulacji systemowych pozwoli na skuteczne zarządzanie jakością w placówkach medycznych, w interesie pacjenta i personelu, w tym nas, lekarzy. ■

<https://twitter.com/andrzejawoni> [facebook.com/OILWarszawa](https://facebook.com/OILWarszawa)

Nowa wycena świadczeń w psychiatrii – rozmowa z prezesem AOTMiT dr. n. med. Wojciechem Matusewiczem



O konflikcie w CZD – mówi Marek Balicki



Wywiad z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ortodoncji na Mazowszu dr hab. n. med. Małgorzatą Zadurską

## Z Koziej na Puławską

**puls**

Redakcja „Pulsu” zmieniła adres.

Obecnie mieści się w Warszawie (02-512), przy ul. Puławskiej 18.  
Tel.: 22-850-18-10, faks: 22-850-18-08, e-mail: [puls@oilwaw.org.pl](mailto:puls@oilwaw.org.pl)



Fot. archiwum

# Psychiatria na Mazowszu. Nie jest dobrze

Małgorzata Solecka

**N**ajważniejszy problem psychiatrii na Mazowszu? Wcale nie niski poziom finansowania, jakby się mogło wydawać. – *Problem stanowi to, że w skali kraju nie jest realizowany Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego* – mówi Marek Balicki, były minister zdrowia, psychiatra. A prof. Jacek Wciórka, były konsultant wojewódzki ds. psychiatrii, w swoim raporcie za rok 2014 stawia kropkę nad „i”: – *Proces niezbędnych zmian w systemie opieki psychiatrycznej został zahamowany. Oznacza to dalsze trwanie na Mazowszu tendencji stagnacyjnych i regresyjnych.*

Rok 2013 był czwartym rokiem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. – *Program jest bardzo dobry, tyle tylko że pozostał na papierze* – ocenia Marek Balicki. Z jednej strony – zabrakło pieniędzy na realizację zapisanych w programie rozwiązań, z drugiej – czegoś, co Marek Balicki nazywa „strukturą zarządczą”, czyli pionu administracyjnego, który odpowiadałby za implementowanie poszczególnych rozwiązań.

Gdy w grudniu 2010 r. wprowadzano NPOZP, zamierzenia były szczytne – opieka psychiatryczna w całej Polsce miała ewoluować z modelu azylowego, opartego na wielkich szpitalach psychiatrycznych, do modelu środowiskowego, bazującego na centrach zdrowia psychicznego, w których miały funkcjonować małe oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, oddziały dziennego pobytu, poradnie, centra pomocy. Taka organizacja zakładała również zmiany w finansowaniu – kompleksowa opieka psychiatryczna powinna być rozliczana zgodnie z wielkością populacji podlegającej centrum. NPOZP nie zakładał natychmiastowej likwidacji szpitali psychiatrycznych, ale na pewno nie uwzględniał otwierania nowych. A to właśnie dzieje się na Mazowszu, gdzie samorząd wojewódzki podjął decyzję o budowie szpitala w Żąbkach. – *Tymczasem powinny być tworzone i wzmacniane oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych* – powtarza Marek Balicki.

Zdaniem byłego ministra zdrowia brak zaangażowania w realizację NPOZP zarówno ze strony ministerstwa, jak i płatnika oraz fakt, że warunki kontraktowania świadczeń (finansowanie w modelu stawki za „osobodzień”, przy niskich nakładach) zmuszają dyrektorów placówek do myślenia kategoriami bilansu zysków i strat, powodują, że zamiast wprowadzać zmiany, konserwuje się zły model opieki psychiatrycznej. W skali kraju i w skali województwa.

W ostatnich miesiącach wydawało się, że widać światło w tunelu, jednak ustawa o zdrowiu publicznym, właśnie rozpatrywana przez Sejm, wydaje się te nadzieje przekreślać.

A jak opieka psychiatryczna wygląda w liczbach? Na Mazowszu pracuje sześć szpitali psychiatrycznych, w których jest łącznie 36 oddziałów psychiatrycznych ogólnych (około 1500 łóżek), oraz dziewięć oddziałów psychiatrycznych ogólnych w pozostałych szpitalach (około 370 łóżek)



– wynika z raportu konsultanta wojewódzkiego. Łącznie na 1870 łóżkach leczy się rocznie około 21 tys. chorych. Wykorzystanie łóżek ogólnych przekracza 96 proc. (sięga nawet 104 proc.). W szpitalach psychiatrycznych są jeszcze oddziały specjalistyczne – łącznie 1860 łóżek.

Jeśli chodzi o lecnicstwo ambulatoryjne, NFZ zawarł kontrakty z mniej niż 120 poradniami zdrowia psychicznego na Mazowszu, które łącznie mają pod opieką około 200 tys. pacjentów. Oprócz nich funkcjonują publiczne poradnie wyspecjalizowane (również posiadające kontrakty) oraz, zwłaszcza w Warszawie, nieznaną liczbą poradni prywatnych. Dostępność poradni publicznych jest nadal ograniczona. – *Z marszu dostać się do poradni niepodobna* – mówi Marek Balicki. Czas oczekiwania na wizytę (również w przypadkach pilnych) liczony jest w tygodniach, o ile nie w miesiącach.

Inne formy opieki psychiatrycznej to zespoły leczenia środowiskowego, których jest 13, oraz oddziały dzienne (25). Z tych ostatnich rocznie korzysta około 3 tys. pacjentów i sami psychiatry przyznają, że jedynie w niewielkim stopniu uzupełniają one świadczenia stacjonarne.

– *Nie ma ani organizacyjnych, ani finansowych zachęt do budowania modelu kompleksowej opieki psychiatrycznej, choć na Mazowszu na pewno jest baza, na której mogłyby powstawać centra zdrowia psychicznego* – ubolewa Marek Balicki. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakładał, że jedno takie centrum będzie miało pod opieką od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców, co w praktyce oznacza, że na Mazowszu powinno ich powstać kilkadziesiąt. Centra jednak nie powstają i pewnie nie powstaną. W projekcie ustawy o zdrowiu publicznym, który rząd wniósł do Sejmu, nie uwzględniono bowiem odrębnego programu dla zdrowia psychicznego. – *To jeden z zapisów ustawy, który nie był poddany konsultacjom społecznym* – podkreśla Marek Balicki.

Prof. Jacek Wciórka ocenia w swoim raporcie, że na Mazowszu powinno pracować około 800 psychiatrów. Problemem w tej chwili jest zarówno ich zbyt mała liczba, jak i nierównomierne rozmieszczenie (zdecydowana większość pracuje w Warszawie). Liczbę miejsc specjalizacyjnych z psychiatrii prof. Wciórka uznaje za obecnie wystarczającą, ale podkreśla, że aby zapobiec niedoborowi specjalistów w przyszłości, należy ją podwyższyć. Natomiast negatywnie ocenił nowy program specjalizacji, w którym nacisk położono wyłącznie na leczenie szpitalne. – *Program został przygotowany wyraźnie z myślą o zaspokajaniu potrzeb kadrowych*

*szpitali, a nie z myślą o potrzebach nowoczesnej psychiatrii i zadaniach nowoczesnego psychiatry, gotowego do podejmowania zadań w różnych warunkach, zarówno szpitalnych, jak i nieszpitalnych* – twierdzi.

Ale opieka psychiatryczna to również psychologowie i psychoterapeuci. I choć według konsultanta wielu specjalistów szuka pracy w poradniach publicznych, nie zatrudniają one wystarczającej ich liczby. Powód? Przede wszystkim oszczędności.

Prof. Jacek Wciórka w swoim raporcie podkreśla, że niewydolność opieki psychiatrycznej zwiększa skalę niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych związanych z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. – *W wielu krajach obserwowano, że poprawa dostępności i jakości opieki ujawnia kolejne pokłady wcześniej niedostrzeganych i niezaspokajanych potrzeb zdrowotnych* – przypomina. Efekt? Straty indywidualne, rodzinne, społeczne, ale również ekonomiczne. Późne rozpoznanie lub brak właściwego rozpoznania i wdrożenia leczenia często prowadzi bowiem do przewlekłego lub trwałego wyłączenia osoby chorej z normalnego funkcjonowania.

Na uwagę zasługuje zwłaszcza ten fragment sprawozdania, w którym prof. Wciórka pisze o swoistych problemach, z jakimi boryka się psychiatria na Mazowszu. Można je sprowadzić do braku koordynacji (profesor pisze o „*trudnej koordynacji*”) działań i planów samorządu Warszawy i samorządu województwa, „*którego uwaga skupia się w znacznym stopniu na ratowaniu i utrzymywaniu dużych szpitali psychiatrycznych, odwracając zainteresowanie od motywowania samorządów lokalnych do tworzenia lokalnych rozwiązań, łatwiej dostępnych, szybciej i bardziej kompleksowo oraz bardziej skutecznie rozwiązujących powstające psychiczne kryzysy zdrowotne*”. Efekty są widoczne gołym okiem: w psychiatrii na Mazowszu coraz częściej dochodzi do kryzysowych sytuacji (brak miejsc w szpitalach, odległe terminy w poradniach).

Recepta na kryzys?

- Budowa sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego, które gwarantowałyby kompleksową opiekę pierwszego kontaktu.
- Sieć referencyjnych ośrodków zapewniających świadczenia wysokospecjalistyczne i profilowane.
- Realna wycena odnosząca się do populacji objętej opieką, a nie do pojedynczych świadczeń. ■

## Nowe oddziały w Tworkach

W Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Tworkach zakończyła się modernizacja Oddziału Przyjęciowego z Izłą Przyjęć, wyposażonego w defibrylatory, respiratory, kardiomonitory, aparaty EKG, TRG i USG. Nieco wcześniej ukończono przebudowę dawnego budynku gospodarczo-technicznego na cele medyczne. Powstało w nim Centrum Radiologii, w którym pracuje nowoczesny rezonans magnetyczny i mieści się Oddział Ogólnopsychiatryczny. Centrum dysponuje też pierwszą w Polsce pracownią elektroencefalografii.

Obecnie szpital ma 20 oddziałów z 800 miejscami. Rocznie przyjmuje około 8 tys. pacjentów. W ostatnich dziesię-

ciu latach znaczna część zabytkowych pawilonów w Tworkach została zmodernizowana. Ostatnia inwestycja pochłonęła 15 mln zł, a w całym dziesięcioleciu wydano na modernizację 70 mln zł.

– *Na ten dzień czekaliśmy od dawna. Oddajemy do użytku supernowoczesne obiekty, dzięki którym pacjenci będą mogli w bardziej komfortowych warunkach dochodzić do zdrowia* – powiedziała Lidia Rudzka, dyrektor szpitala, podczas uroczystości otwarcia oddziału. Uroczystości towarzyszyła konferencja naukowa „Psychiatria w życiu społecznym”, poświęcona zagadnieniom psychiatrii dziecięcej, środowiskowej i psychogeriatry.

mkr



Fot. archiwum

Z profesorem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Piotrem Gałeckim, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, seksuologiem, rozmawia Małgorzata Skarbek.

# Zmiana koszyka świadczeń w psychiatrii

**Jak pan ocenia ogólny stan lecznictwa psychiatrycznego w Polsce? Jako konsultant krajowy ma pan pełne rozeznanie.**

Rośnie liczba zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń afektywnych. Drugą grupę stanowią uzależnienia. Zwiększa się ona niezwykle dynamicznie, ponieważ pojawiają się coraz to nowe związki chemiczne stosowane przez osoby uzależnione. Owe związki są atypowymi substancjami, nie mamy więc przygotowanego standardowego leczenia w przypadkach zatruć nimi.

Istotny jest także fakt, że lekarzy psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych mamy za mało. Brakuje ich nie tylko w dużych miastach, ale i w małych miejscowościach. To problem ogólnopolski. Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że w najbliższym rozdaniu rezydentur psychiatrii przypadnie znacząco większa pula miejsc. Liczymy, że sytuacja się poprawi.

Przygotowywana jest propozycja zmian koszyka świadczeń gwarantowanych w psychiatrii. Nowymi jednostkami będą centra zdrowia psychicznego, które zostaną zobowiązane do zapewnienia pacjentowi opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej szpitalnej całodobowej, a także opieki dziennej oraz zespołu leczenia środowiskowego, czyli opieki kompleksowej. Zatem będą musiały zagwarantować wymienione czte-

ry formy opieki. Wyklucza to podpisanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmującej np. tylko poradnię zdrowia psychicznego.

**Czy mamy dostateczną liczbę placówek, które spełnią takie wymagania?**

Wspomniana propozycja nie oznacza oczywiście, że jeden świadczeniodawca musi mieć wszystkie rodzaje opieki w swojej strukturze. Może stworzyć konsorcjum lub podpisać umowy w zakresie części świadczeń z innymi podmiotami – podwykonawcami. To nie ma znaczenia. Podwykonawstwo już w naszej ochronie zdrowia funkcjonuje.

**Jaki jest cel tej zmiany?**

Chodzi o to, aby pacjent miał kompleksową opiekę. Aby nie musiał szukać poradni, oddziału dziennego albo szpitala. Zgodnie z założeniem, w centrum zdrowia psychicznego będzie pracował koordynator opieki, który poprowadzi pacjenta przez poszczególne etapy leczenia. Będzie też śledził jego postępowanie: czy kupuje leki, czy w odpowiednim czasie przychodził do poradni. A jeśli okaże się, że jest inaczej, zleci pracownikowi opieki środowiskowej sprawdzenie, dlaczego tak się dzieje.

Mamy nadzieję, że to ograniczy liczbę hospitalizacji i ich długość. Średnia hospitalizacja w Polsce chorych psychicznie jest od 10 do 15 dni dłuższa niż w innych krajach UE.



## Nowoczesna psychiatria to raczej opieka domowa, środowiskowa.

W tym zakresie wzorujemy się na standardach psychiatrii w Wielkiej Brytanii. Tam proces przekształcania modelu psychiatrii z opieki szpitalnej na środowiskową przebiegał powoli, był przemyślany. Znamy też przykłady krajów, w których natychmiastowa likwidacja szpitalnych łóżek psychiatrycznych spowodowała, że wielu pacjentów stało się osobami bezdomnymi.

Dlatego u nas kontraktowanie usług psychiatrycznych według nowego modelu rozpocznie się prawdopodobnie 1 lipca 2017 r. Świadczeniodawcy będą mieli czas przygotować się do nowych warunków.

### Ile powinno powstać takich kompleksowych ośrodków?

Według założeń ustawodawcy w każdym powiecie powinien istnieć co najmniej jeden ośrodek. W Polsce mamy 350 powiatów, zatem tyleż ośrodków powinno powstać. Ale ich gęstość w terenie zależy też będzie od struktury demograficznej w danym województwie. Z pewnością mniejsze zapotrzebowanie jest na takich terenach jak Bieszczady, a większe w wielkich aglomeracjach, np. śląskiej, łódzkiej czy warszawskiej, w których jedną dzielnicę zamieszkuje więcej ludzi niż gdzie indziej cały powiat.

### Ale w kraju w dalszym ciągu powstają szpitale psychiatryczne. Przykładem placówka w Drewnicy, która buduje duży szpital.

Ta inwestycja nie służy zwiększeniu liczby łóżek psychiatrycznych, ale poprawie warunków pobytu i leczenia pacjentów. Znaczna część pawilonów w Drewnicy to budynki zabytkowe, których infrastruktury nie da się już zmodernizować, dostosować do wymagań aktualnie obowiązujących w leczeniu zamkniętym. Trzeba się cieszyć, że ten szpital jest modernizowany.

### Jakie jeszcze problemy ma psychiatria?

Kolejnym wyzwaniem dla psychiatrii jest – paradoksalnie – nowelizacja kodeksu karnego. Jak wiadomo, od 1 lipca 2015 r. mogą mieć miejsce aresztowania w szpitalach psychiatrycznych. Obecnie tylko w pięciu ośrodkach w Polsce można umieszczać osoby aresztowane, które mają zaburzenia psychiczne. Jednym z takich zakładów jest szpital w Pruszkowie. Na razie nie rozstrzygnięto, czy służba zdrowia ma traktować taką osobę jak pacjenta, czy jak więźnia. Nie znajduje się ona w szpitalu dobrowolnie, lecz na polecenie prokuratora. Wątpliwości jest więcej, np. w jaki sposób zapewnić bezpieczny przejazd takiego pacjenta? Zarządzenie obowiązuje dopiero od kilku tygodni i nie wiemy jeszcze, jak będzie funkcjonować w praktyce.

### Czy polscy chorzy psychicznie są leczeni nowoczesnymi lekami?

Nie ma preparatów, które – stosowane w Unii Europejskiej – byłyby u nas niedostępne. Inaczej wygląda kwestia refundacji. Nie wszystkie leki są refundowane przez NFZ. Trwa procedura umieszczania na liście refundacyjnej związków długo działających, stosowanych w schizofrenii. Pracuje nad tym Agencja Oceny Technologii Medycznych, a jednocześnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi negocjacje z firmą farmaceutyczną dotyczące ceny. Z punktu

widzenia środowiska psychiatrów wspomniane leki powinny być refundowane. Kwestie finansowe leżą poza naszymi kompetencjami.

Natomiast leki przeciw depresji nie są drogie, częściowo się je refunduje.

### Psychiatrów brakuje chyba także dlatego, że nie jest to dziedzina popularna wśród młodych lekarzy.

Mam trochę inne zdanie na ten temat. Uważam, że zainteresowanie psychiatrią jest dość duże, co obserwuję od wielu lat, uczestnicząc w kształceniu kadry medycznej. Trzeba się jednak liczyć z tym, że ze względu na złą sytuację szpitali psychiatrycznych, gdy nie ma miejsc rezydenckich, kierownictwa placówek niechętnie zatrudniają na umowę o pracę. Osoba kształcąca się w pierwszym roku specjalizacji nie jest traktowana przez NFZ jak lekarz. Nie można jej wpisać do puli lekarzy, którzy spełniają tzw. koszykowe wymogi. Ta bariera administracyjna powoduje, że szpital nie chce młodych, a oni wybierają dziedziny, w których są wolne rezydentury.

Niedawno dokonano zmian w ustawie i obecnie pozwala ona prowadzić szkolenie specjalizacyjne nie tylko w ośrodkach akademickich. Placówki powinny występować o akredytację. Jak wspomniałem, środowisko psychiatrów otrzymało obietnicę MZ, że wzrośnie liczba miejsc rezydenckich z psychiatrii od 2015 r.

### Jakie choroby psychiczne występują dziś najczęściej?

Najczęstsze są fobie, ale najwięcej zgłasza się pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i nerwicą. No i z uzależnieniami.

Wśród chorób pacjentów hospitalizowanych dominuje schizofrenia. Z niedawno przeprowadzonych badań wynika, że tylko jeden na dwóch chorujących na schizofrenię jest objęty opieką medyczną. W przypadku tak poważnej choroby psychicznej to problem medyczny i rokowań dla tych osób. Natomiast duża grupa pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i nerwicami leczy się w prywatnych gabinetach psychiatrycznych i psychologicznych. Ci nie są wykazywani w statystykach. Mają opiekę, ale poza publiczną służbą zdrowia.

Wykładnikiem wzrostu liczby zaburzeń afektywnych i depresji jest rosnąca liczba samobójstw. To zjawisko występujące na całym świecie. Wzrastają czynniki ryzyka zaburzeń depresyjnych, a depresja jest główną przyczyną podejmowania prób samobójczych. Ministerstwo Zdrowia przygotowało krajowy program przeciwdziałania depresji i program zapobiegania samobójstwom. Pierwszy jest w trakcie wdrażania, a w przypadku drugiego rozważa się kwestię finansowania.

Procedowana jest ustawa o zdrowiu publicznym, w której jednym z priorytetów jest kwestia depresji i samobójstw.

### Jak wygląda opieka psychiatryczna na Mazowszu na tle kraju?

Najpoważniejszym problemem zawsze jest brak psychiatrów. Z największymi kłopotami kadrowymi borykają się województwa opolskie i podkarpackie. Nie spotkałem się z żadną skargą czy interpelacją z województwa mazowieckiego, mówiącą o braku dostępu do jakichś świadczeń. ■

**Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii:**  
dr hab. n. med. **Piotr Gałęcki**,  
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi,  
ul. Aleksandrowska 159,  
tel.: 42-715-57-77, e-mail: piotr.galecki@umed.lodz.pl

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii na Mazowszu:**  
dr n. med. **Maria Radziwoń-Zaleska**,  
Szpital Nowowiejski Warszawa,  
tel.: 22-116-52-98, e-mail: maria.radziwon@wum.edu.pl



PREZES AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI  
DR N. MED. WOJCIECH MATUSEWICZ

Fot. archiwum

# Nowa wycena świadczeń w psychiatrii

**Powszechnie wiadomo, że jednym z czynników wpływających na złą sytuację polskiej psychiatrii jest nieprawidłowa wycena świadczeń. Na jakim etapie są państwa prace zmierzające do określenia prawidłowej wyceny świadczeń, co już można o nich powiedzieć i kiedy się zakończą?**

Jesteśmy na końcowym etapie prac związanych z taryfikacją świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień i już dziś mamy świadomość, że istotne będą również zmiany systemowe i racjonalna wycena środowiskowej opieki psychiatrycznej. Według naszych wstępnych szacunków wycena niektórych świadczeń w zakresie leczenia psychiatrycznego powinna zostać obniżona, ale w przypadku innych – podniesiona, nawet o 20 i więcej procent. Za wcześniej jednak mówić o szczegółach, ciągle bowiem analizujemy dane, które są różnej

jakości, więc do części informacji podchodzimy z umiarkowanym zaufaniem. Skrajne wartości dotyczące kosztów osobowych lub stałych są weryfikowane u źródła i interpretowane z należytą ostrożnością.

Przy okazji prac nad wyceną świadczeń w tym zakresie zwrócił naszą uwagę fakt, że opieka psychiatryczna w Polsce od lat opiera się na leczeniu szpitalnym, od którego cały świat odchodzi, preferując leczenie ambulatoryjne i środowiskowe. Do dalszej wyceny konieczne jest przekształcenie systemu, które pozwoli na wprowadzenie i umocnienie takiej zmiany również w naszym kraju. W tym kierunku zmierzamy.

**NFZ, płacąc za leczenie psychiatryczne dorosłych i dzieci, nie uwzględnia dodatkowych kosztów ponoszonych przez placówki, wynikających z konieczności leczenia także chorób somatycznych,**

**nych, a w przypadku psychiatrii dziecięcej – wynikających ze specyfiki leczenia dzieci. Czy AOTMiT zamierza tę sytuację zmienić?**

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej, która ustawowo stała się jednym z wiodących zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych, jest właśnie pomyślana w ten sposób, by można poznać i wziąć pod uwagę specyfikę każdego rodzaju świadczeń. Dlatego opieramy się na danych przekazywanych przez świadczeniodawców i opiniach ekspertów. To właśnie oni mówią nam, na co powinniśmy zwrócić uwagę. Psychiatria jest rzeczywiście dziedziną specyficzną, więc, wracając do pani głównego pytania, odpowiadam: tak – w naszych analizach świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień uwzględniamy koszty leczenia chorób współistniejących oraz koszty świadczeń towarzyszących w leczeniu dzieci, np. konieczność znieczulenia do diagnostyki. Będzie to miało odzwierciedlenie w naszych taryfach.

**Czy w związku z podjętymi pracami AOTMiT zamierza korzystać z opinii ekspertów zewnętrznych i czy będzie konsultowała swoje decyzje z takimi instytucjami jak samorządy: lekarski, pielęgniarski, i specjalistyczne towarzystwa naukowe?**

Agencja zawsze korzystała z opinii szerokiego grona ekspertów. To nasz chleb powszedni. Tym bardziej nie wyobrażam sobie, aby np. ustalając przebieg referencyjnego świadczenia, nie skonsultować go ze specjalistami! Mamy podpisanych kilka umów z ekspertami, ale chcemy je rozszerzać i m.in. nawiązać stałą współpracę z towarzystwami naukowymi. Jednak efekt w postaci wysokości taryfy będziemy konsultować z Radą Taryfikacji. Właśnie to ciało ma służyć opinią w sprawie ostatecznej wyceny opracowanej przez zespół analityczny AOTMiT. Cieszę się, że istnieje, bo to grono znakomitych ekspertów, przedstawicieli różnych środowisk, co gwarantuje rzetelność. Ostateczną decyzję dotyczącą taryfy wydaje jednak prezes agencji, po opinii właśnie Rady ds. Taryfikacji. Proces taryfikacji świadczeń jest transparentny i podlega konsultacji na kilku etapach. Tylko taki sposób postępowania da nam pewny obraz sytuacji, czyli – ile powinno kosztować konkretne świadczenie. ■

Pytała  
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



## Stanisław Karczewski, wicemarszałek Senatu RP



Fot. P. Wierzcowski

**D**opalacze zbierają śmiertelne żniwo. Od początku roku kilka osób zmarło na skutek zatrucia dopalaczami, wiele walczyło o życie w szpitalach. Nadal brakuje skutecznych rozwiązań problemu, a minister zdrowia bezradnie rozkłada ręce i pyta dziennikarzy, co robić. Według informacji głównego inspek-

tora sanitarnego aż 50 proc. zatruc odnotowanych w kraju miało miejsce w województwie łódzkim. Premier Ewa Kopacz zorganizowała tam wyjazdowe posiedzenie rządu. Kilkadziesiąt metrów od miejsca, w którym była, znajduje się sklep z „kolekcjonerskimi” ziarnami marihuany.

W 2010 r. Donald Tusk zapowiedział, że bezwzględnie będzie walczył z dopalaczami. Mówił: „*Nie będzie litości dla tych, którzy życie młodych, obiecujących ludzi chcą zamienić w piekło uzależnienia...*”. Ewa Kopacz zapewniała, że ustawa przeciwko dopalaczom jest dobrze przygotowana i może być wzorem dla całej Europy, że nowe regulacje raz na zawsze skończą z obrotem dopalaczami w Polsce. Niestety, od pięciu lat PO nie zrobiła nic konkretnego w tej sprawie. Od 2011 r. stale rośnie liczba osób, które po zażyciu dopalaczy w ciężkim stanie trafiają do szpitali. Z informacji sanepidu wynika, że w 2013 r. zarejestrowano w kraju 1027 podejrzeń zatruc dopalaczami, a w 2014 odnotowano ponaddwukrotnie więcej takich przypadków – aż 2424. To problem całego kraju, nie tylko dużych miast, ale również małych miejscowości. Podczas jednego z ostatnich dyżurów, który pełniłem w szpitalu w Nowym Mieście nad Pilicą, do placówki trafiły dwie młode osoby zatrute środkami odurzającymi. Na szczęście ich życiu nie zagrażało niebezpieczeństwo, ale nie był to pierwszy tego rodzaju przypadek w nowomiejskim szpitalu.

W 2010 r. również Prawo i Sprawiedliwość zgłosiło swój projekt, który głosami polityków PO został odrzucony. To wielka szkoda, ponieważ nasza ustawa zakładała nakaz zgłaszania nowych środków psychoaktywnych, co automatycznie czyniło niezgłoszone substancje nielegalnymi. Dzięki tym rozwiązaniom regulacja byłaby skuteczniejsza od propozycji PO. W maju, wstrzymując się od głosu w głosowaniu nad ustawą rządową, chcieliśmy zaprotestować przeciwko rozwiązaniom iluzorycznym, kolejnym bublom prawnym. Przedstawiono zamknięty katalog substancji zabronionych, więc kwestią czasu było pojawienie się nowych. Zabrakło monitorowania i mechanizmów kontrolowania walki z dopalaczami, co czyni ją bezskuteczną. Koalicja rządowa rzutem na taśmę wyprodukowała kolejną wadliwą ustawę. Ministerstwo Zdrowia ograniczyło wysokość środków na profilaktykę, a przez ostatnie pięć lat problem dopalaczy nie został rozwiązany. Potrzebujemy bardziej skoordynowanych działań ministerstw: nauki, szkolnictwa, edukacji i spraw wewnętrznych, połączonych z szeroką edukacją społeczną. Umierają młodzi ludzie, setki doznaje uszczerbku na zdrowiu.

Wiele emocji towarzyszyło debacie i głosowaniu nad ustawą o *in vitro*. Senacka Komisja Zdrowia opowiedziała się za odrzuceniem projektu w całości. Było duże prawdopodobieństwo, że projekt przepadnie. Dlatego przed głosowaniem, na posiedzeniu plenarnym, Ewa Kopacz spotkała się z senatorami PO, by przekonywać ich do proponowanych rozwiązań. Burzliwa debata w Senacie pokazała, jak wadliwa jest ta regulacja i jak wiele budzi wątpliwości, także natury prawnej. Chcę więc jasno powiedzieć, że Prawo i Sprawiedliwość szanuje wszystkich obywateli i różne poglądy na kwestię stosowania tej metody. Nie chcemy jej zakazywać. Uważamy jednak, że przyjęta w wyjątkowym pośpiechu rządową ustawę należy zmienić w taki sposób, by niemożliwa była eugeniczna selekcja zarodków, mrożenie embrionów. Chcemy, by metodzie *in vitro* nie mogły się poddawać osoby pozostające w związkach partnerskich, by korzystały z niej wyłącznie małżeństwa, w przypadku których potwierdzone zostaną wcześniejsze, realne próby leczenia niepłodności. Tak ważne uregulowania prawne, sięgające głęboko sumienia, powinny być uchwalane bez presji zbliżających się wyborów, w konsensusie społecznym i politycznym. Tymczasem nawet nie doszło do konsensusu w PO, ponieważ byli senatorowie, którzy głosowali przeciwko tej ustawie.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej chroni w sposób szczególny małżeństwo, jako związek kobiety i mężczyzny. Musimy mieć również na uwadze poszanowanie przyrodzonej godności człowieka oraz konstytucyjną zasadę prawnej ochrony życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci. Warto w tym miejscu przytoczyć fragment opinii Biura Studiów i Analiz Sądu Najwyższego, która tak mówi o statusie prawnym zarodka: „*wiedza medyczna nie pozostawia najmniejszej wątpliwości, iż stanowi on najwcześniejszą formę życia ludzkiego*”. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 28 maja 1997 r., K. 26/969, przyznaje zarodkom przymiot godności osoby ludzkiej, ze wszelkimi tego konsekwencjami. Poza kontrowersjami natury etycznej, które także są przedmiotem rozważań cytowanej opinii Sądu Najwyższego, pojawia się wiele wątpliwości natury prawnej, także dotyczących konstytucyjności projektu.

Potrzebne są zapisy, które wyeliminują możliwość powołania do życia dzieci po śmierci dawcy komórek rozrodczych. Nie można z pełną świadomością pozbawiać dziecka, jeszcze przed urodzeniem, jednego z rodziców. To eksperyment szkodliwy z moralnego i społecznego punktu widzenia. Niemniej jednak rozumiem dramat małżeństw, które z przyczyn obiektywnych nie mogą zostać rodzicami. Mając zagwarantowane Konstytucją RP prawo do wolności sumienia, sami muszą ocenić, czy sztuczna metoda zapłodnienia jest dla nich najlepszym sposobem na posiadanie potomstwa. ■

[www.stanislawkarczewski.pl](http://www.stanislawkarczewski.pl)  
[www.facebook.com/stanislawkarczewski](https://www.facebook.com/stanislawkarczewski)  
<https://twitter.com/stkarczewski>

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!



## Lekarze dentyści spotkali się w Serocku

**Anafilaksja i stany nagłe w gabinecie stomatologicznym, antybiotykoterapia, bezpieczeństwo biologiczne stosowanych w stomatologii materiałów złożonych, profilaktyka stomatologiczna u pacjentów onkologicznych, żywienie a zdrowie jamy ustnej – to tylko niektóre medyczne tematy poruszane podczas I Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych.**

Przez dwa dni, 12 i 13 czerwca 2015 r., w Serocku lekarze dentyści brali udział w szkoleniu i rozmawiali o zagadnieniach ważnych w ich codziennej praktyce. Wykłady i warsztaty prowadzono równocześnie w kilku salach – zarówno dla szerokiego audytorium, jak i w ka-

meralnych zespołach – dzięki czemu uczestnicy mogli dokonać wyboru zgodnie ze swymi zainteresowaniami. Teorię urozmaicała praktyka, przyjęto z dużym zainteresowaniem wykład dotyczący anafilaksji. Dr n. med. Marcin Aluchna i dr n. med. Jacek Smereka z pomocą ratowników medycznych i z wykorzystaniem fantomu pokazali, jak w stanach nagłych podjąć konkretne działania ratujące życie. Na rolę lekarza dentystry w wykrywaniu zmian nowotworowych w jamie ustnej uwrażliwiła dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk. O antybiotykoterapii w stomatologii mówiła dr n. med. Elżbieta Puacz, która podała wiele przykładów dawkowania antybiotyków w poszczególnych wskazaniach klinicznych. Dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek przedstawiła nowości w leczeniu próchnicy, a dr n. med. Adrianna Adamek omówiła przypadki z pogranicza leczenia endodontycznego i ekstrakcji.

W programie, oprócz tematyki ściśle związanej z leczeniem chorych, znalazły się również zagadnienia z prawa medycznego i marketingu, dotyczące prowadzenia gabinetu i obsługi pacjentów. Organizatorzy konferencji nie zapomnieli też o zdrowiu lekarzy dentyistów, proponując zajęcia rehabilitacyjne uwzględniające ćwiczenia kręgosłupa oraz stawów rąk i nóg.

Szeroki zakres programowy I Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych pokazał, jak rozkłada się zapotrzebowanie na szkolenia dotyczące poszczególnych zagadnień. Konferencja zorganizowana przez Komisję ds. Lekarzy Dentyistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie była okazją do wymiany doświadczeń i prezentacji nowości w stomatologii. Oprócz szkolenia (uczestnicy uzyskiwali 13 punktów edukacyjnych) celem I Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych była integracja środowiska. ■

*ach, mkr*







Z Martą Klimkowską-Misiak,  
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie ds. lekarzy dentystów,  
rozmawia Anetta Chęcińska.

