

Ubezpieczenie OC  
w składce  
na samorząd  
[str. 14]

Rezydentury  
do odpracowania  
[str. 4]

Nie ma  
lekarza medycyny...  
[str. 5]

Recepty  
wystawiane  
przez pielęgniarki  
i położne  
[str. 8]

Rekompensata  
bez sądu  
[str. 17]

Niezbędna  
protetyka  
stomatologiczna  
[str. 22]

Za trudny  
egzamin?  
[str. 29]

250  
numer „Pulsu”



**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej**

Andrzej Sawoni; tel. 22-542-83-40

**Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów**

Marta Klimkowska-Misiak; tel. 22-542-83-56

**Wiceprezes ORL**

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

**Wiceprezes ORL – 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, 22-542-83-58

**Dyrektor biura** Zbigniew Gałązka  
*sekretariat:* tel. 22-542-83-40, 42

**Główna księgowa** Helena Jemioł; tel. 22-542-83-36

**Księgowość** – Janina Potentas; tel. 22-542-83-35  
Krystyna Kołacz; tel. 22-542-83-79  
Agnieszka Stefaniak-Giza, Emilia Andersz; tel. 22-542-83-54

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

**Składki** – kierownik Maciej Lisieski; tel. 22-542-83-38  
Miłosz Kłosowski, tel. 22-42-83-78,  
Paweł Janowski, Marcin Trocki, Izabela Wiszniewska  
tel. 22-542-83-39

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

**Kancelaria prawna**

*prac. biura:* Małgorzata Tymkiewicz; tel. 22-542-83-29

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**

p.o. Janina Barbachowska  
*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.:* 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 Síporska,  
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

**Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich**

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

**Komisja ds. Konkursów**

**na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia**  
przewodniczący Rafał Paluszkiewicz  
*prac. biura:* Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

**Komisja ds. Stażu Podyplomowego**

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka  
*prac. biura:* Marta Bodek  
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 Dentystów**

przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak  
*prac. biura:* Joanna Kalupa; tel. 22-542-83-33

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

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

**Rada Funduszu Samopomocy**

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

**Komisja Etyki Lekarskiej**

p.o. przewodnicząca Marta Klimkowska-Misiak  
*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

**Komisja ds. Młodych Lekarzy**

przewodniczący Filip Dąbrowski  
*prac. biura:* Bogusława Różycka; tel. 22-542-83-40

**Komisja Kultury, Sportu i Turystyki**

przewodniczący Adam Górski  
*prac. biura:* Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

**Komisja ds. Emerytów i Rencistów**

przewodniczący Włodzimierz Cerański  
*prac. biura:* Renata Sobolewska; tel. 22-542-83-30

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego**

**Lekarzy i Lekarzy Dentystów**  
dyrektor Krzysztof Dziubiński  
*prac. biura:* Agnieszka Bromirska-Mika, Anna Dondzbach,  
Dorota Neryng, Monika Skolimowska, Agnieszka Mika  
tel. 22-313-19-70; faks 22-313-19-65; [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)

**Pełnomocnik prezesa ds. Działu Polskiej Książki Medycznej w Kijowie**

Krzysztof Królikowski; tel. 22-542-83-30

**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)

**Dział Informacji Medialnej**

Justyna Wojteczek, Karolina Jemioł; tel. 22-542-83-52,  
[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

Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych i Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie,  
przy współudziale Naczelnej Izby Lekarskiej, organizują  
IX Kongres Polonii Medycznej, II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich  
2–4 czerwca 2016 r., Warszawa

Aktualne informacje i komunikaty zamieszczone są na stronie internetowej kongresu:

[www.kongrespoloniimedycznej.org](http://www.kongrespoloniimedycznej.org)



## IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016  
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06

WSPÓLNIE WYZNACZAMY I UPOWSZECHNIAMY ŚWIATOWE  
STANDARDY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA W OCHRONIE ZDROWIA

- Debaty naukowe, wykłady i prezentacje najnowszych osiągnięć w dziedzinach medycznych
- Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Marek Rudnicki (USA)
- Bezpośrednie spotkania z liderami medycyny z całego świata

Zapraszamy do rejestracji uczestnictwa i zgłaszania abstraktów na stronie  
[www.kongrespoloniimedycznej.org](http://www.kongrespoloniimedycznej.org)

ORGANIZATORZY:



FEDERACJA POLONIJNYCH  
ORGANIZACJI MEDYCZNYCH



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE



NACZELNA  
IZBA LEKARSKA

## II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie  
zaprasza do hotelu Warszawianka w Jachrance k. Zegrza,  
17–18 czerwca 2016 r.



Najnowsze kierunki w stomatologii zachowawczej, z położeniem nacisku szczególnie na estetykę i minimalnie inwazyjne opracowywanie ubytków, elementy ortodoncji dla każdego stomatologa, protetyka, periodontologia, chirurgia stomatologiczna, w tym implantologia, epidemiologia, najnowsze wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji, współpraca interdyscyplinarna z kardiologiem, diabetologiem i pediatrą – to tylko część tematów wykładów, które przedstawią znakomici prelegenci. Nie zabraknie warsztatów z endodoncji, implantologii, udzielania pierwszej pomocy, rehabilitacji kręgosłupa, komunikacji interpersonalnej.

Za udział w wykładach przysługują **punkty edukacyjne**: 1 punkt za 1 godzinę wykładu.

II Spotkania to nie tylko okazja do uaktualnienia i poszerzenia wiedzy, ale również możliwość wymiany doświadczeń i integracji naszego środowiska. Zaplanowaliśmy czas na rozmowy i wieczorne spotkanie przy muzyce. Dla chętnych zarezerwowaliśmy miejsca noclegowe (1 doba) w pokojach dwuosobowych.

Szczegóły dotyczące programu II Spotkań i płatności podamy w następnym numerze „Pulsu” oraz na naszej stronie internetowej.

Zapraszamy również na szkolenie w Izbie, które odbędzie się w drugiej połowie lutego. Przypominamy też o naszej patronce św. Apolonii i o mszy świętej, na którą zapraszamy 7 lutego, na godz. 18.00, do kościoła pw. Niepokalanego Poczęcia NMP przy ul. Przy Agorze 9. Zapraszamy także na spotkanie integracyjne z krajowym duszpasterzem lekarzy i lekarzy dentystów księdzem profesorem Stanisławem Warzeszakiem.

Z koleżeńskim pozdrowieniem  
**Marta Klimkowska-Misiak**  
przewodnicząca  
Komisji ds. Lekarzy Dentystów  
ORL w Warszawie





Nr 2/2016 (250)  
luty 2016

Na okładce:

rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

www.miesiecznik-puls.org.pl

W numerze m.in.:	
▶ powiem wprost	3
▶ E-zwolnienia	6
▶ Recepty wystawiane przez pielęgniarki i położne	8
▶ Pytania do MZ	11
▶ u nas w samorządzie	12
▶ biuletyn ORL	13
▶ OC w składce...	14
▶ ZEVA, czyli zew samorządów	16
▶ Rekompensata bez sądu	17
▶ etyka	18
▶ leczmy ból	20
▶ stomatologia	21
▶ Niezbędna protetyka...	22
▶ 40 lat SPCSK WUM	24
▶ wydarzenia	26
▶ z Delegatury Radomskiej	27
▶ Konferencja pneumonologiczna w Grodnie	28
▶ Za trudny egzamin?	29
▶ Wróciłam do normalnego życia	30
▶ propozycje kulturalne	32
▶ Doniesienia naukowe	34
▶ sylwetki	35
▶ nowości wydawnicze	39
▶ ciekawe miejsca	41
▶ Sprawa karna o błąd lekarski	42
▶ nowe przepisy prawne	43
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	5
▷ Walewski	11
▷ Kowal	32
▷ Jankowska	33
▷ Ciepły	38
▷ Müldner-Nieckowski	38
▷ Borowicz	40



## Wciąż są pariasami

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk  
redaktor naczelna

Powraca dyskusja na temat wynagrodzeń lekarzy. Od wielu lat OZZL i samorząd lekarski postulowały, aby podstawowa pensja lekarza i lekarza dentystry zatrudnionego w publicznym sektorze ochrony zdrowia wynosiła minimum trzy średnie krajowe. Mowa oczywiście o lekarzach posiadających stopień specjalisty, a zasada miałyby być zapisana w ustawie. Oczekiwania, potwierdzone stosownymi uchwałami i apelami różnych gremiów (w tym Krajowego Zjazdu Lekarzy), nie spotykały się z przychylnością decydentów. Powoływano się na konstytucję, zasady wolnego rynku, którego jednak – jak słusznie zauważa przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel – w naszej ochronie zdrowia nie ma, i to niezależnie od tego, czy Polską rządzą ci z lewicy, czy ci z prawicy.

Jednym z najaktywniej popierających postulat płacowy był wieloletni działacz samorządu lekarskiego, obecny minister zdrowia. Polscy lekarze zasługują na godne zarobki, więc szczerze trzymam kciuki za ministra Radziwiłła, by udało mu się spełnić postulaty lekarzy, również rezydentów.

Bezspornie polscy lekarze zarabiają lepiej po słynnej „wedłowskiej” podwyżce, którą uchwalił parlament dzięki ministrowi prof. Zbigniewowi Relidze, a przede wszystkim dzięki konsekwentnym działaniom Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. A tak na marginesie, kto jeszcze pamięta, że taki komitet istniał i że udało się wtedy przy jednym stole zebrać wszystkie organizacje działające w służbie zdrowia (niestety poza „Solidarnością”)? Tak się złożyło, że choć komitet zabiegał o podniesienie wynagrodzeń wszystkich grup pracowniczych, to jednak głównymi beneficjentami podwyżki stali się lekarze.

Nie zmienia to faktu, że w dalszym ciągu zarobki polskich lekarzy należą do najniższych w UE, choć ich umiejętności i wiedza są na najwyższym poziomie.

Poprzedni minister zdrowia Marian Zembala obiecał polskim pielęgniarkom podwyżkę ich skandalicznie niskich zarobków. Jednak obiecał niczym pan Zagłoba Inflanty. Pieniądzy na podwyżki nie było, ale polityczna presja przed zbliżającymi się wyborami parlamentarnymi była silniejsza niż zdrowy rozsądek. Zostawił więc swojemu następcy kukułcze jajo, z którym Konstanty Radziwiłł musi coś zrobić.

Należałoby zacząć od realnej wyceny świadczeń medycznych lub procedur (choć podobno minister chce od procedur odejść), uwzględniając koszty pracy ludzkiej, obowiązujące wyceny ich bowiem nie uwzględniają, zmienić koszyk świadczeń gwarantowanych itd., itd. Na to potrzeba pieniędzy, pieniędzy, pieniędzy...

– Zastałem trudną sytuację, ponieważ mój poprzednik podpisał porozumienie o zwiększeniu wynagrodzeń z pielęgniarkami, a pozostały jeszcze inne grupy zawodowe. Chciałbym ten problem uregulować systemowo, ustalić, jak powinny wyglądać finansowe proporcje między poszczególnymi zawodami. Za opiekę nad pacjentem odpowiada cały zespół profesjonalistów różnych zawodów medycznych. Rozpoczęliśmy już rozmowy z ich przedstawicielami. Spotkania odbywają się w atmosferze wzajemnego zrozumienia i chęci wypracowania konsensusu – powiedział Konstanty Radziwiłł „Pulsowi”. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

# I dla pacjenta, i dla lekarza



Fot. egw

**Andrzej Sawoni**  
prezes ORL w Warszawie



40 lat  
Samodzielnego  
Publicznego  
Centralnego  
Szpitala Klinicznego  
WUM  
str. 24



E-zwolnienia  
str. 6



Stulecie dr. Glińskiego  
str. 35

Rok 2016 rozpoczęliśmy ważnym izbowym wydarzeniem – konferencją „Rekompensowanie szkód związanych z leczeniem w modelu pozasadowym”. Organizując spotkanie, chcieliśmy zwrócić uwagę na społeczny problem należytej pacjentom rekompensaty za wypadki medyczne i nierazko trudnej drogi do uzyskania tego świadczenia. Pragnęliśmy zachęcić lekarzy, prawników, pracowników ochrony zdrowia i decydentów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną do dyskusji o kierunkach zmian regulacji dotyczących tego zagadnienia.

A temat jest ważny zarówno dla pacjentów, jak i dla środowiska medycznego: lekarzy, pielęgniarek, pracowników biorących udział w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Samorząd lekarski od dawna widział potrzebę wypracowania sprawnego systemu rekompensowania szkód związanych z leczeniem z uwagi na dobro pacjenta, jego poczucie bezpieczeństwa, jak również bezpieczeństwo osób wykonujących zawody medyczne.

Niepożądanych zdarzeń medycznych nie można niestety całkowicie wyeliminować w procesie leczenia. Jednak szkody pacjenta związane z leczeniem nie zawsze są skutkiem błędu w sztuce. Stąd pomysł i wola uniezależnienia rekompensaty za szkodę od wskazania osoby czy osób winnych tego stanu.

Celem projektu nie jest bynajmniej ochrona odpowiedzialnych za szkodę, winnych błędu. W takich przypadkach bowiem organem orzekającym są sądy i one wyroczą o winie lub jej braku. Natomiast sprawne narzędzie w postaci dobrego i powszechnego systemu rekompensowania pacjentom szkód związanych z leczeniem, potwierdzającego jedynie zdarzenie niepożądane, zapewni nam, leczącym, komfort pracy. Da poczucie, że jest organ, który w przypadku zaistnienia szkody pacjenta związanej z leczeniem uruchomi procedurę rekompensaty, a pacjent będzie miał, niejako „z urzędu”, gwarancję otrzymania takiego świadczenia – czy to w formie pieniężnej, czy rzeczowej, np. w postaci rehabilitacji.

Ponad rok temu w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie rozpoczął pracę zespół, w którym znaleźli się członkowie naszego samorządu, prawnicy, przedstawiciele ubezpieczyciela. Słuchaliśmy również głosów pacjentów, bo przecież to ta grupa jest bezpośrednim adresatem rekompensaty. Wspólnie zastanawialiśmy się nad zmianami w systemie rekompensat. Cieszę się, że inicjatywę samorządu lekarskiego pozytywnie przyjął minister Konstanty Radziwiłł. Dobrą prognozą jest deklaracja szefa resortu zdrowia podjęcia w tej sprawie dalszych działań w ministerstwie. Jestem przekonany, że możemy mieć w Polsce skuteczny oraz bezpieczny dla pacjentów i personelu medycznego system rekompensowania szkód związanych z leczeniem. ■

https://twitter.com/andrzejawoni  facebook.com/OILWarszawa

## Godziny pracy OIL w Warszawie

**Biuro OIL** – poniedziałek – piątek od 8.00 do 16.00  
**Kasa** – poniedziałek, wtorek od 9.00 do 15.30, środa od 9.00 do 17.00,  
czwartek, piątek od 9.00 do 15.30

### Biuro Obsługi Lekarza

poniedziałek – piątek od 8.45 do 15.45, środy od 8.45 do 17.45

W celu zapewnienia profesjonalnej obsługi prosimy o uwzględnienie czasu niezbędnego do załatwienia sprawy w godzinach pracy Biura Obsługi Lekarza.