# Szkolenie i integracja

**Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie w czerwcu 2015 r. zorganizowała dwudniową konferencję w Serocku – I Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. Jaki był główny jej cel?**

**P**rzede wszystkim szkolenie. To jedno z priorytetowych zadań Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, wskazane jeszcze w poprzedniej kadencji samorządu. Chcemy ułatwiać koleżankom i kolegom realizację obowiązku kształcenia ustawicznego, jaki nakłada na nas ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Musimy leczyć pacjentów zgodnie z obowiązującą, aktualną wiedzą medyczną i dlatego udział w szkoleniach jest niezbędny. Mimo że dostępność szkoleń jest duża, zauważyliśmy różnice w ofercie dla lekarzy i lekarzy dentystów. Na podstawie badania przeprowadzonego przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie wiemy, że około 80 proc. szkoleń dla lekarzy jest bezpłatnych, a dla lekarzy dentystów odwrotnie – 80 proc. to szkolenia płatne. Drugi cel to integracja, gdyż większość lekarzy dentystów pracuje indywidualnie. Po 1999 r. duże poradnie stomatologiczne w szpitalach i przychodniach były likwidowane, a koleżanki i koledzy niejednokrotnie musieli stwo-

żyć sobie nowe miejsca pracy, czyli otworzyć własne gabinety. Udział w konferencji szkoleniowej umożliwia wymianę informacji i doświadczeń. Takie spotkanie pomaga nam lepiej poznać potrzeby środowiska, jest okazją do rozmowy o problemach lekarzy dentystów i poruszania innych ważnych dla nich tematów. Dlatego nie tylko zapewniliśmy zróżnicowany program szkoleniowy, ale też zaprosiliśmy uczestników na chwilę wspólnego relaksu – wieczór z muzyką.

**W konferencji uczestniczyło około 400 słuchaczy. Wystąpiło ponad 20 prelegentów. Spotkaniu towarzyszyła prezentacja sprzętu i materiałów stomatologicznych. Czy konferencja spełniła oczekiwania organizatora?**

Jak na pierwsze tak duże wydarzenie – jak najbardziej. Mieliśmy komplet słuchaczy, interesujące wykłady i warsztaty, dużą powierzchnię wystawienniczą, na której zaprezentowano ciekawą ofertę. Chcieliśmy pokazać nowości w stomatologii i poruszyć możliwie szeroko różne zagadnienia z praktyki lekarza dentysty. Stąd w programie zarówno tematyka medyczna, jak i prawna oraz marketingowa. Z bardzo dużym zainteresowaniem spotkały się

## Szkolenie i integracja



zajęcia dotyczące udzielania pierwszej pomocy, ale też np. wykłady o antybiotykoterapii, o leczeniu próchnicy, endodoncji czy z zakresu profilaktyki onkologicznej. Pomyśleliśmy również o zdrowiu lekarzy dentystów, pojawiły się więc tematy dotyczące dbałości o kręgosłup, stawy rąk i nóg. Podczas konferencji obradowała Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej. Jestem przekonana, że każdy uczestnik mógł wybrać z programu takie zagadnienia, które były dla niego szczególnie interesujące. Oczywiście zawsze znajdują się drobne niedociągnięcia, które trzeba poprawić i wyciągnąć wnioski na przyszłość, ale biorąc pod uwagę skalę przedsięwzięcia, jesteśmy zadowoleni.

### Czy Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne będą kontynuowane?

Kilka miesięcy wcześniej, na łamach „Pulsu”, wspominałam o podobnych konferencjach organizowanych przez inne izby lekarskie: o krakowskich spotkaniach w Rytrze, łódzkich – w Słoku, podlaskich – w Augustowie. Były dla nas inspiracją, ale opieraliśmy się także na tradycji naszych czerwcowych sesji stomatologicznych, które organizowaliśmy w Warszawie. Duże zainteresowanie tegoroczną konferencją i pozytywny jej odbiór przez uczestników jest dla nas nie tylko powodem do zadowolenia, lecz również mobilizacją do kontynuowania przedsięwzięcia i zastrzykiem świeżej energii do działania. II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne planujemy na czerwiec

2016 r., chociaż jest to termin innego ważnego dla środowiska wydarzenia – w Warszawie odbędzie się Światowy Kongres Polonii Medycznej współorganizowany przez naszą Izbę. Musimy tak skoordynować prace, aby zapewnić osobom zainteresowanym uczestnictwo w obu spotkaniach i nie powodować kolizji organizacyjnych.

### Czy są już znane założenia programowe przyszłorocznej konferencji?

Jeszcze za wcześnie, aby mówić o szczegółach. Nie chcemy zmieniać formuły Spotkań Stomatologicznych. Powinny obejmować możliwie szeroki zakres tematów, podobnie jak w roku bieżącym. Dysfunkcja stawu żuchwowo-skroniowego, protetyka, periodontologia – to zagadnienia, do których będziemy powracać. Także profilaktyka onkologiczna, na którą szczególnie powinniśmy być wyczuleni, gdyż nadal nowotwory w obrębie jamy ustnej są wykrywane zbyt późno. Na pewno powtórzymy szkolenie z zakresu pierwszej pomocy. I tak jak podczas tegorocznej konferencji, zorganizujemy wykłady i warsztaty, gdyż urozmaicają szkolenie i pozwalają łączyć teorię z praktyką. Bogatsi o doświadczenia wyniesione z I Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, zmierzmy się z nowym wyzwaniem, aby zapewnić uczestnikom ciekawy i wartościowy program szkoleniowy oraz zorganizować atrakcyjny czas odpoczynku. Zgodnie z naszymi głównymi celami – szkoleniem i integracją lekarzy dentystów. ■

## Bezzębna starość

Z danych demograficznych wynika, że w Polsce przeciętna długość życia mężczyzn wynosi prawie 74 lata, a kobiet blisko 82 (dane z ubiegłego roku). To oczywiście cieszy, ale jednocześnie oznacza, że państwo musi osoby starsze dłużej otaczać opieką, także stomatologiczną. Tymczasem 40 proc. rodaków powyżej 65. roku życia nie ma zębów, co czwarta osoba nie była u dentysty od pięciu lat, a umieralność na nowotwory złośliwe jamy ustnej w naszym kraju jest dwa razy większa od średniej dla Unii Europejskiej. Zdaniem lekarzy dentystów z Naczelnej Rady Lekarskiej to efekt braku polityki senioralnej z zakresu stomatologii.

Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że 10 proc. wszystkich przypadków raka to nowotwory jamy ustnej. Ryzyko zachorowania na nowotwór tego rodzaju wzrasta po 50. roku życia. W Polsce zachorowalność jest prawie półtora raza większa od średniej dla Unii Europejskiej.

Problem będzie narastał, gdyż przybywa ludzi starszych. Potwierdzają to najnowsze dane GUS. W wieku senioralnym (mężczyźni 65+, kobiety 60+) jest obecnie 7,3 mln

Polaków, tj. blisko 20 proc. z 38,5 mln, czyli całej populacji. Do 2030 r. liczba ludzi w tym wieku ma wzrosnąć do 33 proc., a liczba osób powyżej 80. roku życia będzie wynosiła 2,2 mln przy systematycznym spadku liczby ludności w Polsce.

Konieczne zmiany będą możliwe tylko w przypadku zwiększenia funduszy na opiekę stomatologiczną i w ramach rządowego programu senioralnej opieki stomatologicznej. Wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną w 2015 r. sięgną 1,75 mld zł (1,80 mld zł w 2014 r.), co znaczy, że na leczenie jednego Polaka przypada zaledwie 45,43 zł rocznie.

– *Bezzębność polskich seniorów będzie się pogłębiać, jeśli nie powstanie rządowy program stomatologicznej opieki senioralnej i nie zwiększą się wydatki na tę opiekę nad osobami starszymi. To ma z kolei ogromny wpływ na ogólny stan zdrowia seniorów – mówi Agnieszka Ruchała-Tyszler, wiceprezes NRL, przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL. – Państwo musi wprowadzić kompleksowe leczenie stomatologiczne w ramach NFZ, możliwość wykonania nowej protezy w każdym uzasadnionym przypadku, a nie tylko raz, zwiększyć dostępność opieki dentystycznej, szczególnie w małych miejscowościach i na wsiach, oraz finansować transport do gabinetu stomatologicznego i wprowadzić kartę opieki stomatologicznej seniora.* ■

mkr



# Doceńmy ortodontycję

Z dr hab. n. med. Małgorzatą Zadurską, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ortodontyki na Mazowszu, rozmawia Małgorzata Skarbek.

**Ortodoncja jest i profilaktyką, i leczeniem. W jakim stopniu potrzebujemy pomocy ortodonty?**

Okolo 50 proc. dzieci ma wady zgryzu, a jeśli do tego dodamy nieprawidłowości zębowe, to okazuje się, że nawet 80 proc. populacji dzieci i młodzieży ma zaburzenia zębowo-zgryzowe. Nie we wszystkich przypadkach potrzebne jest leczenie ortodontyczne. Bardzo mało spotyka się pacjentów z idealnymi warunkami zgryzowymi, ale u wielu osób występują niewielkie wady, które nie wpływają negatywnie na morfologię, estetykę czy funkcję narządu żucia i mogłyby pozostać bez leczenia.

Wyniki badań epidemiologicznych zależą między innymi od ocenianej populacji i kryteriów badawczych. Na terenie wiejskim, gdzie jest niewielu stomatologów i ortodontów, notuje się dużo powikłań próchnicy oraz przedwczesnych ekstrakcji zębów, wad zgryzu jest znacznie więcej. Gdy badamy np. populację dzieci z terenu, gdzie jest wielu lekarzy stomatologów i specjalistów w dziedzinie ortodontyki, a świadomość prozdrowotna mieszkańców większa, wyniki badań są lepsze.

**Czy współczesna ortodontyka może całkowicie zlikwidować wady?**

Wiele zależy od tego, z jakimi wadami mamy do czynienia. Wady zgryzu mogą być wrodzone albo nabyte. Ograniczenie liczby wad zgryzu można osiągnąć, stosując działania profilaktyczne. Nie są jednak skuteczne w przypadku wad wrodzonych, uwarunkowanych genetycznie lub spowodowanych czynnikami etiologicznymi działającymi w okresie płodowym. Możemy zapobiegać wadom nabytym, które powstają w wyniku działań czynników zewnętrznych, głównie dysfunkcji, parafunkcji, powikłań choroby próchnicowej i przedwczesnych eks-

trakcji zębów oraz urazów. Profilaktyka próchnicy jest jednocześnie profilaktyką ortodontyki. Lecząc chorobę próchnicową zębów, także mlecznych, zwalczając parafunkcje, np. ssanie smoczka lub palca czy obgryzanie paznokci, dysfunkcje, np. nieprawidłowy tor oddychania przez usta, nieprawidłowy typ połykania z tłoczeniem języka między przednie zęby, leniwe żucie, dbamy o prawidłowy rozwój narządu żucia.

Do leczenia ortodontycznego wad zgryzu stosujemy aparaty zdejmowane i stałe. W ramach kontraktów z NFZ możemy leczyć dzieci do 12. roku życia tylko za pomocą aparatów zdejmowanych, a kontrolować je do 13. roku życia. Dla starszych dzieci leczenie jest pełnopłatne. Są wady, które skutecznie leczy się aparatami zdejmowanymi, pod warunkiem właściwego użytkowania. Powinny być zakładane na całą noc i na jak najdłuższy czas w ciągu dnia. Większość pacjentów niestety nie przestrzega tych zaleceń. Leczenie niektórych wad wymaga zastosowania aparatów stałych. Jest pełnopłatne, poza NFZ.

Rezultaty leczenia ortodontycznego zależą nie tylko od postaci wady zgryzu, stopnia jej nasilenia i rodzaju zastosowanego aparatu, ale także od wieku dziecka, w którym rozpoczynamy terapię. Leczenie niektórych wad powinno być rozpoczęte wcześniej, np. zgryzów krzyżowych, zwłaszcza w połączeniu

z asymetrią twarzy. Wady z grupy tyłozgryzów najlepiej leczy się w okresie skoku pokwitaniowego. Natomiast morfologiczne wady twarzowej części czaszki, które mają charakter progresywny i nasilają się w okresie skoku wzrostowego, wymagają często leczenia zespołowego, ortodontyczno-chirurgicznego, po zakończonym wzroście. Ponadto leczenie ortodontyczne trwa z reguły kilka lat. Czasami rodzice zgłaszają się do leczenia z dzieckiem w wieku 10–11 lat, nie zdążymy wtedy zakończyć leczenia do 12. roku życia. Możliwości leczenia zależą więc także od tego, kiedy wada zostanie rozpoznana i kiedy rozpocznie się jej leczenie.

**Czy wyceny procedur są adekwatne do kosztów?**

Nie jest aż tak źle jak w stomatologii dziecięcej, w której procedury są bardzo niedofinansowane. Ale i w naszej specjalności nie jest dobrze. Niektóre procedury zostały wycofane z finansowania, np. mała rekonstrukcja, która praktycznie odbywa się w czasie każdej wizyty, gdy trzeba aktywować klamry, łuki, sprężyny, czasami podłożyć lub wypiówać akryl. Najbardziej boli nas jednak wspomniane ograniczenie świadczeń ortodontycznych do 12. roku życia. Okres kształtowania się zgryzu w uzębieniu stałym trwa dłużej, niektórzy 12-letni pacjenci mają jeszcze uzębienie mieszane, a już nie należy im się leczenie w ramach NFZ. ▶

Fot. M. Kukowska



Ponadto w pewnych wadach zgryzu wskazane byłoby zastosowanie prostych aparatów stałych, np. grubołukowych lub fragmentarycznych cienkołukowych. Możemy je stosować jedynie odpłatnie, choć ich koszt nie przekracza ceny aparatu zdejmowanego.

### Jaka jest sieć gabinetów, które się zajmują ortodoncją, i liczba lekarzy tej specjalizacji?

W województwie mazowieckim liczba ortodontów na 100 tys. mieszkańców nie odbiega od norm europejskich. Ale ich rozmieszczenie jest bardzo nieregularne. W niektórych powiatach nie ma ani jednego ortodonta, a w Warszawie działa aż 117 placówek. Na Mazowszu zarejestrowanych jest 184 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie ortodoncji, spośród nich 156 wykonuje zawód. Tylko 22 lekarzy ma 31–40 lat, najwięcej 41–50 i powyżej 61 lat. Zatem sytuacja kadrowa nie jest zbyt korzystna, a może jeszcze się pogorszyć, jeśli starsi lekarze pójdą na wcześniejszą emeryturę. Poza tym część specjalistów wykonuje świadczenia tylko w ramach usług komercyjnych, bez kontraktu z NFZ.

W województwie mazowieckim mamy pięć jednostek akredytowanych, w których jest 27 miejsc szkoleniowych

w dziedzinie ortodoncji, wszystkie zajęte. Być może w najbliższym czasie uda się utworzyć jeszcze jedno miejsce.

### A jak długo czeka się na zabiegi ortodontyczne?

Niestety, we wszystkich gabinetach publicznych są długie kolejki. Niekorzystny jest fakt, że nie mamy w naszym kraju opracowanego wskaźnika ortodontycznych potrzeb leczniczych. Gdyby był, tak jak np. w Wielkiej Brytanii, moglibyśmy ocenić, które dzieci powinny otrzymać pomoc w pierwszej kolejności, które w drugiej, a których wady mają charakter tylko estetyczny i powinny być leczone poza NFZ. Brak jednolitych kryteriów powoduje, że często leczymy mało nasilone wady zgryzu u pacjentów, którzy zgłosili się do leczenia we wczesnym okresie rozwojowym i doczekali swojej kolejki. Natomiast dzieci z poważniejszymi zaburzeniami, których rodzice lub opiekunowie zgłaszają się za późno, nie doczekają się leczenia do 12. roku życia. Mamy także program ortodontyczny dla dzieci z wadami wrodzonymi twarzowej części czaszki, w ramach którego możemy leczyć pacjentów wszystkimi rodzajami aparatów ortodontycznych do 18. roku życia. Są w nim ujęte poważne wady rozwojowe: rozszczepy wargi i podniebienia, zespół Crouzona, zespół Aperta, zespół Goldenhara i inne. Nie

znalazły się w nim jednak wszystkie wady, w których występuje charakterystyczny dysmorfizm twarzy połączony z morfologicznymi wadami zgryzu, np. zespół Silvera i Russella. Tylko do 12. roku życia możemy leczyć małych pacjentów po chirurgicznym leczeniu guzów, torbieli, po chemio- i radioterapii, czyli po chorobach nowotworowych, po ciężkich urazach twarzowej części czaszki oraz z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów. Rodzice tych pacjentów są rozgoryczeni. Kiedyś występowałibyśmy do NFZ o promesy dla tych dzieci, obecnie nie jest to możliwe.

Tak więc nasze główne problemy, wynikające z trudnej sytuacji finansowej resortu, to ograniczenie wieku dzieci leczonych w ramach kontraktów z NFZ, limity świadczeń oraz pominięcie wielu wad w programie świadczeń ortodontycznych dla dzieci z wrodzonymi wadami twarzowej części czaszki. ■

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie ortodoncji na Mazowszu:**  
dr hab. n. med.

**Małgorzata Zadurska,**  
Zakład Ortodoncji, Wydział  
Lekarsko-Dentystyczny WUM,  
tel.: 22-502-21-46, e-mail:  
malgorzata.zadurska@wum.edu.pl

OGŁOSZENIE

### Serdecznie zapraszamy do udziału w I Konferencji Onkologiczno-Paliatywnej Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC.

Celem konferencji jest przede wszystkim zintegrowanie środowiska medycznego, które na co dzień związane jest z pacjentem chorym onkologicznie, oraz przybliżenie tematów ważnych w codziennej praktyce lekarskiej.

#### Tematy wiodące:

- zapalenie jamy ustnej ■ wsparcie i leczenie żywieniowe u chorego onkologicznego ■ płynoterapia u kresu życia ■ leczenie bólu przebijającego
- leczenie bólu metodami inwazyjnymi ■ nowoczesne leczenie i postępowanie w powikłaniach w szpiczaku plazmocytowym ■ postępowanie w zmianach skórnych w przebiegu stosowania leków przeciwnowotworowych.

#### PATRONAT MERYTORYCZNY



Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Medycyny  
Paliatywnej  
dr Aleksandra Modlińska



Organizator: Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku oraz Fundacja Hospicyjna

[www.konferencja-dutkiewicza.pl](http://www.konferencja-dutkiewicza.pl)

Zapraszamy  
do wypełnienia  
ankiety

<http://www.ankiety.hipokrat.es.org/ankiety/259747/>

dotyczącej  
czasu  
pracy

Komisja Młodych Lekarzy  
oraz Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji  
Naczelnej Izby Lekarskiej





## Marek Balicki

Zrosnącym niepokojem obserwuję „sprawę dr. Bachańskiego”. Przypomnę, że dr Marek Bachański, neurolog dziecięcy z Centrum Zdrowia Dziecka, od wielu miesięcy stosował z powodzeniem u kilku swoich pacjentów z padaczką lekooporną standaryzowane preparaty medycznej marihuany, sprowa-

dzane do Polski w trybie importu docelowego. Pisałem o tym w kwietniowym „Pulsie”, wspominając jednocześnie głośną dwa lata temu historię amerykańskiej dziewczynki Charlotte Figi, z zespołem Dravet, u której w wyniku zastosowania medycznej marihuany liczba napadów padaczkowych zmniejszyła się z 300 tygodniowo do kilku miesięcznie. W wakacyjnym numerze „Pulsu” wróciłem do sprawy w związku ze skierowaniem do Sejmu przez Trybunał Konstytucyjny tzw. postanowienia sygnalizacyjnego dotyczącego medycznej marihuany. Trybunał postuluje w nim, biorąc pod uwagę wyniki aktualnych badań naukowych, wprowadzenie zmian w prawie umożliwiających stosowanie marihuany do celów medycznych. Pojawiły się też zapowiedzi rozpoczęcia w Polsce badań klinicznych z użyciem tego specyfiku. Wydawało się więc, że sprawa weszła na właściwe tory.

Tymczasem w lipcu dyrekcja CZD niespodziewanie postanowiła zawiesić „z powodu braków formalnych” dalsze leczenie dzieci z padaczką lekooporną przez dr. Bachańskiego. Co gorsza, wypowiedzi i działania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie nie doprowadziły do wyjaśnienia jej w sposób korzystny dla pacjentów, a na dodatek powodowały zamieszanie pojęciowe w kwestii eksperymentu medycznego. Skończyło się to wszystkim złożeniem przez dyrekcję CZD na początku sierpnia doniesienia do prokuratury przeciwko dr. Bachańskiemu. Zarzuca się mu „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu małoletnich pacjentów” oraz „prowadzenie badań klinicznych bez uzyskania świadomej zgody uczestnika badania lub jego przedstawiciela ustawowego”. Ironia losu polega na tym, że w zgodnej opinii rodziców i dr. Bachańskiego stan zdrowia dzieci poprawił się, a rodzice nie tylko wyrazili zgodę, ale wręcz domagają się kontynuowania terapii, a prowadzone leczenie nie miało charakteru badania klinicznego, tylko innowacyjnej terapii. To pierwszy od lat znany mi przypadek, kiedy do prokuratury wpływa doniesienie przeciwko lekarzowi, gdy u pacjenta nastąpiła poprawa stanu zdrowia w wyniku zmiany sposobu leczenia. U najstłanniejszego pacjenta dr. Bachańskiego, sześćoletniego Maksa, którego cała Polska mogła zobaczyć w telewizji, po zastosowaniu terapii udało się zredukować liczbę napadów z kilkuset do kilku miesięcznie.

Mało wiemy, jakie jest tło konfliktu między neurologiem a dyrekcją CZD. Myślę, że prędzej czy później dowiemy się więcej. Dzisiaj problemem jest pomieszanie pojęć, jakie

przy tej okazji słyszymy w wypowiedziach i komentarzach medialnych, polegające na nierozróżnianiu eksperymentu medycznego i eksperymentalnego zastosowania leku przez lekarza u jego pacjenta. Niestety, przyczynili się do tego głównie niektórzy obecni i byli członkowie kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Zamieszania nie zakończył też, co jest szczególnie zasmucające, komunikat Prezydium NRL z 21 sierpnia br.

Warto więc przypomnieć, w ślad za komentarzami prawnymi do prawa farmaceutycznego, że eksperymentem medycznym może być nazwane tylko takie działanie badawcze, które prowadzone jest zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami badań naukowych, w szczególności w ściśle określonych, celowo dobranych, precyzyjnie kontrolowanych i dających się wielokrotnie powtarzać warunkach. Eksperymentem medycznym nie jest zatem niezaplanowane, jednorazowe zastosowanie przez lekarza nowatorskiej czy niekonwencjonalnej metody leczenia w celu ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Na konieczność takiego rozróżnienia zwracają uwagę podręczniki bioetyki.

Deklaracja helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w pkt. 37, dotyczącym etycznych zasad prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi, jednoznacznie stwierdza, że: „tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po zasięgnięciu porady eksperta i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na ratowanie życia, przywrócenie zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu. Następnie interwencja taka powinna stać się przedmiotem badań naukowych, mających na celu ocenę jej bezpieczeństwa i skuteczności. We wszystkich przypadkach nowe informacje powinny być rejestrowane i tam, gdzie jest to stosowane, powinny zostać udostępnione publicznie”.

Z tego, co wiemy, tak właśnie postąpił dr Bachański. U kilkorga pacjentów zastosował, poza wskazaniami rejestracyjnymi, dopuszczone do obrotu w innym kraju UE, standaryzowane preparaty medycznej marihuany, w sytuacji, gdy leki zarejestrowane w tym wskazaniu (padaczka lekooporna) okazały się nieskuteczne. Efektami leczenia podzielił się z innymi lekarzami i opinią publiczną.

Stosowanie leków poza wskazaniami (*off label*) jest zgodne z prawem. W takich przypadkach zgoda komisji bioetycznej nie jest potrzebna. Ocenia się, że w codziennej praktyce lekarze stosują poza wskazaniami rejestracyjnymi około 40 proc. leków, a w onkologii dziecięcej nawet 90 proc. Lekarze mają nie tylko prawo, ale również obowiązek zaproponowania pacjentowi leku *off label*, gdy inne możliwości zostały wyczerpane. Wie o tym dyrekcja CZD, powinni wiedzieć szefowie resortu zdrowia. Od władz samorządu lekarskiego oczekuję zaś zdecydowanej obrony zarówno autonomii pacjenta, jak i autonomii lekarza podporządkowanej potrzebom i dobru pacjenta. ■

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych  
**„Rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu  
 oraz krótka i poszerzona interwencja w podstawowej opiece zdrowotnej”.**

**8.10.2015 r. (czwartek), 5.11.2015 r. (poniedziałek) KURSY 6 PKT. EDUKACYJNYCH**

Informacje: 22-313-19-70, 22-313-19-75, w godz.: 8.00–16.00, [www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)



# A może pielęgniarki utworzą swoją partię...

Z **Lucyną Dargiewicz**, przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, rozmawia **Wojciech Kuta**, redaktor naczelny „Rynku Zdrowia”.

**Czy wierzy pani jeszcze w postulowaną przez OZZPiP podwyżkę pielęgniarskich płac o 1500 zł, w trzech miesięcznych transzach po 500 zł?**

**P**rzede wszystkim taki wariant podniesienia wynagrodzeń jest konieczny, jeśli rząd poważnie myśli o rozwiązaniu problemu braku pielęgniarek i położnych w polskim systemie ochrony zdrowia. Nasza grupa zawodowa jest już tak zdeterminowana, a dzisiejsze zarobki są na tak niskim poziomie, że musimy wreszcie wprowadzić niezbędne i radykalne zmiany uposażeń.

W Polsce pielęgniarka zarabia przeciętnie 2 tys. zł, podczas gdy np. w Niemczech – równowartość 9 tys. zł, a w Skandynawii 14–16 tys. zł. Europa jest obecnie otwarta, można swobodnie wybierać miejsce zatrudnienia. Trudno się więc dziwić, że nasze młode pielęgniarki po studiach wyjeżdżają do innych krajów, gdzie zarabiają znacznie lepiej przy mniejszych obciążeniach. Przypomnę też, że w Polsce na 1000 mieszkańców przypada statystycznie 5,2 pielęgniarki. Ale są regiony kraju, w których ten wskaźnik wynosi tylko 3,6, podczas gdy np. we wspomnianej Skandynawii – średnio 16.

**Jednak w kolejnych turach negocjacji Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie proponuje znacznie mniejsze podwyżki. W tej materii porozumienie wydaje się więc na razie niemożliwe.**

Propozycja ministerstwa nie stanowi żadnego rozwiązania problemu drastycznie już zmniejszającej się liczby pielęgniarek. Poza tym resort mówi o kwocie, która nie byłaby włączana do podstawy wynagrodzenia. Proponowane przez stronę rządową 174 zł netto w 2016 r. plus 174 zł w 2017 to podwyżka uwłaczająca naszej godności, bo rzędu 1 zł na godzinę, i nie ma żadnego przełożenia na nasze płace w latach następnych. To typowy przedwyborczy ruch ministerstwa. Zdajemy sobie sprawę, że nie żyjemy w Niemczech czy Norwegii, nie oczekujemy więc wynagrodzeń na poziomie obowiązującym w tych krajach. Jednak podniesienie zarobków o 1500 zł jest niezbędne, bo nasz system opieki zdrowotnej może się zawalić nie z powodu zadłużonych szpitali, ale wskutek braku pielęgniarek. Poza tym dotychczasowe rozmowy płacowe w Ministerstwie Zdrowia trudno nazwać negocjacjami, gdyż resort nawet nie próbuje dążyć do jakiegokolwiek kompromisowego rozwiązania.

**W ostatnich latach nie brakowało spektakularnych protestów płacowych środowiska pielęgniarskiego. „Białe miasteczko”, manifestacje przed parlamentem oraz na galerii sejmowej. Efekty były mizerne. Może pielęgniarki i położne potrzebują swojego silnego politycznego lobby? W Sejmie i Senacie jest obecnie 26 lekarzy, pielęgniarek – kilka.**

W mojej subiektywnej ocenie nasze środowisko zawodowe nie jest dla polityków, liderów poszczególnych ugrupowań, elektoratem, o który warto szczególnie zabiegać. Dlatego, jeśli nawet proponuje się nam miejsca na listach wyborczych, to są zbyt odległe, abyśmy większą grupą mogły wejść do Sejmu czy Senatu. Nie mamy zatem wystarczająco mocnego lobby parlamentarnego. Nieliczne pielęgniarki, które zasiadają w ławach przy Wiejskiej, reprezentują różne ugrupowania, nie działają więc wspólnie. Chcemy z tego wyciągnąć wnioski. OZZPiP zrzesza około 80 tys. osób, jest organizacją liczniejszą niż wiele partii politycznych. Jeśli nasze związkowe działania nie przyniosą efektu, może trzeba będzie pomyśleć o założeniu przez pielęgniarki i położne własnego ugrupowania politycznego.

**4 sierpnia 2015 r. OZZPiP zaprosił na konferencję przed Sejmem wszystkie najważniejsze partie, ale zjawili się przedstawiciele zaledwie dwóch.**

Zaproszenie zostało wystosowane także do resortu zdrowia. Była to z naszej strony próba powiedzenia politykom, którzy być może niebawem przejmą rządowe stery, że nie zrezygnujemy z naszych postulatów, bez względu na to, która opcja dojdzie do władzy po październikowych wyborach. Powtarzam, że nam nie chodzi wyłącznie o pielęgniarki i położne, ale o cały system ochrony zdrowia, który bez naszej grupy zawodowej nie może funkcjonować. Już teraz wśród pielęgniarek młode osoby, w wieku 21–25 lat, stanowią zaledwie 2 proc., jest ich około 5 tys. Średnia wieku pielęgniarki w Polsce wynosi 48 lat i szybko rośnie.

Pielęgniarek w wieku 65 lat, które nadal pracują, jest ponad 8 tys. Takie dane potwierdzają, że mamy już do czynienia z bardzo poważnym problemem społecznym. Pogłębia się m.in. dlatego, że wśród wyjeżdżających do pracy w innych krajach najwięcej jest właśnie młodych pielęgniarek.

Ministerstwo Zdrowia wskazywało w rozmowach, że częściowo mogą je zastąpić pielęgniarki z Ukrainy. Trudno uwierzyć w ten scenariusz. Uchodźcy, np. z Ukrainy, traktują Pol-



skę jak kraj tranzytowy. Ukraińki dobrze znają angielski, celem ich emigracji są kraje Europy Zachodniej. My tylko pomożemy im zdobyć na naszych uczelniach wymagane w Unii kwalifikacje. W ten sposób zrobimy prezent innym państwom, szczególnie tym, w których brakuje pielęgniarek po wyższych studiach, np. Niemcom. Mamy więc – co trzeba przyznać – bardzo dobry system kształcenia pielęgniarek, z którego coraz częściej korzystają inne kraje.

**Pojawiły się opinie, że żądania płacowe pielęgniarek mogą skłócić środowisko pracowników medycznych. Coraz głośniejsze upominają się o swoje przedstawiciele związków reprezentujących inne zawody medyczne niż lekarze i pielęgniarki. Zapowiadają na 28 września manifestację w Warszawie.**

Oczywiście nie kwestionujemy prawa innych grup zawodowych w ochronie zdrowia do walki o godziwe zarobki, warunki pracy itd. Co więcej, solidaryzujemy się z tymi organizacjami. Jednak nasz związek jest zawodowo jednorodny, siłą rzeczy reprezentujemy wyłącznie interesy środowiska pielęgniarskiego. Zawsze tak było, m.in. w „białym miasteczku”. Dlatego bardzo dziwi mnie wypowiedzi niektórych związkowców z innych organizacji, że pielęgniarki tworzą konfliktową sytuację. Jeśli uważają, że ich grupa zawodowa jest pokrzywdzona, powinni w jej imieniu występować, podobnie jak czyni to nasz związek. Dotychczas jednak zwykle było tak, że pielęgniarki walczyły, a inne grupy zawodowe „szły” po swoje po naszych plecach jak po moście. Trzeba też pamiętać, że system ochrony zdrowia oparty jest na dwóch głównych filarach – lekarzach oraz pielęgniarkach.

**Wróćmy do rozmów z resortem zdrowia. Część płacowa utknęła w martwym punkcie. Obecnie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz OZZPiP negocjują już wyłącznie zasady wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów z NFZ. W tej kwestii jest jeszcze możliwe zawarcie porozumienia?**

Są dwa zespoły – ds. płacowych oraz koszykowych. Wśród naszych najważniejszych postulatów nadal pozostaje bowiem wpisanie pielęgniarek do systemu świadczeń kontraktowanych przez NFZ. W tej sprawie, w ramach prac zespołu koszykowego, rozmowy trwają. Obecnie dotyczą pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej, omawiane są poszczególne zakresy ich działań, np. okresów przejściowych koniecznych dla zdobywania przez te osoby odpowiednich kwalifikacji. Natomiast propozycje płacowe ministerstwa są dla naszego środowiska nie do przyjęcia.

**Jeśli nie dojdzie do porozumienia dotyczącego wynagrodzeń, związek zapowiada ostry protest we wrześniu. Jaki będzie jego scenariusz?**

Ustawa dotycząca sporów zbiorowych daje nam określone możliwości. Obecnie mogę potwierdzić, że w połowie września zorganizujemy naprawdę duże protesty w całym kraju. Później będziemy przygotowywać się do strajku generalnego. Nie możemy w nieskończoność chodzić do Ministerstwa Zdrowia na rozmowy, które z dialogiem nie mają nic wspólnego. Resort powtarza swoje propozycje, nie ustępując nawet o grosz. To nie są negocjacje. Ministerstwo prowadzi jedynie przedwyborczą grę na zwłokę. Zapewniam, że nasze działania nie mają charakteru politycznego. Kiedyś pielęgniarka wykonywała czynności u czterech pacjentów, a teraz np. u 14. Pielęgniarki od dawna pracują ponad siły za wyjątkowo marne pieniądze. Jeżeli nie my – jako związek zawodowy – będziemy o tym głośno mówić, to kto? ■

Wywiad ukazał się 18 sierpnia 2015 r. na portalu [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl); przedruk za zgodą redakcji



Fot. G. Press

## Niepolityczny minister

Paweł Walewski

Od kardiochirurga zastąpił pediatrę wszyscy obserwatorzy poczynają Ministerstwa Zdrowia musieli przyzwyczaić się do innego stylu pracy i wypowiedzi nowego ministra. Ostre riposty i takie trochę błędzenie w chmurach zawsze cechują dobrych fachowców, którzy nagle trafiają na orbitę polityki i wierzą, że mogą sięgnąć gwiazd albo (bardziej ziemne marzenie) góry przenosić. Z początku próbują udowodnić, że uda się w większej skali szybko powtórzyć sukces, jaki odnieśli na gruncie zawodowym. Ale, niestety, życie jeszcze szybciej weryfikuje ich dziecięcą naiwność i trzeba skalpel odłożyć na półkę, dyplom schować do biurka, a styl bycia skroić pod fason. Może więc szkoda talenty doświadczonych lekarzy marnować na politycznych stołkach? Niejeden się o tym przekonał, niejeden poległ.