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

# Rezydentury do odpracowania?



KRYSTYNA BARBARA KOZŁOWSKA,  
RZECZNIK PRAW PACJENTA

Fot. Biuro RPP

Nadrzędnym celem wystąpienia było podniesienie problemu braku lekarzy, którego rozwiązanie należy szukać w pierwszej kolejności w systemie, a wspomnianą propozycję traktować jak alternatywę.

Zaznaczę, że rozwiązanie, polegające na zobowiązaniu lekarzy do odpracowania w Polsce szkolenia specjalizacyjnego, nie jest nowe. Taki sposób zatrzymania lekarzy w kraju przedstawiony został już w marcu 2007 r. przez Przemysława Gosiewskiego, ówczesnego szefa Komitetu Stałego Rady Ministrów. Również prof. Zbigniew Religa uznał propozycję za godną rozważenia. Temat powrócił w resorcie zdrowia w 2013 r., w formie pomysłu, aby finansowanie rezydentury miało charakter pożyczki umarżanej w kolejnych latach, jeśli lekarz pracowałby w systemie, który jest finansowany przez płatnika publicznego. Rozwiązanie zostało zaprezentowane przez Ministerstwo Zdrowia podczas posiedzenia Komisji Zdrowia 11 września 2013 r., gdy rozpatrywana była kwestia systemu kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego.

**W grudniu 2015 r. wystąpiła pani do ministra zdrowia z sugestią zaradzenia niedoborowi lekarzy specjalistów w Polsce przez uzależnienie uczestnictwa rezydentów w szkoleniu specjalizacyjnym od zobowiązania ich do przepracowania po szkoleniu określonego czasu w Polsce, w ramach systemu ubezpieczeń. Jak ta propozycja ma się do prawa UE?\***

Na początku podkreślę, że propozycja wprowadzenia wymogu przepracowania przez lekarza, który bierze udział w szkoleniach w ramach rezydentury, określonego czasu w Polsce, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych, była jedną z kilku przedstawionych w wystąpieniu do ministra zdrowia.

Odnosząc się zaś bezpośrednio do pani pytania, podkreślę, że moja propozycja była tylko jedną z koncepcji rozwiązania problemu niedoboru lekarzy specjalistów w Polsce, bez wskazywania szczegółowych działań. I nie oznacza, że lekarz w ogóle nie miałby możliwości pracy za granicą, jeśli nie odpracował rezydentury. Oczywiście mógłby podjąć pracę poza krajem, zarówno w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jak i po nim (w okresie obowiązkowej pracy w Polsce), niemniej jednak wiązałyby się to z określonymi skutkami. Dlatego uważam, że idea odpracowania rezydentury nie uniemożliwia lekarzom szukania lepszej posady, także poza granicami, i nie ogranicza swobody przemieszczania się pracowników wewnątrz Unii Europejskiej.



Fot. archiwum

## Nie ma lekarza medycyny

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Kiedy w 1971 r. trafiłem na staż podyplomowy „na Szaserów”, do ówczesnej II Kliniki Chirurgii, i zacząłem dumnie „się pieczętować” – lekarz medycyny, adiunkt kliniki dr Jerzy Korona powiedział: – *Ależ kolego, pan nie ma prawa do takiego tytułu.* – *Jak to?* – zachnąłem się.

A dr Korona kontynuował: – *Nie ma pan prawa, gdyż taki tytuł nie istnieje.* – *Jak to nie istnieje?* – odpowiedziałem. – *Przecież mam dyplom.* – *Jest więc jeszcze gorzej niż myślałem, gdyż pan nawet nie przeczytał, co to za dyplom. Może pan go pokazać?* Dyplom był w internacie, gdzie mieszkalem w czasie stażu. Ale zanim tam poszedłem, założyłem się z dr. Jerzym Koroną o czekoladę, że mam rację. Po czym chyżo pobiegłem po dyplom. Ku swemu wielkiemu zdziwieniu przeczytałem: „...i uzyskał dnia 19 maja 1971 roku tytuł lekarza”. Wracając, nabyłem czekoladę gorzką produkcji zakładów 22 Lipca i wręczyłem dr. Koronie. Zjedliśmy ją razem. Niedawno dowiedziałem się, że dr Jerzy Korona zmarł w 2014 r.).

Nieprawidłowe, ale niestety często używane sformułowanie „lekarz medycyny” zawdzięcza popularność chyba temu, że podobne tytuły: „lekarz dentysta”, „lekarz weterynarii”, są dwuczłonowe.

## Czy pani zdaniem nie jest konieczne ograniczenie obowiązków administracyjnych i sprawozdawczych nakładanych na lekarzy i lekarzy dentyistów, które skracają czas przeznaczony dla pacjentów?

Jako rzecznik praw pacjenta w pełni popieram ideę stworzenia lekarzom takich warunków pracy, aby obowiązkowe formalności nie były wypełniane kosztem czasu przeznaczonego dla pacjentów.

W mojej ocenie odciążenie przyniesie lekarzom wdrażanie rozwiązań technologicznych i informatycznych w ochronie zdrowia. W związku z tym sygnalizowałam ministrowi zdrowia zasadność jak najszybszego wprowadzenia np. elektronicznych zwolnień lekarskich. Inną formą odciążenia lekarza w realizacji obowiązków administracyjnych mogłoby być zatrudnienie personelu pomocniczego, np. sekretarek medycznych.

## Można zgodzić się z pani postulatem dotyczącym kontroli łącznego czasu pracy lekarzy pracujących w jednej placówce medycznej – niezależnie od form zatrudnienia, ale czy rzecznik zdaje sobie sprawę, że przestrzeganie wprost dyrektywy unijnej o czasie pracy wydłuży jeszcze kolejki do lekarzy?

Propozycji tej przyświecała troska zarówno o lekarzy, jak i o pacjentów. W wystąpieniu do ministra zdrowia podkreślałam, że obecny stan prawny, dopuszczający nieprzerwaną wielogodzinną pracę lekarzy i pielęgniarek, stwarza ryzyko, że zmęczenie dyżurujących odbije się na bezpieczeństwie pacjentów i samego personelu.

Oczywiście przestrzeganie wprost dyrektywy unijnej o czasie pracy wymagałoby wprowadzenia pewnych zmian, przede wszystkim organizacyjnych, w poszczególnych podmiotach leczniczych, niemniej jednak zdrowie pacjentów należy uważać za wartość najwyższą. ■

Pytała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

\*Jedną z czterech swobód przysługujących obywatelom UE jest swobodny przepływ pracowników. Obejmuje on prawo przemieszczania się i pobytu w innym państwie członkowskim UE pracowników, prawo wjazdu i pobytu członków ich rodzin oraz prawo podejmowania pracy. Mówią o tym: dyrektywa 2004/38/WE w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich, rozporządzenie (UE) nr 492/2011 w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii, rozporządzenie (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenie wykonawcze (WE) nr 987/2009.

Jednak jednoczłonowy, prawidłowy, zgodny z przepisami ustawy „lekarz” brzmi bardziej dumnie. Tylko i aż „lekarz”! Warto zaznaczyć, że nie należy mylić terminów: stopnie i tytuły! Stopniami naukowymi są: doktor i doktor habilitowany. Tytuły zawodowe to: „lekarz” i „lekarz dentyista”. Tytuł naukowy to „profesor”. Sytuację komplikuje fakt wprowadzenia przez ustawę o szkolnictwie wyższym stanowiska profesora nadzwyczajnego uczelni wyższej lub instytutu naukowego. Na stanowisko to mianowana może być osoba posiadająca stopień doktora lub doktora habilitowanego. Tak na marginesie – za „lekarza medycyny” może się obecnie uważać dr n. med. Konstanty Radziwiłł, któremu, jako ministrowi zdrowia, przypadła rola leczenia naszej medycyny, podczas, gdy tacy wyrobownicy jak niżej podpisany, mają za zadanie leczyć chorych. ■



Fot. archiwum

## Marek Balicki

W połowie stycznia odbyła się w Warszawie konferencja „Priorytety w ochronie zdrowia: co nas czeka za lat 5, co za 10, co za 15”, zorganizowana przez Wydawnictwo Termedia. W kilku panelach dyskusyjnych rozmawiano m.in. o wizji i strategii

systemu, możliwości osiągnięcia w tej sprawie ponadpartyjnego porozumienia, o przyszłości lekarza rodzinnego, opiece koordynowanej, a także o powracającej na nowo kwestii udziału sektora prywatnego w świadczeniu usług finansowanych ze środków publicznych. Tematyka interesująca, ale większych kontrowersji i sporów nie odnotowano.

Podczas pierwszego panelu z udziałem przedstawicieli różnych opcji politycznych organizatorzy rozdali materiał, który w dziesięciu punktach zawierał najważniejsze cechy „idealnego” według nich systemu ochrony zdrowia. W pierwszym punkcie tego „dekalogu” napisano, że system powinien gwarantować powszechność ubezpieczenia zdrowotnego. Kwestia ta najwyraźniej wydała się tak bardzo oczywista, że nie wzbudziła żadnej reakcji uczestników. Może dlatego, że została sformułowana bardzo ogólnie. A jak wiadomo diabeł tkwi w szczegółach i problem jednak jest.

Wypomniano nam to w ogłoszonym w końcu ubiegłego roku najnowszym raporcie OECD „Health at a Glance 2015”, w którym oceniano stan ochrony zdrowia w 34 rozwiniętych krajach świata. Wynika z niego, że powszechny dostęp do służby zdrowia istnieje we wszystkich państwach OECD, z wyjątkiem USA, Grecji i... Polski.

Na początku stycznia w jednym z czołowych dzienników opisano historię 20-letniej warszawianki, która ma zwrócić NFZ 93 tys. zł za leczenie w szpitalu. Jakis czas wcześniej wymagała nagłej hospitalizacji w Instytucie Hematologii. Gdy została przyjęta do instytutu, system eWUŚ pokazał, że nie jest ubezpieczona. To oznaczało, że nie ma prawa do opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Pacjentka, będąc przekonana, że ubezpieczenie ją obejmuje (była wówczas uczennicą), a eWUŚ bywa zawodny, podpisała stosowne oświadczenie. Późniejsza kontrola NFZ ujawniła jednak, że ubezpieczona nie była i zgodnie z prawem musi zwrócić koszty drogiego leczenia. Okazało się, że jej rodzice, choć byli bezrobotni, nie zarejestrowali się w urzędzie pracy i nie zgłosili dorosłej, ale uczącej się jeszcze córki do ubezpieczenia. Czy to nie absurd? Tylko na Mazowszu obciążono w ten sposób kosztami już blisko 400 pacjentów.

Najwyższy czas to zmienić i dołączyć do Europy. Wszak art. 68 Konstytucji RP mówi, że władze publiczne mają zapewnić równy dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Obecne rozwiązania ustawowe tego nie gwarantują i na dodatek są dysfunkcyjne. Przejście na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa rozwiązywałoby problem automatycznie. Ale nie jest to konieczne. Można to zrobić, zachowując składkę i NFZ. Koszty duże nie będą, a korzyści społeczne trudno przecenić. Czy zgodnie z zapowiedziami będzie to priorytetem rządu w najbliższych miesiącach, okaże się wkrótce. ■



Fot. archiwum

# @-zwolnienia

Małgorzata Solecka

**O**d 1 stycznia 2016 r. lekarze mogą wystawiać elektroniczne zwolnienia lekarskie. Papierowe druki będą obowiązywać jeszcze przez dwa lata – do końca 2017 r. W pierwszych dniach stycznia zwolnienia w nowej formie trafiły do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W sumie – kilkaset.

Radosław Stępień, członek zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zapewniał na antenie Polskiego Radia, że żadnych problemów z uruchomieniem systemu nie było. – *To rozwiązanie testowaliśmy wcześniej, więc od 1 stycznia wystartowaliśmy z usługą, zgodnie z zapisami ustawy* – stwierdził.

Jednak kilkaset zwolnień w nowej formie to niewiele, biorąc pod uwagę, że w ciągu roku (dane za 2014 r.) lekarze wypisują ich około 17 mln, nie licząc wystawionych z tytułu opieki (nad dzieckiem lub innymi członkami rodziny).

E-zwolnienia to jeden z niewielu elementów wdrażanego przez poprzedni rząd systemu e-Zdrowia, który został dopracowany na tyle, że może – pod pewnymi warunkami – zacząć funkcjonować. Na kilka tygodni przed końcem 2015 r. minister Konstanty Radziwiłł zapowiedział, że prace nad e-Zdrowiem zostaną mocno zmodyfikowane. Sys-

tem jest w rozsypce, a Polsce w tej chwili zależy przede wszystkim na tym, by nie musieć zwracać do Brukseli kilkaset milionów złotych. Resort zdrowia chce się teraz skupić na wprowadzeniu e-recepty. Ten element ma w jeszcze większym stopniu uszczelnić i zracjonalizować system refundacji leków.

Po co e-zwolnienia? Chodzi o trzy pozytywne, według założenia, efekty. Po pierwsze, oszczędność czasu lekarza. Wystawienie e-zwolnienia trwa krócej niż wypisanie zwolnienia na druku, bo lekarz automatycznie uzyskuje dostęp do danych pacjenta i jego pracodawcy. Wystarczy wpisanie numeru PESEL, by pojawiły się pozostałe informacje identyfikacyjne, łatwiej też wprowadzać inne dane (np. płatnika składek). Wypełniony formularz e-zwolnienia trafi do ZUS. Na tym „egzemplarzu” znajdzie się kod choroby i liczba dni zwolnienia. Kopię e-zwolnienia bez kodu choroby dostanie też pracodawca – najpóźniej w następnym dniu po wystawieniu dokumentu.

W niektórych przypadkach lekarz będzie musiał jednak sporządzić wydruk e-zwolnienia: na żądanie pacjenta oraz w sytuacji, gdy płatnik składek nie będzie miał profilu w ZUS (z tego obowiązku zwolnieni są najmniejsi pracodawcy, zatrudniający nie więcej niż pięć osób). Skąd lekarz będzie wiedział, że musi wydrukować zwolnienie? Informację taką otrzyma z systemu w momencie wystawiania e-zwolnienia.

Drugi efekt to ułatwienie dla pacjenta. Nie będzie musiał dostarczać zwolnienia do zakładu pracy, bo ZUS otrzyma je automatycznie i przekaże na profil pracodawcy. Zniknie „kij” w postaci zmniejszenia zasiłku chorobowego o 25 proc., jeśli pracownik spóźni się z dostarczeniem dokumentu w ciągu siedmiu dni, bo pracodawca otrzyma go natychmiast.

Jeśli e-zwolnienie związane jest z opieką nad dzieckiem, pracownik będzie musiał złożyć wniosek konieczny do ustalenia prawa i wypłaty zasiłku opiekuńczego. Będzie mógł to zrobić w formie elektronicznej lub tradycyjnej, na papierze.

Trzeci, najważniejszy – czego nie ukrywają twórcy systemu – efekt, to poprawienie kontroli nad zwolnieniami lekarskimi. ZUS ma mieć większą możliwość kontrolowania prawidłowości wykorzystywania zwolnień, zwłaszcza krótkoterminowych, np. na trzy – pięć dni. W przypadku zwolnień papierowych to efekt iluzoryczny, bo teoretycznie kontrole mogą przeprowadzać pracodawcy, ale w praktyce jest to niemożliwe. Pracownik ma bowiem siedem dni na dostarczenie zwolnienia, więc przynosi je, gdy wraca do pracy. A bez druku kontrola nie może się rozpocząć.

Elektroniczne zwolnienia lekarskie, zwane e-ZLA, mogą wystawiać upoważnieni przez ZUS lekarze, lekarze dentyści, starsi felczerzy i felczerzy, któ-



Rys. K. Rostiecki



rzy bezpłatnie założą profil informacyjny na Platformie Usług Elektronicznych ZUS bądź będą posiadać zintegrowaną z PUE ZUS aplikację gabinetową.

E-zwolnienia będzie można wystawiać również podczas wizyt domowych, jeśli lekarz na smartfonie czy tablecie uruchomi odpowiednią aplikację.

Dlaczego więc, skoro ma być łatwiej i lekarzowi, i pacjentowi, jeśli e-zwolnienia mają przynieść oszczędności systemowi ubezpieczeń społecznych, nie są witane z entuzjazmem? Skąd dystans pracodawców, a przede wszystkim lekarzy?

Nowe rozwiązanie to nie tylko korzyści, ale też nowe obowiązki. A podczas prac nad wprowadzeniem e-zwolnień konsultacji z zainteresowanymi środowiskami praktycznie nie było.

Organizacje pracodawców zwracają uwagę, że nowe rozwiązanie nakłada na płatników składek obowiązek założenia na Platformie Usług Elektronicznych ZUS profilu informacyjnego z danymi, umożliwiającemu lekarzowi przesyłanie e-zwolnień.

Lekarz, aby w tej chwili wystawiać e-zwolnienia, musi mieć podpis elektroniczny, profil na platformie ZUS lub zintegrowaną z platformą aplikację gabinetową. To ostatnie rozwiązanie jest teoretycznie najprostsze, jednak placówki medyczne, zarówno publiczne, jak i prywatne, nie dysponują jednakowym oprogramowaniem. Poza tym wielu lekarzy, zwłaszcza w POZ, w ogóle nie korzysta jeszcze w gabinecie z komputera, na informatyzację gabinetów mają bowiem czas do 1 stycznia 2018 r.

## Apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 grudnia 2015 r. do lekarzy i lekarzy dentystów

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zwraca się do lekarzy i lekarzy dentystów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, o powstrzymanie się od wystawiania druków ZUS ZLA w formie elektronicznej.

Wbrew zapewnieniom Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, że jest to system korzystny dla lekarzy – mniej czasochłonny i wygodniejszy, w rzeczywistości wymaga dodatkowych nakładów oraz wydłuża czas poświęcony na wystawienie druków ZUS ZLA.

Obecnie system zwolnień elektronicznych ZUS ZLA ma wiele ułomności, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie daje lekarzom odpowiednich narzędzi. Kluczowy element systemu – podpis elektroniczny, wymaga wysokich opłat, a system alternatywnego potwierdzania tożsamości e-PUAP2 nie gwarantuje stałego dostępu do platformy ZUS ZLA.

Ponadto orzekanie o niezdolności do pracy dla potrzeb ZUS nadal nie jest wynagradzane.

Biorąc pod uwagę powyższe, Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zaleca lekarzom pozostanie przy dotychczasowej formie (papierowej) wystawiania druków ZUS ZLA do czasu ustalenia jasnych zasad współpracy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z lekarzami, w tym wynagrodzenia za czynności wykonywane na rzecz ZUS. ■

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

– Należy stworzyć rozwiązanie, które pozwoli bezpiecznie podpisywać e-zwolnienia – mówił minister Radziwiłł podczas konferencji prasowej pod koniec grudnia. Zdaniem ministra elektroniczny podpis jest skomplikowaną i drogą procedurą, a platforma ePUAP w gabinetach lekarskich się nie sprawdzi. Potwierdzają to sami lekarze, którzy obawiają się, że choć e-zwolnienia miały przynieść oszczędność czasu, efekt jest taki sam jak zwykle: czas wizyty pacjenta się wydłuża, kolejki do lekarzy także.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie (patrz apel) już w grudniu zaapelowały, by lekarze powstrzymali się od wypisywania e-zwolnień do czasu, gdy zostaną wynegocjowane lepsze warunki ich wystawiania.

Przy okazji dyskusji o e-zwolnieniach wraca też poruszany wcześniej przez lekarzy temat braku wynagrodzenia za wystawianie zwolnień. Lekarze podkreślają, że orzekając o czasowej niezdolności do pracy, świadczą pracę na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Teraz zaś wprowadzane jest rozwiązanie, które systemowi ubezpieczeń społecznych ma przynieść profity finansowe, od lekarzy wymaga zaś dodatkowych nakładów (koszt komputerów, oprogramowania, materiałów eksploatacyjnych, ewentualnego przeszkolenia) nadal bez żadnej zapłaty ze strony ZUS. ■

### Poszukiwani lekarze sądowi

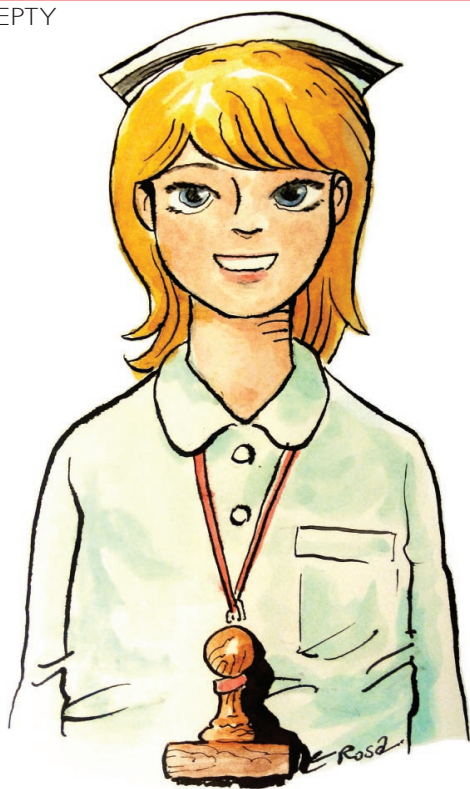
Sąd Okręgowy w Siedlcach, Sąd Okręgowy w Radomiu oraz Sąd Okręgowy w Warszawie poszukują kandydatów do pełnienia funkcji lekarza sądowego.

Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego proszeni są o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie

do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl

### Poszukiwani biegli sądowi

Sąd Okręgowy w Warszawie oraz Sąd Okręgowy Warszawa-Praga zwracają się do lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), zainteresowanych pełnieniem funkcji biegłego sądowego, o nadsyłanie swoich zgłoszeń listownie do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym: sekretarz@oilwaw.org.pl



Rys. K. Rosiecki

**Dr n. praw. Janusz Jaroszyński**Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego  
– Uniwersytet Medyczny w Lublinie**Mgr farm. Marta Roszkowska**Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny  
w Warszawie

# Recepty

## – wystawiane przez pielęgniarki i położne

**Podstawa prawna**

- 1) Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DzU z 2015 r., poz. 345)
- 2) Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.)
- 3) Rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (DzU z 2015 r., poz. 1739)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne

Stan prawny na 11.11.2015 r.

**1. Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych – wypisywanie recept i skierowań**

Ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadza nowy zakres uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, tj. możliwość wypisywania przez nie recept i skierowań. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
  - 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty
- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Ponadto w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna, posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Konieczne jest zatem ustalenie listy zatrudnionych pielęgniarek i położnych, które posiadają:

- a) dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lub
- b) tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, oraz bieżące monitorowanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych uprawnionych do wystawiania recept.

Pielęgniarki i położne mają również prawo wystawiać recepty osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc m.in.: zasłużonym honorowym dawcom krwi, zasłużonym dawcom przeszczepu, inwalidom wojennym, osobom represjonowanym.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

W sytuacji, gdy pielęgniarka lub położna wystawia receptę na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, jest zobowiązana do odnotowania na recepcie odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Drugim uprawnieniem pielęgniarek i położnych jest prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Mogą to zrobić tylko te pielęgniarki i położne, które posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Zgodnie z art. 15b ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, wystawienie recepty powinno nastąpić po osobistym badaniu fizykalnym pacjenta. Nie dotyczy to sytuacji, gdy recepta jest niezbędna do kontynuacji leczenia, oraz recepty albo zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli uzasadnia to stan zdrowia pacjenta odzwierciedlony w dokumentacji medycznej.

**Podstawa prawna:** art. 15b ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej  
W powyższym przypadku recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

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

**Podstawa prawna:** art. 15b ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej  
Trzeba pamiętać, aby upoważnienie, oświadczenie albo informację o wystawieniu recepty czy zlecenia odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta lub dołączyć do tej dokumentacji. Dotyczy to także informacji o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie.

**Podstawa prawna:** art. 15b ust. 4 i 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej  
Podkreślić należy, że to minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz:
  - a) substancji czynnych zawartych w lekach,
  - b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
  - c) wyrobów medycznych,
- 2) wykaz badań diagnostycznych,
- 3) sposób i tryb wystawiania recept,
- 4) wzór recepty,
- 5) sposób zaopatrywania w druki recept i ich przechowywania,
- 6) sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji,

biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, a także prawidłowej ich realizacji i wypełnienia zadań kontrolnych przez podmioty uprawnione do kontroli recept.

**Podstawa prawna:** art. 15a ust. 8 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

**Ustawa o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej weszła w życie 3 listopada 2015 r., ale recepty, zlecenia i skierowania mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od 1 stycznia 2016 r.**

## **2. Wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne – konsekwencje zmian**

Uprawnienie pielęgniarek i położnych do samodzielnej ordynacji leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wystawiania recept, skierowań na określone badania diagnostyczne spowoduje:

- z jednej strony wzmocnienie roli pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia, z drugiej – obawę przed odpowiedzialnością prawną za ewentualne pomyłki i błędy,
- dostosowanie programu kształcenia pielęgniarek i położnych do nowych przepisów,

- poprawę dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej zarówno w zakresie porad recepturowych, jak i przyspieszenia rozpoczęcia diagnostyki, bez oczekiwania na wizytę lekarską,

**Źródło:** Iwona Choromańska, *Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych – wystawianie recept i skierowań. Komentarz*, Lex ABC nr 196534

Powierzenie pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego szerszych uprawnień – do zlecenia określonego pakietu badań diagnostycznych, zalecania leków w kontynuacji leczenia schorzeń przewlekłych (określonej grupy schorzeń) oraz samodzielnego zalecania wybranej grupy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych przez pielęgniarki i położne z tytułem magistra:

- zapewni lepsze standardy opieki pacjentom, szczególnie na obszarach wiejskich i społeczności lokalnej,
- zmniejszy obciążenia pracą części personelu medycznego,
- poprawi status zawodowy pielęgniarek i położnych, potwierdzony uzyskaniem szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych,
- włączy pielęgniarki i położne do grupy osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych.

**Źródło:** *Ocena skutków regulacji*, www.konsultacje.gov.pl

## **3. Ocena skutków regulacji**

1. Poprawa dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i możliwość rozpoczęcia diagnostyki bez oczekiwania na wizytę lekarską.
2. Przyspieszenie otrzymania recepty na wybrane leki – ułatwienie kontynuacji leczenia bez oczekiwania na wizytę lekarską.
3. Podejmowanie leczenia lekami, które będą mogły zalecać pielęgniarki i położne samodzielnie (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) – szybkie podjęcie leczenia przez pacjenta, bez oczekiwania na wizytę lekarską.
4. Dane liczbowe – 90 tys. pielęgniarek i 13 tys. położnych ma wyższe wykształcenie na poziomie studiów pierwszego stopnia, a 16 tys. pielęgniarek i 3 tys. położnych posiada wyższe wykształcenie na poziomie studiów drugiego stopnia – to 50 proc. pielęgniarek aktywnych zawodowo w systemie ochrony zdrowia.
5. Obecnie pielęgniarki i położne mogą zalecać wybrane środki pomocnicze (niezbędne do wykonywania zabiegów pielęgniarstwa i pielęgnacji pacjenta) – brak jednak umocowania prawnego w ustawie z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

**Źródło:** *Ocena skutków regulacji*, www.konsultacje.gov.pl

## **4. Wystawianie recept przez pielęgniarki i położne – rozwiązania przyjęte w innych krajach**

Wiele krajów, w szczególności państwa członkowskie UE, przyjęło rozwiązania polegające na uprawnieniu pielęgniarek i położnych do wystawiania recept. Jednak regulacje w tym zakresie są bardzo zróżnicowane i uzależnione od istniejącego systemu opieki zdrowotnej, rozmieszczenia populacji oraz statusu zawodu pielęgniarki i położnej. W Wielkiej Brytanii jako pierwsze mogły wystawiać recepty pielęgniarki i położne środowiskowe, następnie przyznano te uprawnienia szerszej grupie. Związane to było ze zróżnicowanym charakterem uprawnień i kompetencji pielęgniarek i położnych na trzech różnych poziomach. Podjęte działania miały na celu poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych. Podobne rozwiązania przyjęto m.in. w: Irlandii, Hiszpanii, Szwecji, Danii i Holandii.

Doświadczenia europejskie pokazują, że wystawianie recept przez pielęgniarki i położne przynosi korzyści nie tylko pacjentom, ale także systemowi. Pacjenci cenią łatwość komunikacji z pielęgniarką i dostrzegają jej profesjonalne przygotowanie, a co za tym idzie – częściej przestrzegają zaleceń terapeutycznych.

Przynosi to efekty ekonomiczne, oszczędność czasu oraz satysfakcję pacjentów i oznacza bardziej wydajne, a zarazem racjonalne gospodarowanie zasobami ochrony zdrowia oraz poszczególnymi członkami zespołu terapeutycznego.

Źródło: Ocena skutków regulacji, [www.konsultacje.gov.pl](http://www.konsultacje.gov.pl)

Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty

Lp. Grupa leków	Substancje czynne	Postać i droga podania
1 Leki przeciwwymiotne	1. Ondansetronum 2. Aprepitantum 3. Thiethylperazinum	wszystkie dostępne postacie jw. jw.
2 Leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	1. Nystatinum 2. Metronidazolium	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe jw.
3 Ginekologiczne leki przeciwzakaźne	1. Nystatinum 2. Natamycinum 3. Clotrimazolium 4. Metronidazolium	postacie do podawania dopochwowego jw. jw. jw.
4 Leki stosowane w niedokrwistości	Acidum Folicum	postacie do podawania doustnego
5 Leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła	Phenoxymethylpenicillinum	jw.
6 Leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach uszu i zatok	Amoxicillinum	jw.
7 Leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach dróg moczowych	Trimethoprim	jw.
8 Leki przeciwzakaźne stos. w chorobach przyzębia i tkanki okostnej	Doxycyclinum	jw.
9 Leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach skóry	Oxytetracyclinum + Hydrocortisoni Acetas	jw.
10 Środki znieczulające, działające miejscowo	1. Lidocainum 2. Lidocainum 3. Lidocainum + Prilocainum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe roztwór do wstrzykiwań** postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
11 Leki przeciwbólowe	1. Tramadolium 2. Tramadolium + Paracetamolium	postacie do podawania doustnego i doodbytniczego jw.
12 Anksjolityki	Hydroxyzinum	postacie do podawania doustnego
13 Leki przeciwpasożytnicze	1. Mebendazolium 2. Pyrantelum 3. Crotamitonum	jw. jw. postacie do podawania na skórę
14 Leki rozszerzające oskrzela	1. Salbutamolium 2. Ipratropii Bromidum	postacie do podawania wziewnego jw.
15 Witaminy	Cholecalciferolum	postacie do podawania doustnego
16 Płyny infuzyjne	1. sól fizjologiczna 2. glukoza 5% 3. płyn Ringera 4. płyn wieloelektrolitowy (PWE)	dożylnie we wlewie kroplowym jw. jw. jw.