Polityczne salony, na których nie obowiązują salonne maniery, to nie to samo, co sala operacyjna albo szpital, w którym z dużo większą swobodą można coś zmienić i ulepszyć. Jeśli prof. Marian Zembala przyjechał do Warszawy z przeświadczeniem, że w resorcie zdrowia będzie działał równie skutecznie jak na stanowisku szefa Śląskiego Centrum Chorób Serca, to srogo się zawiódł, krytykowany zewsząd za zbyt radykalny język i nie zawsze przemyślane politycznie opinie. Widać, że naszą ochroną zdrowia nie może kierować lekarz praktyk, który mówi, co myśli, nawet jeśli kolejność tych czynności jest odwrotna.

Wcale mnie ta sytuacja nie cieszy. Pokazuje bowiem, kto naprawdę rządzi systemem: związki zawodowe, niejednokrotnie media podsuwające tematy dyżurne (nie zawsze najistotniejsze), a wreszcie politycy niemający wcale interesu w tym, by opiekę zdrowotną raz na zawsze uporządkować i skreślić z obowiązkowych punktów podczas kampanii wyborczej. Akurat obecna dowodzi, że liczą się same obietnice – a kto je składa i za jaką cenę, nie ma już większego znaczenia. Lekarz praktyk na taki czas stanowczo się nie nadaje, bo nie potrafi lawirować jak gadające głowy w telewizorze. Mówi, co widzi i co czuje – dziennikarzom zadającym niezbyt mądre pytania albo innym lekarzom, nie ze swojej winy niemającym takiej siły przebicia co minister. Musi go bardzo dziwić wszystko, co słyszy w wielu miejscach o swoim resorcie, bo wciąż zna go od strony doskonale wyposażonego ośrodka najwyższego stopnia referencyjności. Jeśli więc ktoś skarży się na brudne toalety, łóżka na korytarzach i kolejki do rejestracji od 6 rano, to pyta: czy potrzebna jest likwidacja NFZ, aby system był przyjaźniejszy pacjentom? Pytanie co najmniej nie w porę, ale czy niesłuszne? Polacy muszą dorosnąć, by mogli nimi rządzić ludzie pozbawieni politycznego wyczucia. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.



**OBWIESZCZENIE NR 1/2015/VII  
PRZEWODNICZĄCEGO  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ W WARSZAWIE  
z 28 marca 2015 r.**

*w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata  
na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie  
na kadencję 2013–2017  
w rejonie wyborczym nr K7/058  
Międzyleski Szpital Specjalistyczny*

Na podstawie §44 ust. 1 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.), i uchwały nr 2/2015/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 28 marca 2015 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/058 Międzyleski Szpital Specjalistyczny, obwieszcza się, co następuje:

**§1**

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 lek. Zofii Dąbrowskiej w rejonie wyborczym nr K7/058 Międzyleski Szpital Specjalistyczny.

**OBWIESZCZENIE NR 2/2015/VII  
PRZEWODNICZĄCEGO  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ W WARSZAWIE  
z 28 marca 2015 r.**

*w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata  
na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie  
na kadencję 2013–2017  
w rejonie wyborczym nr K7/036  
WUM Szpital Karowa*

Na podstawie §44 ust. 1 regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r.), i uchwały nr 2/2015/VII Okręgowej Komisji Wyborczej w Warszawie z 28 marca 2015 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 w rejonie wyborczym nr K7/036 WUM Szpital Karowa, obwieszcza się, co następuje:

**§1**

Obwieszcza się wygaśnięcie mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie na kadencję 2013–2017 lek. Barbary Chodzińskiej w rejonie wyborczym nr K7/036 WUM Szpital Karowa.

**UCHWAŁA NR 31/R-VII/15  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
z 19 czerwca 2015 r.**

*w sprawie zmiany uchwały nr 67/R-VII/14  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 30 maja 2014 r. w sprawie powołania  
Komisji ds. Kultury, Sportu i Turystyki  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
na okres kadencji 2013–2017*

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j.) oraz §29 ust. 4 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 5 kwietnia 2014 r. w sprawie uchwalenia Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza – uchwała się, co następuje:

**§1**

W §1 uchwały nr 67/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 30 maja 2014 r. w sprawie powołania Komisji ds. Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany:

– wyrażenie: „– kol. **Andrzej Sawoni** – Przewodniczący Komisji” zastępuje się wyrażeniem: „– kol. **Adam Górski** – Przewodniczący Komisji”.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 34/R-VII/15  
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
z 19 czerwca 2015 r.**

*w sprawie zmiany Regulaminu  
wynagradzania pracowników  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,  
stanowiącego załącznik  
do uchwały nr 57/R-VII/14  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 28 marca 2014 r.*

Na podstawie art. 25 pkt. 10, w związku z art. 34 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j.) oraz art. 77 §1–2 i 5–6 kodeksu pracy, uchwała się, co następuje:

**§1**

Zatwierdza się zmianę Regulaminu wynagradzania pracowników Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza polegającą na dodaniu w §20 ust. 5 w brzmieniu:

„Zwrot kosztów za użytkowanie przez pracowników w jazdach lokalnych i zamiejscowych, na potrzeby pracodawcy, samochodów prywatnych, stanowiący nadwyżkę wynikającą z przemnożenia różnicy między liczbą kilometrów przyznanych uchwałą ORL w Warszawie a limitem wymienionym w §3 ust. 2 »rozporządzenia o stawkach« przez stawkę



za 1 km przebiegu pojazdu, traktowany jest jak wynagrodzenie ze stosunku pracy podlegające opodatkowaniu i oskładkowaniu”.

## §2

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

## §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązywania od 4 lipca 2015 r.

### UCHWAŁA NR 35/R-VII/15 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 19 czerwca 2015 r.

#### *w sprawie umarzania należności powstałych z tytułu nieopłaconych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie*

Na podstawie art. 5 pkt. 23, w związku z art. 25 pkt. 7, art. 114 ust. 2 pkt. 1 i ust. 3 oraz art. 118 ust. 4 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j.), w związku z §9 uchwały nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy, Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie uchwała, co następuje:

## §1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie może na wniosek lekarza/lekarza dentystry umorzyć w całości albo w części należności z tytułu nieopłaconych składek członkowskich.

2. Umorzenie należności z tytułu nieopłaconych składek członkowskich następuje na pisemny wniosek lekarza/lekarza dentystry, w którym lekarz/lekarz dentysta powinien wyrazić, że z uwagi na trudną sytuację materialną, zły stan zdrowia lub inne wyjątkowe okoliczności (np. ciężką, udokumentowaną sytuację rodzinną, brak przychodów lub bardzo niskie przychody, długotrwałą hospitalizację, zdarzenia losowe, takie jak pożar, kradzież, klęska żywiołowa itp.) nie jest w stanie wykonywać obowiązku uiszczania składki członkowskiej w całości lub w części.

3. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie może umorzyć zaległości z tytułu płatności składki w przypadku śmierci zobowiązanego.

4. Okoliczności uzasadniające umorzenie należności z tytułu nieopłaconych składek członkowskich, wskazane we wniosku o umorzenie, powinny być potwierdzone stosownymi dokumentami.

## §2

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w sprawie umorzeń należności powstałych z tytułu nieopłaconych składek członkowskich na podstawie niniejszej uchwały.

## §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

### APEL OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE z 19 czerwca 2015 r.

#### *o odroczenie wprowadzenia obowiązku zawarcia przez podmioty lecznicze prowadzące szpital umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o odroczenie obowiązku zawarcia przez podmioty lecznicze prowadzące szpital umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta z tytułu zdarzeń medycznych.

Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt. 4 ustawy o działalności leczniczej (DzU 2013.217, t.j., dalej: u.d.l.) podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 2 umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Wprowadzenie tego obowiązku zostało przewidziane na 1 stycznia 2016 r., zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (DzU poz. 742, z późn. zm.). Taki stan prawny wymaga rozpoczęcia w drugiej połowie 2015 r. procedur zawarcia ww. umów przez podmioty prowadzące szpital. Z uwagi na konieczność podjęcia pilnych prac nad modyfikacją pozasądowego i bez konieczności dowodzenia winy modelu dochodzenia roszczeń z tytułu szkód medycznych w Polsce Okręgowa Rada Lekarska apeluje o odroczenie realizacji obowiązku zawierania takich umów, aby w tym czasie dokonać koniecznych zmian legislacyjnych.

### UZASADNIENIE

Art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nakłada na podmioty lecznicze prowadzące szpital wyraźny obowiązek zawarcia dwóch rodzajów umów ubezpieczenia:

1) umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, dalej: ubezpieczenie OC;

2) umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, która obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, dalej: ubezpieczenie na rzecz pacjenta.

W związku z tym należy zwrócić uwagę na kilka kluczowych kwestii:

1. Zakres przedmiotowy obu ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia OC obejmuje szkody będące następstwem tylko udzielania świadczeń zdrowotnych i niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym szkody powstałe w wyniku bezpodstawnej odmowy świadczenia zdrowotnego albo zbyt wczesnego zaprzestania udzielania takich świadczeń, wówczas gdy istniała obiektywna przesłanka do ich kontynuacji. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód będących następstwem udzielania świadczeń innych niż zdrowotne.

Ubezpieczenie na rzecz pacjenta także obejmuje szkody będące następstwem udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, które już wchodzi

w zakres ubezpieczenia OC. Natomiast różnica między tymi dwoma ubezpieczeniami polega na tym, iż w przypadku ubezpieczenia na rzecz pacjenta ustawodawca określa zdecydowanie wężej niż przy ubezpieczeniu OC, jakie zdarzenie może być skutkiem takiej szkody, tj. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ubezpieczenie na rzecz pacjenta ma w tym przypadku również postać ubezpieczenia z tytułu ponoszenia odpowiedzialności cywilnej.

Tym samym można mówić o nakładaniu się zakresów przedmiotowych dwóch rodzajów ubezpieczenia, *de facto* z tytułu odpowiedzialności cywilnej, choć funkcjonujących pod różnymi tytułami.

2. Podstawa odpowiedzialności. O tym, z którego rodzaju ubezpieczenia szkoda zostanie zrekompensowana, decyduje *de facto* poszkodowany, przez wybór drogi dochodzenia roszczeń. Wypłata z ubezpieczenia OC jest jednocześnie uzależniona od stwierdzenia stopnia winy sprawcy szkody, natomiast w przypadku ubezpieczenia na rzecz pacjenta wprawdzie nie ustala się stopnia winy, ale wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych muszą ustalić, że postępowanie sprawcy szkody było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Tym samym obowiązujący system pozasądowej rekompensaty szkód nie pozwala na rekompensatę zdarzeń niepożądanych, często będących następstwem niepowodzenia terapeutycznego, i w istocie nie rozszerzył zakresu przedmiotowego rekompensaty szkód o te zdarzenia, które nie były dotychczas i nie są nadal objęte zakresem ubezpieczenia OC. Taki stan faktyczny nie jest wystarczający, aby chronić słuszne interesy pacjentów, którzy doznali szkód w następstwie zdarzeń niepożądanych, którym nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną, dochowaniem staranności i reguł ostrożności lekarz nie mógł zapobiec, ich przewidzieć czy przed nimi uchronić pacjenta.

3. Obciążenia finansowe szpitali. Ciężar funkcjonowania pozasądowego modelu rekompensaty szkód został całkowicie przerzucony na podmioty prowadzące szpitale, a w szerszej perspektywie również na pacjentów – jest to podwójny ciężar finansowy opłacania składki, wynikający z dwóch rodzajów ubezpieczeń i wypłaty wysokich odszkodowań. W przypadku ubezpieczenia OC szpitali szczegółowe warunki ubezpieczenia obowiązkowego określa rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, które weszło w życie 1 stycznia 2012 r. i które określa m.in. minimalną sumę gwarancyjną w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w zależności od rodzaju prowadzonej działalności leczniczej. Na skutek nowelizacji ustawy o działalności leczniczej w ramach art. 25 ustępów 1a–1f doprecyzowano

warunki ubezpieczenia podmiotu leczniczego w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z treścią ustępu 1a suma ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, jest uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego oraz wynosi nie mniej niż 300 tys. zł, przy czym suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1 tys. zł (zgodnie z ust. 1b).

Należy podkreślić, że zarówno składki na te dwa rodzaje ubezpieczeń, jak i górna kwota sum gwarancyjnych ubezpieczeń są narzucone i nie stanowią w Polsce przedmiotu kalkulacji, z uwagi na rzeczywiste ryzyko zaistnienia szkody w konkretnym podmiocie leczniczym. W Polsce nie ma obowiązku prowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych. Ponadto obciążenie szpitali obowiązkiem dwóch rodzajów ubezpieczeń nie chroni przed koniecznością wypłat bardzo wysokich odszkodowań zasądzanych przez sądy powszechne w oderwaniu od sum gwarancyjnych posiadanych ubezpieczeń.

4. Pozorne polepszenie sytuacji poszkodowanych pacjentów. Wbrew idei wprowadzenia ustawowych zapisów o postępowaniach przed komisjami wojewódzkimi nie przyspieszyły one dochodzenia roszczeń przez pacjentów lub ich bliskich. Przyczyn tego zjawiska jest wiele. Między innymi nieprzemysłane, niedoprecyzowane i sprzeczne ze sobą rozwiązania prawne. W ten sposób nie unika się długiego postępowania, mającego wyjaśnić, czy faktycznie doszło do zdarzenia medycznego. Obecny model pozasądowego postępowania nie pozwala poszkodowanym pacjentom lub ich bliskim na szybkie dochodzenie roszczeń.

Zasady ustalania wysokości proponowanego świadczenia zostały natomiast określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (DzU poz. 750). Dotychczasowa praktyka wskazuje, że zarówno z uwagi na liczbę wypłat odszkodowań z ubezpieczenia na rzecz pacjenta, wysokość proponowanych odszkodowań, jak i z uwagi na koszty, jakie ponoszą podmioty prowadzące szpitale w związku z podwójnym ubezpieczeniem tych samych ryzyk, korzyści finansowe z obecnego stanu prawnego odnosi tylko ubezpieczyciel.

W związku z powyższym Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, po konsultacji z przedstawicielami organizacji pacjentów, występuje z propozycją podjęcia pilnych prac legislacyjnych nad modyfikacją pozasądowego modelu rekompensaty zdarzeń niepożądanych i stworzenia spójnego funduszu kompensacji szeroko pojętych zdarzeń medycznych bez konieczności dowodzenia winy. Tym samym odroczenie wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia placówek z tytułu zdarzeń medycznych jest niezbędne i bardzo pilne. ■

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

Prezes Sądu Okręgowego w Siedlcach zwraca się do lekarzy specjalistów, zainteresowanych pełnieniem funkcji lekarza sądowego na obszarze działania sądu, o zgłaszanie swojej kandydatury. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwraca się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o zgłaszanie swojej kandydatury. Zgłoszenia prosimy nadsyłać listownie pod adresem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pocztą elektroniczną: sekretarz@oilwaw.org.pl



# Lekarze z Ukrainy w Warszawie

**Krzysztof Schreyer,**

przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie

Od 15 do 17 lipca na zaproszenie naszej Izby przebywali w Warszawie czołowi działacze Ukraińskiego Stowarzyszenia Medycznego.

tów politycznych, wykazując związek między likwidacją izb w Polsce i utratą niepodległości, a następnie omawiając proces ich odżywiania w warunkach państwa niepodległego. Działacze Ukraińskiego Stowarzyszenia Medycznego, wybiegając myślą w przyszłość, byli szczególnie zainteresowani praktycznymi aspektami organizacji pierwszych wyborów. Ładysław Nekanda-Trepka mógł im udzielić wielu informacji na podstawie własnego doświadczenia, był bowiem członkiem komitetu organizacyjnego kierującego ówczesnym „pospolitym ruszeniem”. O najistotniejszych aspektach pracy samorządu lekarskiego mówili: Elżbieta Rusiecka-Kuczałek (o sędzię lekarskim), Roman Olszewski (finanse i kontrola komisji rewizyjnej oraz sprawy stomatologii), Janina Barbachowska (o rzeczniku odpowiedzialności lekarskiej) i Krzysztof Dziubiński (o kształceniu ustawicznym). Goście z Ukrainy mieli również możliwość przyjrzenia się pracy Prezydium ORL i rozmowy z prezesem Andrzejem Sawonim. Niezastąpiony w przedstawianiu codziennej pracy Izby był niezmordowany tłumacz kol. Tadeusz Pawlikowski. Chociaż, wbrew obawom, porozumiewanie się między lekarzami z Polski i Ukrainy w ich językach ojczystych nie było specjalnie trudne, sprawy fachowe wymagały językowej precyzji.



Fot. R. Klimkowska

Wysiłki lekarzy ukraińskich dążących do utworzenia w swoim kraju samorządu lekarskiego śledzimy od dawna. W odróżnieniu od postsowieckich krajów nadbałtyckich, które wybrały organizację samorządu na wzór brytyjski lub szwedzki, lekarze Ukrainy postanowili oprzeć się na wzorach z centrum Europy. Uznali, że z wielu powodów najbliższy jest im system samorządowy w Polsce. Celem obecnej wizyty, mającej charakter szkoleniowy, było zapoznanie się z codzienną pracą izby lekarskiej.

Muszę wyznać, że towarzysząc kolegom z Ukrainy w zwiedzaniu naszej Izby, jeszcze raz uświadomiłem sobie, jak długą przebyliśmy drogę i jak trudne zadanie stoi przed naszymi gośćmi, szyczącymi się do transformacji, którą my przeszliśmy w łatwiejszych warunkach, z pomocą jeszcze przedwojennych działaczy. Na razie koledzy z Ukrainy walczą o uchwalenie przez tamtejszy parlament ustawy o izbach lekarskich. Bez niej możliwe jest jedynie prowadzenie działalności uświadamiającej i przygotowującej do nadchodzących zmian. Inna sprawa, że to działalność absolutnie niezbędna w środowisku bez tradycji samorządowej, która okazała się niezmiernie cenna dla reaktywowania naszego samorządu po wieloletniej (w skali historycznej jednak stosunkowo krótkiej) przerwie. Podczas spotkania Konstanty Radziwiłł w swym wykładzie dostarczał ważkich argumen-

Myślę, że wiedza o codziennej działalności izby, przekazywana w taki właśnie sposób, bardzo by się przydała również naszym kolegom lekarzom, zgłaszającym beztrzęsio gniewne pytanie: „co też te izby robią”, i demonstrującym oburzenie z powodu obowiązku płacenia składek. Mnogość problemów i nietuzinkowych sytuacji, wynikających ze zderzenia z realiami naszego zawodu, jest tak wielka, że zaskakiwała nieraz i mnie, od wielu kadencji członka rady okręgowej.

Gośćmi z Ukrainy, rewanżując się za serdeczne przyjęcie naszej delegacji w Odessie, opiekowali się koledzy Krzysztof Makuch i Krzysztof Królikowski.

Będziemy śledzić losy ustawy o izbach lekarskich na Ukrainie i, w razie jej uchwalenia, pomagać w tworzeniu samorządu lekarskiego, bez którego nie do pomyślenia jest prawdziwy system demokratyczny. Sceptykom trzeba przypomnieć, że naszą pomoc winno się traktować jak spłatę długu moralnego, który zaciągnęliśmy u lekarzy z Zachodu pomagających nam bardzo w reaktywacji izb lekarskich. Warto wspomnieć, że Izba warszawska nie jest w tej akcji osamotniona.

Naszych gości czeka w ich kraju długa i niezmiernie trudna praca, której są świadomi i do której systematycznie się przygotowują. Życzymy powodzenia. ■



# Dokumentacja medyczna, tajemnica lekarska i kontrola skarbowa

Piotr Dąbrowski

Jakiś czas temu media obiegała informacja o sprawie lekarza, który odmówił udostępnienia organom kontroli skarbowej danych osobowych swoich pacjentów. Kontrola dotyczyła podejrzenia o zaniżanie przez lekarza dochodów, a dane wymagane przez dyrektora urzędu kontroli skarbowej służyć miały weryfikacji liczby jego pacjentów. Lekarz powołał się na obowiązującą go tajemnicę lekarską.

## Czy lekarz musi udostępnić dokumentację kontroli skarbowej

Zastosowanie znajdzie tu wiele przepisów prawnych. Niewątpliwie informacje o imionach, nazwiskach i adresach pacjentów stanowią dane osobowe w rozumieniu ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Zgodnie bowiem z jej zapisami za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Lekarz prowadzący indywidualną praktykę, gromadząc dane w ramach dokumentacji medycznej, działa jako administrator danych osobowych, zobowiązany jest zatem do zadbania, aby nie zostały one udostępnione osobom nieupoważnionym. W kontekście zapisów ustawy z 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej trudno jednak uznać, że organy kontroli skarbowej reprezentowane są przez osoby nieupoważnione do dostępu do danych osobowych. Zgodnie bowiem z treścią art. 7c ust. 1 tej ustawy organy kontroli skarbowej w celu realizacji ustawowych zadań mogą zbierać i wykorzystywać informacje, w tym dane osobowe, od osób prawnych, jednostek organizacyjnych niemających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, o zdarzeniach mających bezpośredni wpływ na powstanie lub wysokość zobowiązania podatkowego oraz przetwarzać je w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych, także bez wiedzy i zgody osoby, której dane te dotyczą.

W rozpatrywanej sytuacji zastosowanie znajdują, co istotne, również przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w art. 26 ust. 3 stanowi, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest udostępnić dokumentację medyczną organom władzy publicznej w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań. W szczególności dotyczy to postępowań związanych z kontrolą i nadzorem. Zatem zarówno przepisy o ochronie danych osobowych, jak i przepisy regulujące obszar dokumentacji medycznej oraz przepisy ustawy o kontroli skarbowej wyraźnie wskazują z jednej strony na uprawnienie fiskusa do żądania dostępu do danych oso-

bowych i dokumentacji medycznej, z drugiej zaś strony – na obowiązek udostępnienia tych danych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

## Kto może żądać od lekarza informacji

Należy zauważyć, że zgodnie z ustawą o kontroli skarbowej organami kontroli skarbowej są: Minister Finansów – jako naczelny organ kontroli skarbowej, Generalny Inspektor Kontroli Skarbowej – jako organ wyższego stopnia nad dyrektorami urzędów kontroli skarbowej, oraz Dyrektor Urzędu Kontroli Skarbowej. Co do zasady żądanych informacji należy udzielić w terminie i formie określonych przez organ kontroli w stosownym postanowieniu. Podmiot, który otrzymał postanowienie, może jednak skierować zażalenie do Generalnego Inspektora Kontroli Skarbowej. W przypadku kontroli warto pamiętać o możliwości skorzystania właśnie z tej drogi odwoławczej. Wracając do ustawy o ochronie danych osobowych, warto zastanowić się, czy udostępnienie danych osobowych nakłada na administratora obowiązek poinformowania o tym fakcie osób, których dane te dotyczą. Co do zasady tak. Jednak w przypadku udostępniania danych organom państwowym, a z taką sytuacją mamy tu do czynienia, lekarz jest zwolniony z tego obowiązku.

## Tajemnica lekarska

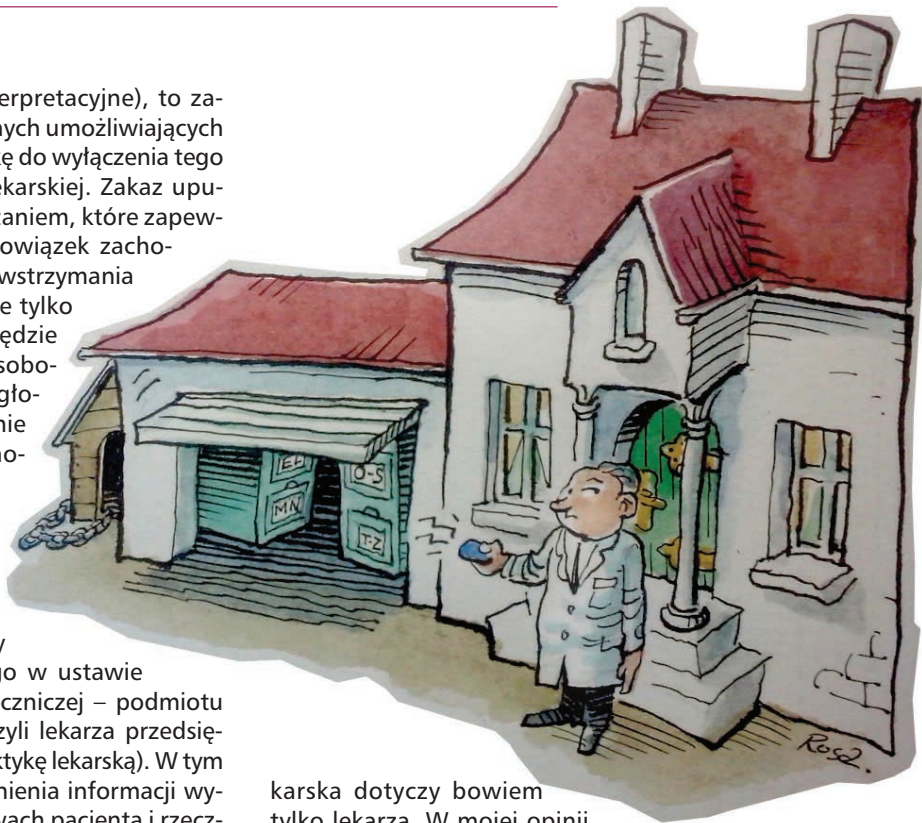
Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Czy zatem informacje dotyczące imienia, nazwiska i adresu pacjenta są objęte tajemnicą lekarską? Sytuacja nie jest jednoznaczna. Wydaje się, że większość prezentowanych opinii prawnych, dotyczących zakresu przedmiotowego tajemnicy lekarskiej, sugeruje objęcie wspomnianych danych ochroną. Stanowisko takie kilkakrotnie podzielane było również przez Naczelną Izbę Lekarską. Czy zatem w przypadku kontroli skarbowej lekarz może powołać się na tajemnicę lekarską i odmówić udostępnienia żądanych informacji? Może się zdarzyć, że niekoniecznie. W pierwszej kolejności warto bowiem zwrócić uwagę na pomijany w opiniach prawnych art. 40 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, który stanowi, że lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. Należy więc zastanowić się, jaki cel przyświecał umieszczeniu w ustawie takiego przepisu. Uprawnione wydaje się stwierdzenie, że skoro zakres przedmiotowy tajemnicy lekarskiej nie został w ustawie



dookreślony (co stwarza problemy interpretacyjne), to zapis dotyczący zakazu upubliczniania danych umożliwiających identyfikację pacjenta stanowi przesłankę do wyłączenia tego rodzaju danych z obszaru tajemnicy lekarskiej. Zakaz upubliczniania danych jest bowiem rozwiązaniem, które zapewnia dużo mniejszą ochronę aniżeli obowiązek zachowania tych danych w tajemnicy, czyli powstrzymania się od podania ich do czyjejkolwiek (nie tylko publicznej) wiadomości. W tym względzie udostępnienie przez lekarza danych osobowych organom kontroli skarbowej mogłoby zostać uznane za dopuszczalne i nie powodowałoby złamania nakazu zachowania tajemnicy lekarskiej.

Idąc dalej tą drogą, należy zastanowić się, czy żądanie przez organ udostępnienia informacji jest kierowane do lekarza, który na mocy ustawy jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej, czy też do – zdefiniowanego w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – podmiotu wykonującego działalność leczniczą (czyli lekarza przedsiębiorcy, prowadzącego indywidualną praktykę lekarską). W tym drugim przypadku obowiązek udostępnienia informacji wynikałby wprost z zapisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Postawmy sobie więc pytanie, czy słuszną jest interpretacją obowiązujących przepisów, w ramach której organy kontroli skarbowej nie mogą uzyskać informacji o danych osobowych pacjenta od lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, natomiast bez większych problemów uzyskają takie same dane od innych podmiotów leczniczych, np. działających w formie spółki kapitałowej? Tajemnica le-



Rys. K. Rostiecki

karska dotyczy bowiem tylko lekarza. W mojej opinii taka interpretacja byłaby dowodem nierównego traktowania podmiotów w ramach prowadzonej kontroli skarbowej.

Jak widać, zagadnienie uzyskiwania dostępu do medycznych danych osobowych nadal budzi wiele kontrowersji. Pozostaje tylko mieć nadzieję, że doczekamy się jednoznacznego rozstrzygnięcia tych wątpliwości przez ustawodawcę, a pewność prawa przyczyni się do poprawy warunków funkcjonowania podmiotów na rynku medycznym. ■

# Szpital Centrum ENEL-MED

Warszawa, al. Solidarności 128



CENTRUM MEDYCZNE

OGŁOSZENIE

## ORTOPEDIA:

- zabiegi artroskopowe
- endoprotezoplastyki stawów
- korekcje wad i deformacji kończyn
- małoinwazyjne zabiegi w uszkodzeniach mięśni, ścięgien i więzadeł

## 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:

- artroskopia nadgarstka
- leczenie złamań powikłanych
- leczenie choroby Dupuytren'a
- operacyjne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów, zeszywnienia stawów, zapaleń ścięgna
- rekonstrukcja, szycie ścięgien i nerwów



☎ 22 23 07 007\*

\*koszt wg taryfy operatora

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

# W sprawie transplantologii

**D**zięki altruizmowi polskich dawców, społeczeństwa, w Polsce żyje kilkanaście tysięcy osób, które dzięki przeszczepowi wróciły do aktywności rodzinnej, społecznej i zawodowej. Święty Jan Paweł II w encyklice „*Evangelium Vitae*” określił to, jako „*krzewienie autentycznej kultury życia*”.

W „*Polonia Christiana*”, nr 45 z 2015 r., zamieszczony został cykl artykułów, które próbują podważać działania medycyny transplantacyjnej i stawiają ciężkie oskarżenia w stosunku do transplantologów. Odwołując się do przewrotnej argumentacji, publikacje te sugerują, że polskie społeczeństwo jest ofiarą „lobby transplantacyjnego” – lekarzy, którzy jako by sprzeniewierzają się zasadom moralności, etyki zawodowej i aktualnej wiedzy medycznej.

**Tym listem chcemy przeciwko temu stanowczo zaprotestować.**

Artykuły te zawierają nieuprawnione zarzuty, sugerują, że transplantolodzy są ludźmi bez skrupułów, manipulują rodzinami dawców, aby pozyskać narządy do przeszczepienia, nie biorąc pod uwagę wartości życia dawcy. Są w tych artykułach nieprawdziwe informacje o powodowaniu pogorszenia zdrowia biorców, czemu przeczą wyniki leczenia przeszczepami w Polsce (pięć lat po operacji żyje 87 proc. biorców nerek, 73 proc. biorców wątroby i 61 proc. biorców serca). Inne metody leczenia nie dają takich wyników w niewydolności narządów. Autorzy artykułów stosują kryminogenne i niegodne określenia, pisząc o ludziach, którzy „*uniknęli śmierci na transplantacyjnym stole*”. W artykułach cytowane są też wypowiedzi profesora medycyny, który wbrew powszechnie przyjętym kryteriom medycznym i prawnym twierdzi, że w Polsce narządy do przeszczepienia „*są pobierane od osób żywych*”. Polskich transplantologów określa się mianem „*mafii transplantacyjnej*”, a nawet porównuje się do lekarzy działających w hitlerowskich obozach śmierci.

**Nie godzimy się z tymi tezami i osądami.**

## Sygnatariusze listu:

**prof. dr hab. n. med. Marian Zembala**, minister zdrowia, kardiochirurg, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Bolesław Rutkowski**, prezes PTT, nefrolog, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk**, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, chirurg, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Lech Cierpka**, konsultant krajowy, chirurg, transplantolog kliniczny;

**dr n. med. Paweł Chudoba**, przewodniczący KRT, chirurg, transplantolog kliniczny;

**dr hab. n. med. Maciej Kosieradzki**, prezes PUMT, chirurg, transplantolog kliniczny;

**mgr Wojciech Czapiewski**, prezes PSKT;

**prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza**, konsultant krajowy, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;

**prof. dr hab. n. med. Danuta Ryglewicz**, dyrektor IPIiN, konsultant krajowy, neurolog;

**prof. dr hab. n. med. Tomasz Trojanowski**, Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej UM Lublin, konsultant krajowy, neurochirurg;

**prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik**, prezes PTNefr., nefrolog, transplantolog kliniczny;

Medycyna transplantacyjna zasługuje na rzetelną i racjonalną dyskusję, a nie na używanie przewrotnej argumentacji i powoływanie się na przypadki wybudzeń ze śpiączki osób po urazach mózgu jako argument przeciwko kryteriom stwierdzania śmierci mózgu. Żadna z osób wybudzonych w Polsce ze śpiączki nie miała komisyjnie stwierdzonej śmierci mózgu. Polskie kryteria stwierdzania śmierci mózgu są restrykcyjne i oparte na argumentacji naukowej, są sformułowane przez autorytety medyczne. Nie można się godzić na to, aby kryteria te były jednostronnie negowane. Lekarze posługujący się tymi kryteriami wypełniają swój lekarski obowiązek. Potwierdził to Jan Paweł II na **Kongresie Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w 2000 r.**, mówiąc: „*przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii (...)*”.

Należy także przypomnieć tu „**Katechizm Kościoła Katolickiego**”, który wskazuje, że „*Przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym (...). Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały (...)*”. Święty Jan Paweł II w „*Evangelium Vitae*” stwierdza: „*Pośród gestów (heroizmu dnia codziennego) na szczególne uznanie zasługują oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei*”.

Transplantolodzy chcą ratować życie osobom, dla których nie ma innej nadziei. Nie godzimy się na nieuprawnione i przewrotne działania osób próbujących wmawiać polskiemu społeczeństwu, że przeszczepianie narządów jest wykonywane w sposób niezgodny z moralnością, etyką i aktualną wiedzą medyczną.

**prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek**, były prezes PTNefr., nefrolog, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk**, Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantologii, Bydgoszcz, CMUMK w Toruniu, były prezes PTT, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska**, Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej IK, członek KRT, były prezes PTK, były konsultant krajowy, specjalista chorób wewnętrznych i kardiolog;

**dr hab. n. med. Piotr Przybyłowski**, Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii CM UJ, Kraków, transplantolog kliniczny;

**prof. dr hab. n. med. Przemysław Nowacki**, Klinika Neurologii PUM, Szczecin, prezes PTNeur., neurolog;

**prof. dr hab. n. med. Anna Członkowska**, II Klinika Neurologii w IPIiN, były prezes PTNeur., neurolog;

**prof. dr hab. n. med. Romuald Bohatyrewicz**, PUM, Szczecin, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;

**prof. dr hab. n. med. Wojciech Łebkowski**, UM, Białystok, neurochirurg;

**dr hab. n. med. Artur Kamiński**, dyrektor KCBTiK, chirurg ogólny, chirurg szczękowo-twarzowy;

**prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz**, dyrektor Poltransplantu, chirurg, transplantolog kliniczny.





Fot. archiwum

# Ból przewlekły

## – kto i jak powinien go leczyć?

Małgorzata Malec-Milewska, KAIITCMKP, Warszawa

Leczenie bólu przewlekłego jest obowiązkiem każdego lekarza: bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej – lekarza onkologa, bólu w zapaleniu stawów – reumatologa, bólu w narządzie ruchu – ortopedy itd. Chory cierpiący powinien otrzymać pomoc również od swojego lekarza rejonowego. Czasem jednak zdarza się, że nie uzyskujemy satysfakcjonującego efektu i poprawy funkcjonowania pacjenta. Chorzy, u których ból ma niejasną przyczynę, nie poddaje się standardowej terapii, powoduje szybki wzrost zapotrzebowania na leki przeciwbólowe lub wymaga zastosowania inwazyjnych metod leczenia, powinni znaleźć opiekę w specjalistycznych poradniach leczenia bólu.

Do poradni leczenia bólu skieruje pacjenta każdy lekarz rejonowy i każdy specjalista. Jeśli chory nie jest zadowolony z efektów dotychczasowej terapii, może poprosić o skierowanie do poradni leczenia bólu, wówczas jest ono opatrzone dopiskiem „na życzenie pacjenta”.

W Polsce funkcjonuje ponad 200 poradni leczenia bólu, ale tylko około 20 posiada certyfikat Polskiego Towarzystwa Badań Bólu i świadczy szeroki wachlarz usług. To znaczy, że oprócz farmakoterapii oferuje także metody inwazyjne, m.in. blokady, neulolizy i termolezje, a ponadto fizykoterapię i psychoterapię. Liczba poradni leczenia bólu jest oczywiście niewspółmiernie mała w stosunku do potrzeb.

Dane epidemiologiczne wskazują, że z powodu bólu przewlekłego cierpi 20–30 proc. populacji. To znaczy, że około 8 mln dorosłych Polaków odczuwa przewlekłe dolegliwości bólowe. Statystycznie najczęściej związane są z narządem ruchu. Duży procent stanowią również bóle towarzyszące chorobie nowotworowej. Na nowotwory choruje w Polsce około 1 proc. populacji, czyli ponad 220 tys. osób, które rocznie wymagają leczenia z tego powodu. Tak wysoki procent ludzi z przewlekłym bólem wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej, przede wszystkim dzięki ogromnemu postępowi medycyny, który nastąpił w ostatnich latach. Znacznie wydłużyło się życie osób z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, cukrzycą itd. Z wiekiem rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest powodem przewlekłych dolegliwości bólowych. Znaczne wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą jak cukrzyca sprawia, że pojawiają się jej późne powikłania, np. polineuropatia – bóle piekąco-palące obejmujące stopy i dłonie.

Najczęstszą przyczyną niepowodzenia w leczeniu bólu jest mała ilość czasu, którą może poświęcić jednemu pacjentowi lekarz w poradni rejonowej (średnio kwadrans). W poradni leczenia bólu pierwsza wizyta trwa zwykle około godziny.

Dzięki temu lekarz może przeprowadzić szczegółowy wywiad, dokładnie zbadać pacjenta, przeanalizować wyniki wszystkich badań, zapoznać się z kartami wypisowymi itd. Staranny wywiad i badanie kliniczne jest podstawą postawienia trafnej diagnozy, a potem wdrożenia skutecznej terapii.

Aby z powodzeniem leczyć ból, musimy go jednak najpierw ocenić. Miarą jakości leczenia bólu w danym kraju jest to, jak go oceniamy. Już Amerykańskie Towarzystwo Badań Bólu w 1995 r. uznało ból za piąty parametr ważny życiowo, który powinien być tak samo oceniany jak: układ krążenia, układ oddechowy, stan świadomości i temperatura ciała.

Do pomiaru bólu służą różne skale. Przy zastosowaniu tzw. skali numerycznej, która jest najpopularniejsza i najłatwiejsza do zrozumienia, pacjent określa natężenie swojego bólu, wybierając odpowiednio liczbę od 0 do 10 (0 w tej skali oznacza całkowity brak bólu, 10 – ból najsilniejszy do wyobrażenia). W przypadku bólu o natężeniu poniżej 4 zwykle stosuje się proste leki przeciwbólowe: paracetamol i NLPZ, w bólu o średnim natężeniu poniżej 7 – tzw. słabe opioidy, w bólu silnym 7–10 punktów – silne opioidy. Oceniając natężenie bólu w trakcie leczenia, możemy ocenić skuteczność terapii. Nie oznacza to jednak, że każdy ból zawsze likwidujemy całkowicie. Minimalny ból, np. u chorego z osteoporozą, bywa korzystny, ponieważ przypomina o konieczności unikania zbytnej aktywności, która przeciąża narząd ruchu i stwarza ryzyko powikłań.

„Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego nie tylko leczenia choroby zasadniczej, ale również leczenia bólu.

Podstawową metodą leczenia bólu jest farmakoterapia, skuteczna u 85 proc. chorych. Opiera się głównie na prostych lekach przeciwbólowych, takich jak paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), oraz opioidach (słabych i silnych). W wielu przypadkach niezbędne jest dołączenie do leków przeciwbólowych tzw. leków wspomagających, np. przeciwdepresyjnych, przeciwpadaczkowych, leków działających powierzchniowo (5-proc. lidokainy, 8-proc. kapsaicyny; dotyczy to zwłaszcza pacjentów z bólem neuropatycznym).

Dobierając zestaw leków, w każdym przypadku lekarz uwzględnia rodzaj bólu i jego natężenie, ogólny stan zdrowia pacjenta, obecność przeciwwskazań do stosowania poszczególnych preparatów, a także możliwość interakcji wybranych leków z lekami, które pacjent aktualnie przyjmuje z powodu innych przewlekłych chorób. Skuteczna farmakoterapia jest efektem dużej wiedzy i dużej ostrożności. Powinna być wspierana innymi metodami leczenia, rehabilitacją, psychoterapią lub metodami inwazyjnymi.

Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego: internisty, onkologa, reumatologa, ortopedy itd., nie tylko leczenia choroby zasadniczej, ale również leczenia bólu. ■







## UWAGA SKŁADKI! UWAGA!



Przedstawiamy 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 przypominamy, 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 prosimy o terminowe wpłaty na indywidualne subkonta składkowe lub w kasie Izby.

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

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

**10 zł** – kwota składki obowiązująca lekarzy i lekarzy dentyków 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.

### UWAGA!!!

## ZMIANA NUMERÓW INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Szanowni Państwo,

informujemy, że od 1 czerwca 2015 r. uległy zmianie

numery Państwa indywidualnych rachunków bankowych do opłat składek członkowskich.

Dotychczasowe rachunki bankowe będą funkcjonować do **31 maja 2016 r.**

W związku z powyższym prosimy o dokonywanie opłat składek na nowe indywidualne rachunki bankowe, których numery można wygenerować na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

<http://www.oilwaw.org.pl/skladki/twoj-numer-konta/>

lub uzyskać, kontaktując się z Sekcją Windykacji Składek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

(tel.: 22-54-28-338 lub 339, e-mail: [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)).

## PEŁNOMOCNICY



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



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



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

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



# SKŁADKI CZŁONKOWSKIE! UWAGA SKŁADKI!

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

## 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 osiągnął przychód.

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

Lekarz, który przed 1.01.2015 r. uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki (osiągnięcia przychodu).

W związku ze zgłaszanymi przez Państwa pytaniami uprzejmie informujemy:

Obowiązek opłacania składek członkowskich wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej i nie jest powiązany z faktycznym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Przyjęcie do wiadomości tegoż obowiązku jest potwierdzone przez lekarza i lekarza dentyistę stosownym oświadczeniem składanym na „Wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów okręgowej izby lekarskiej”. Okręgowa izba lekarska jest jedynie zobligowana do prowadzenia ewidencji składek członkowskich.

Złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, np. w związku z pracą niezwiązaną z wykonywaniem zawodu lekarza lub wykonywaniem zawodu zagranicą, nie skutkuje skreśleniem z listy członków okręgowej izby lekarskiej i zwolnieniem z obowiązku opłacania składki członkowskiej.

Przypominamy, że od 1 stycznia 2015 r. obowiązuje uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Niniejsza uchwała, co należy podkreślić, nie przewiduje możliwości zwolnienia z obowiązku opłacania składki lub umorzenia należności z tytułu nieopłaconych składek przez

okręgowe rady lekarskie. Ewentualne zwolnienie z obowiązku opłacania składki następuje tylko z mocy ww. uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła jedna z trzech sytuacji:

- ukończenie przez lekarza 75 lat,
- skreślenie z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej,
- złożenie oświadczenia o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązujące przepisy nie dają możliwości wstecznego zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, stosowne oświadczenie należy więc złożyć przed przewidywanym okresem nieosiągania przychodów. Przy czym chodzi tutaj o nieosiąganie jakichkolwiek przychodów, a nie jedynie przychodów z wykonywania zawodu lekarza bądź lekarza dentyisty na obszarze RP.

Wspomniana uchwała nie przewiduje również możliwości ustalenia innej kwoty miesięcznej składki członkowskiej niż 60 zł (nie dotyczy osób zwolnionych z obowiązku opłacania składki oraz lekarzy stażystów opłacających składkę w wysokości 10 zł miesięcznie).

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



# Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 12.

1. *Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.*

2. *Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu, dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.*

Relacje pacjent – lekarz oparte na wzajemnym zaufaniu są fundamentem dobrej opieki lekarskiej – to oczywiste. Nie ulega wątpliwości także i to, że niekulturalne, nieżyczliwe traktowanie pacjenta przez lekarza rujnuje owo zaufanie. Gdy poniewierana jest godność chorego, a jego prawo do intymności i prywatności naruszane, trudno wyobrazić sobie budowanie zaufania i dobrych relacji z personelem medycznym. Nie pomaga w tym również traktowanie próby zmiany lekarza przez pacjenta jak naruszenia jego „psiego obowiązku”, aby raczej milczeć niż mędrkować.

Czy wobec tego przepis KEL można uznać za zbędny? Czy naruszenia godności chorych, ich prawa do intymności i prywatności, niekulturalne i nieżyczliwe zachowanie lekarzy nie zdarza się?

Zwykle próbuje się tłumaczyć wspomniane zachowania warunkami kontraktu, biedą placówki, w której pacjent spotyka lekarza, wreszcie niegodnymi warunkami zatrudnienia lekarzy, zmęczonych zbyt długim czasem pracy oraz nawałem obowiązków biurokratycznych pochłaniających czas, który można by poświęcić chorym. Na pewno to część prawdy, ale czy rzeczywiście usprawiedliwia znieczulicę niektórych lekarzy traktujących pacjenta bardziej jak uciążliwy nośnik pozyskania (lub straty) określonych środków niż człowieka potrzebującego pomocy?

Wielu kolegów, którzy wyjechali do innych krajów europejskich, mówiąc o szoku, jakiego doznają w nowych miejscach pracy, podaje nie wysokość swoich zarobków, ale często właśnie zupełnie inną kulturę relacji z pacjentami. W jakiejś części tę różnicę da się tłumaczyć inną tradycją, a także latami zaborów i totalitaryzmów, które skutecznie niszczyły u nas relacje międzyludzkie.

Czy jednak w drugiej dekadzie XXI w. nie przyszedł już czas, aby zacząć to zdecydowanie zmieniać? ■



# Homo hominis res sacra

fragmenty

Tadeusz Tołłoczko

*(Człowiek dla człowieka rzeczą świętą)*  
Seneka

Refleksje, dotyczące m.in. zmiennej – w zależności od potrzeby – definicji początku życia człowieka, nasuwają wiele pytań. Pytanie może być sformułowane tendencyjnie i zawierać co najmniej sugestię, a nawet myślowy logiczny przymus udzielenia zaplanowanej odpowiedzi. Na przykład pytanie: czy klonowanie ludzkich komórek w celu ratowania życia śmiertelnie chorych może być wykonywane? wyraża zarówno merytoryczny fałsz, jak i fałsz intencji pytającego, ponieważ świadomie i tendencyjnie pomija istotę zagadnienia, jaką jest planowe uśmiercenie ludzkiego zarodka. Uczciwie postawione pytanie powinno brzmieć: czy w celu ratowania zdrowia i życia również śmiertelnie chorych moralnie dopuszczalne i usprawiedliwione jest wykorzystywanie ludzkiego zarodka, powodujące jego planowaną śmierć (eutanazja)? Odpowiedź na nie zależy od poziomu świadomości moralnej pytającego.

Zdawać sobie musimy sprawę, że w engramach naszej pamięci, świadomości i podświadomości istnieją utrwalone z przeszłości metody rozwiązywania problemów społecznych, politycznych i moralnych przez wykorzystywanie wiezień, obozów koncentracyjnych, komór gazowych, pieców krematoryjnych i wykonywanie strzałów w potylicę. Gdy ocenia się fakty z tej perspektywy, nihilizacja życia ludzkiej zygoty w probówce, jako nieukształtowanej masy, wydaje się być naiwnym problemem, wynikającym tylko z konieczności posprzątania laboratorium.

## Człowieczeństwo

Przedstawienie prostej i jednoznacznej definicji człowieczeństwa jest niemożliwe. Platon rozumiał człowieka jako byt duchowy, Arystoteles – jako jedność duszy i ciała. Współcześnie przybiera wiele nowych kryteriów i definicji. Pojęcie człowieczeństwa stało się pojęciem „ruchomym”, dopasowywanym najczęściej do utylitarystycznych potrzeb. Ja odnosić się będę do najczęściej wymienianych cech człowieczeństwa, a nie do definicji. Zdaję sobie jednak sprawę, że człowiek jest całością materialną i duchową. Toteż w odniesieniu do człowieka musimy dostrzegać zarówno doczesną – cielesną, jak i niematerialną rzeczywistość, a osoby wierzące muszą dostrzegać również rzeczywistość transcendentną. Góral filozof z opowiadań ks. Jana Tischnera orzekł, że „*człowiek to je rozum, no i ta cała reszta*”. Niezależnie jednak od trudności ustalenia definicji można powiedzieć, że „*człowiek – to brzmi dumnie*” (Maksym Gorki). Ale czy zawsze?

Nowe definicje i pojęcia człowieczeństwa zawierają odmienne odpowiedzi na zasadnicze pytania, dotyczące na przykład początku istoty ludzkiej. Co jest istotą człowieczeństwa? Kiedy stajemy się człowiekiem? Kto i co ma decydować o stosunku człowieka do drugiego człowieka?



# OC w składce na samorząd lekarski

Dla jednych – obowiązkowe, dla innych – dobrowolne, w zależności od formy wykonywania zawodu. Ubezpieczenie OC lekarzy i lekarzy dentyistów w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie od 1 czerwca 2015 r. – dostępne w ramach programu grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i finansowane ze składki członkowskiej. Warszawski samorząd lekarski jako pierwszy zaproponował swoim członkom takie rozwiązanie.

W ramach programu przysługuje ochrona z tytułu podstawowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w dwóch wariantach:

– ubezpieczenie obowiązkowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów zobowiązanych do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim prowadzących praktyki lekarskie (jego warunki reguluje rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; DzU nr 293, poz. 1729),

– ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy nie są zobowiązani do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (jego zasady regulują ogólne warunki ubezpieczenia podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy, ustalone uchwałą nr UZ/420/2011 Zarządu PZU SA z 27 grudnia 2011 r.).

W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy lekarz i lekarz dentyista, który jest członkiem OIL w Warszawie, regularnie opłaca składkę członkowską w wysokości 60 zł miesięcznie i nie ma w tym zakresie zaległości.

Formularz danych, który należy pobrać, wypełnić i przekazać do Izby, oraz szczegóły programu zamieszczono na stronie: [www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)

OIL w Warszawie jest organizatorem programu, ubezpieczającym i płatnikiem składek. Partnerem programu jest PZU SA, a pełnomocnikiem Izby – April Polska Medbroker Sp. z o.o.

## NOWOŚĆ:

Od 1 września 2015 r. lekarze i lekarze dentyści, członkowie OIL w Warszawie, którzy są zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płacący składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie.

Informacje dotyczące ubezpieczenia pod tel.: 22-295-80-58, 22-295-80-59, 22-295-80-61 lub po przesłaniu pytania pod adresem e-mailowym: [centrala.medbroker@pl.april.com](mailto:centrala.medbroker@pl.april.com)

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie

Mówiąc o zezwierzczeniu i wynaturzeniu człowieka, mamy na myśli utratę uczuć, najczęściej współczucia.

Pozbawiając się uczuć, przestaje się być człowiekiem. Człowiek z rozumu uczynił zimny instrument, a serce – siedliskiem ślepych emocji. A przecież rozum można uczynić mądrym, także czułym, a serce – czułym i mądrym, kierowanym rozumem.

Człowiek wymyślił również wiele sposobów na „odczłowieczanie” drugiego człowieka. Najprostszymi i najczęściej stosowanymi metodami są ograniczenie wolności i niszczenie godności, bo niszcząc godność człowieka, niszczymy jego człowieczeństwo. Bezwzględными cechami człowieczeństwa są bowiem wolność oraz godność.

## Człowieczeństwo to dar, ale i zadanie

Niektórzy twierdzą, że „człowiek to ja”. Inni, że „człowiek to ty”. Według filozofii chrześcijańskiej „człowiek to ja i ty”. Między „ja” i „ty” zaistnieć jednak musi więź wspólnoty i zaufania (Jan Paweł II, „Fides et ratio”). Czy wystarczy urodzić się człowiekiem, by nim stale być? Zawsze reprezentować będziemy gatunek *homo sapiens*, ale tylko w sensie biologicznym. Reszta człowieczeństwa „zależy od człowieka i jego wewnętrznego zdrowia” – jak pisał Czesław Miłosz do Josifa Brodskiego. Pełnia człowieczeństwa to zarówno dar, jak i zadanie.

## Człowiek czy jeszcze nie?

Jeśli człowieczeństwo embrionu komuś przeszkadza w zdobywaniu wiedzy, chwały, prestiżu, pieniędzy, to naj-

prostsze okazuje się być ogłoszenie koncepcji odrzucającej człowieczy status embrionu i arbitralny dobór terminu jego ucłowieczenia, dopasowany do założeń metodyki badania. Przy tak dobranym do metodyki badania terminie ucłowieczenia można się uważać za moralnie uprawnionego do pozbawienia embrionu życia. Stosowana w takich przypadkach argumentacja jest pozorowaną grą, mającą racjonalizować i usprawiedliwiać metodykę planowanych badań, mimo oczywistej niezgodności z zasadami moralnymi. Są zawsze dwie motywacje ludzkiej działalności – ta bardzo wzniosła i chwalebna, i ta prawdziwa, pomijana milczeniem.

Czy embrion człowieka jest dla drugiego człowieka „kims”, czy „czymś”? Czy jest rzeczą świętą, czy tylko rzeczą? Czy embrion jest istotą podrzędną i jego życie zależy od interesu innego człowieka? Tu nasuwa się następne pytanie: od kiedy istota ludzka staje się osobą? Człowiek jest człowiekiem *ab initio* – od początku, a nie rozwija się w człowieka. Finalnym produktem życia płodowego u ludzi jest zawsze człowiek przechodzący przez różne fazy rozwoju. Nie zdarza się, by z ludzkiej zygoty urodził się słoń czy mysz. Zatem klonowanie terapeutyczne jest procesem eutanatycznym. Miłosz napisał: „osaczyły nas chimery ludzkiego umysłu – ideologie oparte na pogardzie i przemocy zdominowały XX wiek”. Myślę, że idea, by człowiek decydował, kto i od kiedy staje się człowiekiem, komu można darować życie i pozwolić żyć, a komu nie – jest w założeniu absurdalna. ■



Fot. archiwum

# Co nowego na listach refundacyjnych od 1 maja

**Małgorzata Okupny,**

ekspert Zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

W okresie od 1 maja 2015 r. weszły w życie dwa obwieszczenia ministra zdrowia z wykazami leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W niniejszym artykule przedstawiamy wszystkie zmiany dokonane od 1 maja, dotyczące leków, mające znaczenie w farmakoterapii.

Do listy leków wydawanych w aptece na receptę (lista apteczna) dodano:

A. Jeden lek zawierający nową substancję czynną – **ikatybant**, który jest refundowany we wskazaniu „Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1”. Odpłatność – ryczałt. Zwracamy uwagę, że lek będzie refundowany w przypadku **napadu „zagrażającego życiu”**, wskazanie z ChPL: leczenie objawowych ostrych napadów dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego u osób dorosłych (z niedoborem inhibitora esterazy C1).

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Ikatybant	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz., 3 ml	8146,9	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1	Ryczałt	3,2

B. Lek zawierający **adrenalinę** w nowej postaci farmaceutycznej – w ampułko-strzykawce, refundowany w „Leczeniu doraźnym, w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej”. Poziom odpłatności tego leku wynosi 50%, z dopłatą pacjenta do jednej ampułko-strzykawki w wysokości 27,82 zł.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Cena detaliczna (w zł)	Zakres wskazań objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Adrenalinum	Adrenalina WFZ, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz., 1 ml	55,54	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej	50%	27,82

Pozostałe dopisane do wykazów leki są odpowiednikami leków już refundowanych.

C. Na liście aptecznej rozszerzono zakres refundacji sześciu substancji czynnych o wskazania, których nie ma w Charakterystyce Produktów Leczniczych (wskazania pozarejestryjne), a mianowicie:

a) **Chlorochina** w postaci preparatu Arechin, refundowana dotychczas we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach, obecnie jest również refundowana we wskazaniach: „Choroby autoimmunizacyjne, inne niż określone w ChPL, oraz w porfirią skórna późna”. Poziom odpłatności w nowych wskazaniach jest taki sam, jak dla dotychczas refundowanych – 30%, dopłata do 1 opakowania wynosi 5,84 zł.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Pozarejestryjne wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Chloroquinum	Arechin, tabl. 250 mg	30 tabl.	Choroby autoimmunizacyjne, inne niż określone w ChPL, porfirią skórna późna	30%	5,84

b) **Metformina** w postaci wszystkich produktów leczniczych wymienionych w obwieszczeniu, refundowana dotychczas we wskazaniu – cukrzyca, obecnie jest refundowana również w „Zespołach insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy oraz w zespole policystycznych jajników”. Refundacja w nowym wskazaniu, podobnie jak w cukrzycy, jest ryczałtowa, dopłata pacjenta zależy od urzędowej ceny detalicznej danego preparatu.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Pozarejestryjne wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności
Metforminum	Wszystkie leki zawierające metforminę, wymienione w obwieszczeniu ministra zdrowia z 23 kwietnia 2015 r.	Zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy, zespół policystycznych jajników	Ryczałt



c) **Wenlafaksyna** w postaci wszystkich produktów leczniczych wymienionych w obwieszczeniu, refundowana dotychczas w zakresie „Chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych”, jest również refundowana we wskazaniu: „Bólowa polineuropatia cukrzycowa”, z poziomem odpłatności identycznym dla wszystkich refundowanych wskazań, wynoszącym 30%. Wysokość dopłaty pacjenta zależy od wysokości urzędowej ceny detalicznej danego preparatu.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku, zawartość opakowania	Pozarejestrowane wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności
Venlafaxinum	Wszystkie leki zawierające wenlafaksynę, wymienione w obwieszczeniu ministra zdrowia z 23 kwietnia 2015 r.	Bólowa polineuropatia cukrzycowa	30%

d) **Kolistyna** w postaci preparatu Colistin TZF, dotychczas refundowana we wskazaniu „Mukowiscydoza”, obecnie jest refundowana również we wskazaniu „Pierwotna dyskineza rzęsek”, z odpłatnością ryczałtową.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Pozarejestrowane wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Colistinum	Colistin TZF, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji lub inhalacji, 1 000 000 j.m.	20 fiol. suchej substancji	Pierwotna dyskineza rzęsek	Ryczałt	3,2

e) **Dornaza alfa** w postaci preparatu Pulmozyme, dotychczas refundowana we wskazaniu „Mukowiscydoza”, obecnie również we wskazaniu „Pierwotna dyskineza rzęsek”, z odpłatnością ryczałtową.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Pozarejestrowane wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Dornazum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	Pierwotna dyskineza rzęsek	Ryczałt	3,2

f) **Progesteron** w postaci preparatu Luteina, dotychczas refundowany we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach, obecnie również we wskazaniu „Profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym”, z odpłatnością ryczałtową.

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Pozarejestrowane wskazania objęte refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty pacjenta (w zł)
Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 tabl.	Profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	Ryczałt	3,2
Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30, 60 tabl.	Profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	Ryczałt	Odpowiednio 3,56 i 7,11

W zakresie leków stosowanych w programach lekowych oraz w chemioterapii (tzw. katalog chemioterapii) wprowadzono następujące zmiany:

- Stworzono nowy program lekowy „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD). W ramach tego programu refundacją zostały objęte dwa leki: Eylea (Aflibercept) oraz Lucentis (Ranibizumab).
- W ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C” dokonano zmian w kryteriach kwalifikacji pacjentów do programu oraz dopisano nowy lek: Olysio (Simeprevirum).
- Zmieniono kryteria kwalifikacji pacjentów do leczenia w programie „Leczenie stwardnienia rozsianego”.
- Do programu „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej” dodano nowy lek: Remsima (Infliximabum).
- W katalogu chemioterapii rozszerzono zakres wskazań refundacyjnych leków zawierających darbopoetynę, epoetynę i bendamustynę, która od 1 lipca jest finansowana we wszystkich refundowanych wskazaniach w katalogu chemioterapii.

Szczegółowe opisy programów lekowych oraz wykaz refundowanych wskazań leków w katalogu chemioterapii znajdują się na stronie Ministerstwa Zdrowia. Zwracamy jednocześnie uwagę, że wszelkie opublikowane w obwieszczeniu ministra zdrowia zmiany w ramach listy aptecznej wchodzi w życie w dniu wejścia w życie tego obwieszczenia. W przypadku programów lekowych i katalogu chemioterapii wprowadzenie w życie zmian możliwe jest po wejściu w życie obwieszczenia prezesa NFZ.

Wszystkie informacje opracowano na podstawie obwieszczeń ministra zdrowia z 23 kwietnia i 24 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Źródło: strona Ministerstwa Zdrowia.

Następne obwieszczenie ministra zdrowia zawierające wykazy leków refundowanych wejdzie w życie 1 września. ■

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



Fot. egw

# Konferencja Advances in Pneumology

Tadeusz Maria Zielonka, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM

Już po raz 18. spotkali się pneumonolodzy z wielu krajów na dorocznej międzynarodowej konferencji Advances in Pneumology. Pierwotnie były to wyłącznie spotkania polskich i niemieckich naukowców, odbywające się tylko w naszym kraju. Z czasem zainteresowali się nimi również przedstawiciele innych krajów, a od kilku lat odbywają się na przemian w Niemczech i w Polsce. Językiem wykładowym konferencji stał się angielski. Na tegoroczną konferencję przyjechało ponad 100 uczestników z Polski, Niemiec, Włoch, Słowacji, Ukrainy, Białorusi, Izraela, Portugalii i Kanady. Zgłoszono blisko 150 doniesień naukowych w 18 sesjach. Ich tematem były: metaboliczny profil chorób płuc, funkcje płuc, grypa, wpływ nikotyny na układ oddechowy, neuromodulatory i cytokiny w układzie oddechowym, farmakologia chorób układu oddechowego, zakażenia płuc, alergia, rehabilitacja oddechowa, chirurgiczne aspekty chorób płuc, tlenek azotu, genetyczne przyczyny chorób płuc, odpowiedź immunologiczna, zaburzenia elektrolitowe, obturacyjny bezdech, psychosomatyczne zaburzenia w przebiegu chorób płuc, jakość życia osób cierpiących na choroby układu oddechowego i zgony spowodowane chorobami płuc. Poziom naukowy wszystkich sesji był niezwykle wysoki.

Tradycją tych konferencji są bardzo interesujące i inspirujące dyskusje. Szczególnie ciekawa jest wymiana doświadczeń zbieranych w różnych krajach, dotyczących trudnych problemów pneumonologicznych i sposobów radzenia sobie z nimi lekarzy w poszczególnych państwach. Dobrze było to widzieć podczas sesji na temat grypy i innych zakażeń układu oddechowego, gdyż lokalnie obowiązujące strategie postępowania nie są jednakowo skuteczne. Wiąże się to z odmienną florą bakteryjną i różną opornością na leki, ale także ze świadomością społeczeństw i z wykształceniem lekarzy. Spierano się na temat przyczyn nieskuteczności programów szczepień ochronnych i niskiej wyszczepialności personelu medycznego oraz innych grup zwiększonego ryzyka. Bardzo ciekawa była dyskusja o opóźnieniach w rozpoczęciu leczenia raka płuca. Może ono wynikać z postawy pacjentów lub lekarzy, a także z systemowych rozwiązań obowiązujących w służbie zdrowia, które ograniczają dostęp do specjalistycznej diagnostyki. Coraz więcej doniesień na konferencji Advances in Pneumology dotyczy zaburzeń oddychania podczas snu. To zagadnienie interdyscyplinarne, które

staje się przedmiotem badań nie tylko pneumonologów, lecz również laryngologów, anestezjologów, chirurgów szczękowych, immunologów, internistów, pediatrów i kardiologów. Podobnie jak na poprzednich spotkaniach, zgłoszono wiele wystąpień na temat funkcji oddechowych, nie tylko w chorobach obturacyjnych płuc. Jak zawsze, niezwykle ciekawe i skłaniające do głębszych refleksji były prezentacje przedstawicieli nauk podstawowych, ukazujące aktualny stan badań nad patofizjologią oddychania, nowymi mediatorami reakcji immunologicznej i wynikami badań genetycznych. Mobilizują one uczonych do kolejnych badań, tym razem z udziałem klinicystów. Interesujące były też wyniki badań nad stosowaniem leków przeciwprątkowych u szczurów. Wykazano, że owe leki powodują uszkodzenie mięśnia serca u zwierząt. Ten aspekt terapii przeciwprątkowej jest słabo poznany u ludzi i być może niedoceniany. Znaczącym walorem konferencji jest wielka różnorodność poruszanych tematów, od molekularnych mechanizmów rozwoju chorób płuc po aspekty psychologiczne. W medycynie ważne jest jednak holistyczne spojrzenie na pacjenta i jego choroby.

Podczas konferencji odbyła się uroczystość wręczenia Złotej Odznaki Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc prof. Mieczysławowi Pokorskiemu z Polskiej Akademii Nauk, który od lat przewodniczy komitetowi naukowemu konferencji i jest głównym organizatorem tych międzynarodowych spotkań. W laudacji podkreślono, jak wiele uczynił prof. M. Pokorski dla środowiska pneumonologicznego, organizując od lat konferencje poświęcone chorobom płuc i redagując zeszyty pokonferencyjne w wysoko punktowanych zagranicznych czasopismach naukowych. Bardzo rzadko tak wielu zawdzięcza tak wiele jednemu człowiekowi. Konferencje polsko-niemieckie stały się okazją do wymiany doświadczeń między naukowcami ze Wschodu i Zachodu. Dzięki takim ludziom jak prof. M. Pokorski stosunki polsko-niemieckie są dziś zupełnie inne niż 20 lat temu. Możliwa stała się naukowa dyskusja, w której uczestniczy Polak, Niemiec, Żyd, Rosjanin, Włoch i Ukrainiec. Szczególne podziękowania należą się za niepowtarzalny klimat spotkań, który wynika z niezwyklej osobowości prof. Pokorskiego. W imieniu gości z Niemiec ciepłe słowa dla wszystkich organizatorów, a w szczególności dla prof. M. Pokorskiego, przekazał prof. Kurt Rasche z Wuppertalu. ■

**Sprzedam** pełne wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel.: 604-93-68-60.

Przychodnia w Międzyrzeczu Podlaskim **zatrudni** lekarzy do pracy w POZ oraz lekarzy specjalistów. Nowoczesna przychodnia, USG, korzystne warunki wynagrodzenia, dowolna forma zatrudnienia. Tel. 501-20-30-88 lub 501- 06-33-25.



# Specjalna oferta dla lekarzy



## Bank Spółdzielczy w Ostrowi Mazowieckiej

### Pakiet BIZNES MED

0 zł prowadzenie rachunku w PLN, USD, EUR, GBP  
0 zł karta do konta  
specjalne warunki kredytowe  
minimum formalności przy kredycie do 150.000 zł

### Pakiet PRIVATE MED

0 zł prowadzenie rachunku  
0 zł karta do konta  
0 zł przelewy internetowe i papierowe  
atrakcyjne kredyty konsumenckie i mieszkaniowe

### Skontaktuj się z nami

[kontakt@bsostrowmaz.pl](mailto:kontakt@bsostrowmaz.pl)  
801 000 823  
[www.bsostrowmaz.pl](http://www.bsostrowmaz.pl)

## BPS Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.

### Fundusze BPS FIO i BPS SFIO

duży potencjał zysku  
doświadczeni doradcy inwestycyjni  
odroczony „Podatek Belki”  
zgromadzone środki podlegają dziedziczeniu  
jednostki uczestnictwa mogą być przedmiotem  
zastawu np. jako zabezpieczenie kredytu

### Programy Oszczędnościowe

Program Systematycznego Inwestowania  
„Akumulacja Kapitału”  
Program Oszczędnościowo Inwestycyjny  
„Lokata Plus”

### Inwestuj bez wychodzenia z domu!

STI - „Zaloguj się. Inwestuj. Zarabiaj.”  
Darmowy serwis STI dostępny 24h/7  
Infolinia [22] 588 18 92  
[www.bpstfi.pl](http://www.bpstfi.pl)

## Planet Pay

### Terminale Planet Pay

Sieć terminali Planet Pay to nowoczesny wymiar akceptacji kart płatniczych. Oferujemy kompleksowe rozwiązania w zakresie akceptacji kart płatniczych Visa i MasterCard w terminalach POS wszędzie tam gdzie ważne jest szybkie i bezpieczne przyjmowanie płatności kartą.

### Zamów terminal Planet Pay

Opowiedz nam o swojej firmie. Przedstawimy Ci najlepsze możliwości, wyjaśnimy wszelkie kwestie, przygotujemy ofertę i umowę.