\* Przy ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z „Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia „Urzędowego wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej”, a w przypadku wystawienia recepty na lek refundowany – z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

\*\* Dotyczy położeń.

Podkreślić należy fakt, że możliwość wystawiania recept i skierowań jest dodatkowym uprawnieniem, a nie obowiązkiem pielęgniarek i położnych. Warunkiem uzyskania tego uprawnienia będzie też ukończenie specjalistycznego kursu. Jest niezwykle istotny dla znajomości regulacji prawnych w zakresie ordynowania i kontynuacji zalecania leków, prowadzenia dokumentacji, zasad farmakoterapii, diagnozowania i postępowania terapeutycznego, interakcji międzylekowych, zasad reklamy produktów leczniczych, dokonywania oceny stanu klinicznego pacjenta z wykorzystaniem badań diagnostycznych i fizykalnych, itd.

Zupełnie odrębną kwestią jest ewentualna odpowiedzialność finansowa będąca następstwem kontroli Narodowego Fun-

duszu Zdrowia w zakresie preskrypcji lub prawidłowości prowadzenia dokumentacji. W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości jest to zagrożenie bardzo realne.

Dodatkowo zwrócić należy uwagę na fakt pełnej odpowiedzialności (karnoprawnej, cywilnoprawnej, zawodowej) za wystawienie recepty i rozpoczęcie leczenia w sytuacji samodzielnego wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

Inaczej będzie wyglądała kwestia w przypadku zatrudnienia w podmiocie leczniczym, ponieważ odpowiedzialność cywilnoprawną będzie ponosił również ten podmiot.

Uwagę trzeba zwrócić szczególnie na przypadek wystawienia przez pielęgniarkę i położną kolejnej recepty na produkt leczniczy, który został wcześniej przepisany przez lekarza (tzw. kontynuacja leczenia). Problem współodpowiedzialności jest zupełnie inny i nie do końca określony. Zgodnie z art. 42 ustawy: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu”. Stan pacjenta ulega ciągłym zmianom (poprawie lub pogorszeniu), wymaga stałego monitorowania albo zmiany leczenia (szczególnie w przypadku chorób przewlekłych). Dlatego w całym procesie terapeutycznym niezwykle istotna jest przede wszystkim wiedza i wieloletnie doświadczenie. ■

## Pytania do MZ

### Odpowiada rzecznik ministra zdrowia

# Milena Kruszewska

**Czy w ramach kontynuacji leczenia pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty na wszystkie leki z obwieszczenia, czy tylko na 30 substancji z rozporządzenia?**

W ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z „Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP”, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia „Urzędowego wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej”, a w przypadku wystawiania recept na lek refundowany – z aktualnie obowiązującego obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

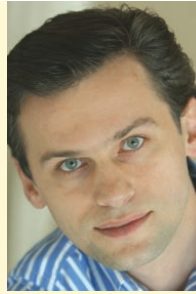
Zgodnie z art. 15a ust. 2 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.), w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo wystawiać recepty na leki (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie

Oznacza to, że uprawnione pielęgniarki i położne w ramach kontynuacji leczenia mogą wystawiać recepty na leki wcześniej zaordynowane przez lekarza (z wyłączeniem leków, o których mowa wyżej) i nie są zobowiązane wykazem, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia w sprawie wykazów: substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i badań diagnostycznych.

**Kto ponosi odpowiedzialność za ordynację leków w przypadku kontynuacji terapii – pielęgniarka lub położna, czy lekarz, który wcześniej je zalecił?**

Odpowiedzialność jest podzielona między pielęgniarkę lub położną i lekarza. Lekarz ponosi odpowiedzialność za prawidłowy dobór leku i zlecenie go do wypisania pielęgniarcce lub położnej, on bowiem zapisuje lek w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast pielęgniarka i położna ponoszą odpowiedzialność za samą czynność wystawienia recepty, tj. za prawidłowe wypisanie leku, dawek, mocy oraz – w przypadku recepty refundowanej – odpłatności i kodu ubezpieczenia pacjenta. ■

Pytała **egw**



Fot. G. Press

## Medycyna, głupcze!

Paweł Walewski

Pielęgniarki i położne miały od 1 stycznia wystawiać pacjentom recepty na niektóre leki oraz wyroby medyczne – paski do mierzenia cukru, pieluchomajtki, cewniki, czyli to, co potrzebne przewlekłym chorym, a co dotąd przepisywać mogli tylko lekarze. Był to pomysł jeszcze z czasów ministerialnego urzędowania Bartosza Arłukowicza, który w 2014 r. ogłaszał hucznie swój pakiet antykolejki. Okazuje się, że spośród 200 tys. pielęgniarek, które mogłyby od 2016 r. wyręczać lekarzy w wypisywaniu recept, konieczne przeszkolenia ukończyły do początku stycznia zaledwie sto. Ministerstwo przez ponad rok nie zdążyło przygotować programu kursów i ogłosiło go dopiero pod koniec listopada. To niezrozumiały, ale częsty zwyczaj: szumne zapowiedzi, z których niewiele wynika. Dziś nikt w resorcie zdrowia ani w NFZ, ani wreszcie w środowisku pielęgniarskim nie pali się do wspomnianego pomysłu. Już kiedy złotousty minister przedstawił go na forum publicznym, szefowa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych ostrzegała: „Gdybyśmy chciały wypisywać recepty, poszłybyśmy na studia lekarskie i zostały lekarkami”. Potem zmieniła zdanie, ale siostry za jej wskazówką jednak poszły... po rozum do głowy i na doszkalające kursy z farmakologii zapisywać się nie chcą lub nie miały dotąd gdzie.

Nagle ktoś pojął, że wypisanie recepty to nie jest rozwiązywanie krzyżówki podczas nocnego dyżuru. Każdy gramotny człowiek – a co dopiero pielęgniarka po wyższych studiach – potrafi mało czytelnie nagryzmolić na blankiecie nazwę leku, z Internetu ściągnąć dawkowanie. Ale za tą, z pozoru mechaniczną, czynnością kryje się coś najważniejszego: odpowiedzialność. A to już grubsza rzecz! Niełatwo wziąć ją na swoje barki. Można udawać lekarzy, wieszając na szyi słuchawki i zdejmując z głowy czepek, ale trudniej przejąć obowiązki, które pociągają za sobą poważne konsekwencje. Nad tym wielu się nie zastanawia, sprowadzając profesję lekarską do zawodu niewymagającego wyjątkowych atrybutów. Myślą, że skoro liczni pacjenci mogą się dziś leczyć, korzystając z porad dr. Googla, widocznie cała medycyna jest dużo prostsza, niż do tej pory nam wmawiano.

Czy jestem za tym, aby cofnąć pielęgniarkom prawo do wypisywania recept? W żadnym razie! Od dawna uważam, że powinniśmy lepiej wykorzystywać ich kompetencje, bo nie kończą studiów po to, aby ścielić łożka i wykonywać bezmyślnie polecenia lekarzy. W wielu krajach Europy pielęgniarstwo jest dużo bardziej samodzielnym zawodem niż w Polsce, na czym korzystają pacjenci (oraz polskie pielęgniarki, z powodzeniem odnajdujące się w pracy w Skandynawii, Wielkiej Brytanii lub Irlandii). Okazuje się jednak, że prócz fachowości potrzeba w medycynie czegoś więcej, co chyba w niedostatecznym stopniu wpaja się u nas: wspomnianej odpowiedzialności za podjęte decyzje. Bez tego cała sztuka leczenia przypomina ruletkę. A w tej grze trzeba mieć szczęście. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

## SZKOLENIA

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, zaprasza na szkolenia:

### „Prawo medyczne w praktyce lekarza”

- 18 lutego**, czwartek, godz. 16.00–19.00 (OIL Warszawa)
- 17 marca**, czwartek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)
- 19 kwietnia**, wtorek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)
- 17 maja**, wtorek, godz. 16.30–19.30 (OIL Warszawa)

### „Jak komunikować się z pacjentem

- **trening skutecznego porozumiewania się”**
- 10 maja**, wtorek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

### „Asertywność w zawodzie lekarza”

- 23 lutego**, wtorek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)
- 12 marca**, sobota, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

- 21 marca**, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)
- 4 czerwca**, sobota, godz. 9.00–15.45  
(Delegatura Radomska, Radom, ul. Rwańska 16)

### „Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy. Jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”

- 23 kwietnia**, sobota, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

### „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w zawodzie lekarza”

- 4 kwietnia**, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)
- 13 czerwca**, poniedziałek, godz. 9.00–15.45 (OIL Warszawa)

Zapisać się można wyłącznie przez wypełnienie formularza elektronicznego znajdującego się na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ([www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)), w zakładce szkolenia i konferencje.

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 dentystów.

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

**Komisja ds. Emerytów i Rencistów** spotyka się w każdy trzeci poniedziałek miesiąca, o godz. 14.00, w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54.

## Koło Lekarzy Katolików przy OIL w Warszawie

Celem KLK jest pełnienie funkcji integracyjnej i reprezentowanie lekarzy katolików. KLK jest otwarte dla lekarzy, którzy zechcą się zapisać.

W organizowanych przez nie imprezach mogą brać udział lekarze członkowie OIL.

**UWAGA!** Planowana jest pielgrzymka do Ziemi Świętej w terminie: **1–8.04.2016 r.**

Cena 3290 zł + 90 \$ (koszty mogą być niższe).

Zgłoszenia PILNIE pod adresem: [a.dziarczykowska.kopec@gmail.com](mailto:a.dziarczykowska.kopec@gmail.com)

**26 lutego 2016 r.**, o godz. 15.00, zapraszamy do siedziby OIL w Warszawie na spotkanie z prof. Bogdanem Chazanem. Porozmawiamy o klauzuli sumienia.

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie  
[www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/](http://www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/)

Krajowe oferty pracy na 11.01.2016 r.  
dotyczące następujących specjalności lekarskich:

lekarze różnych spec. 18	diabetologia 1	med. paliatywna 1	psychiatria (biegły sąd.) 1	stomatologia 8
alergologia 4	diagnostyka lab. 1	med. pracy 1	psychiatria dziecięca 2	stomatologia ortod. 3
alergologia dziecięca 2	endokrynologia 3	med. ratunkowa 6	radiologia 6	stomatologia pedod. 1
andrologia 1	epidemiologia 1	med. rodzinna 21	radiologia dziecięca 2	stomatologia protet. 1
anestezjologia 6	gastroenterologia 5	med. sportowa 1	radiologia USG 1	urologia 4
audiologia 1	geriatria 3	nefrologia 2	rehabilitacja med. 2	USG 4
chirurgia dziecięca 1	ginekologia i poł. 8	neurologia 12	reumatologia 1	USG pediatryczne 1
chirurgia naczyniowa 3	ginekologia USG 1	neurologia dziecięca 4		
chirurgia ogólna 7	hematologia 1	okulistyka 6		
choroby płuc 1	kardiologia 7	onkologia 1		
choroby wewn. 32	kardiologia/hipertens. 1	ortopedia 3		
choroby zakaźne 1	kardiologia dziecięca 1	pediatria 16		
dermatologia 2	laryngologia 4	psychiatria 2		

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

Andrzej Morliński  
przewodniczący  
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





**Uchwała nr 47/R-VII/15  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 27 listopada 2015 r.**

**w sprawie zawieszenia na czas określony lekarzowi  
Konstantemu Radziwiłłowi mandatu członka  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i stanowiska  
funkcyjnego wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 15 ust. 4 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) w związku z wnioskiem złożonym przez lekarza Konstantego Radziwiłła, powołanego do pełnienia funkcji ministra właściwego ds. zdrowia – uchwała się, co następuje:

**§1**

Uwzględniając wniosek z 16 listopada 2015 r. lekarza Konstantego Radziwiłła – członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, pełniącego jednocześnie funkcję wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zawiesza się ww. lekarzowi mandat członka Okręgowej Rady Lekarskiej oraz stanowisko funkcyjne wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na czas sprawowania funkcji ministra właściwego ds. zdrowia, nie dłuższy jednak niż do końca VII kadencji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą wsteczną od 16 listopada 2015 r.

**Uchwała nr 48/R-VII/15  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 27 listopada 2015 r.**

**w sprawie przyjęcia terminów posiedzeń  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2016 r.**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

**§1**

Przyjmuje się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2016 r.: 1) 22 stycznia, 2) 26 lutego, 3) 15 kwietnia, 4) 20 maja, 5) 24 czerwca, 6) 23 września, 7) 21 października, 8) 18 listopada, 9) 16 grudnia.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała nr 49/R-VII/15  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 27 listopada 2015 r.**

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

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) – uchwała się, co następuje:

**§1**

Ustala się termin obrad XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na **9 kwietnia 2016 r.**

**§2**

Ustala się miejsce obrad XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: **hotel Hilton w Warszawie, przy ul. Grzybowskiej 63.**

**§3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała nr 51/R-VII/15  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 27 listopada 2015 r.**

**w sprawie wyboru drukarni i podpisania umowy  
o druk miesięcznika „Puls” w roku 2016, wydawanego  
przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie**

Działając na podstawie art. 25 pkt. 16 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.), w związku z wystąpieniem pani Ewy Gwiazdowicz – redaktor naczelnej miesięcznika „Puls”, po wnikliwej analizie zapytań ofertowych dotyczących warunków druku ww. miesięcznika i po porównaniu otrzymanych od nich ofert – uchwała się, co następuje:

**§1**

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie akceptuje ofertę firmy Elanders sp. z o.o. z siedzibą w Płońsku, przy ul. Mazowieckiej 2, wpisanej do rejestru handlowego pod nr 581 w Sądzie Rejonowym w Ciechanowie V Wydział Gospodarczy, stanowiącą załącznik do niniejszej uchwały.

2. Wyraża się zgodę na podpisanie umowy o druk miesięcznika „Puls” na rok 2016, wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską z firmą, o której mowa w ust. 1.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uzasadnienie**

Redakcja miesięcznika „Puls”, wydawanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, skierowała zapytania ofertowe dotyczące warunków druku miesięcznika w 2016 r. do 5 drukarni. Na zapytania odpowiedziały 4 drukarnie. Po wnikliwej analizie otrzymanych ofert i porównaniu ich z propozycją cenową kosztów druku, tj. ceną za druk, rodzajem papieru, zdecydowano się na wybór dotychczasowego kontrahenta – drukarni Elanders, biorąc pod uwagę najniższą cenę i dobrze układającą się od wielu lat współpracę z ww. drukarnią. Wobec powyższego uchwała się, jak na wstępie.

**Uchwała nr 53/R-VII/15  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
z 27 listopada 2015 r.**

**w sprawie zmiany uchwały nr 58/R-VII/14 Okręgowej  
Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r.  
w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds.  
Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
na okres kadencji 2013–2017**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2015 r., poz. 651, t.j. ze zm.) oraz §29 ust. 6 i 8 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w związku z rezygnacją złożoną przez kol. Macieja Jędrzejewskiego – członka Komisji ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

**§1**

W §1 ust. 2 uchwały nr 58/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 marca 2014 r. w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Warunków Zatrudniania Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 wprowadza się następujące zmiany: – wyrażenie: „kol. Maciej Jędrzejewski” zastępuje się wyrażeniem: „kol. Lech Ruszkowski”.