### Kontakt

[pos@planetpay.pl](mailto:pos@planetpay.pl)  
801 50 80 50  
[www.planetpay.pl](http://www.planetpay.pl)



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



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



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

## Nowy dyrektor szpitala w Łosicach

**Grażyna Podlipniak-Sobczyńska została nowym dyrektorem szpitala w Łosicach.**

Komisja konkursowa wybrała nową dyrektor spośród siedmiorga kandydatów, którzy pomyślnie przeszli pierwszy etap konkursu. Głosy oddano w sumie na troje kandydatów, ale bezwzględna większość uzyskała dr Podlipniak-Sobczyńska. Nowa dyrektor przez całą swoją drogę zawodową związała jest z łosickim szpitalem. Od 1 marca pełniła obowiązki dyrektora po ustąpieniu ze stanowiska Henryka Brodowskiego. Była już wcześniej dyrektorem ds. medycznych tej placówki. Jest pediatrą, specjalistą neonatologiem.

## Będą modernizować szpital w Wołominie

**W lipcu 2015 r. dyrektor Szpitala Powiatowego w Wołominie Andrzej Gruza i prezes spółki Archimed Michał Grzymała-Kazłowski podpisali umowę dotyczącą opracowania koncepcji częściowej modernizacji placówki.**

Wołomiński szpital podaje, że umowa dotyczy przede wszystkim projektu koncepcyjnego rozbudowy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz częściowej rozbudowy szpitala z przeznaczeniem na przychodnię specjalistyczną. Przy powstawaniu projektu i jego realizacji odbędzie się też przegląd placówki z ewentualnym wskazaniem innych kierunków modernizacyjnych. Prace dotyczące projektu modernizacji Szpitala Powiatowego w Wołominie już się

rozpoczęły – wykonana została wizja lokalna w obecności pracowników szpitala, a obecnie przygotowana jest inwentaryzacja funkcjonalna, która pokazać ma architektom aktualną „mapę” funkcji szpitala. Kierownictwo placówki spodziewa się pozyskać fundusze na inwestycje ze środków Unii Europejskiej w I połowie 2016 r., przy wsparciu Starostwa Powiatu Wołomińskiego.

## Szpital w Wyszku ma nowy sprzęt

**Zarząd Województwa Mazowieckiego zdecydował o przyznaniu szpitalowi w Wyszku 603 tys. zł unijnej dotacji.**

Umowę w tej sprawie podpisały: wicemarszałek Janina Ewa Orzełowska i członek zarządu Elżbieta Lanc oraz dyrektor SPZZOZ w Wyszku Cecylia Domżała. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszku to największa placówka lecznicza w powiecie. Rocznie hospitalizuje około 20 tys. pacjentów. Szpital pełni także kluczową rolę w ratowaniu ofiar wypadków drogowych. Dzięki unijnym środkom trafią do niego nowoczesne urządzenia diagnostyczne, a także sprzęt i aparatura medyczna. Będą to m.in.: kardiomonitor noworodkowy, polomierz kinetyczny, holter ciśnieniowy, holter EKG, myjki endoskopowe, ssak elektryczny, aparat do terapii polem magnetycznym, wózki do transportu chorych, aparat nerkozastępczy, inkubator, respirator Vela Plus, pompy strzykawkowe, kardiogram, aparat do suchego rozmrężania, kardiogramy, aparaty okulistyczne i do fizjoterapii, myjki gwarantujące bezpieczeństwo sanitarne. Całkowita wartość projektu wynosi 846 401,73 zł, kwota unijnego dofinansowania – 603 604,64 zł. ■ **pk**

## Konferencja o bólu i cierpieniu

**W kwietniu 2015 r. w Auli im. Jana Pawła II na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie odbyła się IV Konferencja Służby Zdrowia pod hasłem „Ból i cierpienie. Ognisko światła i ciemności. Medycyna – filozofia – teologia”. Patronat honorowy nad konferencją, zorganizowaną przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie oraz Wydział Teologiczny Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, objął Jego Magnificencja Rektor UKSW w Warszawie ks. prof. dr hab. Stanisław Dziekoński.**

Konferencja składała się z czterech sesji. Pierwszej sesji przewodniczył prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. dr hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz, drugiej – prof. Zdzisław Gajda. Trzecią sesję prowadziła dr hab. n. med. Wanda Stankiewicz-Szymczak, profesor Wojskowego

Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie, a czwartej – dr n. med. Anna Królikowska z Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej Collegium Medicum w Bydgoszczy. W ramach poszczególnych sesji odbyły się liczne wykłady i dyskusje.

Podsumowania i refleksji końcowej dokonał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji ks. dr Dariusz Pater (WT UKSW). Sztuka cierpienia, sztuka umierania – to ogromne zadanie dla każdego z nas, to zadanie przygotowania się do najważniejszego egzaminu – rozstania się z tym światem. Nawet z nadzieją przy boku trudno zrozumieć cierpienie, dopóki nie doświadczymy go sami, nie zrozumiemy jego sensu. Jeśli tak się stanie, potrafimy je w pewien sposób zaakceptować, uznać za znak Boga, wskazówkę drogi, którą będziemy kiedyś przemierzać.

Atmosferę konferencji oddały słowa ks. dr. Dariusza Patera: „w gronie życzliwych ludzi łatwiej jest dyskutować o sprawach trudnych – nawet o cierpieniu”. ■

Oprac. **kb**

**Wynajmę** gabinety lekarskie na godziny. Warszawa – Galeria Ursynów, Metro Natolin. Tel.: 22-648-59-66.

Gabinet stomatologiczny w Przysusze (35 km od Radomia) **podejmie współpracę** z lekarzem stomatologiem. Tel. 693-46-52-65.



# Naśladowcy potrzebni

Małgorzata Skarbek

**– Bielańska interna rozwija się wbrew ogólnokrajowej tendencji – powiedział prof. Jacek Imiela, krajowy konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych, podczas uroczystości otwarcia powiększonego Oddziału II Chorób Wewnętrznych w Szpitalu im. ks. Jerzego Popiełuszki na Bielanach w Warszawie. – Dyrektor Dorota Gałczyńska-Zych na pierwszym miejscu stawia dobro chorego, a nie finanse.**

Poroncie liczbę łóżek na II Oddziale Internistycznym zwiększono o 23. Obecnie ma ich 57, plus 10 łóżek pododdziału nefrologicznego. Ordynatorem jest prof. Ryszard Gellert. 2- i 3-osobowe sale chorych są przestronne, wyposażone we wszystkie konieczne media, a także w klimatyzację. Inwestycja kosztowała 4 mln zł i została sfinansowana przez Urząd m.st. Warszawy. W szpitalu znajduje się także I Oddział Wewnętrzny liczący 13 łóżek oraz pododdziały diagnostyki endokrynologicznej (20 łóżek) i chorób metabolicznych (12 łóżek).

W czasie tej samej uroczystości otwarto, również po remoncie, 15-łóżkowy Oddział Chirurgii Naczyniowej z salą hybrydową do rekonstrukcji naczyń. Ordynatorem jest prof. Walerian Staszewicz.

Obecna na uroczystości minister Beata Małecka-Libera wręczyła przedstawicielom szpitala Certyfikat Akredytacyjny (nr 2014/58) przyznany przez Ministerstwo Zdrowia za spełnienie standardów akredytacyjnych w lecznictwie szpitalnym w pełnym zakresie.

Powiększenie interny w Szpitalu Bielańskim jest ewenementem, dlatego że na Mazowszu, jak w całym kraju, łóżek internistycznych raczej ubywa niż przybywa. W 2010 r. w województwie mazowieckim było ich 3258, w 2014 – 3120. Dr Marek Stopiński, konsultant wojewódzki ds. chorób wewnętrznych, uważa, że w samej Warszawie powinno być ich o 25 proc. więcej.

Ostatnio w Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim zmniejszono oddział wewnętrzny o 30 łóżek ze względu na ich nierentowność. W roku ubiegłym planowano likwidację oddziału wewnętrznego w Szpitalu św. Anny przy ul. Barskiej. Ocaliły go tylko liczne protesty, także społeczne. Wkrótce, ze względu na problemy kadrowe, mogą zniknąć oddziały internistyczne w Radomiu i Pruszkowie. Zmniejszanie liczby łóżek, a nawet likwidacja całych oddziałów, jest tym łatwiejsze, że nowe regulacje prawne pozwalają na to menedżerom bez konsultacji z organem założycielskim. Szpitale niepubliczne w ogóle nie planują tworzenia interny.

Wszystko przemawia przeciwko oddziałom internistycznym: ich nierentowność spowodowana bardzo niską wyceną świadczeń w tej dziedzinie, brak kadr (lekarze interniści uciekają do podstawowej opieki zdrowotnej), nadwykonania, za które NFZ nie chce płacić, i stałe kłopoty z nadmiarem pacjentów.

To właściwie norma, że na oddziałach internistycznych pacjenci leżą na korytarzach, na dostawkach, a inni, czekając na zwolnione łóżko, okupują SOR, a niekiedy nawet sale zabiegowe lub leżą na innych oddziałach.

Jednocześnie rośnie liczba chorych w podeszłym wieku kierowanych na oddziały wewnętrzne w celu leczenia ostrych powikłań lub w stanach terminalnych. Po wyleczeniu stanu ostrego, przy braku miejsc w hospicjach i zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz niemożności leczenia w domu (samotność pacjentów), pozostają na oddziałach. Gdyby tych chorych można było umieścić w hospicjach lub placówkach długoterminowych, korzyść byłaby potrójna. Pacjenci zyskaliby opiekę kompleksową: psychologa, specjalisty od leczenia bólu, rehabilitanta, a także pracownika socjalnego. Obniżyłyby się koszty leczenia szpitalnego, a przede wszystkim zwolniły łóżka internistyczne, tak potrzebne do leczenia stanów ostrych.

Takie opinie powtarzają się od kilkunastu lat w sprawozdaniach wojewódzkiego konsultanta ds. chorób wewnętrznych i w dyskusjach na spotkaniach internistów w Radziejowicach (kolejne odbyło się 17–18 kwietnia br.).



Prof. Ryszard Gellert, sekretarz stanu Beata Małecka-Libera i dyrektor szpitala Dorota Gałczyńska-Zych

Niestety, łóżek na oddziałach geriatrycznych jest bardzo mało, powstanie nowych oddziałów to pieśń przyszłości. W Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej trwa modernizacja pomieszczeń istniejącego tam pawilonu z przeznaczeniem na oddział geriatryczny. Plan przewiduje, że oddział zostanie otwarty już jesienią 2015 r. i znajdzie się w nim 36 łóżek w dziesięciu 3-osobowych salach oraz w dwóch salach wzmożonego nadzoru. Będzie to największy oddział geriatryczny na Mazowszu.

Może jednak Szpital Bielański znajdzie naśladowców? ■



## Ostrożnie z chemioterapią w stanach terminalnych

W przypadku terminalnie chorych pacjentów onkologicznych jednym z najtrudniejszych dylematów jest zastosowanie kolejnej chemioterapii. Badania opublikowane przez „JAMA Oncology” (lipiec 2015) sugerują, że bardzo starannie należy je rozważyć, by nie wyrządzić choremu więcej złego niż dobrego, nawet wtedy, gdy pacjent jest nadal w dość dobrym stanie.

W klinikach amerykańskich przeanalizowano historie 312 dorosłych pacjentów, których średnia wieku wyniosła 59 lat. Występowały u nich guzy lite z przerzutami, przede wszystkim nowotwory płuc, jelita grubego, trzustki oraz piersi. Szanse przeżycia chorych oceniano na nie więcej niż pół roku, mimo to prawie połowa zdecydowała się kontynuować chemioterapię.

Główny autor badań Holly Prigerson z Weill Cornell Medical College oraz New York Presbyterian Hospital twierdzi, że oceniano przede wszystkim jakość życia chorych na podstawie opinii ich opiekunów. Brano pod uwagę, czy pacjenci są w stanie się poruszać, wykonywać samodzielnie podstawowe czynności.

Z badań wynika, że jakość życia ani samodzielność chorych podanych chemioterapii nie poprawiła się. Nie zwiększyła się również długość ich życia. Czy należy zatem zmienić zalecenie?

Charles Blanke i Erik Fromme z Oregon Health and Science University twierdzą w komentarzu, że nie ma na razie do tego podstaw. Radzą, żeby każdy przypadek chorego rozpatrywać indywidualnie. Dr Thomas E. Gribbin, onkolog z Grand Rapids, zwraca uwagę, że badaniami objęto pacjentów leczonych w latach 2001–2008, a od tego czasu pojawiły się nowe chemioterapeutyki, bardziej skuteczne i wywołujące mniej niepożądanych efektów.

## Zaburzenia erekcji i cukrzyca

Mężczyźni w średnim wieku z zaburzeniami erekcji nie powinni poprzestawać jedynie na zażywaniu pigułek pozwalających im kontynuować współżycie. Należy również sprawdzić, czy nie rozwija się u nich ukryta cukrzyca – przekonują autorzy z „Annals of Family Medicine” (lipiec/sierpień 2015). To kolejna wypowiedź dotycząca mężczyzn z zaburzeniami erekcji. Wcześniej zwracano uwagę, że owe zaburzenia mogą być pierwszym objawem chorób sercowo-naczyniowych i poprzedzać zawał serca. Z najnowszych obserwacji wynika, że dwukrotnie bardziej prawdopodobne jest, iż mają oni niezdiagnozowaną cukrzycę.

Wskazują na to badania prowadzone w ramach National Health and Nutrition Examination Survey. W latach 2001–2004 objęto nimi mężczyzn w wieku 40–59 lat, którzy przyznali, że z powodu zaburzeń erekcji nie mogli współżyć lub wpojyli rzadko. Gdy zaczęto badać stan ich zdrowia, okazało się, że jeden na dziesięciu cierpiał na niewykrytą cukrzycę. Jeśli chodzi o mężczyzn, którzy nie mają problemów ze wzrodem, ukryta cukrzyca zdarza się u jednego na 50. Główny autor badań, dr Sean C. Skeldon z University of Toronto, podkreśla, że zaburzenia erekcji to problem medyczny, a nie tylko kłopotliwa dolegliwość. Takie objawy powinny

skłaniać do dalszych badań diagnostycznych. Nie stwierdzono jednak, żeby wraz z zaburzeniami erekcji częściej występowało nadciśnienie tętnicze krwi oraz podwyższony poziom cholesterolu.

## Tani lek na raka piersi

Lady Morgan z Breast Cancer Now twierdzi, że to największe odkrycie od czasu zastosowania przed dziesięcioma laty trastuzumabu. Bisfosfonian, tani lek, dostępny w postaci tzw. generyków, opóźnia powstawanie przerzutów i o 18 proc. zmniejsza ryzyko zgonu kobiet chorych na raka piersi.

Bisfosfoniany od dawna stosowane są w leczeniu osteoporozy. Wykorzystuje się je u chorych na nowotwory z przerzutami do kości, często występujące u kobiet z rakiem piersi. Najnowsze badania opublikowane przez „Lancet” (lipiec 2015) sugerują, że warto je zastosować na wcześniejszym etapie choroby, zanim dojdzie do przerzutów.

Wskazuje na to metaanaliza 26 niezależnych badań, którymi objęto 18 766 kobiet z rakiem piersi. Wszystkie zażywały bisfosfoniany zaraz po operacji usunięcia guza i kontynuowały leczenie przez pięć lat. Główny autor publikacji, prof. Rob Coleman z University of Sheffield, twierdzi, że u pacjentek po menopauzie ryzyko przerzutów zmniejszyło się o 28 proc., a narażenie na zgon było o 18 proc. mniejsze (w okresie dziesięciu lat od wykrycia choroby).

Bisfosfoniany nie mają jeszcze wskazania do leczenia w raku piersi przed powstaniem przerzutów do kości. „BBC News” informuje jednak, że Cancer Research UK wystąpił w lipcu 2015 r. o rozszerzenie wskazania w raku piersi.

## Alteplaza bezpieczna i skuteczna?

Orzekli o tym uczestnicy niezależnego panelu brytyjskich specjalistów pod kierunkiem prof. Ian Weller. Ten rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu jest lekiem trombolitycznym, dopuszczonym w terapii ostrego niedokrwienego udaru mózgu. Eksperti twierdzą, że korzyści z jego stosowania przeważają nad działaniami niepożądanymi. W „BBC News” (24.07.2015) zauważono jednak, że nadal nie wszyscy się z tym zgadzają.

Według prof. Wellera z przeanalizowanych danych wynika, że korzystne efekty podania alteplazy są tym większe, im wcześniej się ją zastosuje po wystąpieniu pierwszych objawów niedokrwienego udaru mózgu. Jednak przeważają nad wadami tylko wtedy, gdy lek zostanie podany nie później niż w ciągu 4,5 godziny. U niewielkiej grupy pacjentów może dochodzić do krwawień.

Richard Thompson, prezes Royal College of Physicians, twierdzi jednak, że spór o alteplazę nie został jeszcze rozstrzygnięty. Sądzi, że ekspertyza nie jest w pełni wiarygodna, ponieważ została wydana przez specjalistów, których większość jest zaangażowana w leczenie trombolityczne. Również dr Roger Shinton, zajmujący się leczeniem udarów, uważa, że konieczne są dalsze analizy.

Dr Dale Webb, dyrektor ds. badań Stroke Association, zapewnia, że pacjenci z udarem niedokrwienym mózgu leczeni alteplazą mają większe szanse przeżycia i odzyskania samodzielności. ■

Zbigniew Wojtasiński





Fot. M. Teperek/WUM

# 40-lecie II Wydziału Lekarskiego warszawskiej Alma Mater

Prof. dr hab. n. med. Leszek Pączek

**Przed 1975 r. w Akademii Medycznej w Warszawie był jeden Wydział Lekarski. W 1975, w efekcie jego podziału, powstały I i II Wydział Lekarski. Zatem w istocie obchodzimy dziś jubileusz obu wydziałów lekarskich naszej Alma Mater.**

Kiedy po pierwszym roku studiów (1975) wróciłem z wakacji, dowiedziałem się niespodziewanie, że zostałem studentem nowo utworzonego wydziału – II Wydziału Lekarskiego. Studenci dotychczas istniejącego wydziału zostali bowiem podzieleni w stosunku 1:4, a ja znalazłem się w mniejszej grupie, przydzielonej do nowego wydziału. Na spotkaniu z prodziekanem dowiedzieliśmy się, że będziemy kształceni, by podjąć pracę na wsi. Informacja ta wzbudziła zrozumiałe poruszenie. Prawie wszyscy studenci złożyli podania o przeniesienie z powrotem na I Wydział Lekarski, na szczęście bezskutecznie.

Rozpoczęliśmy więc naukę na drugim roku studiów. Emocje opadły dość szybko. Mieliśmy przedmioty teoretyczne, z których zajęcia odbywały się w tych samych zakładach, co zajęcia na I Wydziale Lekarskim. Nie było różnic. Pojawiły się dopiero rok później, gdy rozpoczęliśmy kształcenie kliniczne. Jednak pozycja II Wydziału Lekarskiego umocniła się i nikt już nie wyrażał chęci zmiany.

Przypomnę tutaj, że minima nałęczowskie zaczęły obowiązywać od 1978 r. Do tego czasu uczelnie i wydziały kształciły według własnych, autorskich programów.

Studenci mojego wydziału mieli dużo szczęścia, uczyli nas bowiem luminarze polskiej medycyny. Wspomnę tylko niektórych. Neurologię wyłkładał prof. Jerzy Majkowski, radiologię – prof. Ryszard Rajszyś, ginekologię – prof. Longin

Marianowski, chirurgię – prof. Tadeusz Tołłoczko, internę – prof. Jerzy Kuch.

Kolejny raz mój rocznik miał szczęście, kiedy kończyliśmy studia w 1980 r. Otworzono wówczas szpitale: CZD, blok D przy ul. Banacha i Szpital Bródnowski. Nie spełniły się zapowiedzi prodziekana z 1975 r. Praktycznie wszyscy absolwenci rozpoczęli pracę w nowych szpitalach klinicznych w Warszawie.

Warto też tutaj przypomnieć drugi ważny, obok powstania, epizod dotyczący II Wydziału Lekarskiego, który miałem okazję obserwować już z pozycji prorektora. Miał miejsce w 2000 r. i wynikał z faktu, że w połowie lat 90. ubiegłego wieku obniżono limit przyjęć na kierunek lekarski na naszej uczelni do 240 studentów. Przypomnę, że w latach 70. i 80. przyjmowaliśmy 540 osób. Pojawiły się wówczas głosy, że II Wydział Lekarski wypełnił swoją misję i należy go zamknąć. Sytuacji nie ratował nawet English Division, ponieważ aż do początku XXI w. na pierwszy rok przyjmowano tam jedynie około 30 osób.

Od 1999 r. dziekanem II Wydziału Lekarskiego był prof. Jerzy Stelmachów. Jak się okazało, idealna osoba na kryzys. Nie tylko nie dopuścił do zamknięcia wydziału, ale bardzo go rozwinął. W tym czasie właśnie uruchomiono kształcenie na kierunku fizjoterapia, pierwszym prodziekanem została prof. Joanna Juszkowa, a dzięki wtyężonej pracy prof. Macieja Karolczaka zdecydowanie zwiększyła się liczba studentów obcokrajowców.

Obecnie wydziałem zarządza prof. Marek Kuch i jednostka nadal rozwija się bardzo dynamicznie. Wspomnieć należy, że dwa lata temu wydział przeszedł bardzo trudną akredytację instytucjonalną i otrzymał ocenę pozytywną. ■

Wykład wygłoszony w czasie uroczystości na Zamku Królewskim w Warszawie, w czerwcu 2015 r.

# 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 dentyście 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](http://www.oilwaw.org.pl)

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

## Otwarta Grupa Wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyistów



- Zdarza Ci się, że nie wiesz, jak rozmawiać z zachowującym się agresywnie lub próbującym coś na Tobie wymusić pacjentem albo z jego rodziną?
  - Masz dość współpracowników?
- Wracasz z pracy z poczuciem wyczerpania i negatywnymi emocjami?
  - Czujesz, że tak dalej pracować się nie da?

Jeśli tak, zapraszamy na zajęcia Otwartej Grupy Wsparcia organizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Celem zajęć jest pomoc w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, ze stresem, z wypaleniem zawodowym, poczuciem wykorzystania i manipulacji, poczuciem zniechęcenia, blokady kreatywności i rozwoju.

Otwarta Grupa Wsparcia liczy 8–12 osób. Nie jest to ani terapia, ani szkolenie. To styl pracy nastawiony na zdobywanie nowych doświadczeń i umiejętności, rozwój kreatywności i spontaniczności, odkrywanie siebie, swoich emocji i poszerzanie repertuaru zachowań. Pracujemy metodą coachingową, która pozwala uczestnikom sięgać do własnych zasobów i znajdować motywację wewnętrzną. Stosujemy też techniki relaksacji i wizualizacji. Jedną z podstawowych form pracy jest rozmowa, w której uczestnicy wymieniają się doświadczeniami, poznają inne punkty widzenia, dają i otrzymują informacje zwrotne. W ten sposób powstaje katalog dobrych praktyk do wykorzystania w relacji pacjent – lekarz, ale też w życiu prywatnym.

Spotykamy się w co drugi czwartek miesiąca w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18. Spotkanie trwa od 17.00 do 20.00.

**TERMINY** Wrzesień: 10, 24 ■ Październik: 15, 29 ■ Listopad: 5, 19, 4 ■ Grudzień: 3, 17

Prowadzący: Beata Krudkopad-Szatarska – psycholog. **Zapisy:** Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Joanna Kalupa, tel. **22-54-28-333, 784-986-564**, e-mail: [j.kalupa@oilwaw.org.pl](mailto:j.kalupa@oilwaw.org.pl)

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

Jesteśmy otwarci na Państwa uwagi, wnioski, opinie, gdyż są dla nas cennym źródłem informacji,

dzięki której możemy doskonalić poziom świadczonych przez Izbę usług.

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

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie



# Personalne roszady w radomskich szpitalach

**Tegoroczne lato przyniosło prawdziwą karuzelę kadrową w placówkach służby zdrowia. Zarówno Radomski Szpital Specjalistyczny, jak i Mazowiecki Szpital Specjalistyczny mają nowych szefów, przed którymi stoi niezwykle karkołomne zadanie poprawy fatalnej sytuacji finansowo-organizacyjnej obu lecznic.**

**N**a początku lipca stanowisko stracił dyrektor RSzS. Dlaczego prezydent Radomia zdecydował o zdymisjonowaniu Andrzeja Pawluczuka? „*Za podług odwołania przyjęto ustalenie, że w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym nie są prowadzone skuteczne działania restrukturyzacyjne i inne naprawcze, zmierzające do poprawy wskaźnika płynności finansowej i zmniejszenia zadłużenia*” – napisano w komunikacie biura prasowego Urzędu Miejskiego.

Wiceprezydent Anna Białkowska precyzowała później: – *Płynność finansowa szpitala jest bardzo mocno zachwiana. Prognoza zadłużenia na 2015 r. wynosi prawie 16 mln zł. To zdecydowany wzrost względem roku 2014. Biegły rewident stwierdził, że szpital może funkcjonować, ale jego sytuacja finansowa jest bardzo trudna.*

Dużym problemem placówki stały się m.in. wielomilionowe odszkodowania dla lekarzy, którzy upomnieli się o pieniądze należne im z tytułu porozumień zawartych w 2007 r., a słuszność ich roszczeń potwierdziły później sądy.

Nieoficjalnie podaje się jeszcze jeden powód zdymisjonowania Andrzeja Pawluczuka – po prostu były dyrektor uchodził za człowieka poprzedniej ekipy rządzącej Radomiem.

Szefem szpitala mianowano Marka Pacynę. – *Będę kierował się dobrem pacjenta. Pacjent ma być oczkiem w głowie personelu* – zapowiedział nowy dyrektor. – *Postawiono przede mną zadanie wyprowadzenia na prostą placówki, której krzywa idzie w dół* – stwierdził po objęciu stanowiska. Dodał, że ma już pewne spostrzeżenia i przemyślenia oparte na bogatym doświadczeniu zawodowym.

Marek Pacyna jest z wykształcenia ekonomistą. W przeszłości czterdziestoletniej karierze zawodowej piastował już funkcję dyrektora radomskiego szpitala w latach 2001–2003.

Później, do 2006 r., był dyrektorem delegatury Narodowego Funduszu Zdrowia w Radomiu. Przez trzy i pół roku, w latach 2011–2014, zajmował stanowisko dyrektora szpitala w Kozienicach. Władze Radomia podkreślają, że zostawił tę placówkę w stanie znacznie lepszym niż była wtedy, gdy rozpoczął w niej pracę.

Nie mniej trudne zadanie czeka Tomasza Skurę, chirurga i byłego dyrektora szpitala w Nowym Mieście, a od lipca nowego prezesa Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego. Pod koniec czerwca rada nadzorcza spółki zdecydowała o odwołaniu Luizy Staszewskiej, która zarządzała placówką na Józefowie przez blisko dziesięć lat.

Choć nie podano oficjalnych przyczyn zmian kadrowych, nie ulega wątpliwości, że spowodowała je coraz gorsza sytuacja lecznicy. Apogeum stało się planowane przez poprzednią dyrekcję zawieszenie dwóch oddziałów: dziecięcego i wewnętrznego I.

Do personalnej rewolucji na Józefowie przyczynił się protest Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przy Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym. 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 jakoś się wyleczy. Marszałku Struzik – dlaczego Pan to robi radomianom?”.

Na wiosnę ponad 60 lekarzy z MSS wyraziło wotum nieufności wobec Luizy Staszewskiej oraz trzech dyrektorek. Czy nowy zarząd uspokoi nastroje? – *Będziemy bardzo dokładnie przyglądać się działalności szefostwa placówki* – zapowiada Julian Wróbel, szef OZZL w szpitalu na Józefowie i radomskiej delegatury Okręgowej Izby Lekarskiej. OIL była bardzo zaangażowana w rozwiązanie problemów szpitala na Józefowie. W lutym, z inicjatywy Andrzeja Sawoniego, prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, do Radomia przyjechała wicemarszałek województwa mazowieckiego Elżbieta Lanc.

Nowy szef MSzS, Tomasz Skura, był blisko dziesięć lat dyrektorem SPZOZ w Nowym Mieście. Jego kandydaturę na prezesa wskazał radzie nadzorczej Zarząd Województwa Mazowieckiego. Podjęto również decyzję o powołaniu Krzysztofa Zajęca, prokurenta spółki i dotychczasowego dyrektora do spraw eksploatacyjno-administracyjnych, na stanowisko wiceprezesa. ■

Rafał Natorski



## PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

**Julian Wróbel**

dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00

tel.: 48-331-36-62, e-mail: [julian@wp.eu](mailto:julian@wp.eu)

26-600 Radom, ul. Rwańska 16





Fot. archiwum

# Zanim będziemy Holendrami Wschodu

Paweł Kowal

**N**a pytanie „co słyhać?” Polacy odpowiadają „stara bieda”. Jeden z moich amerykańskich przyjaciół o polskich korzeniach mawia, że w Warszawie nietrudno być prorokiem, bo wiadomo: ludzie uważają, że jutro może być tylko gorzej. Zaczynamy od pesymistycznego scenariusza: w Unii Europejskiej będą narastać problemy na tle stosunku do imigrantów. Putinowi uda się przekonać do otwartego złamania unijnej solidarności kilka państw, które jednostronnie zniosą embargo. Francja z Niemcami nie rozwiążą UE, ale zdecydują się na powołanie do życia jakiejś Unii ekstra plus, stworzą wspólne państwo. Mocarstwa zmuszą Ukrainę do federalizacji, państwo to powoli będzie się rozpadać, co roku protesty i chaos wyniosą do władzy w Kijowie coraz bardziej radykalne rządy. Polska po kilkunastu latach znajdzie się w swego rodzaju czarnej dziurze bezpieczeństwa, na peryferiach europejskiej polityki, bez inwestycji, niepewna, czy sama jest w stanie się obronić i czy ktoś się za nią ujmie, jakby przyszło co do czego.

Jest i scenariusz na przeciwnym biegunie: Ukraina da sobie radę z interwencją wojskową Rosji, reformy Kijowa przyniosą efekty, a za – powiedzmy – 20 lat wydarzy się coś podobnego do ugody z 1654 r. Bohdana Chmielnickiego z carem Aleksym I w Perejasławiu, choć i wówczas takie porozumienie wydawało się nierealne. Ukraina przesuwa się na Zachód, a Polska pierwszy raz od niepamiętnych czasów nie będzie państwem granicznym, przedmurzem

ani niczym podobnym. Kolejne pokolenie młodych Rosjan zbuntuje się przeciw imperialnym ambicjom władzy realizowanym z ich podatków. Polacy się wzbogacą, kolejne generacje zaoszczędzą trochę grosza: mniej będziemy wydawali na wojsko, więcej na kulturę. Będziemy jak Holendrzy Wschodu: pewni siebie, bogatsi, trochę rozleniwieni, czerpiący dochody z usług i tranzytu.

Czy coś łączy oba scenariusze (ich warianty można mnożyć)? Dwie rzeczy. Po pierwsze, przyszłość kształtuje się teraz, na naszych oczach. Po drugie, polityka zagraniczna w dobrym czy złym czasie zaczyna się w kraju. Gdy władza i opozycja potrafią czasami zagrać razem, nawet najgorsze przewidywania wydają się mniej groźne. Ciążące nad Polską od XVI w. przekleństwo polegało na tym, że wszystkie nasze spory były widoczne dla konkurentów w Europie jak na dłoni i dziecinnie łatwo było rozgrywać ambicje magnatów przeciw królowi, a endecję przeciw sanacji. Nie wiemy, czy w polityce międzynarodowej zaświeci dla nas jeszcze słońce, czy zaczną się już słoty i gradobicia, ale jedno powiedzieć można z pewnością: w czasach, które idą, ważne sprawy państwa będą w rękach nowego prezydenta (muszą to przyznać nawet jego oponenty) i dlatego deklaracja Andrzeja Dudy, że chce jednoczyć Polaków wokół wspólnych celów w polityce zagranicznej, nabiera znaczenia nie mniejszego niż jedność Polaków przed ćwierćwieczem, gdy rozpadał się Związek Radziecki. ■

OGŁOSZENIE



WARSZAWSKI  
UNIwersytet  
MEDYCZNY

Szczegółowe informacje są  
dostępne na stronie

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

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

## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO zaprasza na studia podyplomowe!

### Prowadzimy studia podyplomowe:

- medycyna estetyczna
- metodologia badań klinicznych
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- żywienie kliniczne
- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – teoria i praktyka
- analityka medyczna
- bioetyka w praktyce ochrony zdrowia
- 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 urazów sportowych



Fot. archiwum

# Wspólnota

Janina Jankowska

**K**to nie ma dosyć naparzanki w mediach, na rozmaitych spotkaniach, a także przy stole rodzinnym? Każdy każdego krytykuje. Zwyczaj stałego dokonywania wzajemnych negatywnych ocen w Polsce kwitnie. Dotyczy to nie tyle zachowań, osiągnięć zawodowych, ile poglądów, za którymi kryje się przynależność do danej opcji, czyli odmiennych sympatii politycznych. Jeśli myślisz jak „tamci”, popierasz X-a albo Y-a, jesteś u mnie skreślony. W najlepszym przypadku, dla dobrego samopoczucia, odgradzamy się od jazgotu publicznych oskarżeń. Kupujemy swoje pisma, które potwierdzają nasz sposób widzenia świata. Czujemy się bezpieczniej, bo mamy rację. To już nie społeczeństwo, lecz zbiór ludzkich atomów.

Co nas łączy? Miejsce pracy: szpital, uczelnia, korporacja? Miejsce zamieszkania: blok w spółdzielni mieszkaniowej, strzeżone osiedle domków jednorodzinnych? Tam też ludzie za wspólnym murem żyją oddzielnie. Tylko pasjonaci łączą się w przeżywaniu tego samego hobby.

W przemówieniach inauguracyjnych prezydenta Andrzeja Dudy najczęściej powtarzającym się słowem było: „wspólnota”. W naszych warunkach coś trudnego dziś do wyobrażenia, ale jednocześnie coś, za czym tęsknimy. Może dlatego, że w pojęciu tym zawarty jest element wzajemnej życzliwości, której nam najbardziej brakuje. Tymczasem jesteśmy społeczeństwem, jak nigdy, złowrogo podzielonym. Pokojowe gesty spektakularnie manifestuje każda strona sporu politycznego, ale jednocześnie oskarża tę drugą o złą wolę i posługiwanie się językiem nienawiści.

Taki paradoks. Do języka weszło już pojęcie podziału plemiennego Polaków. Różnie się go określa. Ciemnoogród i Europejczycy. Prawica i liberalno-lewicowi, czyli PiS i anty-PiS. W Internecie obowiązuje ostry podział: pisiory faszyści i zdrajcy polskiej sprawy. Próbujący spojrzeć inaczej, z dystansem, są przez plemiona lekceważeni i jako siedzący okrakiem na barykadzie uznawani za nieciekawych, zwłaszcza dla mediów, które są żądne krwi plemienniej. Zatem jak prezydent, wywodzący się z jednego

plemienia, wyobraża sobie scalenie tych obozów w jedną wspólnotę? Żałuję, że tego dokładnie nie zdefiniował.

A tu na każdym kroku iskrzy. Właśnie obchodziliśmy 71. rocznicę wybuchu Powstania Warszawskiego. Godzina „W”, zatrzymanie ruchu, oficjalne obchody jakby na chwilę Polaków połączyły. Na krótko, bo na cmentarzu wojskowym wraz z wejściem pani premier pojawiły się buczenia. Odpowiedzią były podobne dźwięki na sali sejmowej w czasie inauguracyjnego *exposé* Andrzeja Dudy.

Prawda, trwa już kampania wyborcza do parlamentu, ale czy trzeba ją prowadzić tak brutalnie? Czy trzeba włączać do instrumentów politycznej walki dramatyczną historię? Wiadomo, że Powstanie Warszawskie, jego sens i znaczenie do końca świata będą przedmiotem sporów. To nawet zjawisko pozytywne, świadczy o żywym zainteresowaniu wydarzeniami ważnymi dla całej wspólnoty. Uprawnione jest każde spojrzenie. Ogromna cena ludzkich ofiar i zniszczenia miasta obok podziwu dla bohaterstwa wojennego pokolenia, żołnierzy i mieszkańców Warszawy, dla których państwo polskie było najwyższą wartością. Ta pamięć w nas trwa. Uliczne inscenizacje, upamiętniające walki oraz rzeź ludności cywilnej na Woli, wciągają młodzież, uczą ją najnowszej historii. A nawet więcej, wcielanie się w postaci z przeszłości pobudza wyobraźnię, każe się zastanowić, dlaczego tamci ludzie zdecydowali się na walkę? Tymczasem inscenizacja „Wola 44” spotkała się z ostrą krytyką, a nawet oburzeniem tych, którzy w Powstaniu Warszawskim chcieliby widzieć tylko nieodpowiedzialność decydentów, ówczesnych elit politycznych. A przecież i jedno, i drugie spojrzenie jest potrzebne.

Dajmy sobie prawo do odmiennego widzenia tej samej sprawy. Przecież każdy przedmiot ma inny kształt, zależnie od strony, z jakiej na niego patrzymy. Każdy namalowany obraz odnosi się do postrzeganej przez danego artystę rzeczywistości. Nie unieważnia to innego spojrzenia. A wszystkie są potrzebne. Podobnie jak poglądy lewicowe, prawicowe, liberalne, a nawet mistyczne. Trzeba tylko umieć ze sobą rozmawiać i próbować zrozumieć drugiego człowieka. To jest moja definicja wspólnoty. ■

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



**ECHOSON**  
od 1993

☎ 81 886 36 13  
✉ [info@echoson.pl](mailto:info@echoson.pl)  
👉 [www.echoson.pl](http://www.echoson.pl)

OGŁOSZENIE



**Na XXXV Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Warszawie Barbara Wilczyńska-Sekulska i Danuta Sarnecka-Stefanowicz zostały odznaczone Medalem im. Jerzego Moskwy.**

## „Penelopa”

**D**oktor Barbara Wilczyńska-Sekulska do dziś jest aktywna w środowisku żołnierzy batalionu AK „Kiliński”, w którego szeregi weszła jako szesnastolatka w 1942 r.

Urodziła się w Warszawie, w rodzinie pielęgnującej patriotyczne tradycje. Ojciec Edward w wieku 17 lat brał udział w wojnie 1920 r. jako ochotnik. W 1939 skończyła szkołę powszechną i zdała do Gimnazjum im. Jana Kochanowskiego. Przez całą okupację uczęszczała na tajne komplety. Wstąpiła do AK i przyjęła pseudonim „Penelopa”. W tym samym batalionie była matka Barbary – Helena. Obie zostały sanitariuszkami, przeszły rozszerzone szkolenia sanitarne, miały wykłady i praktyki w Szpitalu Dzieciątka Jezus i Szpitalu Maltańskim przy ul. Senatorskiej. Barbara brała udział w akcji „Wawer”.

W Powstaniu Warszawskim uczestniczyła w walkach na Woli, Starym Mieście i Żoliborzu. Wielokrotnie przenosiła rannych, m.in. do Szpitala Maltańskiego, w którym wraz z koleżankami została zatrudniona jako sanitariuszka. Szpital był pod ostrzałem, bowiem wokół Ogrodu Saskiego toczyły się walki. W końcu szpital zajęli Niemcy, na szczęście wycofali się, nie robiąc krzywdy chorym.

Na Starym Mieście Barbara ze swoim batalionem doszła do Wytwórni Papierów Wartościowych. Niestety, rozpadła się czwarta kompania. Ci, którzy zostali ze Starego Miasta, kanałami przeszli na Żoliborz. Stamtąd mieli przetransportować broń z Kampinosu, lecz akcja się nie udała.



Helene i Barbarę przydzielono do Zgrupowania „Żubr”. W budynku Straży Pożarnej przy ul. Potockiej był punkt sanitarny, z którego docierały z patrolem aż do tzw. Olejarni, punktu najdalej wysuniętego w stronę Wisły. Niemcy zaatakowali placówkę, bo obawiali się, że Rosjanie zajmujący Pragę mogą w tym miejscu zdobyć przyczółek po lewej stronie Wisły. W czasie ataku matka Barbary została ranna. Rannych przenoszono rowami do siedziby Straży Pożarnej, a potem do szpitala przy ul. Krechowickiej. Na Żoliborzu

Biuro Pośrednictwa Pracy  
OIL w Warszawie

Krajowe oferty pracy  
na 11.08.2015 r.

dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 13	choroby wewnętrzne 26	kardiologia dziecięca 2	okulistyka dziecięca 2	stomatologia chirurg. 1
alergologia 5	choroby zakaźne 1	laryngologia 6	onkologia 1	stomatologia dziec. 3
alergologia dziecięca 2	dermatologia 6	med. paliatywna 1	ortopedia 6	stomatologia endod. 2
andrologia 1	endokrynologia 1	med. pracy 1	pediatria 16	stomatologia ortodon. 2
anestezjologia 9	endokrynologia dziec. 1	med. ratunkowa 7	psychiatria 3	stomatologia protet. 2
audiologia 1	farmakologia kliniczna 1	med. rodzinna 19	psych. (biegły sądowy) 1	stomatologia zach. 2
balneologia 2	gastroenterologia 4	med. sportowa 1	psychiatria dziecięca 1	urologia 2
chirurgia dziecięca 3	geriatria 1	neonatologia 1	radiologia 3	USG 3
chirurgia naczyniowa 1	ginekologia i poł. 6	neurochirurgia 1	rehabilitacja med. 4	
chirurgia ogólna 11	ginekologia endokryn. 1	neurologia 6	reumatologia 2	
chirurgia onkolog. 1	hematologia 1	neurologia dziecięca 2	seksuologia 1	
choroby płuc 4	kardiologia 3	okulistyka 4	stomatologia 17	

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

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



[www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/](http://www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/)

pozostały do 30 września, do kapitulacji dzielnicy. Wyszły z cywilami na dworzec Warszawa Zachodnia, skąd Niemcy wywozili ludzi do obozu w Pruszkowie. Wydostały się z obozu dzięki pomocy lekarzy, którzy orzekli, że nie nadają się do wywózki. Popowstaniową wędrówkę zakończyły w Krakowie, gdzie czekał już ojciec. Tam Barbara zdała maturę. Ponieważ ojciec był znakomitym technikiem protetykiem, chciał, aby córka została dentystką.

Skończyła stomatologię w Łodzi w 1950 r., a od 1949 już pracowała. – *Nasze pokolenie miało takie uczucie, że wszystko straciliśmy, zostało tylko to, co w głowie* – mówi pani Barbara. – *Dlatego tak bardzo chcieliśmy się uczyć.*

Wróciła do Warszawy. Wiele lat pracowała w ZOZ Śródmieście, przy ul. Mariańskiej, potem przy Mazowieckiej, a także w prywatnym gabinecie – w sumie po kilkanaście godzin dziennie. Na kilka lat wyjechała do Turynii. Podczas studiów wyszła za mąż za kolegę z roku. Mieli dwóch synów – Jarosława i Lesława. Dziś żyje już tylko jeden.

Zawsze działała społecznie, dlatego teraz też udziela się w środowisku AK-owców. Od 2012 r. jest prezesem Zarządu Ogólnokrajowego Środowiska Batalionu „Kiliński”, które należy do Światowego Związku Żołnierzy AK. Właśnie została wybrana na drugą kadencję. Z dawnymi kolegami spotyka się w gmachu PAST-y, w izbie pamięci, a 20 sierpnia, w rocznicę zdobycia budynku, na uroczystościach: mszy w kościele pw. Wszystkich Świętych, na pl. Grzybowski, oraz podczas ceremonii składania kwiatów pod budynkiem PAST-y przy Zielnej. Od lat organizacja przekazuje patriotyczne wartości uczniom warszawskich szkół: Technikum im. Kasprzaka i Gimnazjum nr 38 im. Marii Skłodowskiej-Curie, a wcześniej także Szkoły Sportowej im. płk Leliwy-Rojcewicza, dowódcy batalionu „Kiliński” (obecnie placówka nie istnieje). Uczniowie pomagają powstańcom podczas uroczystości, a także opiekują się kwaterą na Powązkach.

## „Magdalena”

**D**oktor Danuta Sarnecka-Stefanowicz mimo upływu lat doskonale pamięta swoje okupacyjne i powstańcze losy. Urodziła się w Łodzi. Rodzice – nauczyciele i społecznicy, przenieśli się do Warszawy, gdyż ojciec musiał szukać pracy po zwolnieniu ze szkoły z powodu przekonań. W stolicy zamieszkali na Lesznie. Ponieważ ojciec pracował w żydowskiej szkole, jeździła na wakacje z jej uczniami.

W czasie okupacji uczyła się w szkole handlowej. Droga do niej wiodła przez getto, w którym widziała straszne rzeczy: szkielety ludzi, żebrzące z głodu dzieci. W szkole poza rachunkowością i stenografią potajemnie uczono także polskiego i historii. Należała do Szarych Szeregów, brat był w AK.

Przygotowanie sanitarne zdobyła m.in. podczas praktyki w Szpitalu św. Rocha. Tuż przed Powstaniem złożyła przysięgę w AK, przyjęła pseudonim „Magdalena”. Pierwszym zadaniem był punkt sanitarny w al. Wojska Polskiego. Swoje pierwsze zadanie wykonała z koleżanką, harcerką Lenką. Pod ostrzałem przebiegły szeroką aleję, aby przenieść ранego żołnierza. Udało się, mimo że chłopak był wielki i ciężki. Trafił do szpitala i modlił się za swoje wybawicielki.

Potem przeszły na barykadę przy ul. Śmiałej, gdzie pełniły różne funkcje, m.in. dostarczały żywność. Pewnego razu, gdy wracały z piekarni z chlebem, przelatująca kula wystrzelona przez snajpera obcięła Danucie warkocz. Nocą wykradały się do ogródków działkowych po warzywa. Niemcy ro-

bili to samo. Którejś nocy w ciemności zderzyła się plecami z Niemcem, który kradł pomidory. Miała pistolet, „piątkę”, strzeliła i raniła go. Oboje uciekli w przeciwne strony. Po tym wydarzeniu oddała broń, uznała bowiem, że nie potrafi zabijać.



Fotografie: archiwum

Na barykadę trafił osierocony kilkuletni chłopiec, którego rodziców „Magdalena” opatrywała w ostatnich chwilach ich życia. Został jej „adiutantem”. Biegał za nią, nosił torbę, wykonywał jej polecenia. Zgubił się dopiero ostatniego dnia Powstania, a wraz z nim jej torba z dokumentami i medalikiem. Danusia nie miała nawet opaski powstańczej.

Chłopczyk ocalał jednak. Kilka lat po wojnie przyniósł do szpitala, w którym pracowała, lecz niestety podczas jej nieobecności, paczkę. Były w niej medalik i list z jednym słowem „dziękuję”. Nie mieszkał w Warszawie, przyjechał tylko po wizę i wyjeżdżał do USA. Nie spotkali się już.

Oddział „Magdaleny” Niemcy wystrzelali ostatniego dnia, gdy powstańcy wychodzili się poddać. Widziała to z daleka. Potem trafiła do obozu w Pruszkowie i została wywieziona do Niemiec. Trudne chwile wcale się nie skończyły. Zarówno pobyt w obozie, jak i droga powrotna do Polski pełne były dramatycznych zdarzeń. Jednym z nich był transport do Ravensbrück. Kobiety od śmierci uratował tylko fakt, że w obozie zepsuł się piec do palenia ofiar. Była świadkiem linczu na niemieckim strażniku, a w drodze powrotnej do kraju – gwałtu Rosjan na polskiej dziewczynie. W końcu jednak znalazła się w ojczyźnie.

Maturę zdała po wojnie w Łodzi, studiowała medycynę w Warszawie. W Szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie pracowała w ramach stypendium, specjalizowała się w ortopedii. Jej szefem był wspaniały ortopeda prof. Adam Gruca. Całe zawodowe życie starała się pracować zgodnie z wyznaczaną przez niego zasadą: „Operuj tak szybko, jak to możliwe, i tak wolno, jak to konieczne. A przed zabiegiem zajrzyj do atlasu”. Zrobiła również specjalizację z chirurgii plastycznej. Pracowała do 80. roku życia.

Z mężem Andrzejem Stefanowiczem, inżynierem, którego poślubiła jeszcze na studiach, wychowała troje dzieci, w tym chłopca przycigniętego z domu dziecka. ■

Małgorzata Skarbek



# Cztery pokolenia ginekologów

Ewa Dobrowolska

Doktor Zofia Ziętak-Kretowiczowa była jedną z pierwszych w odrodzonej po I wojnie światowej Polsce lekarek, specjalistek w położnictwie i ginekologii. Urodziła się w 1895 r. w Łąsku Małym, niedaleko Bydgoszczy, gdzie jej rodzice mieli, istniejące do dziś, gospodarstwo rolne. Jej starszy brat Kazimierz również został lekarzem. Mąż Zofii, syn Janusz, a teraz wnuk Piotr i prawnuk Michał to ginekolodzy. Są też w rodzinie lekarze innych specjalności, w sumie 14 osób.

## Z Łąska Małego w świat

Gimnazjum im. Królowej Ludwiki w Poznaniu było niemieckojęzyczne, języka polskiego Zofia uczyła się na kompletach. – Maturę zdawała po niemiecku – wspomina jej syn, prof. Janusz Kretowicz. – Egzamin obejmował także języki francuski i angielski. Na maturze mama pisała esej o „Vanity Fair” Thackeraya. Zmora matury śniła jej się do końca życia. Panienci uczyły się wtedy gry na fortepianie. Mama jeszcze po II wojnie grała mazurka B-dur Chopina i „Wesele w Troidhaugen” Griega. Nam, swoim synom, też zapewniła edukację muzyczną. Mój brat Witold skończył nawet średnią szkołę muzyczną, grając na egzaminie koncert fortepianowy Saint-Saënsa. Uznał jednak, że dobrych pianistów jest wielu, a dobrych lekarzy mniej. Poszedł na medycynę i został wysoko kwalifikowanym pediatrą. Z moją edukacją muzyczną szło gorzej, nie uzyskałem nawet dyplomu podstawowej szkoły muzycznej, bo tuż przed egzaminem, podczas gry w siatkówkę, wybiłem sobie kciuk ze stawu.

Medycynę Zofia Ziętakówna studiowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Berlińskiego w latach 1916–1921. Miała tam znakomitych profesorów: anatoma Kopscha – współtwórcę atlasu anatomicznego, z którego korzystały pokolenia lekarzy, chemika i fizjologa Rubnera, odkrywcę plazmocytołów Waldeyera, położników Bumma i Sigvarta. Po rocznym stażu w 1922 otrzymała dyplom lekarski. Rozprawa na temat skrętu mięśniaków macicy u kobiet w ciąży stanowiła podstawę do nadania jej stopnia doktora medycyny. Po powrocie do kraju nostryfikowała dyplom na utworzonym w 1919 r. Uniwersytecie Poznańskim, specjalizując się w położnictwie i ginekologii pod kierunkiem prof. Bolesława Kowalskiego, który kierował uniwersytecką Kliniką Położniczo-Ginekologiczną. – Gdy mama opuszczała Berlin dla Poznania, jej profesor mówił: „Uniwersytet – dobrze, ale skąd weźmiecie profesorów?” – powtarza opowieść matki prof. Kretowicz. – Otóż docent Uniwersytetu Wrocławskiego, tenże Bolesław



Dr Józef Kretowicz podczas studiów na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie

Kowalski, po odzyskaniu niepodległości chętnie przyjechał do Polski, zabierając ze sobą siostrę przełożoną (Polkę) i rychło powstała klinika na europejskim poziomie.

Profesor opowiada, że specjalizacja była wówczas dobrą, lecz twardą szkołą życia. Mieszkało się w klinice i dyżurowało 24 godziny na dobę. Opuścić klinikę można było raz na dwa tygodnie, i to na dwie godziny: na niedzielną mszę. – To à propos dyskusji na temat szybszego nabywania umiejętności przez młodych lekarzy – puentuje profesor.

Po zakończeniu specjalizacji dr Ziętakówna przenosi się do Bydgoszczy, gdzie organizuje punkt opieki nad kobietami ciężarnymi, jest lekarzem szkolnym, prowadzi kursy pielęgnacji niemowląt. W 1926 r. zostaje asystentką w Stacji Położniczej kierowanej przez dr. Józefa Krzymińskiego. Asystentem jest tam również dr Józef Kretowicz. W 1933 r. biorą ślub. – Pamiętam opowieści o polowaniu na ryby przy świetle księżycy podczas miodowego miesiąca nad Wdzydzami – uśmiecha się prof. Kretowicz. – Efektem tych wydarzeń było moje przyjście na świat w maju 1934 r.

A odbyło się to w Stacji Położniczej, w której małżonkowie pracowali, przy ul. Gdańskiej w Bydgoszczy. Po wzniesieniu nowoczesnego szpitala budynek Stacji przejęła szkoła muzyczna!

– Czy to nie zadziwiający przypadek, że tam, gdzie się urodziłem, uczyłem się później gry na fortepianie? – zastanawia się prof. Kretowicz.



Rodzina Kretowiczów, początek XX w. W środku stoi Józef Kretowicz senior; z dzieckiem na ręku, Józefem juniorem, siedzi jego żona Maria, obok, z prawej, jej babka i jej matka

## Syn leśniczego

Dr Józef Kretowicz przyszedł na świat w 1904 r. na Nowogródzku, w zubożałej rodzinie szlacheckiej herbu Godziemba, pozbawionej majątków za udział w powstaniu styczniowym. Jego ojciec, Józef senior, był leśniczym. Sytuacja materialna kandydata na zięcia nie wzbudzała entuzjazmu przyszłych teściów, do tego stopnia, że nie chcieli się zgodzić na ślub. Józefowi nie pozostało więc niż innego niż porwanie panny. Potrzeba było dwóch lat, żeby stosunki rodzinne się poprawiły. Gdy na świat przyszedł drugi wnuk, teściowa przyjechała z wizytą i na znak pojednania podarowała młodemu rondel do smażenia konfitur. – Ten rondel do dziś pozostaje w naszej rodzinie – uśmiecha się prof. Kretowicz.

– Po I wojnie światowej rodzina żyła w zagrożeniu czystkami etnicznymi – opowiada profesor. – Mój ojciec, aby uniknąć śmierci, zaciągnął się do wojsk gen. Józefa Dowbora-Muśnickiego. Był bardzo wysoki, dzięki czemu mógł się podawać za starszego. Resztę rodziny ocalił parobek, który przestrzegł dziadka, że w nocy przyjdą ich zamordować. Dziadek i babcia uciekli z pięciorgiem dzieci, porzucając dom i cały dobytek. Z Nowogródzku doszli pieszo pod Bydgoszcz. Dziadek zostawił rodzinę w przydrożnej kaplicy, a sam poszedł poszukać jakiegoś lokum.

Wkrótce rodzina rozpoczyna w Bydgoszczy nowe życie. Nie wiadomo tylko, co się dzieje z Józefem juniorem. A junior

jeździł wtedy po Polsce, poszukując rodziny. – I zdarzył się cud – śmieje się profesor. – Dziadek pojechał kiedyś do Poznania i tam, w drodze na dworzec kolejowy, spotkał swojego ojca!

W Bydgoszczy Józef Kretowicz junior rozpoczyna naukę w gimnazjum klasycznym. Po maturze studiuje na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. W 1929 r. uzyskuje dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Na jego dyplomie widnieją nazwiska wielkich profesorów uniwersytetu wileńskiego: rektora, ks. Czesława Falkowskiego, dziekana, chirurga Kornela Michejdy, promotora, laryngologa Jana Szmurły. – Dyplom ten – dodaje profesor – przetrwał wszystkie wojenne i powojenne tułaczki. Praktykowanie medycyny umożliwiało rodzicom utrzymanie rodziny nawet w skrajnie ciężkich warunkach wysiedleń.

## Wojna

Przed wojną Zofia i Józef Kretowiczowie, z dwoma już synami (młodszy, Witold, specjalista medycyny nuklearnej, zmarł nagle w 1997 r.), ich nianią i kucharką, mieszkają w centrum Bydgoszczy, przy ul. Marszałka Focha. Mieści się tam też gabinet lekarski z poczekalnią.

Wybucho wojna. Zmobilizowany do armii dr Józef Kretowicz wraz z kolegą, okulistą Stanisławem Filipowiczem, goni swój uciekający przed Niemcami pułk. Dopadają go w Brze-





Dr Józef Kretowicz z żoną, dr Zofią Ziętak-Kretowiczową; Bydgoszcz, lata 30.

Fotografie: archiwum rodzinne

z niego wyrzuceni. Dano im pół godziny na spakowanie dwóch walizek. A przejmujący mieszkanie niemiecki lekarz osobiście dopilnował, żeby właściciele nie zabrali niczego z wyposażenia gabinetu. I nie zmienił tego faktu, że to jego koleżdy po fachu, a pani domu posiada dyplom Uniwersytetu Berlińskiego.

Wypędzeni z domu, mieszkają u rodziny, a pod koniec 1939 r. decydują się na wyjazd do Warszawy. Prowadzą prywatną praktykę, dr Zofia Kretowiczowa znajduje też pracę w kolejowej przychodni ginekologicznej.

– Powstanie Warszawskie spędziliśmy w piwnicy domu przy ul. Żurawiej 6 – opowiada prof. Kretowicz. – Piątego lub szóstego dnia Powstania służyłem do mszy odprawianej w przejściu między dwiema bramami. Na mszy był obecny Antek „Rozpylacz”, który wkrótce zginął. Ojciec włączył się w pracę powstańczej służby zdrowia, bronił się jednak przed przyjęciem pseudonimu. „Przecież mnie tu wszyscy znają” – tłumaczył. Został więc doktorem Karasiem, z racji wędkarskiego hobby.

Janusz Kretowicz miał wówczas dziesięć lat, jego brat sześć. Świetnie pamięta pieszą wędrówkę do obozu w Pruszkowie. Tam ich rozdzielono. – My zostaliśmy z mamą, tatę zabrali gdzie indziej, naszą kochaną nianię, pannę Łodzię, jeszcze gdzie indziej. Ale ona szybko do nas dołączyła. Zagadała do starego niemieckiego wartownika *platt-deutschem*, który znała z Westfalii, dokąd macocha, jak ze złej bajki, wysłała ją do pracy, gdy Łodzia miała dziesięć lat. Ściśnięci w odkrytej węglarce, na stojąco, zostaliśmy wywiezieni do podkrakowskiej wsi Moczydło. Podróż trwała całą dobę. Wszyscy myśleli, że wiozą nas do Auschwitz. Tymczasem na dworcu w Charsznicy czekały na nas kotły z zupą jarzynową – ze śmietaną!, przygotowane przez RGO (Rada Główna Opiekuńcza była organizacją charytatywną działającą podczas obydwu wojen). Po latach dowiedziałem się, że do Moczydła trafiła również ukry-

wająca się przedtem w Warszawie po aryjskiej stronie słynna Pepa Singer – Rachela z „Wesela”.

Z Moczydła przenieśli się do Książa Małego, wciąż bez ojca. Nie wiedzieli, co się z nim dzieje. – Mama pojechała pociągiem do Krakowa, żeby kupić niezbędne do pracy instrumentarium i stał się drugi kolejowy cud: na peronie spotkała ojca! Okazało się, że przyjechał do Krakowa pociągiem sanitarnym wiozącym chorych, który udało się zorganizować w Pruszkowie, we współpracy z niemieckimi lekarzami z Wehrmachtu. Ojciec zamieszkał u znajomych i chodził na dworzec, gdzie kwitło życie towarzyskie.

Cieszyli się z odnalezienia ojca, ale wojna wciąż trwała. – Przeżyliśmy dramatyczne chwile. Batalion niemieckiej policji rozstrzelał mieszkańców sąsiedniej wioski w odwecie za pomoc partyzantom. Odbыл się pogrzeb z 72 trumnami. Rodzice ratowali rannych, zsywając, co się dało, czym się dało. Pamiętam męczyznę z dokładnie odstrzelonym czubkiem nosa, a także chłopaka, któremu moi rodzice precyzyjnie zszyli górną wargę przeciętą przez kulę. Efekt kosmetyczny był znakomity. Na zdjęcie szwów przyniósł pół kilograma słoniny. ■

Cdn.

ściu nad Bugiem. A tam już czekają Sowieci. Prowadzą jeńców do obozu znajdującego się blisko mostu kolejowego nad Bugiem. – Ojciec przekonywał kolegę do wspólnej ucieczki – opowiada profesor – tłumacząc, że słabo ich strzeżę. Filipowicz uważał, że to nie ma sensu, bo wojna potrwa kilka miesięcy. A poza tym chroni ich przecież konwencja genewska. Ojciec, ostrzeliwany, chwala Bogu nieskutecznie, przebiegł mostem kolejowym, ukradł rower i przyjechał na nim do Bydgoszczy. Rano usłyszałem męski śpiew w łazience. Ojciec się golił! Był to jeden z najszczęśliwszych dni mojego życia.

Dr Stanisław Filipowicz został zamordowany w Katyniu. Na cmentarzach w Charkowie, Miednoje i Katyniu spoczywają ciała 599 polskich lekarzy zamordowanych przez Sowieców.

Gdy dr Kretowicz gonił swój pułk, jego żona z dziećmi i nianią uciekała przed Niemcami. Dotarła aż do wsi Okna pod Włocławkiem. – Przytulił nas nauczyciel miejscowej szkoły powszechnej – wspomina profesor. – Pamiętam panikę na zatłoczonej szosie, kiedy z nisko lecącego samolotu Niemcy zaczęli ostrzeliwać uciekających cywilów.

Wkrótce rodzina z powrotem zebrała się w bydgoskim mieszkaniu. Nie na długo. Już w październiku 1939 r. zostali

# Posłuchać, zobaczyć...

## Warszawska Jesień

Międzynarodowy Festiwal Muzyki Współczesnej odbędzie się w Warszawie 18–26 września. To już 58. spotkanie z muzyką współczesną polską i zagraniczną, impreza ma zatem bogatą tradycję. Słowem przewodnim tegorocznego festiwalu jest „dynamistatyka” – neologizm wskazujący na niejednoznaczność pojęcia tak istotnego dla muzyki, jakim jest dynamika.

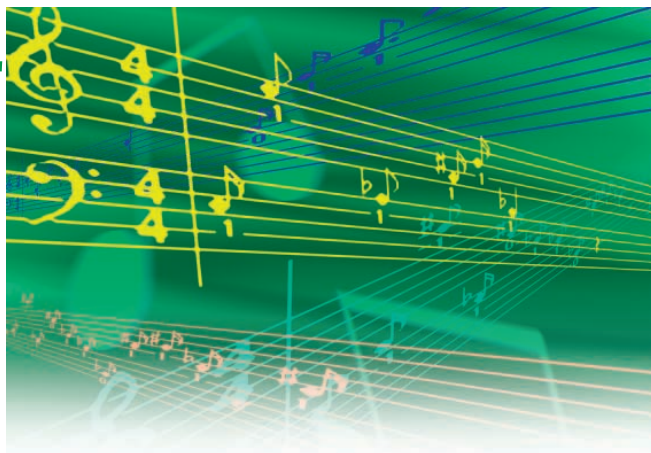
W koncercie finałowym Orkiestra Filharmonii Narodowej pod batutą Jacka Kasprzyka wykona m.in. „Double Up” na sampler i małą orkiestrę – Simona Steena-Andersena, „Wielkie przejście” – koncert fortepianowy Jerzego Kornowicza oraz „Fisher King” na trąbkę i orkiestrę – Rolfa Wallina. W tym utworze solistą będzie wirtuoz trąbki Håkan Hardenberger.

[www.warszawska-jesien.art.pl](http://www.warszawska-jesien.art.pl)

## Szalone Dni Muzyki/La Folle Journée

Międzynarodowy festiwal, którego idea jest przełamywanie uprzedzeń do muzyki klasycznej i zachęcanie do jej słuchania, w Polsce odbędzie się już po raz szósty. 25–27 września w Teatrze Wielkim Operze Narodowej w Warszawie na kilku scenach, podczas licznych koncertów, wystąpi prawie tysiąc artystów. „Pasje serca i duszy” to temat tegorocznego festiwalu, a w programie przewidziano bardzo zróżnicowany repertuar: od Bacha do eksperymentów z muzyką elektroniczną.

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



## XVII Międzynarodowy Konkurs Pianistyczny im. Fryderyka Chopina

1 października w koncercie inauguracyjnym w Filharmonii Narodowej, poprzedzającym konkursowe zmagania uczestników, wystąpi wybitna pianistka, zwyciężczyni konkursu z 1956 r. Martha Argerich.

Szukając śladów wybitnego polskiego kompozytora, warto zajrzeć do Żelazowej Woli, do Domu Urodzenia Fryderyka Chopina. W każdą niedzielę września odbywają się tam recitale, a na gości czeka nowa ekspozycja stała. Poznawać historię życia i twórczości Chopina można też w Zamku Ostrogskich w Warszawie – interaktywnie, w nowoczesnym i ciekawym dla zwiedzającego wydaniu.

[www.pl.chopin.nifc.pl](http://www.pl.chopin.nifc.pl)

ach



## FLEBOLOGIA ESTETYCZNA

WARSZAWA, 19 września 2015 r.

LECZENIE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN | LECZENIE UCISKOWE W PROFILAKTYCE  
I LECZENIU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB UKŁADU ŻYLNego, LECZENIE OWRZODZENIA  
ŻYLNego GOLENI | FARMAKOTERAPIA W LECZENIU CHOROÓB UKŁADU ŻYLNego  
I ICH POWIKŁAŃ | LASEROTERAPIA I NOWE TECHNOLOGIE WE FLEBOLOGII |  
SKLEROTERAPIA I NIETERMICZNE TECHNIKI ZAMYKANIA NACZYŃ

UCZESTNICZY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ 6,5 PUNKTU EDUKACYJNEGO

WIĘCEJ INFORMACJI NA [WWW.FLEBOLOGIAESTETYCZNA.COM](http://WWW.FLEBOLOGIAESTETYCZNA.COM) ORAZ NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)

BIURO ORGANIZACYJNE: Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań | tel./faks +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl

### TERMIN

19 września 2015 r.

### MIEJSCE

Novotel Warszawa Centrum  
ul. Marszałkowska 94/98

### KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. Zbigniew RYBAK

### ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

### PARTNER MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY

Polskie Towarzystwo Flebologiczne

### PATRONAT

PREZES

POLSKIEGO TOWARZYSTWA FLEBOLOGICZNEGO  
prof. dr hab. Tomasz ZUBILEWICZ

PREZES ELEKT

POLSKIEGO TOWARZYSTWA FLEBOLOGICZNEGO  
dr hab. Tomasz URBANEK

### PATRONAT HONOROWY

REDAKTOR NACZELNY „PHLEBOLOGICAL REVIEW”  
(„PRZEGLĄD FLEBOLOGICZNY”)

dr hab. Marian SIMKA



# KIERAT 2015 - WERSJA BŁOTNA



Fot. N. Sadowska

To już 12. 100-kilometrowy ultramaraton pieszy na orientację „Kierat”, czyli dość długa wycieczka odbywająca się w okolicy Limanowej. W roku bieżącym raczej nikt nie narzekał na upał, temperatura do biegania była idealna, niestety ulewne deszcze w dniach poprzedzających zawody uczyniły teren niesprzyjającym ustanawianiu wyśrubowanych wyników. Czasy najlepszych były o przynajmniej 2 godziny słabsze od spodziewanych na podstawie osiągnięć notowanych w ostatnich latach. Wyjątkowo dużo osób (blisko połowa) nie zdołało też zaliczyć wszystkich punktów kontrolnych, choć „Kierat” jest imprezą o bardzo łagodnych limitach czasowych, pozwalających na ukończenie zawodów praktycznie każdemu, nawet tym, którzy przez cały czas maszerują, a nie biegają.

Moje oczekiwania co do czasu na mecie także zostały zweryfikowane w zderzeniu z błotną rzeczywistością. Przytrafiła mi się też pomyłka nawigacyjna, która nie kosztowała bardzo dużo czasu, ale podzielała deprymująco i spowodowała konieczność pokonania dodatkowego wzniesienia. Urok zawodów na orientację polega na tym, że należy samodzielnie, według mapy, wybrać trasę między punktami kontrolnymi, a czasem pobiec w inną stronę niż wszyscy, zazwyczaj automatycznie podążający za prowadzącym, który niekoniecznie dokonał optymalnego wyboru. Podczas tegorocznej imprezy obieranie własnej drogi miało sens szczególnie często, peleton zawodników skręcił w niewłaściwą uliczkę już kilometr po starcie. Wybrane warianty i start bez znajomych sprawiły, że wyjątkowo długo poruszałem się samotnie. Zwłaszcza w nocy ma to swój urok i bardzo intensyfikuje wrażenia, jednak nie pozostawia marginesu na błędy w nawigacji. Piękno świtu w lesie i bogactwo zwierzyzny, zarówno aktywnej nocą, jak i budzącej się o wschodzie słońca, niezmiennie dostarcza emocji, których nie doznamy w mieście. Zmęczenie też trochę inne, ale równie satysfakcjonujące. Zapraszamy więc chętnych do udziału w przyszłorocznym „Kieracie” lub innych zawodach na orientację. ■

Tomasz Mikulski

## Papryka à la Maksai (czyt. à la Mokszoj)

Któż z nas nie był lub nie zamierza być na Węgrzech! Wszyscy znają tamtejszy gulasz i zupę rybną. Zaproponuję jednak coś prostszego. Przepis pochodzi od moich węgierskich przyjaciół z Debreczyna. Niby podobny do naszej papryki faszerowanej, ale...