**§2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

**FORMULARZ DANYCH**

– program Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dotyczący ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty	
Specjalizacja	
Nr ewidencyjny PESEL	
Nr ewidencyjny REGON	
Nr ewidencyjny PWZ	
Adres Indywidualnej Praktyki Lekarskiej	
Adres do korespondencji/zamieszkania (proszę wypełnić, jeżeli inny niż w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą)	
Telefon kontaktowy	E-mail kontaktowy
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy <b>obowiązkowego ubezpieczenia</b> odpowiedzialności cywilnej (dzień/miesiąc/rok)	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy <b>dobrowolnego ubezpieczenia</b> odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione (dzień/miesiąc/rok)	
<b>Oświadczenie</b>	
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez OIL w Warszawie danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane do celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich środków ostrożności wynikających z ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.	
Data i podpis	
<b>Informacje:</b>	
1. Wypełniony formularz prosimy przesać: e-mailem (skan): ubezpieczenia@oilwaw.org.pl lub faksem: (+48) 22-542-83-04	
2. W przypadku pytań i w celu uzyskania informacji prosimy o kontakt telefoniczny: (+48) 22-295-80-58, (+48) 22-295-80-59, (+48) 22-295-80-61.	

# 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. jest 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.

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



# Ubezpieczenia – komunikat do lekarzy i lekarzy dentyistów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Już ponad 6 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów przystąpiło do unikatowego w skali kraju programu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, zorganizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W związku z pytaniami dotyczącymi tego programu przypominam, że:

- 1) Warunki programu spełniają normy uregulowane i wymagane przez rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie **obowiązkowego** ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU nr 293, poz. 1729). Dotyczą one każdego lekarza i lekarza dentyisty prowadzącego praktykę zawodową (tj. posiadającego zarejestrowaną działalność gospodarczą, ustawowo zobowiązanego zatem do zawarcia umowy ubezpieczenia OC);
- 2) Warunki programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę obejmują ryzyka wynikające z udzielania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę, także takiego, który nie prowadzi praktyki w żadnej formie (tj. nie ma zarejestrowanej działalności gospodarczej). To oznacza, że także taki lekarz i lekarz dentyista może przystąpić do programu organizowanego przez Izbę na zasadach ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu (w tej grupie znajdują się m.in. lekarze pracujący jako wolontariusze, na umowach-zleceniach czy umowie o pracę);
- 3) Zgodnie z warunkami izbowego programu ubezpieczenia miejscem wykonywania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) Przystąpienie do programu ubezpieczenia organizowanego przez Izbę nie ogranicza możliwości lekarza i lekarza dentyisty przystąpienia we własnym zakresie do dodatkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (tzw. ubezpieczenia nadwyżkowe). W przypadku przystąpienia przez lekarza i lekarza dentyistę do ubezpieczenia nadwyżkowego Okręgowa Izba Lekarska prosi o zwrócenie uwagi, aby w polisie takiego ubezpieczenia znalazły się następujące zapisy:
  - a) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie nieobjętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej;
  - b) Potwierdzenie przez ubezpieczyciela zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jeżeli szkody nie mogą być zaspokojone z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, której obowiązek zawarcia wynika z ustawy o działalności leczniczej albo z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwagi na wyczerpanie sumy gwarancyjnej.

Powyższe zapisy pozwolą zachować realność zawartej polisy, tj. w przypadku wystąpienia roszczenia odszkodowawczego ubezpieczony lekarz będzie chroniony na umówionych warunkach.

Komunikat skierowany jest zarówno do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy opłacają składkę na samorząd lekarski w wysokości 60 zł, jak i do tych, którzy płacą składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, oraz do tych, którzy są zwolnieni z opłacania składek członkowskich.

## Nowości w ofercie

- Lekarze i lekarze dentyści ubezpieczeni w ramach programu grupowego ubezpieczenia OC prowadzonego przez OIL w Warszawie otrzymują (listownie na adres domowy) kartę klienta PZU, która uprawnia do 20-proc. zniżki przy zawieraniu ubezpieczeń indywidualnych (komunikacyjnych, majątkowych, turystycznych);
- Ponadto lekarze i lekarze dentyści, którzy przystąpili do izbowego programu grupowego ubezpieczenia OC, mają możliwość skorzystania z dobrowolnego ubezpieczenia OC (tzw. nadwyżkowego) ze składką obniżoną o 25 proc. (w ramach programu PZU zorganizowanego przez April Polska Medbroker).

W przypadku pytań prosimy o kontakt z operatorem programu w siedzibie OIL w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18:

**Punkt Obsługi Lekarza April Polska Medbroker,**  
tel.: (+48) 508-50-43-18, 508-50-43-32, e-mail:lekarz.medbroker@pl.april.com

**Andrzej Sawoni**  
prezes ORL w Warszawie

# ZEVA, czyli zew samorządów



Fot. K. Schreyer

## Krzysztof Schreyer

przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą ORL

Pozwoliłem sobie na tę żartobliwą grę słów w tytule, by zainteresować czytelników, bo kto zwróciłby uwagę na komunikat o spotkaniu jakiegoś ZEVA? Tymczasem chciałbym, aby o sympozjach przedstawicieli izb lekarskich Europy Środkowej i Wschodniej (to właśnie znaczy ów skrót), o wspólnocie działań samorządów różnych krajów, dowiedziało się więcej osób z naszego medycznego środowiska i by więcej wiedziano o działalności naszego samorządu w Polsce.

Ostatnie spotkanie ZEVA odbyło się we wrześniu 2015 r. w Tiranie (na zdjęciu). Niżej podpisany wziął w nim udział jako obserwator, reprezentując największą izbę lekarską w Polsce, liczącą znacznie więcej członków niż większość narodowych izb lekarskich, które wysłały przedstawicieli na to sympozjum. W demokratycznym świecie „małe” nie znaczy „nieważne”. W spotkaniu uczestniczyli reprezentanci: Albanii (miejsce obrad), Austrii, Bośni i Hercegowiny (kilku kantonów), Bułgarii, Chorwacji, Czech, Niemiec, Węgier, Kosowa, Macedonii, Polski, Rumunii, Słowenii i Słowacji. Ważnym gościem była przewodnicząca Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich Katrin Fjeldsted. Na pierwszą część

obrad przybyli minister zdrowia Albanii i przewodnicząca parlamentarnej komisji pracy, spraw socjalnych i zdrowia. Uczestnicy spotkania w swych wystąpieniach omawiali sytuację w swoich krajach: jakie obowiązują regulacje w zakresie kształcenia ustawicznego, czy występują próby ograniczenia lub zlikwidowania samorządu ze strony władz, czy nastąpiły zmiany strukturalne w sektorze ochrony zdrowia, które znacząco dotknęły zawodu lekarza (np. współpraca między lecznictwem otwartym i zamkniętym), jakie istnieją przepisy zapobiegające prenatalnej selekcji płci i czy izby odgrywają w tej sprawie jakąś rolę, czy pojawiły się w ostatnim roku i podlegały dyskusji inne tematy ważne dla samorządu lekarskiego i zawodu lekarza.

Istniejący wszędzie system punktowy jest przestrzegany i niespełnienie jego wymogów łączy się na ogół z restrykcjami, np. koniecznością zdawania egzaminu, a w najgorszym wypadku utratą prawa praktyki. „Na ogół”, jednak nie wszędzie, aczkolwiek trzeba wziąć pod uwagę, że ogólna tendencja jest bardzo wyraźna. Nie ma sankcji, tak jak w Polsce, na przykład w Czechach i Niemczech, ale dobrze wiadomo, że w bardzo wielu zawodowych okolicznościach niespełnienie wymogów punktowych zdecydowanie się tam nie opłaca.

Ważnym tematem były problemy rozwijającej się e-medycyny. Wspomniano też o wzajemnym uznawaniu punktów edukacyjnych. Jest już realizowane między Polską, Czechami i Słowacją.

Stosunek władz do samorządów nigdzie nie jest idealny, aczkolwiek często opiera się na dość poprawnym dialogu. W niektórych jednak przypadkach może wywoływać przygnębienie i oburzenie (Kosowo).

Wymiana doświadczeń i rzeczowych informacji na międzynarodowym forum wydaje mi się niezbędną, pozwala bowiem na wzbogacenie perspektyw, a czasem na naukę na cudzych błędach. Jest też oczywiste, że żaden europejski kraj nie jest izolowaną wyspą. ZEVA zatem, jako zew do współpracy, to w istocie dużo więcej niż słowna zabawa. ■



30 listopada 2015 r. po długiej i ciężkiej chorobie zmarła nasza Koleżanka dr Barbara Wolniewicz-Sikorska. Niezwykle miła osoba i wspaniała lekarz. Dr Barbara Wolniewicz-Sikorska pracowała w Szpitalu Wolskim jako specjalista ginekolog położnik. Była uczynna i pracowita. Działała społecznie w Kole Lekarzy Szpitala Wolskiego przy TLW.

Jerzy Radziszewski



Serdeczne wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**Żony**

doktorowi Witoldowi Sikorskiemu

składają  
członkowie Koła Lekarzy  
Szpitala Wolskiego  
przy TLW



Drogiemu Koledze  
dr. Witoldowi Sikorskiemu  
serdeczne wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**Żony Barbary**

Drogi Witku, jesteśmy z Tobą.

Koleżanki i koledzy  
z X grupy roku lekarskiego,  
Zbigniew Artiucha

# Rekompensata bez sądu

**Uczestnicy międzynarodowej konferencji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Rekompensowanie szkód związanych z leczeniem w modelu pozasądowym” dyskutowali o zmianach koniecznych w polskich regulacjach dotyczących tego zagadnienia. W spotkaniu udział wzięli lekarze, prawnicy, menedżerowie ochrony zdrowia, osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną i bezpieczeństwo chorych.**

*Jestem przekonany, że możemy mieć nowoczesny, wzorcowy system rekompensowania szkód – powiedział Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie, gospodarz konferencji.*

Od 1 stycznia 2012 r. działają w Polsce wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Uregulowania prawne dotyczące tych organów zawarte są w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komisje miały ułatwić pacjentom ubieganie się o odszkodowanie za szkody związane z leczeniem w szpitalach, ale w praktyce nie sprawdziły się. Krytycznie o komisjach wypowiadają się zarówno pacjenci, którzy nadal kierują sprawy na drogę sądową, jak i przedstawiciele środowisk medycznych, podkreślając, że ich głos podczas przygotowywania projektu dotyczącego komisji został pominięty. Obie grupy zgodnie przyznają, że potrzebne są zmiany.

Nad propozycją zmian od kilkunastu miesięcy pracował zespół powołany w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Wyniki prac przedstawiła na konferencji prawnik Dorota Karkowska, doradca prezesa ORL w Warszawie. Jedną z propozycji nowych rozwiązań jest model opierający się na doświadczeniach organizacyjnych i operacyjnych ZUS, który posiada bazę i instrumenty do prowadzenia działań orzeczniczych. Dorota Karkowska zwróciła uwagę, że obecne rozwiązania dalekie są od doskonałości, ale trzy lata działalności komisji były okresem zbierania doświadczeń. – *Mamy kadry, ludzi, którzy orzekali, i wiedzę wyniesioną z tej pracy, dlatego łatwiej jest teraz o nowy model dyskutować – podkreśliła.*

Uczestniczący w dyskusji minister Konstanty Radziwiłł zapowiedział powołanie w MZ zespołu, który opracuje założenia do projektu ustawy. W ciągu kilku miesięcy taki projekt powinien być gotowy. – *Każda osoba, która poniosła szkodę, powinna otrzymać rekompensatę, także wsparcie dodatkowe, rehabilitację. Tak, żeby pacjent sam nie musiał szukać opieki – powiedział minister. – Rozwiązania powinny być systemowe.*

Założeniem projektu jest rozdział między orzeczeniem winy za popełniony błąd, które pozostaje w kompetencji sądu, a samym zdarzeniem, które jest szkodą. Zagraniczni prelegenci, Pelle Gustafson (LoF), dyrektor medyczny Szwedzkiej Narodowej Kompanii

Ubezpieczeniowej, i Philippe Treguier, dyrektor ds. prawnych francuskiego Krajowego Biura do spraw Odszkodowań za Wypadki Medyczne (ONIAM), podzieliли się doświadczeniami swoich instytucji, które mogą być pomocne w opracowaniu polskich rozwiązań.

W 2011 r., po wprowadzeniu w Szwecji ustawy o bezpieczeństwie pacjentów, liczba wniosków o odszkodowanie wzrosła o 50 proc. To m.in. zaufanie szwedzkiego personelu medycznego do systemu gwarantującego odszkodowania decyduje o liczbie zgłoszeń szkód związanych z leczeniem. Takie zaufanie przekłada się również na jakość świadczeń medycznych i umacnia przekonanie, że błędów i niepożądanych zdarzeń nie należy ukrywać.

Andrzej Ryś, dyrektor ds. systemów zdrowotnych i produktów medycznych w Komisji Europejskiej, podkreślił, że zaufanie do systemu wiąże się z prawem pacjenta do informacji. – *Dzisiaj pacjent przychodzi do lekarza z dużą ilością informacji na temat choroby. Nie zawsze są one prawdziwe – powiedział – a lekarz dysponuje wiedzą i doświadczeniem. Dlatego trzeba znaleźć płaszczyznę komunikacji opartej na zaufaniu.*

– *Błędy się zdarzają, trzeba mówić o tym otwarcie, a pacjentowi ponoszącemu szkodę należy się odszkodowanie – przekonywał Romuald Krajewski, wiceprezes ORL w Warszawie. – Jako samorząd lekarski chcemy poprawić umiejętności budowania relacji lekarza z pacjentem.*

– *Cieszę się, że inicjatywa wyszła od środowiska lekarskiego – stwierdziła Ewa Borek, prezes fundacji My pacjenci. Również podkreśliła, że takie działanie wpłynie na poprawę zaufania w relacji pacjent – lekarz. ■*

**Anetta Chęcińska**



Fotografie: ach





Fot. egw

# Homo homini res sacra

fragmenty

Tadeusz Tołłoczko

## Zagrożenia

A cokolwiek wielu ludzi poczucie osobistej godności ceniło wyżej niż pragmatyczne korzyści, a nawet własne życie, również wielu, a niewykluczone, że znacząca większość, swoją godność sprzedawało. Czasem nawet za małe pieniądze i marne stanowiska. W naszych kwestionujących duchowość czasach wartości niematerialne przegrywają konkurencję z materialnymi. Współcześnie wartość i „cena” wiary, przekonań, godności szacowane są bardzo nisko, łącznie z prawdą i sprawiedliwością względnie łatwo podlegają wymianie na pieniądze. Ponadto pojęcie godności i dobra człowieka, w znaczeniu utylitarystycznym, dla każdego może oznaczać co innego, w zależności od jego potrzeb, a potrzebą może być likwidacja podmiotowości innego człowieka.