Składniki:

- 8–9 średniej wielkości żółtych papryk
- 0,5 kg mielonego mięsa wieprzowego
- 1 torebka ugotowanego ryżu
- 2–3 łyżki tartej bułki
- 2 łyżki cukru
- 1 łyżka soli
- 1 łyżeczka pieprzu mielonego
- 1/2 łyżeczki Vegety lub Jarzynki
- 1 mała puszka koncentratu pomidorowego
- 10 dag wędzonej słoniny
- 1–2 łyżki mąki pszennej

Wykonanie:

Papryki umyć i odciąć wierzch, usunąć środek. Nafaszerować mięsem wymieszonym z ryżem i tartą bułką (doprawionym solą i pieprzem). Ułożyć papryki w głębokim garnku, zalać zimną wodą tak, by je zakrywała. Dodać Vegetę lub Jarzynkę, sól i cukier. Od zagotowania gotować jeszcze 10 minut.

Na patelni wytopić tłuszcz ze słoninki, skwarki usunąć. „Zapalić” mąkę na beżowo, szybko mieszając. Dodać koncentrat (może być pół łyżeczki słodkiej papryki czerwonej w proszku – najlepiej kalocsańskiej lub segedyńskiej). Rozprowadzić kilkoma łyżkami wywaru powstałego podczas gotowania papryki. Po odlaniu z garnka około 1/3 płynu dodać zawartość patelni i delikatnie wymieszać. Gotować paprykę na małym ogniu jeszcze 10–15 minut (pod przykryciem).

Podawać najlepiej „po węgiersku”, czyli z pszennym pieczywem pokrojonym w kromki, na głębokich talerzach, żeby można było wybrać resztę sosu chlebem. Oczywiście ze szklaneczką dobrego wina. ■

Dariusz Hankiewicz



Fot. D. Hankiewicz

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



# Lekarskie mistrzostwa w półmaratonie

W godzinę i 28 minut pokonał trasę Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76 Maciej Drozd, który dzięki temu triumfował w 2. Mistrzostwach Mazowska Lekarzy. Wśród kobiet po raz kolejny bezkonkurencyjna okazała się Kamila Kucharska.

Dla większości uczestników niezwyklej imprezy czas biegu na dystansie 21 kilometrów i 97,5 metra miał mniejsze znaczenie. Ważny był sam udział oraz świetna zabawa.

Do mety dotarło 35 lekarzy, nie tylko z Mazowsza, bo zawody miały charakter otwarty. W gronie mężczyzn triumfował Maciej Drozd, lekarz stażysta z Krakowa, związany rodzinnie z regionem radomskim. – *Pewnie dlatego czułem tak silne wsparcie kibiców – żartował na mecie.*

Biega regularnie od dwóch lat, więc liczył na trochę lepszy czas. – *Trasa była bardzo ciekawa, sporo płaskich odcinków, trochę podbiegów. Pogoda też okazała się taskawa, za półmetkiem trochę popadało i mogliśmy się ochłodzić* – relacjonował zwycięzca. Na podium stanęli obok niego: Andrzej Niemirski, lekarz rodzinny z Warki, oraz Adam Prażmowski, lekarz stażysta z Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Kamila Kucharska, okulistka z Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie, podobnie jak przed rokiem najlepsza z kobiet, była wyraźnie zaskoczona sukcesem: – *W ostatnich miesiącach bardzo mało trenowałam, bo doznałam dość poważnej kontuzji, a poza tym mam mało czasu z powodu obowiązków zawodowych. Nie spodziewałam się, że pobiegnę tak szybko.* Osiągnęła wynik identyczny jak ubiegłoroczny – 1:33, i wyprzedziła Annę Zarembeż z Radomia oraz Monikę Luciak-Dziewierz z Kielc.

Lekarskie zmagania już po raz drugi zorganizowano w ramach Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76. Bieg główny ukończyło 1029 osób, co stanowi rekord imprezy.

W wielu punktach miasta zawodnicy mogli liczyć na fantastyczny doping widzów, którzy okrzykami i dźwiękami trąbek lub gwizdków dodawali otuchy w trudnych chwilach, gdy organizm odmawiał posłuszeństwa. Nie zawiodła także pogoda. Choć w czasie biegu trochę popadało, najważniejsze, że nie było zbyt gorąco. ■ raf



Fotografie: R. Natorski



## II Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego

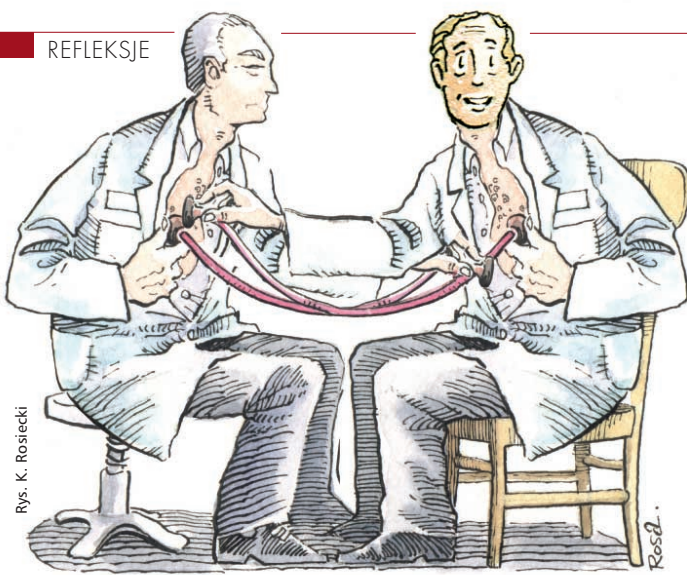
Serdecznie zapraszamy lekarzy na II Mazowiecki Turniej Tenisa Stołowego organizowany przez Komisję Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Zawody odbędą się w niedzielę 27 września 2015 r. w hali sportowej Studium Wychowania Fizycznego WAT, w Warszawie, przy ul. Kartezjusza 1. Początek turnieju o godz. 9.00.

Planowane jest współzawodnictwo indywidualne i deblowe w różnych grupach wiekowych oraz turniej „open” indywidualny i deblowy.

Informacje oraz zgłoszenie uczestnictwa: tel. 22-542-83-30 (sekretariat Komisji Kultury, Sportu i Turystyki) lub 505-09-80-33 (Piotr Kajfasz – szef Sekcji Tenisa Stołowego). ■





Rys. K. Rosiecki

Ros.

## Panie Kużawczyk...

Od lat jestem rzecznikiem praw lekarza w OIL w Warszawie. Zgłaszają się do mnie koledzy lekarze skarżący się na agresję lub arogancję ze strony pacjentów i ich rodzin. Skarżą się na media i na konflikty z pracodawcą. Ale, niestety, coraz częściej przychodzą do mnie ze skargami lekarze, których los postawił w roli pacjenta.

Kilka miesięcy temu i ja stałem się pacjentem. Swoją historię, ku refleksji, dedykuję młodszemu kolegom lekarzom.

Pewnego dnia z ostrym stanem zapalnym i 40-stopniową gorączką zostałem przez żonę, również lekarza, przywieziony na SOR jednego z warszawskich szpitali. Zresztą w szpitalu tym przepracowałem 40 lat, a przez 15 byłem zastępcą ordynatora oddziału.

Była godzina 21.00. Mój stan się pogarszał. Leżałem przykryty płaszczem żony, drżąc niewiarygodnie z powodu wysokiej gorączki. Mijały godziny, kilkakrotna interwencja żony u lekarza dyżurnego nie przynosiła efektu. Wreszcie, po kolejnych kilku godzinach, sam podjąłem heroiczną próbę dotarcia do lekarza dyżurnego. Usłyszałem: – *Zaraz do pana przyjdę, ale jutro napiszę raport do dyrektora szpitala, że jako lekarz wymusił pan na mnie udzielenie pomocy.* Przesuwając się wzdłuż ściany, wróciłem na miejsce. Po jakimś czasie zjawił się lekarz. Pobieźnie zebrał wywiad, przerzucił wyniki badań wykonanych na *cito* przeze mnie kilka godzin wcześniej, zlecił ich powtórzenie i wyszedł. Mijały kolejne godziny. Była 2 w nocy, kiedy lekarz poinformował mnie, że mam zakażenie układu moczowego. Zalecił doustne przyjmowanie antybiotyku oraz urologiczną kontrolę w ambulatorium i odesłał mnie do domu. Wróciliśmy, była 5 rano. Nadal utrzymywały się dreszcze i gorączka, pojawił się obfity krwimocz. Zadzwoniłem do ordynatora urologii. Zalecił powrót do szpitala, niestety również przez SOR. Na miejscu długo czekałem na lekarza dyżurnego z SOR-u, który ponownie zlecił badania i podanie mi kroplówki z pyralginą. Przykryty naszymi ubraniami przeleżałem kilka kolejnych godzin.

Była 19.00, kiedy przyjęto mnie na oddział urologii. Podane antybiotyki i leki przeciwgorączkowe robiły swoje. Mokry od potu, zmieniałem jedną pidżamę za drugą. Żona przywiezionymi z domu ręcznikami starała się mnie izolować od mokrej pościeli, o zmianę której nie mogliśmy się doprosić.

Rano rozpoczął się obchód lekarski. Rozpoznałem życzliwie uśmiechające się do mnie twarze starszych kolegów i dumnie podniesione głowy młodych lekarzy, moich dawnych stażystów.

Na oddziale leżałem dziesięć dni. Nadszedł długi weekend, podczas którego dyżur pełnił młody lekarz. Ponieważ poczułem się nieco lepiej, poprosiłem go o zmniejszenie podawanych kroplówek z paracetamolem. Z uwagi na chorobę wieńcową bałem się zbyt dużej utraty potasu. Odpowiedzią był publicznie wygłoszony wykład na temat paracetamolu zakończony stwierdzeniem: – *Panie Kużawczyk, czy pan się chce sam leczyć, czy my możemy pana leczyć?* Pewnie pokłosem tego wydarzenia był fakt, że do końca mojego pobytu na oddziale pielęgniarki zwracały się do mnie per panie Kużawczyk. Czułem się jako odczłowieczony. Wieczorem żona stwierdziła, że mam niemiarową akcję serca. Wykonane na jej prośbę EKG wykazało migotanie przedsionków. Wezwano na konsultację kardiologa. Przyszła młoda lekarka, która okazała się bardzo zaskoczona moim problemem kardiologicznym. Żona poprosiła o przysłanie bardziej doświadczonego konsultanta. Przeszedł lekarz pełniący dyżur na kardiologii inwazyjnej, również bez specjalizacji. Zbadał mnie i wydał zalecenia.

Po weekendzie lekarz prowadzący zlecił ponowną konsultację kardiologiczną. Przyszła młoda lekarka. Zbadała mnie, zmodyfikowała dotychczasowe leczenie kardiologiczne i przeciwzakrzepowe. Znalazła czas, by rzeczowo wyjaśnić mi swoje postępowanie. Była jak balsam na moje stargane nerwy, jak światełko nadziei, że nie jest tak źle, może po prostu miałem pecha, źle trafiłem. Cieszyłem się, że wśród młodych lekarzy są tacy, którzy mają nie tylko dużą wiedzę medyczną, ale też właściwe podejście do chorego. Wysoka kultura osobista, empatia, życzliwość i szacunek nie zależą, jak się okazuje, ani od umów podpisanych z NFZ, ani od organizacji pracy. Takim człowiekiem po prostu trzeba być. Osobę obdarzoną wspomnianymi cechami nazywamy lekarzem z powołania. Nie mówię, że kiedyś zawsze było dobrze, ale nie było aż tak źle. Może na studia medyczne decydują się osoby, które powinny wybrać inny zawód? Medycyna to sztuka, posługa, a nie bezduszny biznes. Może obecne metody kwalifikacji na studia medyczne są niewłaściwe? Co nie działa, gdzie jest błąd?

Doświadczenie tych dni spowodowało, że teraz na lekarzy skarżących się na – nazwijmy to – opiekę lekarską patrzę z jeszcze większym zrozumieniem. Serce się ściska, gdy słyszę, jak młodzi lekarze odnoszą się do starszych kolegów.

A co ma powiedzieć zwykły pacjent, przerażony swoją chorobą, niedoinformowany, zdany na własne siły? Pacjent, który nie ma znajomego lekarza na oddziale. Jak przeżyć takie sytuacje? Jak nie zwariować i nie dać się poniżyć? To jak survival, sztuka przetrwania w nieprzyjaznym środowisku.

Nie chcę generalizować, bo z całą pewnością nie dotyczy to wszystkich. Ale pacjentem każdy może stać się w każdej chwili, poza tym młodość nie trwa wiecznie, z czasem i Wy, Młodzi Lekarze, będziecie potrzebowali pomocy.

Dziś tak dużo mówimy o pretensjach ze strony pacjentów, o ich roszczeniowości, a nawet agresji. Zastanawiamy się, dlaczego zdarza się to coraz częściej? Może jeszcze jest czas, by nad tym pomyśleć, zanim przyjdziecie do rzecznika praw lekarza z prośbą o pomoc w znalezieniu obrońcy w sprawach z oskarżenia pacjentów bądź ich rodzin o łamanie zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. A może po prostu o butę i brak serca. ■

**Andrzej Kużawczyk**

PS Namawiam kolegów do pisania o swoich doświadczeniach w zakresie relacji lekarz – lekarz.



## Polityka senioralna

We wrześniu 2000 r. zszedł z taśmy produkcyjnej ostatni fiat 126 p. Mija zatem już 15 lat od pożegnania z „Maluchem”. A w Krakowie od-

był się przed paru tygodniami 12. Ogólnopolski Złot Małych Fiatów, których pojedyncze egzemplarze spotkać można jeszcze na drogach. Kraków hołubi ponoć rozmaite starocie. Ba, nawet minister Marian Zembala w ramach rozpoznania jakości opieki zdrowotnej w województwach uczynił głównym tematem swego spotkania w Krakowie tzw. politykę senioralną. Mit, że Kraków to miasto emerytów, wymaga sprostowania. Pod względem struktury demograficznej to jedno z najmłodszych miast w Polsce, w którym co piąty mieszkaniec jest studentem (do 758 tys. stałych mieszkańców trzeba doliczyć 220 tys. studentów). Zresztą wystarczy przejść się na Kazimierz czy do śródmieścia po 22.00, żeby zobaczyć, jak życie rozkwita, a nie gaśnie.

Kraków został ostatnio przez wpływowy amerykański tygodnik „Time” zaliczony do dziesięciu najpiękniejszych miast świata (na siódmym miejscu, na pierwszym jest Kyoto), a największa krakowska szopka będzie w listopadzie eksponowana w katedrze Notre Dame w Paryżu. Zatem nawet powierzenie Krakowowi roli lidera w zakresie polityki senioralnej go nie zmumifikuje. Ale profesorowi to popamiętamy, choć udał się do konkurencji (czyli do Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Instytutu Kardiologii UJ, w Szpitalu im. Jana Pawła II), by dać się poczarować profesorom Jerzemu Sadowskiemu i Piotrowi Podolcowi nowym instrumentarium.

Minister spotkał się w Krakowie, mimo upałów, przede wszystkim z pozostałymi przy życiu przedstawicielami tzw. ochrony zdrowia. W charakterze asysty towarzyszyli mu m.in.: minister pracy i polityki społecznej Władysław Kosiniak-Kamysz – do niedawna młody lekarz, absolwent tutejszego Collegium Medicum, Wojciech Matuszewicz – prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, prof. Roman Danielewicz – dyrektor Poltransplantu, a także kilku dyrektorów departamentów w MZ. Gospodarz spotkania, prof. Tomasz Grodzicki – dziekan Wydziału Lekarskiego UJ, były konsultant krajowy ds. geriatry, przytoczył kilka wymownych liczb, dowodzących – jak to określił minister Kosiniak-Kamysz – że Europa, a Polska w szczególności, siwieje.

Ale był także akcent optymistyczny. Oto rozpoczyna pracę w Bronowicach, jako piąte w Europie, Centrum Cyklotronowe Instytutu Fizyki PAN, w którym drogą terapii protonowej będzie można leczyć choroby nowotworowe, m.in. czerniaka oka. Na początek – zapowiedział minister – leczyć się będzie pięć, sześć rodzajów nowotworów, bo terapia jest bardzo droga (około 50 tys. zł).

A jeśli już mowa o cenach, to warto wspomnieć, że w dawnym forcie austriackim, należącym kiedyś do Twierdzy Kraków (w Zielonkach), do niedawna pełniącym rolę hotelu, otwiera się pierwszy w Polsce prywatny szpital psychiatryczny. Kontrakty z NFZ nie będą respektowane, zapowiadają właściciele. Tak zwanych łóżek psychiatrycznych będzie niewiele, zaledwie 16, co w porównaniu z Kobierzynem (krakowskim odpowiednikiem Tworek, 786 miejsc) zapowiada warunki ekskluzywne. Za dobę terapii trzeba zapłacić 500 zł. Wreszcie będzie bez kolejek. ■

Stefan Ciepły



## Kłopoty z liczbą

Prof.  
Piotr Müldner-Nieckowski

Ludzie, którzy słabo znają język polski, ale których pełno w mediach, wprowadzają do swoich wypowiedzi formy zastępcze lub przekręcone. Dla ogółu pozostają one albo niejasne, albo wręcz niezrozumiałe, na tyle niezgodne z normą, że nietrafne lub nieestetyczne. Za symbol tego zjawiska pewien satyryk uznał napotkany na jakimś forum wyraz *musk* (ortografia oryginalna; czytaj: *mózg*), który jego zdaniem zawiera aluzję do braku wiedzy i nieudolnego myślenia. Niektóre marne wynalazki słowne rozprzestrzeniają się z szybkością błyskawicy. I tak zamiast pisać, że *coś działa bez problemu*, zaczęto nagminnie oznajmiać, że *\*działa bez problemów*, i wkłapywać na klawiaturze *\*Przesyłam pozdrowienie zamiast poprawnego Przesyłam pozdrowienia* lub *\*Z serdecznym pozdrowieniem zamiast Z serdecznymi pozdrowieniami*. Serdeczność stanowczo jest nadużywana, rodzą się więc podejrzenia co do jej autentyczności, ale jeśli już ma być, niechże pozdrowienia pozostaną tradycyjnie w liczbie mnogiej.

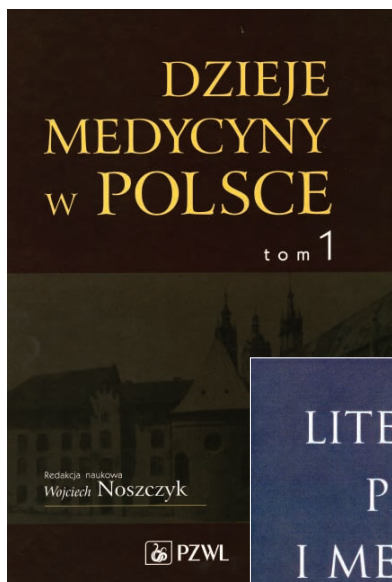
Ktoś na łamach znanej gazety usiłował wmówić w czytelników, że to taki nowy język potoczny. Myślę jednak, że mimo wszystko jest to zwyczajnie przejaw nieznamomości polszczyzny. Braku odczytania i osłuchania. Mizernej edukacji szkolnej.

Podobnie jest ze zdaniami typu *\*ktoś ginie bez (pozostawienia) śladów* zamiast *bez śladu*, ale tu występuje problem nie tylko nieznamomości polskiej frazeologii, lecz dodatkowo nierozumienia własnej wypowiedzi przez mówiącego. Jeśli *bez (pozostawienia) śladów ktoś ginie (znika)*, to jest to osoba, którą ze szczególną starannością powinna się zainteresować policja, bo człowiek ten pewnie jako przestępca ślady zatarł. Natomiast jeżeli ktoś ginie *bez śladu*, to w taki sposób, że zupełnie nie można go znaleźć. *Ktoś ginie bez (pozostawienia) śladów* oraz *ktos ginie bez śladu* to dwa różne zwroty.

To samo można powiedzieć o czymś, *coś odbyło się bez kłopotu* i *odbyło się bez kłopotów*. W pierwszym zwrocie jest mowa ogólnie o tym, że coś stało się łatwo (i skutecznie), a w drugim bardziej szczegółowo, że w trakcie działania się uniknęło możliwych problemów. Różnica znaczeniowa jest tu tylko pozornie niewielka. W pierwszym wypadku mówimy o jakości zdarzenia, a w drugim o strukturze jego przebiegu (tj. o spodziewanych przeszkodach, które jednak nie wystąpiły).

Ciekawym przypadkiem jest też zwrot dotyczący funkcjonowania jakiegoś urzędnika. Następuje niefrasobliwa zamiana liczby pojedynczej na mnogą w zwrocie *coś działa bez zarzutu* i czytamy, że *\*coś działa bez zarzutów*. Jeśli działa bez zarzutu, to znaczy, że działa dobrze. To wystarczy. Skąd wzięły się tu mnogie „zarzuty”? Zapewne stąd, że napierają one na nas z mediów jako kierowane przez prokuraturę pod adresem przestępców, a także rzucane przez jednych polityków na drugich, przez celebrytów, bohaterów sensacyjek, które zapełniają łamy intelektualnie jałowych, całorocznie wakacyjnych tabloidów. ■

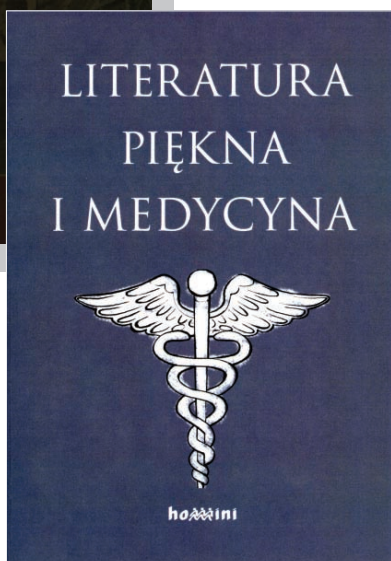




## „Dzieje medycyny w Polsce”

Pomysłodawcą, redaktorem i współautorem tej publikacji jest prof. Wojciech Noszczyk. Ukazał się tom I, który obejmuje historię medycyny w Polsce od lat najdawniejszych do roku 1914. Autorzy, opisując rozwój i osiągnięcia medycyny, skoncentrowali się na rozkwicie wybranych specjalizacji, uczelni i katedr. W książce znajdziemy wiele ciekawych faktów i przemyśleń. Została pięknie wydana, dodatkowym jej atutem są reprodukcje historycznych dokumentów, rycin i fotografii.

Jednym ze sponsorów publikacji jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. ■  
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015



## „Literatura piękna i medycyna”

Antologie tematyczne są obarczone często piętnem braku spójności literackiej, różnice jakościowe warsztatu i treści bywają aż nadto widoczne. Zapewne jednak trzeba pogodzić się z tym, że taka jest natura owych zestawień, a nawet paradoksalnie dostrzegać w nich jakość wynikającą z możliwości porównawczych. Nie inaczej rzecz się ma z „Literaturą piękną i medycyną”. Są tam eseje pełne medycznych tematów oraz te pisane przez lekarzy. Właśnie wielowarstwowość jest tej książki największą zaletą. Teksty zainteresują każdego, kto patrzy na świat refleksyjnie, bowiem medycyna jest przecież taką dziedziną, która wcześniej czy później dotyczy nas wszystkich. ■

Tyniec Wydawnictwo Benedyktynów, Kraków 2015

kb

## O jakości słowa

Słowa w codziennym życiu są razem z ludźmi i przeciwko nim. Współistnienie i konflikt są bardzo blisko.

Złe, hataśliwe słowa zagłuszają dobre. I wtedy słowo traci wartość, porozumienie staje się trudne.

Czym słowo mierzyć,  
światłem czy mrokiem?  
Nocą czy porankiem?  
Gdy słowa są przed rzeczami,  
a duch ich przed materią,  
one są prawdziwe i niepodległe.

Zbigniew Maciejewski



## 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



**A**gnieszka Górska jest jedną z pięciorga polskich lekarzy, którzy już w pierwszych dniach maja br. dotarli do Katmandu, stolicy Nepalu dotkniętego tragicznym trzęsieniem ziemi. Miało miejsce 25 kwietnia i było najsilniejsze od 81 lat w tym rejonie (7,9 stopnia w skali Richtera). Zginęło w nim ponad 7 tys. osób, około 14 tys. zostało rannych, wiele w górzystych, trudno dostępnych wioskach.

Inicjatorem wyjazdu był Ashish Lohani, lekarz Nepalczyk pracujący w Polsce, wraz z Fundacją Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” z Poznania. Grupa zabrała ze sobą otrzymane od darczyńców leki, drobny sprzęt oraz przenośny respirator, który podarowano szpitalowi w stolicy Nepalu.

– *W Katmandu zastaliśmy ekipy ratunkowe z wielu krajów, które przyleciały z pomocą i organizowały polowe szpitale – mówi Agnieszka Górska. – Ale były to duże ekipy, działające głównie w stolicy i w miastach, do których mogły dojechać. Natomiast my, dzięki temu, że pracowaliśmy w małych grupkach i byliśmy z Ashishem, znającym specyfikę kraju, mogliśmy dotrzeć do małych wiosek wysoko w górach. Do niektórych musieliśmy dojść pieszo, bo są tak położone, że w ogóle nie ma do nich dojazdu albo drogi zostały zasypane. Marsz z ciężkim plecakiem wypelnionym lekarami nie był łatwy.*

# Polska pomoc w Katmandu

**Małgorzata Skarbek**

Ale na miejscu okazywali się ogromnie potrzebni. Zwykle byli pierwszymi ratownikami, którzy dotarli do tych miejscowości. W jednej na wieść o przyjeździe lekarzy zebrało się około 120 osób potrzebujących pomocy. Część stanowili ranni, którzy ucierpieli w trzęsieniu ziemi. Było jednak dużo ludzi, w tym dzieci, potrzebujących pomocy lekarskiej z powodu chorób internistycznych, głównie infekcji.

O ile Katmandu jest dużym, cywilizowanym miastem, z uniwersytetami, szpitalami i wszelkimi udogodnieniami, o tyle w licznych wsiach i osadach górskich żyje się w bardzo prymitywnych warunkach. W dodatku trzęsienie ziemi zniszczyło marne domy, odcięło dostęp do pitnej wody, a niska temperatura nocą i padające deszcze pogłębiały kryzys. Mieszkańcy tych wiosek nie byli w stanie samodzielnie dotrzeć do polowych szpitali w dolinach. Większość zresztą nigdy nie opuszcza swoich rodzinnych stron.

Ekipa „Redemptoris Missio” przeżyła w Nepalu powtórne trzęsienie ziemi. Było to dla niej straszne przeżycie, budzące panikę. Agnieszka Górska i druga lekarka, Katarzyna Kowalik, były akurat w domu rodzinnym Ashisha.

– *Nagle podłoga i sufit, a także skalne ściany za oknem zaczęły falować. W sekundę zrozumieliśmy, że to trzęsienie ziemi – wspomina dr Agnieszka. – Po drgających schodach wyskoczyliśmy na ulicę, chodnik też się trząsnął, nawet mocniej niż podłoga. Objęliśmy się na chodniku, płakaliśmy i śmiałyśmy się z przerażenia. Później zreflektowałam się, że działałam absolutnie odruchowo, powodowana niemal zwierzęcym strachem.*



Razem z innymi lekarzami i mieszkańcami okolicznych domów pobiegły do ogródka, gdzie nie było zabudowań. Wstrząsy się powtarzały, tego dnia i przez kilka następnych. Do powrotu do Polski lekarze już nie spali w domu, tylko w namiotach. W kraju długo odreagowywali tamten stres.

– *Zauważyłam, że władze Nepalu bardzo szybko wyciągnęły wnioski z pierwszego trzęsienia, które było ogromnym zaskoczeniem – mówi dr Górska. – W kilkanaście minut po ustaniu drugiego trzęsienia w szpitalu w Katmandu pojawił się cały personel medyczny, a na ogromnym placu przed budynkiem gromadzili się ranni.*

Wyjazd do Nepalu był dla piątki lekarzy niezwykle trudnym przeżyciem i cennym doświadczeniem. ■

**Agnieszka Górska** – lekarz, ratownik medyczny, doktorantka Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM, członkini Polskiego Towarzystwa Medycyny i Ratownictwa Górskiego



Fotografie: A. Górska





# Tembo

## – wrażliwy olbrzym

Jacek Walczak

Jest zwierzę, które płała figle, zakochuje się, uwielbia życie rodzinne, zażywa środki przeczyszczające, opatruje rany, wyrwa bólowe zęby, upija się, a niekiedy pracuje, pomagając drwalom, budowniczym, myśliwym, żołnierzom, artystom cyrkowym, a nawet przemytnikom. We wschodniej Afryce tubylcy nazywają go suahilijskim określeniem *tembo*, które brzmi jak pulsujące bicie w bębny. Afrykańscy myśliwi mówią o nim po prostu *myama*, czyli mięso. Dla białych łowców to „wielki kiel” – cenna kość słoniowa.

Utarło się niesłuszne mniemanie, że słoń afrykański nie daje się oswoić, w przeciwieństwie do posłusznego indyjskiego. Jest uważany za dziką, nieprzystępną bestię. Tymczasem *tembo* od przeszło 5 tys. lat zachowuje się tak, by przetrwać na terenach, gdzie spotyka ludzi. Już w starożytnym Egipcie ułożono afrykańskie słonie do służby człowiekowi. Później Kartagińczycy przyuczyli olbrzymie zwierzęta do działań militarnych. Korpus Hannibala, w którym było wiele słoni, pomaszerował przez Alpy i stanął niemal u wrót Rzymu. Parę wieków później Rzymianie wytresowali *tembo* do roli akrobatów lub gladiatorów występujących na arenach. W licznych miejscach cywilizowanej Europy zabawiały swymi popisami ga-

dawców. To już była regularna rzeź. W ramach konwencji waszyngtońskiej CITES objęto ochroną słonie afrykańskie i wprowadzono całkowity zakaz handlu kością słoniową. Jednak ogromne stada słoni afrykańskich nigdy już się nie odbudowały i ich liczebność wciąż maleje.

Dla *tembo* bardziej istotne od kłów są zęby trzonowe. Słoń używa tylko czterech, po dwa w górnej i w dolnej szczęce. Za ich pomocą kruszy gałązki twardych drzew. Korona każdego zęba bardzo szybko się ściera do samej powłoki, a korzeń ulega resorpcji. Wtedy za czterema używanymi trzonowcami rośnie kolejny komplet. Nowe zęby wypychają resztki starych, które słoń połyka. Cykliczność wymiany zębów trzonowych wpływa na długowieczność słoni. U niektórych osobników może on powtórzyć się nawet 14 razy, wtedy słoń żyje ponad 120 lat. Zwykle proces kończy się jednak na 6–7 powtórzeniach, co oznacza wiek 60–70 lat. Zakończenie procesu odrastania zębów staje się przyczyną głodowej śmierci tych zwierząt.

W dżungli i sawannach Afryki słonie żywią się mieszanką liści, traw, gałęzi i owoców. Ponieważ trawią tylko 40 proc. pobieranego pokarmu, potrzebują około 400 kg pożywienia dziennie. Do popicia dziennych posiłków potrzebują 200 l wody. Zmusza je to do nieustannej wędrówki w poszukiwaniu pożywienia i wody.

Warunkiem przetrwania gatunku jest także jego zdolność rozrodcza. Życie płciowe słoni jest wyraźnie podzielone na etapy. Po pozornie platonicznej przyjaźni następuje okres „narzeczeństwa”. Przeważnie dwa byki rywalizują o względy jednej słońicy. Początkowe relacje okraszone są delikatnym bodzeniem się łbami, szczypaniem w wargi i przeplataniem trąb. Kiedy słońica wkracza w okres godowy, daje tylko jednemu samcowi znak przyzwolenia i oddala się z nim od stada. Miesiąc miodowy trwa do chwili, kiedy słońica zaczyna odczuwać ciężę, co zazwyczaj dzieje się w dziesiątym miesiącu. Samiec z zaskakującym spokojem godzi się z tym, że musi odejść. Ciężarna samica szuka innej słońicy, która w roli „kumy” towarzyszy przyszłej matce do końca 24-miesięcznej ciąży. Sam połóg odbywa się w otoczeniu stada. Słonie ustawiają się w krąg, głowami na zewnątrz. Chronią tak rodzącą i małe przed drapieżnikami i ludźmi. Poród trwa krótko. Matka i „kuma” dokładnie oczyszczają z pępownicy małeństwo ważące 75–100 kg. Słoniątko już po godzinie umie chodzić, ale nic ponadto. Młode skrupulatnie są chronione przez całe stado, ale i tak przez pół roku poruszają się wyłącznie pod brzuchem matki. Kiedy matka uzna, że słoniątko jest już zdolne do samodzielnej wędrówki obok, odstawia je od piersi. Jeśli małe znajdzie się w tarapatkach, całe stado spieszy z pomocą. Dzieci słoni bywają bardzo niesforne, co spotyka się z niesłychaną cierpliwością dorosłych. ■



Fot. J. Walczak

wiedź. Słonie z Afryki Równikowej, tropione, zabijane, maszkowane dla mięsa i kości słoniowej, szybko zaczęły się bać i unikać człowieka, a nawet walczyć z nim. Dlatego *tembo* są bardziej czujne, nerwowe i lękliwe od swych azjatyckich braci. Przez wieki miejscowi myśliwi nie dokonywali istotnego uszczerbku w pogłowie tych zwierząt. We wschodniej Afryce Masajowie nigdy nie polowali na słonie, bo jako lud pasterski nie jadają dziczyzny. Dopiero z początkiem XIX w. liczne grupy Arabów ruszyły z Zanzibaru na zachód, w poszukiwaniu kości słoniowej, zresztą na zamówienie możnych moco-

W dżungli i sawannach Afryki słonie żywią się mieszanką liści, traw, gałęzi i owoców. Ponieważ trawią tylko 40 proc. pobieranego pokarmu, potrzebują około 400 kg pożywienia dziennie. Do popicia dziennych posiłków potrzebują 200 l wody. Zmusza je to do nieustannej wędrówki w poszukiwaniu pożywienia i wody.