Istota ludzka już nie tylko bywa traktowana jak materiał do przerobu, ale wręcz całkowicie i bez reszty sprowadzana do roli sprzedawanego lekarstwa, które ma być użyte do leczenia innego człowieka. W krańcowych przypadkach, takich jak klonowanie terapeutyczne, spór sprowadza się więc do kolizji wartości życia ludzkiego wraz z jego godnością i korzyści z jego planowego zakończenia. Tak dochodzi do instrumentalizacji i unicestwiania człowieka, a uwłaczanie godności ludzkiej wiąże się z jego upokorzeniem i jest przestępstwem szczególnym, zwłaszcza gdy dotyczy osób bezbronnych.

Godność, a nawet życie ludzkie oraz lekarski etos skazane bywają na starcie i uległość wobec wielkich pieniędzy, szczególnie, że zachowania utylitarne uwolniły się od uczuć, takich jak współczucie i zrozumienie sprawiedliwości, od uczciwości w odniesieniu do drugiej, bezbronnej osoby. Zastanowienia i decyzji wymaga problem zasad, na jakich ma być budowany układ między człowiekiem a człowiekiem, w tym między obywatelem a obywatelem.

Patrząc jednak na życie realnie i bez konformizmu, można domniemywać, że niektórzy przeciwnicy klonowania terapeutycznego zmieniają jednak stanowisko w obliczu swojej śmiertelnej choroby i zgodzą się na wykorzystanie embrionalnych komórek macierzystych dla ratowania własnego życia. Wyobraźmy sobie, że dotyczy to matki lub ojca wielodzietnej rodziny. Życie stawia chorego przed dylematem: godnie umrzeć, czy zdrowo żyć? Okazuje się, że życie jednak nie jest łatwe, zwłaszcza gdy chce się być przyzwoitym człowiekiem i gdy sens ludzkiego istnienia wiążemy z poczuciem godności człowieka.

Jednakże musimy też być świadomi skali nadużyć, jakie się pojawiają, gdy możliwe stanie się powoływanie do życia odpowiednich „egzemplarzy” człowieka – nie dla niego samego, ale po coś, także aby pozbawić go życia. Dochodzi więc do kolizji wartości, godności człowieka z użytecznością. Dlatego ponownie rodzi się pytanie, co człowiek robi z sobą samym, gdy życie odcedzone zostanie z moralności i ludzkiej godności? Ażeby ubiec wszelakie zagrożenia, z pewnością moralność musi stanąć na straży godności człowieka.

## Rynek potrzeb biotechnologicznych

Współcześnie rynek potrzeb biotechnologicznych jest nieograniczony ilościowo, czasowo i progresywnie wzrastający, bowiem obejmuje potrzeby każdego człowieka, całej ludzkości. Zapotrzebowanie przewyższające podaż oraz monopolizacja świadczeń zapewni „właściwe”, bo wysokie, rynkowe ceny tych procedur medycznych. Etyka kliniczna i biotechnologiczna przegra bój z prawami rynku, bo decydować będzie po prostu zysk. W ogóle nie mogę sobie wyobrazić, aby jakkolwiek idea mogła wygrać starcie z takimi „pieniędzmi”. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że zgoda na klonowanie stanie się automatycznie cichą zgodą na komercjalizację tej procedury.

Racje naukowe, intelektualne, moralne biotechnologii staną się więc ozdobną atrapą rzeczywistych, bo finansowych, motywów działania oraz możliwości realizacji osobistych badawczych ambicji. Będzie to nowa ekonomiczna rewolucja zwiększająca zapotrzebowanie na wysoko kwalifikowanych pracowników. Biura patentowe już patentują klonowanie embrionów człowieka, więc embriony traktowane mogą być jak wynalazki. Postępująca komercjalizacja tego procesu stanie się nieuniknioną konsekwencją.

Powracają pytania: jak prawnie zabezpieczyć embrion, a więc człowieka, przed wyzyskiem, handlem, gwałceniem jego godności? Jak ma brzmieć definicja ludzkich praw, godności i ludzkiej natury, by nie odpowiadała jedynie kryteriom interesu, ambicji, zysku, chwały i nie stwarzała tylko pozorów zgodności z zasadami moralnymi? Jak niwelować różnice między regułami moralnymi a prawem stanowionym? Co ma być ostateczną racją działania w odniesieniu do życia człowieka: prawo czy sumienie?

## Moralne ograniczenia

Dziś kryteria moralne dopasowuje się do aktualnych utylitarnych potrzeb konsumpcji, zysku, biznesu, ambicji, wizji naukowego, komercyjnego sukcesu. Moralne zasady i wiążące się z nimi wątpliwości przeszkadzają bowiem tylko w osiągnięciu wymienionych celów. Natomiast wykorzystywanie pozorów prawdy i dobra pozwala na ominięcie tej przeszkody.

Dlatego pod hasłem dobra i prawdy dokonano i dokonuje się nadal wielu nieprawości, a nawet zbrodni. Zasad moralnych nie można też uzasadniać utylitarystycznymi potrzebami, przyjmując, że jeśli coś jest korzystne i potrzebne, to automatycznie staje się moralnie dopuszczalne. Oczywiście natomiast jest, że aby prawa moralne, tak jak prawa matematyki, utrzymywały swe znaczenie i wartość, nie mogą podlegać relatywizacji.

Zdumiewające materialne „sukcesy” utylitarnej myślenia spowodowały, że zasady moralne, ograniczające np. swobodę wielu doświadczeń molekularnych, stały się w praktyce mało przekonującym argumentem. Dlatego osoby, które nie uznają zasady świętości ludzkiego życia, opowia-

dają się za nieograniczoną inżynierię genetyczną i dlatego działania pragmatyczne i utylitarystyczne zdobywają pozycję dominującą. To politycy sterowani przez finansowych fundatorów, mając policję, władzę oraz pieczętki, decydująć będą, jakiego człowieka mamy tworzyć. Czy zatem uczciwość i życie zgodne z zasadami moralnymi jest najlepszą życiową strategią? W ocenie realiów życia musimy być świadomi, że omijanie zasad moralnych w działaniu sprawia, iż owo działanie jest zwykle bardziej skuteczne od działania według tych zasad, bo brak ograniczeń stwarza wizje łatwiejszych do uzyskania doraźnych korzyści.

## Genetyczna tożsamość człowieka

Specyficzną cechą człowieka, w odróżnieniu od zwierząt, jest nieograniczona tendencja podporządkowania sobie natury, podnoszenia standardu życia, poprawy własnej jakości przez zwiększanie sprawności fizycznej i umysłowej. Inżynieria genetyczna wyprzedzi może w przyszłości dobór naturalny, który przez miliony lat metodą prób i błędów wypracował unikalny ludzki genom o różnorodnych indywidualnie odmianach. Kolejne pokolenia, wykorzystując inżynierię genetyczną, będą w stanie modyfikować genom, zgodnie z życzeniem i decyzją rodziców, społeczeństwa, władzy. Zaistnieją osobnicy z naturalną i spreparowaną genetyczną tożsamością. Pojawi się zagrożenie genetycznego niewolnictwa pod dyktando selekcyjnera.

To urzędnicy, sterowani przez polityków i finansowych fundatorów, kreować będą metodykę rozwiązań w biotechnologii i genetyce, bo jako chronieni przez polityczną większość posiadają i posiadać będą realną władzę. Rozważyć należy również problem etyki kompetencji i odpowiedzieć na pytanie, czy stanowiący prawo politycy mają kompetencje etyczne, czy tylko władzę.

### Wnioski

- Ażeby można było skutecznie zapobiegać niezgodnościom nauki i moralności oraz rozwiązywać te, które już wystąpiły, dojść musi do zjednoczenia prawdy naukowej i prawdy moralnej (Jan Paweł II, „Fides et Ratio”). Oznaczać to będzie nie tylko postęp bez zagrożeń dla ludzkości, ale również dobro i szacunek dla godności człowieka. Jest to dla sumienia człowieka merytorycznie bardzo uzasadniony drogowskaz na rozstajnych drogach rozumu i wiary.
- Oczywiścieścią jest, że umiejętność wykonywania wielu biotechnologicznych procedur nie stanowi wskazania do ich wykonywania.
- Pamiętajmy, że *Bonum ex malo non fit* – dobro nie rodzi się ze zła.
- W państwie obowiązywać powinna nie tylko neutralność światopoglądowa, ale i moralność, co najmniej w odniesieniu do wartości podstawowych, takich jak życie, dobro i prawda.
- Dla wielu osób życie człowieka nie jest wartością najwyższą (świętością), skoro to życie (cudze) nawet bez refleksji, w ramach rutynowej pracy, mogą poświęcić celom utylitarystycznym, dehumanizując tym samym życie osobowe.
- Zdaję sobie sprawę, że zwolennicy utylitarystyki natychmiast zacytują tu myśl Hamleta: „*Nie ma nic bezwzględnie dobrego lub złego, lecz myślenie czyni je takimi*”, czyli że pojęcia te wytwarzają nasze mózgi. Ja jednak na podstawie doświadczeń codziennego życia wyczuwam i wiem, że dobro i zło istnieją w rzeczywistości, nie są pojęciami wymyślonymi. ■



# Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

### Podstawa kodeksu: art. 15.

1. *Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem.*
2. *W przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody.*
3. *Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.*
4. *Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta.*
5. *W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.*



Czasem warto przypomnieć sobie pewne oczywistości. Nie wolno podjąć żadnych czynności lekarskich bez zgody pacjenta lub, gdy nie jest zdolny do jej wyrażenia, jego przedstawiciela lub faktycznego opiekuna. Nie może to być zgoda blankietowa, „w ciemno”. Chory lub jego przedstawiciel muszą być na tyle dokładnie poinformowani przez lekarza (w sposób adekwatny do ich wykształcenia, inteligencji, stanu emocjonalnego itp.), aby mogli podjąć świadomą decyzję. Zawsze gdy zgodę za chorego wyraża ktoś inny (też w przypadkach młodzieży, a nawet dzieci), lekarz powinien podjąć próbę uzyskania zgody także samego pacjenta lub przynajmniej poinformować go o planowanych czynnościach.

Rozpoczynanie postępowania medycznego bez zgody dopuszcza się jedynie wyjątkowo, gdy sytuacja poważnie zagraża choremu lub innym osobom, a także na zlecenie upoważnionych instytucji (np. policji). W tym ostatnim przypadku jest to jednak możliwe tylko wtedy, gdy nie stwarza nadmiernego ryzyka dla pacjenta (ocena należy do lekarza). Lekarz musi pamiętać, że brak zgody chorego na proponowane diagnozowanie lub leczenie nie zwalnia go z obowiązku kontynuowania troskliwej opieki nad pacjentem. Warto dodać, że taka postawa lekarza może się stać czynnikiem przywracającym choremu zaufanie do opiekującego się nim personelu i skutkować gotowością wyrażenia zgody na niezbędne czynności diagnostyczne i lecznicze. ■



Fot. archiwum

# Ból funkcjonalny – zespół drażliwego jelita

**Małgorzata Malec-Milewska**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich jakiegokolwiek patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Ból funkcjonalny ma charakter przewlekły i prowadzi do pogorszenia jakości życia. Schorzenia o tym charakterze dotyczą 15 proc. populacji. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromię, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, wulwodynię, przewlekły ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy i zespół niespokojnych nóg. Przypuszczalnie przyczyną powstawania bólu są zaburzenia interakcji między OUN a resztą organizmu i zmiany aktywności autonomicznego układu nerwowego. Na szczególną uwagę zasługuje podobieństwo wielu cech klinicznych bólu funkcjonalnego, ich częste współwystępowanie z lękiem, stresem i depresją. Ze względu na obszerność tematu w artykule opisano zespół drażliwego jelita.

**Definicja:** IBS (*irritable bowel syndrome*) to zaburzenie czynnościowe przewodu pokarmowego cechujące się przewlekłymi, nawracającymi dolegliwościami bólowymi, wzdęciami brzucha lub dyskomfortem w jamie brzusznej z towarzyszącymi zaburzeniami rytmu wypróżnień (zaparciami i/lub biegunkami) oraz konsystencji stolca.

**Epidemiologia:** Na IBS cierpi 10–20 proc. populacji ludzi dorosłych, dwukrotnie częściej chorują kobiety, najczęściej między 20. a 50. rokiem życia.

**Patomechanizm:** IBS zaliczamy do chorób psychosomatycznych, w przebiegu których istotną rolę odgrywają czynniki **psychiczne, genetyczne, środowiskowe, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, nadwrażliwość trzewna i czynniki zapalne**. Wszystkie wymienione przyczyny pozostają ze sobą we wzajemnych interakcjach. Czynniki środowiskowe: brak poczucia bezpieczeństwa, a także złe nawyki żywieniowe, nakładając się na czynniki genetyczne i określony stan psychologiczny, powodują zaburzenia funkcjo-

nowania osi mózgowo-jelitowej. Wiele badań dowodzi, że pacjenci z IBS są osobami częściej wykazującymi objawy depresyjne, upowszechnia się zatem opinia, że IBS ma podłoże psychosomatyczne. W rzeczywistości ocena nie dotyczy wszystkich chorych na IBS, lecz tylko tych, którzy zgłaszają się po poradę do lekarza. A tę grupę tworzą jedynie pacjenci z ciężkimi objawami choroby albo w gorszym stanie psychicznym. Zaburzenia kurczliwości i motoryki jelita cienkiego i grubego są ważnym mechanizmem warunkującym występowanie dolegliwości bólowych. Coraz częściej zwraca się uwagę na zapalną przyczynę IBS. Wynika to z faktu, że pojawiają się doniesienia o związku czasowym między krótkotrwałym inicjującym epizodem zakażenia przewodu pokarmowego i następującymi po nim wieloletnimi zaburzeniami jelitowymi. Dlatego wydaje się, że empiryczna antybiotykoterapia może zmniejszyć częstość występowania poinfekcyjnego IBS. W jego patomechanizmie wykazano również istotną rolę serotoniny jako jednego z głównych neurotransmiterów w przewodzie pokarmowym, pośredniczącego w procesie motoryki, czucia trzewnego i sekrecji jelitowej.

**Kryteria rozpoznania:** Rozpoznanie opiera się głównie na ukierunkowanym wywiadzie. W praktyce klinicznej przydatne są Kryteria Rzymskie III. Według nich IBS to nawracający ból lub dyskomfort w jamie brzusznej, trwający co najmniej trzy dni w miesiącu, przez okres ostatnich trzech miesięcy, związany z dwoma lub więcej objawami: poprawa po wypróżnieniu, początek dolegliwości związany ze zmianą częstości wypróżnień, początek dolegliwości związany ze zmianą konsystencji (wyglądu) stolca.

Dołączają się także objawy pozajelitowe: nudności, uczucie sytości, zgaga, zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia seksualne, częstomocz, wzmożona potliwość, zespół przewlekłego zmęczenia, senność, zaburzenia snu, bóle głowy, bóle kręgosłupa, niepokój, lęk, depresja oraz fibromię. W badaniu przedmiotowym, w badaniach obrazowych i biochemicznych nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości. U osób

w wieku podeszłym wskazane jest wykonanie pełnej morfologii, a w świeżo rozpoznanym IBS-D dodatkowo OB i CRP. W postaci biegunkowej wskazane jest wykonanie badania serologicznego w kierunku celiakii. Wskazaniem do rozszerzenia diagnostyki są niepokojące objawy, takie jak: krew w kale, utrata wagi, niedokrwistość, wodobrzusze, niepowstrzymane parcie, patologiczny opór wyczuwalny w jamie brzusznej, gorączka, dolegliwości nocne.