## Róża Nowotna-Walc (1922–2015)

Róża Nowotna-Walc, znakomity lekarz diabetolog, przez 30 lat nauczyciel akademicki, działaczka „Solidarności” i izb lekarskich, była ostatnim lekarzem w rodzinie, której członkowie zapisali się nie tylko w historii medycyny, ale również literatury polskiej.

Tuż przy deptaku w Krynicy, nad Kryniczanką, stoi dom zbudowany przez Jej dziadka, dr. Bolesława Skórczewskiego, internistę i balneologa, przed I wojną światową właściciela krynickiego „Zakładu dyjetetycznego”, autora rozpraw i artykułów naukowych.

Ojcem Pani Róży był dr Gustaw Nowotny, który zrezygnował z asystentury w krakowskiej klinice, żeby w 1912 r. dołączyć do pionierów zakopiańskiej medycyny, podejmując funkcję dyrektora szpitalika pod Gubałówką. Przez pewien czas był też, jak wspominała córka, jedynym chirurgiem w Zakopanem.

Dopiero po 11 latach, gdy na Kotelnicy wybudowano nowy szpital, nie trzeba już było nosić wody z potoku płynącego w odległości 150 m. Personel medyczny zyskał dobre warunki do leczenia pacjentów. Jednym z nich był Michał Choromański, który uczynił doktora Nowotnego bohaterem swojej powieści „Zazdrość i medycyna”.

We wrześniu 1939 r. dr Nowotny poszedł na wojnę. Po kampanii wrześniowej trafił do Francji, gdzie będąc komendantem szpitala wojskowego, załatwiał przerzut żołnierzy do Anglii. Po kilku przesłuchaniach przez gestapo koledzy namawiali go, żeby się ukrył, ale odmówił. Wysłany do Dachau, według relacji sanitariusza z obozu, zmarł z wycieńczenia.

Dzieci dr. Nowotnego, Gustaw i Róża, zostały lekarzami.

Podczas okupacji niemieckiej Róża Nowotna studiuje medycynę w legendarnej Szkole Zaorskiego. Poznaje tam przyszłego męża, Jana Walca. Przed wybuchem Powstania obydwoje otrzymują przydział do służby medycznej batalionu „Zaremba-Piorun”, do szpitala organizowanego w Zgromadzeniu Sióstr Rodziny Maryi przy ul. Hożej. Gustaw Nowotny, brat Róży, zostaje zastępcą komendanta, dr. Edwarda Dreszera. Trzeciego dnia walk pożar niszczy drewnianą zabudowę klasztoru. Szpital trzeba przenieść na Poznańską, do gmachu PZU. I wtedy, ratując ранnego, ginie od kuli snajpera młody sanitariusz Andrzej Twardo. Jest pierwszą ofiarą Niemców. Chowają go na podwórku. Na długo zapanował nastrój ogólnego przygnębienia, opowiadała Pani Róża. Aż ktoś zaproponował: „A gdyby tak pożenić Jasiów?”. I 12 sierpnia 1944 r., w ocalałej z pożaru kaplicy Sióstr Rodziny Maryi, odbył się pierwszy w Śródmieściu powstańczy ślub. Róża Nowotna i Jan Walc wymienili się obrączkami, które kolega wyciął z łożyska karabinu maszynowego. Nosili je przez 20 lat, dopóki zupełnie nie szerniały. Prezenty ślubne odzwierciedlały skalę ówczesnych potrzeb i możliwości. Wanna pełna wody – prezent od szefa sanitarnego – plasowała się w górnych rejonach tej skali. Na przyjęciu weselnym matka przełożona podała kanapki z nasturcją z klasztornej ogródka, a komendant przysłał butelkę czerwonego wina. Były i kwiaty – dalej z pobliskiego Ogrodu Pomologicznego.

Bez wody, światła, jedzenia szpital wciąż jednak funkcjonował – dzięki pomysłowości i przedsiębiorczości personelu. W zdobytej przez powstańców mleczarni była studnia, był też agregat. Nocą dostarczano prąd na Poznańską, do zakładu rentgenowskiego doc. Witolda Zawadowskiego. Późniejszy profesor radiologii występował w roli laboranta, pomagał lekarzom w usuwaniu rannym odłamków, korzystając z obrazu na ekranie.

Wychodząc za Jana Walca, Róża Nowotna, córka i siostra lekarzy, znalazła się w kolejnej rodzinie lekarskiej. Lekarzami byli obydwoje Jej teściowie – teść ordynatorem chirurgii w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Po Powstaniu, 10 października, Róża i Jan opuszczają Warszawę załatwionym za łapówkę samochodem, wyposażonym w dobre papiery. Jadą do Podkowy Leśnej, do domu teściów. Teść był wówczas w niewoli, w obozie jenieckim w Rumunii, teściowa pracowała jako lekarz w obozie w Pruszkowie. Miała nadzieję, że jeśli Jan i Róża tam trafią, zdoła ich wyprowadzić. Dom teściów był po brzezi wypełniony uchodźcami z Warszawy.

Po dyplomie w 1947 r. Róża Nowotna-Walc rozpoczyna pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, Jan Walc – wolontariat w Zakładzie Fizjologii UW, równocześnie zarabia na życie jako internista.

W latach 1967–1991 dr Róża (doktorat w 1961 r.) jest zastępcą ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Praskiego. Jej mąż zajmuje się tłumaczeniami literatury medycznej z francuskiego, angielskiego i niemieckiego. Długo choruje. Umiera w 1982 r.

Syn Jana i Róży – Jan Walc, krytyk literacki, zmarł na nowotwór w 1993 r., w wieku 45 lat. Córka Anna uczy francuskiego, tłumaczy i wychowuje sześcioro dzieci.

„Solidarność” otworzyła nowy rozdział w życiu dr Róży Nowotnej-Walc. Została członkiem Krajowej Komisji Koordynacyjnej Pracowników Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, współpracowała z Prymasowskim Komitetem Pomocy Osobom Pozbawionym Wolności i ich Rodzinom, uczestniczyła w pracach Okrągłego Stołu. W działalność izb lekarskich zaangażowała się od chwili ich reaktywowania. Była sędzią Okręgowego Sądu Lekarskiego. Przyznano Jej najwyższe odznaczenia państwowe, lekarskie i samorządowe, m.in. Polonia Restituta, Gloria Medicinae, Laudabilis.

Pracowała do 90. roku życia, przez ostatnie lata głównie w przychodni dla kombatanów.

ed

W „Pulsie” nr 10 i 11/2009 zamieściliśmy „Sagę rodzinną: Skórczewscy – Nowotni – Walcowie”.



Z głębokim żalem żegnamy  
naszą Koleżankę dr n. med.

### **Marię Różę Nowotną-Walc**

wieloletniego Sędziego Okręgowego  
Sądu Lekarskiego w Warszawie.

Była znakomitą, rzetelną  
i kompetentną sędzią,  
niezwykłym i wspaniałym Człowiekiem.  
Rodzinie Zmarłej składamy  
wyrazy współczucia.

Członkowie  
Okręgowego Sądu Lekarskiego  
w Warszawie oraz pracownicy kancelarii





## Ewa Kaczyńska (1958–2015)

Doktor Ewa Kaczyńska, pediatra, była absolwentką WAM. Po ukończeniu studiów w 1985 r. rozpoczęła pracę w Łosickim ZOZ. Od dnia niespodziewanej, tragicznej śmierci 20.03.2015 r. wspomina ją wiele osób. Nad

odejściem dr Kaczyńskiej ubolewają najbliżsi, współpracownicy oraz pacjenci podkreślający Jej otwartość i codzienną, nieustającą z upływem lat pracy życzliwość i zainteresowanie losem człowieka.

Jej droga zawodowa od początku była ukierunkowana na opiekę nad najmłodszymi pacjentami. Pracując na Oddziale Dziecięcym Szpitala Łosickiego, jako asystent, a następnie zastępca ordynatora Oddziału Noworodkowego, zdobyła I i II stopień specjalizacji z pediatrii. W życiu prywatnym była niestrudzoną mamą trzech synów, żoną i aktywną uczestniczką działalności gospodarczej męża Włodzimierza.

W 1999 r. dzięki Jej inicjatywie powstała przychodnia „Zdrowie”, której została kierownikiem. W 2004, razem z zaprzyjaźnionymi lekarzami, założyła NZOZ „Eskulap”. W okresie przeszło dziesięcioletniego istnienia placówki była jej prezesem i ustawicznym motorem rozwoju, kołem zamachowym różnych przedsięwzięć. Swoje pomysły realizowała z niezwykłą wytrwałością i niezłomną wiarą w sukces.

Aktywne życie osobiste i zawodowe nie przeszkadzało Ewie Kaczyńskiej pozostać estetiką. Zawsze dbała o wygląd oto-

czenia, w którym przyszło Jej żyć i pracować. Od wczesnych wiosny kwiaty zdobiły nie tylko Jej dom, ale również otoczenie placówek, w których pracowała.

Zmodernizowała budynek pozyskany dla rozwijającej się przychodni „Eskulap”. Dzięki Jej pomysłowi od wielu lat funkcjonuje tam piękna grota solna.

W 2007 r. rozpoczęła starania o stworzenie bardzo potrzebnej poradni – Ośrodka Rehabilitacji Diennej, niosącej wielodyscyplinarną pomoc dzieciom z problemami neurorozwojowymi. Razem ze współnikami zorganizowała prężnie działającą grupę terapeutyczną, złożoną z lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów i logopedów, która na co dzień pomaga małym pacjentom przełamywać bariery psychofizyczne i wstępować w dorosłe życie z jak największymi umiejętnościami. Dzięki Jej operatywności pomoc rehabilitacyjną zorganizowano również w siedleckiej placówce przy ul. Klonowej.

Dała się poznać również jako niestrudzona organizatorka spotkań służących integracji ludzi razem pracujących. Z Jej inicjatywy odbyło się wiele ognisk, kuligów, zabaw karnawałowych i rocznicowych.

Na co dzień uśmiechnięta, życzliwa, bezpośrednia, otwarta na cudze problemy, zawsze potrafiła dodać otuchy pacjentom, rodzinie, przyjaciołom, znajomym. Zараżała optymizmem, mobilizowała do czynu, przeciwstawiała się zwątpieniu. Była ucieleśnieniem teorii, że młodość to nie etap życia, lecz stan ducha.

Ewuniu, nigdy nie zapomnimy tego wszystkiego, co powstało dzięki Twojej odwiecznej duchowej młodości i miłości do ludzi.

Śpij spokojnie i po swojemu czuwaj nad nami!

**Magdalena Czapska**



## Ireneusz Tyszkiewicz (1945–2015)

21 lipca 2015 r. zmarł po ciężkiej chorobie dr n. med. Ireneusz Tyszkiewicz, wieloletni ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu im. Michała Okońskiego w Warszawie.

Ireneusz Tyszkiewicz urodził się 3 maja 1949 r. w Wieluniu. W 1967 rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi, na którym w 1973 r. otrzymał dyplom lekarza z wyróżnieniem. Na łódzkiej uczelni rozpoczął pracę jako asystent w I Klinice Chorób Wewnętrznych, a w 1976 r. uzyskał w I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. II stopień specjalizacji w tej samej dziedzinie zdobył sześć lat później, w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Po kolejnych trzech latach uzyskał specjalizację z alergologii. W 1992 r. obronił pracę doktorską pt. „Problem rozpoznania i leczenia astmy oskrzelowej w wybranych zakładach lecznictwa otwartego w Polsce” na Akademii Medycznej w Bydgoszczy, pod kierunkiem prof. dr. hab. Bogdana Romańskiego.

Od 1976 r. Ireneusz Tyszkiewicz pracował w Warszawie. Związany był kolejno z: pogotowiem lekarskim Szpitala MSW, Szpitalem Grochowskim oraz Szpitalem Kolejowym im. M. Okońskiego przy ul. Brzeskiej. Tej ostatniej placówce poświęcił większą część życia zawodowego. Od 1999 do 2008 r., tj. do momentu likwidacji szpitala, pełnił tam funkcję ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych.

Jako ordynator był niezwykle ceniony przez współpracowników i pacjentów. Pracę wykonywał zawsze bardzo rzetelnie. Do każdego pacjenta podchodził z wielką życzliwością i zrozumieniem. Doceniony został także przez środowisko medyczne, w roku 2007 przyznano Mu zaszczytny medal Gloria Medicinæ.

W życiu prywatnym był wspaniałym mężem, ojcem i dziadkiem. W ostatnich latach wiele radości wniosła w Jego życie wnuczka Zosia. Jego pasją były podróże. Szczególnie upodobał sobie Paryż, Rzym, Edynburg i Pragę. Wypoczywał tam, gdzie efektowna architektura przeplata się z ciekawą historią. W Polsce zawsze z sentymentem wracał do Krakowa i Gdańska. Pasjonowały Go również dzieje Watykanu oraz historia współczesna. Regularnie bywał na koncertach w filharmonii i w teatrze. Pieśnią „Modlitwa” Bułata Okudźawy, jednego z Jego ulubionych artystów, pożegnaliśmy dr. Ireneusza Tyszkiewicza na warszawskim cmentarzu w Płoczkach.

Dziękujemy Ci za wszystko. Pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci.

**Rodzina**



**Piotr  
Achremczyk  
(1954–2015)**

30 maja 2015 r. straciłem ukochanego Tatę, pacjenci – swojego ukochanego Doktora, Radomski Szpital Specjalistyczny – wieloletniego Ordynatora i założyciela Oddziału Kardiologii, miasto – wizjonera, który ze zwykłego oddziału chorób wewnętrznych, jakich wiele, stworzył Oddział Kardiologii leczący na poziomie, jakiego nie powstydzilyby się najlepsze ośrodki akademickie, człowieka o niezwykłym sercu, prawdziwego humanistę, dla którego fakt bycia lekarzem oznaczał nie tylko tytuł, ale głównie ścieżkę życia ukierunkowaną wielką miłością i szacunkiem do wszystkich ludzi. Pokonała Go choroba nowotworowa.

W 1954 r., w Szczecinie, parze studentów Pomorskiej Akademii Medycznej: Halinie i Tadeuszowi Achremczykom, urodził się długo wyczekiwany, ukochany syn Piotruś. Był niezwykle wrażliwym, ugodowym i przyjaznym dzieckiem. W rodzinie miał przezwisko „Pocziwina”. Kochał długie wycieczki, sport, w późniejszych latach, latach licealnych, grał w drużynie siatkarskiej. Tata kochał matematykę, od lat dziecięcych, spędzonych w Białogardzie, Słupsku, Stargardzie Szczecińskim, a w końcu w Skarżysku-Kamiennej, doskonalił umiejętność logicznego myślenia. Uwielbiał rozwiązywać łamigłówki. Od małego był również otoczony opowieściami medycznymi, jakimi żyli Jego rodzice, opowiadając i konsultując między sobą np. przebieg dyżurów szpitalnych.

W 1973 r. rozpoczął studia w Łódzkiej Akademii Medycznej. Podczas sześciu lat nauki nie pozostawił na uboczu drugiej swojej pasji – podróży. Związał się za pośrednictwem starszej siostry Lidii, studentki chemii, z klubem „Płazik” zrzeszającym studentów Politechniki Łódzkiej kochających turystykę pieszą.

Również podczas studiów poznał moją Mamę – Renatę, wówczas studentkę filologii angielskiej, której rodzice, podobnie jak Jego, mieszkali w Skarżysku-Kamiennej. Podczas wielogodzinnych kolejowych podróży do domu i podczas lekcji angielskiego zawiązała się między Nimi wielka miłość, która nigdy nie wygasła.

W 1979 r. miało miejsce kilka istotnych wydarzeń, m.in. Tata został absolwentem Akademii Medycznej w Łodzi, otrzymał upragniony tytuł lekarza medycyny, poślubił moją Mamę, a w maju urodziło Mu się pierwsze dziecko – ja. W tamtych czasach działały jeszcze nakazy pracy. Tata miał do wyboru Śląsk lub Radom.

I tu tak naprawdę zaczęła się Jego przygoda. Najpierw staż podyplomowy, potem początek pracy na Oddziale Wewnętrznym I, kierowanym przez bardzo wymagającą, ale niezwykle mądrą i ambitną dr n. med. Danutę Anańko. Dodatkowo pracował w zakładzie patomorfologii, u prof. Hańskiego w Radomiu, oraz w przychodni na osiedlu Ustronie. W roku 1983, po czterech latach pracy i zdanym egzaminie, otrzymał tytuł specjalisty I stopnia chorób wewnętrznych,

w 1986 – II stopnia. Miłością i wielkim marzeniem Taty była jednak niedostępna wtedy w Radomiu kardiologia. Kierował się maksymą: „gdy ludzie mówią, że coś jest niemożliwe do zrobienia, zawsze znajdzie się ktoś, kto o tym nie wie i... to robi”. Tym kimś był On sam, związał się bowiem z kliniką śp. prof. Leszka Ceremużyńskiego, otworzył specjalizację z kardiologii, którą ukończył w 1993 r., uzyskując tytuł specjalisty kardiologa.

W 1993 r. objął stanowisko ordynatora I Oddziału Wewnętrznego Radomskiego Szpitala Zespołowego. Tata marzył o nowoczesnym oddziale kardiologii, by mieszkańcy Radomia nie musieli się leczyć i czekać w kolejkach w większych ośrodkach. Dopiął swego! W 2000 r. oddział powstał. Pamiętam, że Tata organizował różne imprezy charytatywne, by zebrać pieniądze na ten cel, m.in. aukcje obrazów mojej cioci Barbary Wesołowskiej, których część była wystawiana w galerii w Nowym Jorku. Często sam kupował obrazy, żeby zwiększyć środki na budowę oddziału.

Ktoś by mógł pomyśleć, że osiągnięte zostało już wszystko, powstała radomska kardiologia. Nic bardziej mylnego, dla mojego Taty nie było już hamulca. Wiele razy mówił, że skoro mamy już oddział, to dlaczego nie stworzyć w nim najnowszych pracowni – hemodynamiki oraz wszczepiania stymulatorów. Jak pomyślał, tak się stało.

Gdy w 1993 r. objął funkcję ordynatora, stał się szefem wielu swoich kolegów, z którymi był na „ty”. To trudna sytuacja, łatwiej gdy ordynator przychodzi z zewnątrz. Ale mój Tata potrafił wszystko pogodzić, był i szefem, i kolegą. Budował sobie szacunek na oddziale nie metodą budzenia strachu i rządów twardej ręki, ale dzięki swojej wiedzy, doświadczeniu, umiejętnościom, którymi kolegom imponował. Tata zawsze szanował ludzi ambitnych, inwestował w wiedzę i doświadczenie kolegów, umożliwiając im bez ograniczeń zdobywanie specjalizacji, uczestniczenie we wszelkich kursach. A gdy już mieli odpowiednie kwalifikacje, usuwał się na bok, powierzając im kierowanie pracownikami. Tacie nie zależało na tytułach, wierzył w ludzi, w koleżeństwo, a przede wszystkim w kompetentne leczenie pacjentów.

W 2002 r. uzyskał tytuł doktora nauk medycznych w Akademii Medycznej w Warszawie, był autorem pracy „Rokowanie po zawale serca. Wartość prognostyczna różnych metod oceny dyspersji repolaryzacji”. Za swoje osiągnięcia został odznaczony Brązowym Krzyżem Zasługi.

Prywatnie realizował inną swoją pasję – bieganie. Tu także stawiał sobie wysokie cele. Biegał codziennie, bez względu na pogodę. Potrafił wyjść o 5.30 rano, by przebiec 10–15 km przed pracą. Startował w wielu półmaratonach i maratonach. Propagował zdrowy styl życia, dając wszystkim przykład swoją postawą.

Cieszył się również z faktu, że Jego syn i córka Kasia wybrali ten piękny zawód, zawód lekarza. Role ordynatora, nauczyciela, wspaniałego doktora, przyjaciela, męża, najwspanialszego Ojca oraz dziadka pełnił do 30 maja 2015 r., kiedy o 7.10 po raz ostatni zabiło Jego kochane, wielkie serce. Odchodził na moich oczach, trzymałem Go za rękę. Tata odszedł na wieczny dyżur, przyjaciele mówią, że widocznie w Niebie potrzebowali dobrego kardiologa.

Tato, byłeś i zawsze będziesz moim nauczycielem, moim drogowskazem w coraz bardziej skomercjalizowanym świecie medycyny. Nie zapomnę o Twoich naukach i wartościach. Mam nadzieję, że kiedyś będę godny stanąć koło Ciebie i uścisnąć Twoją dłoń. Do zobaczenia kiedyś...

**Wojciech Achremczyk**





# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

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

**Ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2014 r., poz. 1138), która weszła w życie 1 stycznia 2015 r., wprowadziła zmiany w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Świadczeniodawcy mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie i wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w nie mniej niż dwóch następujących zakresach:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- leczenie szpitalne,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- rehabilitacja lecznicza,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- leczenie stomatologiczne,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- ratownictwo medyczne,
- opieka paliatywna i hospicyjna,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- programy zdrowotne,
- programy lekowe określone w przepisach ustawy o refundacji,
- leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach ustawy o refundacji.

W przypadku, o którym mowa wyżej, świadczeniodawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawcy ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie umowy.

**Porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

dokonuje się według następujących kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

**Od 1 stycznia 2016 r.** przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

- **umowę zawartą z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji** o udostępnianie danych świadczeniobiorców (numeru PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość, adresu miejsca zamieszkania, dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej), niezbędnych do określenia taryfy świadczeń,
- **ważną pozytywną opinię właściwego wojewody** o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek, lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, z pomocą których ma być wykonywana **działalność lecznicza w rodzaju świadczeń szpitalnych**, albo o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek, lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z pomocą których ma być wykonywana **działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych**.

Minister zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Nowelizacja ustawy wprowadza następujące zmiany w zakresie **przyczyn odrzucenia oferty**:

- jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonych przez prezesa NFZ, obejmujących

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

mujących w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie,

- jeśli ofertę złożył świadczeniodawca, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez oddział wojewódzki NFZ umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

**Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z wyjątkiem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (nie dotyczy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).**

Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody prezesa NFZ.

Ponadto **uchylony został przepis**, który stanowił, że w przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok, świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może się ubiegać o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu.

2 czerwca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 755, obwieszczenie ministra zdrowia z 15 maja 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie odznak „Dawca przeszczepu” i „Zasłużony dawca przeszczepu”.

6 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 3 czerwca 2015 r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 761.

9 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 12 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu i warunków ustalania zdolności fizycznej i psychicznej policjantów do służby na określonych stanowiskach lub w określonych komórkach organizacyjnych jednostek Policji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 717.

12 czerwca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 793, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 15 maja 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

13 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 15 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków i trybu ubiegania się o dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza lub pracownika, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 744.

16 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 8 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 749.

23 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 20 maja 2015 r. w sprawie ustalania uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Służby Więziennej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 808.

## Godziny pracy OIL w Warszawie

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

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu**  
– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

**Zespół ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**  
– poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek od 9.00 do 16.00, środa od 9.00 do 18.00

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

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



Ustala się wykaz norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy, stanowiący załącznik do rozporządzenia. W wykazie określa się sposób ustalania stopnia uszczerbku na zdrowiu.

Ustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza następuje według stanu jego zdrowia z dnia ustalenia stopnia uszczerbku, jedynie w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu jest niewątpliwy i zgodny z aktualną wiedzą medyczną.

**24 czerwca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 876, obwieszczenie marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 26 maja 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wyrobach medycznych.**

**30 czerwca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 25 czerwca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 907.**

Załącznik do rozporządzenia określa Regulamin organizacji-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających.

**30 czerwca 2015 r. weszła w życie ustawa z 24 kwietnia z 2015 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 905.**

**Jednostka wojskowa to jednostka organizacyjna niebędąca jednostką budżetową, dla której podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, w której udzielane są świadczenia zdrowotne przez lekarza, realizująca zadania także poza granicami państwa, na podstawie ustawy z 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (DzU z 2014 r., poz. 1510).**

Jednostka wojskowa jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym oraz w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych RP, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych może być wykonywana działalność inna niż lecznicza, pod warunkiem, że nie jest uciążliwa:

- dla pacjenta lub przebiegu leczenia,
  - dla przebiegu leczenia – w przypadku jednostki wojskowej.
- Jednostka budżetowa i jednostka wojskowa, dla których podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, posiadające w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych, wykonują działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentystry, a także stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, udzielanych żołnierzom

i personelowi cywilnemu, a także żołnierzom wojsk obcych i ich personelowi cywilnemu, w przypadku ich pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Kierownikiem podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej może być osoba, która spełnia wymagania przewidziane dla dowódcy jednostki wojskowej określone w przepisach ustawy z 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

Przepisów dotyczących czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych nie stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny na podstawie przepisów ustawy o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa.

**W okresie 5 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy mogą być rozpoczynane nowe specjalizacje mające na celu uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89, ze zmianami).**

Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (DzU nr 213, poz. 1779, ze zmianami) zachowuje moc przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej.

**1 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 16 czerwca 2015 r. w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 918.**

Wykaz zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania, jest określony w załączniku do rozporządzenia.

**Tymczasowe aresztowanie może być wykonywane również przez inne zakłady lecznicze, jeżeli wykonują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2015 r., poz. 581), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, o ile wymaga tego stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub względy organizacyjne.**

Zakłady lecznicze, w tym psychiatryczne, przeznaczone do wykonywania tymczasowego aresztowania, dysponują następującymi warunkami zabezpieczenia:

1. zapewniają stały nadzór nad tymczasowo aresztowanymi przebywającymi w zakładzie,
2. posiadają drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające samowolne opuszczenie zakładu,
3. są wyposażone w:
  - a) system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal dziennego pobytu, izolatek oraz korytarzy,
  - b) elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien,
4. zatrudniają personel w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż liczba łóżek przeznaczonych dla tymczasowo aresztowanych.

Warunków zabezpieczenia określonych w pkt. 3 i 4 nie stosuje się do zakładów leczniczych znajdujących się na terenie zakładów karnych lub aresztów śledczych.

**1 lipca 2015 r. weszła w życie ustawa z 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 875.**

W przepisach znowelizowanej ustawy **narkomania oznacza stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich.**

**Nowa substancja psychoaktywna** oznacza substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w przepisach wykonawczych.

Minister zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz nowych substancji psychoaktywnych obejmujący te substancje lub ich grupy, uwzględniając wpływ tych substancji na zdrowie lub życie ludzi albo możliwość spowodowania szkód społecznych.

**Środek zastępczy** oznacza produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej albo w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych. Do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów.

Podmioty lecznicze prowadzące leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych są obowiązane do współpracy z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, w szczególności do gromadzenia i przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

Leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej.

Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.

**Leczenie substytucyjne może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora biura odnośnie do spełniania wymagań, jakie powinien spełniać podmiot prowadzący leczenie substytucyjne.**

Podmiot leczniczy prowadzący leczenie substytucyjne jest obowiązany do niezwłocznego przekazywania Krajowemu Biuru do spraw Przeciwdziałania Narkomanii informacji o zakwalifikowaniu, wyłączeniu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie realizującym takie leczenie.

Podmiot leczniczy, który zgodnie z przepisami ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne nie utworzył apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej, oraz lekarz, lekarz dentyista, wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej, a także inny podmiot, **których działalność wymaga posiadania i stosowania w celach medycznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-**

**P,** posiadają i stosują te preparaty, jeżeli są dopuszczone do obrotu jako produkty lecznicze na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego oraz po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Podmiot leczniczy, który zgodnie z przepisami ustawy – Prawo farmaceutyczne nie utworzył apteki szpitalnej, oraz lekarz, lekarz dentyista, wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej, **których działalność w celach przeprowadzenia badań klinicznych** wymaga posiadania i stosowania preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, posiadają i stosują te preparaty po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Zmianie uległy załączniki do ustawy zawierające wykazy:

- środków odurzających grupy I-N,
- środków odurzających grupy IV-N,
- substancji psychotropowych grupy I-P,
- substancji psychotropowych grupy II-P,
- substancji psychotropowych grupy IV-P.

**1 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 25 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu szczepień ochronnych dla żołnierzy zawodowych oraz sposobu rejestracji przeprowadzanych szczepień ochronnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 814.**

**1 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra obrony narodowej z 25 maja 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji oraz warunków i trybu wykonywania zadań przez Wojskową Inspekcję Sanitarną, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 810.**

**10 lipca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 967, obwieszczenie ministra zdrowia z 16 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek.**

**12 lipca 2015 r. weszła w życie ustawa z 9 kwietnia z 2015 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 788.**

Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują jedną z następujących kategorii dostępności:

- 1) wydawane bez przepisu lekarza – OTC,
- 2) wydawane z przepisu lekarza – Rp,
- 3) wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania – Rpz,
- 4) wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw,
- 5) stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz.



Produkty lecznicze o nadanej kategorii dostępności, o której mowa w pkt. 2–5, albo środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne objęte refundacją, nabywane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, mogą być stosowane wyłącznie w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP i nie mogą być zbywane, poza przypadkiem dotyczącym apteki szpitalnej uprawnionej do zaopatrywania w leki podmiotów leczniczych na podstawie umowy, pod warunkiem że nie wpłynie to negatywnie na prowadzenie jej podstawowej działalności.

W przypadku powzięcia informacji o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew powyższemu zakazowi, organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej informują o tym właściwy organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zgodnie z nowelizacją ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2015 r., poz. 618), organ prowadzący rejestr wszczyna kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą w związku z otrzymaniem powyższej informacji.

W przypadku zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew przepisom ustawy – Prawo farmaceutyczne, organ prowadzący rejestr, w drodze decyzji, nakłada na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości dwukrotnej wartości zbytych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Nowelizacja wprowadziła zmianę w ustawie z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (DzU z 2015 r., poz. 636).

Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi to system teleinformatyczny, którego zadaniem jest przetwarzanie danych związanych z obrotem produktami leczniczymi, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi w zakresie określonym w ustawie lub w odrębnych przepisach.

Administratorem danych przetwarzanych w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi jest główny inspektor farmaceutyczny.

Administratorem danych w rejestrach obejmujących produkty lecznicze dopuszczone do obrotu na terytorium RP jest prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

**23 lipca 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1026, obwieszczenie ministra zdrowia z 16 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.**

**30 lipca 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 27 lipca 2015 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1060.**

**6 sierpnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 lipca 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1012.**

Zmianie uległ załącznik nr 1 do rozporządzenia określający kryteria dopuszczenia dawców do oddawania krwi pełnej lub jej składników, w zakresie:

- wykazu chorób zakaźnych,
- kryteriów dyskwalifikacji dawców krwi autologicznej.

**WYDAWCA BIULETYNU „MIESIĘCZNIK OIL W WARSZAWIE PULS”:** Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

**REDAKCJA:** 00-512 Warszawa, ul. Puławska 18, 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 Paluszkiewicz, Konstanty Radziwiłł (przewodniczący), Julian Wróbel

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Borowicz, Anetta Chęcińska, Stefan Ciepły, Ewa Dobrowolska, Dariusz Hankiewicz, Janina Jankowska, Łukasz Jankowski, Paweł Kowal, Beata Kozyra-Łukasiak, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

**SEKRETARIAT REDAKCJI:** Iwona Stawicka, tel. 22-850-18-10

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel. 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.**





# VI RODZINNY PIKNIK Integracyjny

**Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego**



**13** czerwca br. odbyła się w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej Wojska Polskiego, plenerowa impreza – VI Rodzinny Piknik Integracyjny Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Przedstawiciele samorządów uroczyście ją otworzyli i dokonali symbolicznego przekazania przewodnictwa Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Buzdygan, jako symbol prezydencji, wręczyła swojemu następcy Włodzimierzowi Chruściukowi, działakowi Okręgowej Izby Radców Prawnych, ustępująca z funkcji prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie Alina Fornal. Imprezę prowadził Stanisław Banasiuk, który swym humorem rozgrzewał gości.

Organizatorzy tradycyjnie zadbali o wysoki poziom artystyczny. Koncert rozpoczął się od występu Zakładowej Orkiestry Dętej Gedeon Richter z Grodziska Mazowieckiego pod dyrekcją Jerzego Wysockiego. Atrakcją dla najmłodszych było spotkanie z Panem Brzechwą, który zrobił Wielkie Show. Dwukrotnie na scenę wkraczali muzycy z zespołu Boba Jazz Band. Ponownie, jak w roku ubiegłym, swoją obecnością zaszczylili nas: zespół Hamak, którego liderem jest Mirosław Kalisiewicz, i rockman kardiochirurg Zygmunt Kaliciński z zespołem HLA. Niekwestionowaną gwiazdą był Sebastian Karpel-Butecka i zespół Zakopower, którzy ściągnęli pod scenę największą rzeszę fanów.

Oprócz rewelacyjnej muzyki na wszystkich uczestników, tych młodszych i tych starszych, czekały liczne zabawy i atrakcje.

Zapraszamy na kolejne imprezy! ■

Kamil Karolak



**BUREAU VERITAS**  
Certification



## Certyfikat

Przyznany firmie

### **OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE IM. PROF. JANA NIELUBOWICZA**

**UL. PUŁAWSKA 18, 02-512 WARSZAWA**

Bureau Veritas Certification zaświadcza, że System Zarządzania wyżej wymienionej organizacji został oceniony i uznany jako zgodny z wymaganiami norm i zakresem usług wyszczególnionych poniżej

NORMA

**ISO 9001:2008**

ZAKRES CERTYFIKACJI

REPREZENTOWANIE OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWOĐY LEKARZA  
I LEKARZA DENTYSTY, REALIZACJA USTAWOWYCH ZADAŃ NA RZECZ  
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ SPRAWOWANIE PIECZY  
NAD NALEŻYTYM WYKONYWANIEM TYCH ZAWOĐÓW.

Data przyznania certyfikatu: **10 sierpnia 2015**

Pod warunkiem stałego zadowalającego działania Systemu Zarządzania,  
certyfikat jest ważny do: **9 sierpnia 2018**

W celu sprawdzenia ważności niniejszego certyfikatu prosimy o kontakt: +48 22 549 04 00  
Pozostałe informacje dotyczące zakresu certyfikacji oraz wymagań systemu zarządzania  
można uzyskać w wyżej wymienionej organizacji.

Data wydania: 10 sierpnia 2015

Numer Certyfikatu: **PL005191/P**

Piotr Popławski  
Local Technical Manager



AC 081

QMS