**Leczenie:** Leczenie opiera się na przestrzeganiu zaleceń dietetycznych oraz psychoterapii. Farmakoterapia stosowana jest dopiero w przypadku braku poprawy. Wobec niewyjaśnionej etiologii zespołu leczenie nie może być ukierunkowane na przyczynę. IBS ma charakter przewlekły i jego objawy mogą utrzymywać się latami.

Zalecane jest wykluczenie z diety laktozy, kofeiny, tłuszczu i alkoholu, a ograniczenie sorbitolu, obfitych posiłków, potraw gazotwórczych i potraw indywidualnie źle tolerowanych. Jedzenie dużych ilości nasion strączkowych (grochu, fasoli), kapusty, cebuli, szparagów zwiększa produkcję gazu w jelicie, potęgując ból i wzdęcie. Podobny skutek mogą wywołać pokarmy obfitujące w tłuszcze, duże ilości słodczy, zwłaszcza czekolady, ostre przyprawy, razowe pieczywo i grube kasze. Przeciwwskazane jest także palenie i żucie gumy, ponieważ prowadzi do połykania większej ilości powietrza.

W postaci zaparciowej zalecane jest stosowanie diety bogatoresztkowej, leki osmotyczne i zmiękczające stolec, enemy, leki prokinetyczne działające na dolny odcinek przewodu pokarmowego i przestrzeganie ogólnej higieny spożywanych posiłków. Nie każdemu choremu należy proponować dietę bogatą w błonnik, gdyż jego działanie nie u wszystkich jest jednakowe. Błonnik pokarmowy nie jest jednolitym składnikiem pożywienia. Wyróżnia się frakcję rozpuszczalną i nierozpuszczalną w wodzie. Otręby pszenne zawierają głównie frakcję nierozpuszczalną i u części pacjentów mogą nasilać ból i wzdęcie, choć przeciwdziałają zaparciom. Frakcje błonnika pokarmowego rozpuszczalne w wodzie mogą być

korzystne dla pacjentów z zaparciami. Wśród owoców większe ilości błonnika rozpuszczalnego zawierają morele, wiśnie, figi, grejpfruty, śliwki świeże i suszone oraz mandarynki.

Do leków osmotycznych zaliczamy: laktulozę, sobitol, glikol polietylenowy – makrogol (PEG). Prokinetyki to: metoklopramid, trimebutyna i agoniści receptora 5HT<sub>4</sub> (prucaloprid), linaclotid (agonista cykazy guanelynowej C, który odpowiada za sekrecję chlorków, bikarbonatów i płynu do światła jelita), metylnaltrekson (antagonista receptora opioidowego  $\mu$ ) i mitemincal (agonista receptora motylinowego). Stosowane są również aktywatory kanału chlorkowego (lubiproston). W postaci biegunkowej stosowane są: difenoksylation (reasec), loperamid, alweryna, olejek mięty pieprzowej, antagoniści receptora 5HT<sub>3</sub> (cilansetron).

Dużą skuteczność wykazują leki przeciwdepresyjne. W leczeniu psychologicznym stosowana jest: hipnoza, terapia poznawczo-behawioralna, trening relaksacyjny i psychoterapia. Z metod alternatywnych zaś: akupunktura, autohemoterapia, zioła chińskie, refleksoterapia i koła pomocy. W dysbiozie do rozważenia pozostaje antybiotykoterapia (metronidazol, neomycyna, rifaksymina).

**Podsumowanie:** Podstawą w leczeniu IBS jest zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa. Obserwacja pacjentów z rozpoznaniem IBS w okresie 3–20 lat wykazała, że tylko u mniej niż 1 proc. chorych nastąpiła zmiana rozpoznania, co statystycznie nie odbiega od wyników ogólnej populacji. ■

Autor nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

### Wybrane piśmiennictwo:

1. W. Bartnik et al., *Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego*, „Gastroenterol Klin” 2009; 1(1), 9–17
2. L.J. Brandt et al., *Functional Pain Syndromes*, „American Journal of Gastroenterology” 2009; 104 Supl 1, S1-S5
3. A.C. Ford et al., *Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis*, Gut 2009; 58, 367–378
4. J. Istrati, J. Dobrogowski, *Ból w narządzie ruchu. Kompendium leczenia bólu*, red. M. Malec-Milewska, J. Woroń, Medical Education, Warszawa 2012, 169–199
5. L. Lombardo et al., *Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy*, „Clinical Gastroenterol Hepatol” 2010; 8(6), 504–508
6. B. Skrzydło-Radomańska, *Rozpoznanie i leczenie zespołu jelita drażliwego. Monografia IBS*, Łódź 2012



Fot. archiwum

# Dlaczego dzieci mają próchnicę?

Bożena Hoffman

Zaczyna się od zębów mlecznych. Wciąż pokutuje w niektórych kręgach przekonanie, że zębów mlecznych się nie leczy, bo i po co?! I tak wypadną. To prawda, wypadną, ale mogłyby wypadać zdrowe, tylko ze zresorbowanymi korzeniami, a nie z dziurami, które są powodem niepotrzebnych cierpień maluchów. Profilaktyka dotycząca zębów mlecznych jest tak samo ważna jak w przypadku zębów stałych. Powinna więc być obiektem zainteresowania:

- 1) rodziców, do których zadań należy dbanie o domowe zabiegi czyszczenia zębów, początkowo w formie zabawy, potem bardziej dokładnie, ograniczanie spożycia przez dziecko pokarmów zawierających cukier, a przynajmniej pilnowanie, żeby ich kontakt ze szklivem zębów był jak najkrótszy. Od czwartego roku życia dziecka zaleca się pierwsze zabiegi stomatologiczne – właśnie profilaktyczne – w myśl zasady, że **lepiej zapobiegać niż leczyć**;
- 2) dentystów, którzy powinni starać się, by zabiegi profilaktyczne nie były uciążliwe ani bolesne dla dziecka, a ich efekty były długotrwałe. Wzmacniamy szklivę lakierami fluorowymi, ale najbardziej efektywne jest zabezpieczanie powierzchni żującej w zębach trzonowych „lakami”, które spływają brud. Wtedy ząb jest doczyszczony, a bakterie nie mają zacyłków do rozpoczęcia próchnicy. Trzonowców mlecznych jest osiem, tymczasem NFZ **nie refunduje ani jednego zabiegu zabezpieczenia zęba mlecznego przed próchnicą!** Mają się robić dziury? Malec ma cierpieć, ma rosnąć w nim strach przed stomatologiem?
- 3) przedszkoli, których zadaniem jest ciąg dalszy nauki higieny osobistej i edukacji prozdrowotnej. Dzieci mogą mieć kubki z własnymi szczoteczkami i po każdym posiłku celebrować czyszczenie ząbków. Mogą też opowiadać o swoich pierwszych wizytach u stomatologa;
- 4) pediatrów, którzy robią bilans cztero- i sześciolatków – powinni zwrócić do ust dziecka i poinformować rodziców o ewentualnych problemach.

Najlepiej byłoby, żeby bilans sześciolatków w zakresie stanu uzębienia robili stomatolodzy.

Początek edukacji szkolnej przypada na czas, gdy zmienia się uzębienie. To „gorący” okres profilaktyczny, wymagający współpracy między rodzicami, dentystami i szkołą.

Dzieci powinny pojawiać się u nas na **lakowanie** właśnie po to, żeby nie rozwijała się próchnica. Zębów stałych z brudami jest 20, w ramach refundacji możemy zabezpieczać tylko cztery (szóstki) i to tylko do siódmego roku życia dziecka. A co z resztą? Mamy czekać, aż rozwinię się tam próchnica? Znowu wkładać materiały o małej przyczepności? Wystąpi zapalenie miazgi, potem zostanie dokonana ekstrakcja, w końcu trzeba zastosować protezę – koszty rosną. Trudno zrozumieć twórców obecnego koszyka świadczeń stomatologicznych. Dlaczego pomijają profilaktykę, skoro przynosi tyle korzyści?

Nauczyciele pracujący w szkole twierdzą, że dzieci uczestniczą w różnych programach prozdrowotnych, sporo się o tym mówi. Ze szkolnych sklepików poznikają produkty wysokocukrowe – to dobrze! Dużo się mówi o powrocie gabinetów stomatologicznych do szkół, dzięki czemu dzieci byłyby pod stałą opieką stomatologiczną. Jeśli jednak zachowamy obecne limity zakontraktowanych zabiegów stomatologicznych, to choćbyśmy przy każdym dziecku postawili unit stomatologiczny, jego dostęp do leczenia w ramach ubezpieczenia się nie poprawi.

Publicznych pieniędzy na leczenie stomatologiczne jest mało, tym bardziej powinniśmy dbać, by każda złotówka została dobrze wydana.

**Uważam, że w przypadku dzieci cała profilaktyka, dotycząca wszystkich zębów, powinna być refundowana bez limitów. Właśnie po to, by ubytków i przykrego leczenia było jak najmniej.** ■

# Niezbędna protetyka

Z dr hab. n. med. **Jolantą Kostrzewą-Janicką**, konsultantem wojewódzkim na Mazowszu w dziedzinie protetyki stomatologicznej, rozmawia Małgorzata Skarbek.

## Leczenie protetyczne jest kosztowne. Jak NFZ refunduje procedury protetyczne?

W ramach ubezpieczenia NFZ możemy wykonać raz na pięć lat protezy całkowite oraz częściowe osiadające, jeśli pacjentowi brakuje więcej niż pięciu zębów. Są to protezy najtańsze, wykonane z tworzywa akrylowego.

Leczenie protetyczne obejmuje jednak znacznie więcej procedur, które nie są w koszyku świadczeń. Rehabilitacja protetyczna to nie tylko, mówiąc kolokwialnie, wstawianie zębów, ma też na celu ocenę i przywrócenie poprawnej

czynności narządu żucia. Braki zębów należy uzupełniać, gdyż ma to wpływ na cały układ stomatognatyczny. Nie chodzi tu tylko o braki ilościowe, ale również jakościowe, w aspekcie pracy mięśni żucia i stawów skroniowo-żuchwowych. Pacjenci są zatem zdani na siebie i muszą sami opłacać procedury, których nie refunduje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ponadto nawet te uzupełnienia protetyczne, za które NFZ płaci, są źle wycenione, koszty ich wykonania są znacząco zaniżone. Z tego powodu niewielu właścicieli gabinetów prywatnych decyduje się na kontrakty w tym zakresie. A jeśli już, to są niewielkie, co wydłuża czas oczekiwania na leczenie protetyczne w ramach funduszu.

## Ilu specjalistów protetyków pracuje na Mazowszu?

Według danych z grudnia 2013 r. mieliśmy 94 specjalistów w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Mniej więcej co dwa lata otrzymujemy nowe dane z GUS i z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, wtedy je aktualizujemy. Zatem w roku bieżącym trochę się zmienia. Kilku lekarzy odchodzi na emeryturę, a młodzi jeszcze nie zakończyli kształcenia specjalizacyjnego.

## Ilu brakuje na Mazowszu i gdzie?

Optymalnie byłoby, gdyby jeden specjalista przypadał na 20 tys. mieszkańców. W tej chwili mamy więc 2,5-krotne niedobory. Trudno określić zapotrzebowanie z zakresu leczenia protetycznego, gdyż – jak wspominałam – działają wolnorynkowe prawa powstawania i działania podmiotów leczniczych. W ministerstwie opracowano projekt tworzenia map potrzeb zdrowotnych w kraju, w poszczególnych województwach i powiatach. To dobry pomysł, umożliwiłby rozpoznanie potrzeb w różnych regionach i grupach wiekowych.

Wiemy, że liczby specjalistów w poszczególnych powiatach są bardzo różne. W aglomeracjach miejskich jest ich zdecydowanie więcej. Powoduje to, że leczeniem protetycznym w małych miejscowościach zajmują się lekarze bez specjalizacji, niejednokrotnie bez odpowiedniego doświadczenia, co obniża poziom rehabilitacji, i mieszkańcy muszą szukać pomocy w miastach i w sektorze prywatnym.

## Gdzie kształcą się specjaliści?

Niewiele placówek przejawia chęć szkolenia specjalizacyjnego młodych lekarzy dentystów. Problem jest oczywisty i wielokrotnie przedstawiany – brak zabezpieczenia finansowego, to znaczy środków na pokrycie kosztów leczenia pacjentów w ramach tego szkolenia i brak wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji. Placówki *a priori* przeznaczone do nauczania, czyli Warszawski Uniwersytet Medyczny i Mazowieckie Centrum Stomatologii, wykonują te zadania, ale to kropla w morzu potrzeb.



Fot. archiwum



# stomatologiczna

Pacjent płacący za usługi w gabinecie prywatnym nie życzy sobie być leczony przez kogoś na stażu specjalizacyjnym. A przecież należy pacjenta o tym poinformować. Kierujący specjalizacją lekarz nie powinien sam wykonywać zabiegów, może jedynie kontrolować pracę uczącego się lekarza. To jest nierealne w gabinetach niepublicznych.

W kilku prywatnych placówkach kształcą się pojedyncze osoby, ale to wyjątki. Najczęściej placówka prywatna jest bezpośrednio zainteresowana wykształceniem swojego pracownika.

## Czy młodzi lekarze dentyści chętnie decydują się na tę specjalizację?

Tak. W tej chwili szkoli się 28 lekarzy. W sesji jesiennej nie przyjęliśmy nowych, gdyż nie było wolnych miejsc specjalizacyjnych. W sesji wiosennej do egzaminu końcowego przystąpi kilku lekarzy, więc zostanie zwolnionych parę miejsc. O kolejności przyjęć na kształcenie specjalizacyjne decydują wyniki egzaminów LDEP.

## Jaka jest jakość usług protetycznych?

Rozwój techniczny spowodował, że oferujemy usługi na poziomie światowym. Gwarantujemy pacjentom każdy rodzaj uzupełnienia i rehabilitacji, potrafimy sprostać coraz wyższym ich wymaganiom.

Na jednym ze spotkań konsultantów wojewódzkich zauważono, że lekarze dentyści nieposiadający specjalizacji powinni zwracać większą uwagę na jakość wykonywanych usług, starać się o lepsze przygotowanie. Nabywanie wiedzy na jednodniowych szkoleniach nie zastąpi pełnego szkolenia specjalistycznego, pozwala jedynie na ustawiczne szkolenie i pogłębianie zdobytej już wiedzy. Gdyby było więcej miejsc specjalizacyjnych, problem nie byłby tak znaczący. Lekarze mający mniejsze doświadczenie powinni częściej konsultować swoje prace z kolegami, którzy są w danej dziedzinie specjalistami. Pacjenci doceniają fakt, że lekarz prowadzący kieruje na konsultacje albo dodatkowe etapy leczenia do specjalisty. Nie dochodzi wtedy do sytuacji konfliktowych i skarg do izb lekarskich lub do NFZ.

Nie można wykonywać nowoczesnych i skomplikowanych procedur, nie mając dobrego przygotowania teoretycznego z podstaw protetyki stomatologicznej. Panuje też błędne przekonanie, że tanie uzupełnienia protetyczne, m.in. refundowane przez NFZ, są łatwe. To nieprawda, wykonanie czynnościowo efektywnej protezy całkowitej jest ogromnym wyzwaniem i wymaga doświadczenia. Procedury stosowane w leczeniu pacjentów bezzębnych i doświadczenie zdobyte podczas tego typu rehabilitacji narządu żucia procentują podczas wykonywania innych prac protetycznych.

## Wspomniała pani, że protetyka to nie tylko protezy. Co jeszcze?

Charakterystyka pacjentów wymagających leczenia protetycznego zmienia się. Uzupełnienia braków ilościowych

dotyczą głównie osób starszych. Ale pomocy w rehabilitacji protetycznej potrzebują również osoby młodsze, z pełnym uzębieniem własnym, ale patologicznym starciem zębów lub zaburzeniami czynnościowymi w obrębie narządu żucia. Tych zabiegów nie obejmują kontrakty, jednak one także muszą być wykonywane. Dotyczy to głównie osób młodych, czynnych zawodowo. I nie mówię tylko o estetyce, ale przede wszystkim o funkcjonowaniu narządu żucia, który służy nie tylko do rozdrabniania spożywanych pokarmów.

Coraz częściej obserwujemy u pacjentów objawy parafunkcji zwarciovych, w postaci zgrzytania i zaciskania zębów, czyli bruksizmu. Na podstawie ostatnich wyników badań wnioskujemy, że m.in. bruksizm jest reakcją organizmu na działanie stresogennych czynników środowiska. Jednakże zjawisko to, oprócz pozytywnych zmian, uruchamiających kaskadę reakcji ochronnych przed wyniszczającym działaniem stresu, powoduje np. niszczenie twardych tkanek zębów, zwłaszcza kiedy zęby nie są w prawidłowej okluzji. Rekonstrukcja startych powierzchni to wysoka, kosztowna specjalistyka. Wymaga najwyższego poziomu umiejętności, gdyż wiąże się z rehabilitacją i rekonstrukcją całego zwarcia, co wpływa na mięśnie żucia, stawy skroniowo-żuchwowe i ogólnie pojętą jakość życia.

## Mamy coraz więcej ludzi starych, a uzębienie już znacznie wcześniej niż na starość jest w złym stanie. Jak to wpływa na zdrowie?

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że prawidłowe żucie i rozdrabnianie pokarmu jest bardzo istotne dla zdrowia pacjenta. Powiem natomiast o ostatnich wynikach badań, które wskazują, że czynność żucia może mieć wpływ również na opóźnienie i zmniejszenie nasilenia demencji starczej. Mięśnie żucia mają bezpośrednie połączenie z układem uczenia się, zapamiętywania i emocji w mózgu. Zauważono, że osoby starsze, które długo żują twarde pokarmy bocznymi zębami, zdecydowanie lepiej funkcjonują intelektualnie i psychoemocjonalnie. Potwierdziły to badania z wykorzystaniem czynnościowego rezonansu magnetycznego, które pokazały, że w trakcie żucia pobudzany jest układ limbiczny, czyli ośrodkowy uczenia się i zapamiętywania. Jesteśmy w stanie w pewnym procencie opóźnić działanie czasu na sprawność układu nerwowego. Wyniki wielu badań oraz obserwacje kliniczne pacjentów zgłaszających się z zaburzeniami w obrębie układu stomatognatycznego potwierdzają konieczność rehabilitacji narządu żucia z wykorzystaniem specjalistycznego leczenia protetycznego. ■

**Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie protetyki stomatologicznej:  
dr hab. n. med. Jolanta Kostrzeva-Janicka**  
Zakład Protetyki Stomatologicznej  
02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, tel.: 22-502-18-86,  
e-mail: jolanta.kostrzeva-janicka@wum.edu.pl

# 40 lat Samodzielnego Pu Klinicznego WUM



Warszawski Uniwersytet Medyczny jest organem założycielskim kilku szpitali klinicznych. Wszystkie są równie ważne i potrzebne do zrealizowania misji uczelni i zapewnienia wszechstronnego kształcenia studentów, leczenia dorosłych i dzieci, rozwijania medycyny, ale emocjonalnie najbliższy jest mi szpital przy ul. Banacha. W tym szpitalu posadowiona jest duża liczba katedr i klinik, a dla mnie miejsce pracy, w którym spędziłem 40 lat zawodowego życia. Zacząłem pracować w nim w sierpniu 1975 r. i jestem jedynym lekarzem z grupy zatrudnionych w 1975 r. pracującym tu do dnia dzisiejszego.

## Prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest największym wieloprofilowym szpitalem w Polsce. Kliniki szpitalne to jednostki o najwyższym poziomie referencyjności. Działa tu 16 katedr i klinik oraz sześć zakładów diagnostycznych i terapeutycznych. Ich działalność jest merytorycznie związana z Przychodnią Specjalistyczną. Placówka obecnie dysponuje 1064 łóżkami. Było znacznie więcej, ale upływające lata i dążenie do ciągłej poprawy warunków leczenia doprowadziły do zmniejszenia ich liczby. Szpital jest wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt. Dysponuje 18 salami operacyjnymi, pracowniami diagnostycznymi, laboratorium i zakładem rehabilitacji. Każdego dnia przyjmowani są chorzy zarówno z Warszawy, jak i z całej Polski, w trybie nagłym i na leczenie planowe. Jest to także miejsce pracy naukowców i uniwersyteckiej kadry nauczycielskiej oraz przyjazna strefa nauki dla studentów.

Szpital i jego historię przez lata tworzyły niezwykle postaci polskiej medycyny. Nie sposób wymienić wszystkich, przypomnę więc tylko niektóre nazwiska kierowników klinik zarządzających nimi w przeszłości: prof. Lucjan Stępień, prof. Jerzy Bidziński, prof. Grzegorz Janczewski, prof. Antoni Krzeski, prof. Zdzisław Łapiński, prof. Jerzy Szczerbań, prof. Andrzej Karwowski, prof. Mieczysław Szostek, doc. Maciej Skórski, prof. Jan Nielubowicz, prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Jacek Szmidt, prof. Bruno Szczygieł, prof. Tadeusz Kraska, prof. Włodzimierz Januszewicz, prof. Artur Czyżyk, prof. Waldemar Karnafel, prof. Zofia Kuratowska, prof. Waclaw Droszcz, prof. Ryszarda Chazan, prof. Janusz Nauman, prof. Ewa Bar-Andziak, prof. Alfred Siciński, prof. Kazimierz Ostrowski, prof. Irena Hausmanowa-Petrusewicz, prof. Hubert Kwiecieński, dr Janusz Kącki, prof. Wiesław Graban, prof. Bogdan Pruszyński. Oczywiście kierownicy to najważniejsza część zespołów, ale przecież tworzą je tysiące lekarzy, pielęgniarek, salowych, pracowników technicznych. (...)

Jedną z największych postaci szpitala był prof. Jan Nielubowicz, który pracował w nim 11 lat. W wystąpieniu, podczas uroczystości przyznania mu tytułu honorowego doktora honoris causa Akademii Medycznej w 1999 r.,

powiedział: „Kiedy zaczynałem po wojnie pracę jako lekarz, nie było badań obrazowych, USG i wielu badań biochemicznych. Wszystko prawie opierało się na badaniu klinicznym”. Tak również zmieniał się nasz szpital. W 1975 r. nie było ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego czy pozytronowej emisyjnej tomografii.

Ale zmieniły się nie tylko metody diagnostyczne. Diamentalnie zmieniły się metody leczenia w ciągu ostatnich 40 lat. Nowoczesna diagnostyka pozwala niejako na wgląd w ciało człowieka. A nasz szpital przy ul. Banacha podąża za nowymi trendami. Inwestuje w aparaturę, dokształca swoich pracowników, by mogli konkurować z innymi, ale przede wszystkim lepiej leczyć, lepiej kształcić i rozwijać medycynę.

**Nie sposób wymienić wszystkie niezwykle dokonania poszczególnych klinik w ciągu tych 40 lat. Przypomnę najważniejsze:**

- W 1983 r. w naszym szpitalu zostało wprowadzone do pracy klinicznej żywienie pozajelitowe i żywienie pozajelitowe domowe. Przez wiele lat SP CSK był jedynym miejscem w Polsce prowadzącym tego rodzaju wysokospecjalistyczne leczenie.
- Rok 1988 to pierwsze w Polsce zakończone sukcesem jednoczesne przeszczepienie nerki i trzustki.
- Rok 1990 r. to pierwsza udana allotransplantacja komórkowa przytarczac.
- Rok 1992 r. to w naszym szpitalu pierwsza w kraju samodzielnie wykonana przez polskich chirurgów operacja laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego.
- W 1997 r. w SP CSK rozpoczęto i włączono do rutynowego postępowania nowatorską metodę wewnątrznaczyniowego leczenia tętniaków aorty brzusznej.
- Pierwsza w Polsce udana operacja rekonstrukcji drogi pokarmowej wolnym unaczynionym autoprzeszczepem jelitowym, z użyciem fragmentu jelita cienkiego, to marzec 1986 r., a segmentu krętniczno-kątniczego – wrzesień 1995 r.

# blicznego Centralnego Szpitala

Fotografie: archiwum



- W 1997 r. wprowadziliśmy operację laparoskopową nadnerczy jako rutynowe i standardowe leczenie w chorobach tego gruczołu.
  - W 1999 r. w naszym szpitalu rozpoczęto program przeszczepiania wątroby od dawcy żywego.
  - W tym samym 1999 r. wykonano w SP CSK pierwsze przeszczepienie autologiczne u chorego na szpiczaka plazmocytozy i pierwsze przeszczepienie allogeniczne od dawcy rodzinnego.
  - W 2002 r. wykonaliśmy pierwsze w Polsce przeszczepienie wątroby od żywego dorosłego dawcy dla żywego dorosłego biorcy.
  - W 2003 r. po raz pierwszy w Polsce pobrano nerkę od żywego dawcy z wykorzystaniem małoinwazyjnej techniki wideoskopowej.
  - Rok 2004 przyniósł światu, wykonane w SP CSK, pierwsze jednoczesne przeszczepienie trzech jednostek krwi pępowinowej u chorego na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia.
  - W 2005 r. po raz pierwszy w Polsce wykonaliśmy jednoczesne przeszczepienie wątroby i nerki u chorego dorosłego.
  - W SP CSK stworzono multidyscyplinarny zespół chirurgii podstawy czaszki, składający się wyłącznie z polskich medyków. Zespół ten w 2008 r. rozpoczął wszczepianie słuchowych implantów pniowych w leczeniu całkowitej głuchoty w przypadkach mnogich guzów mózgu. W 2010 r. w SP CSK wykonano taką operację jednocześnie obustronnie. Była to pierwsza tego typu operacja na świecie.
  - Od 2006 r. rozpoczęła się współpraca interdyscyplinarna w zakresie zabiegów hybrydowych w miażdżycy wielopoziomowej i chorobach strukturalnych serca.
  - Rozpoczęto także badania dotyczące kardiotoxyczności leków onkologicznych, badania na temat genetycznego podłoża chorób serca, diagnostyki i leczenia zaburzeń rytmu oraz niewydolności serca w laminopatiach, a także badania wpływu chorób przyzębia na rozwój miażdżycy. Postępował rozwój telemedycyny.
  - Od 2010 r. w SP CSK rozpoczęto wykonywanie przezskórnych zabiegów w leczeniu chorób strukturalnych serca. W zakresie programu przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (TAVI) u chorych ze stenozą zastawki aortalnej wysokiego ryzyka operacyjnego SP CSK należy do liderów w Polsce.
  - Od 2013 r. w SP CSK prowadzone są prace nad wykorzystaniem komórek macierzystych pobieranych bezpośrednio z tkanki tłuszczowej chorego w celu regeneracji mięśnia sercowego po świeżym zawale serca.
  - 13 października 2015 r. dokonano pierwszego w Polsce autologicznego przeszczepienia komórek regeneracyjnych z tkanki tłuszczowej do rdzenia kręgowego u pacjenta ze stwardnieniem bocznym zanikowym (SLA). Zabieg został wykonany w ramach współpracy Kliniki Neurologii, Kliniki Neurochirurgii WUM i Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN.
- Dzisiejszy SP CSK to przede wszystkim wspaniali ludzie, którzy w nim pracują, to prawie 800 lekarzy, 1100 pielęgniarek, technicy medyczni, rehabilitanci, sekretarki medyczne, personel pomocniczy, stanowiący ponad trzytysięczną armię ludzi. W szpitalu, który dysponuje ponad tysiącem łóżek chirurgicznych i internistycznych, przeprowadza się rocznie ponad 10 tys. operacji. Chwała za to dyrektor Ewie Marzenie Pełszyńskiej, która ze swoim zespołem od 2002 r. organizuje pracę szpitala, zabiega o fundusze zarówno unijne, jak i z MZ, i przeznaczają je na modernizację placówki.
- Gratulując dyrektor Ewie Marzenie Pełszyńskiej i jej zespołowi skuteczności w zmienianiu szpitala na lepsze, podkreślam uniwersytecki charakter placówki i zwracam jeszcze raz uwagę na trzy misje, jakie pełni szpital przy ul. Banacha: leczenie w szpitalu referencyjnym, rozwój medycyny i edukacja na najwyższym poziomie. ■**
- Fragmenty wystąpienia w czasie uroczystości 4 listopada 2015 r.*

Wybr. egw

## Poświęcenie na rzecz drugiego człowieka



Fot. M. Mostowska

W 2014 r. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu powołał Międzynarodowe Konsorcjum Badań Przesiewowych Słuchu, które realizuje „Program wczesnego wykrywania wad słuchu w celu wyrównania szans edukacyjnych dzieci na czterech kontynentach”. W skład konsorcjum wchodzi ośrodki medyczne z: Armenii, Kirgistanu, Mołdawii, Rumunii, Senegalu, Tadżykistanu i Wybrzeża Kości Słoniowej. W tych krajach, a także na Ukrainie i w zachodniej Syberii, w Azerbejdżanie, Kongu, Tanzanii, Kolumbii, a ostatnio w Rwandzie, specjaliści przeprowadzili pilotażowe badania przesiewowe słuchu w szkołach. Wyniki wskazują, że od 13 do 30 proc. dzieci w wieku szkolnym ma rozmaite zaburzenia słuchu.

Badania słuchu w Rwandzie były możliwe dzięki współpracy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu z Pallotyńską Fundacją Misyjną Salvatti.pl. Dzieci, które mogą otrzymać pomoc w swoim kraju, zostały skierowane do dalszego leczenia. Wielu schorzeń słuchu nie da się jednak leczyć w krajach Afryki z powodu braku specjalistów i sprzętu medycznego. Dlatego kolejnym krokiem polskich laryngologów będzie założenie ośrodka telemedycznego w Kigali, w placówce prowadzonej przez siostry pallotynki.

Pomysłodawcą badań laryngologicznych w Afryce jest twórca Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach i dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. To m.in. za poświęcenie na rzecz drugiego człowieka prof. Henryk Skarżyński znalazł się wśród 20 osób odznaczonych medalem „Za zasługi dla Archidiecezji Warszawskiej”. Uroczystość odbyła się 6 stycznia 2016 r., w Dniu Objawienia Pańskiego, w archikatedrze św. Jana Chrzciciela. Medale wręczał kardynał Kazimierz Nycz. ■

kb



Fot. IFiPS

## Inwestycje mazowieckie

**Zarząd Województwa Mazowieckiego wygospodarował na 2016 r. dodatkowo ponad 50 mln zł na remonty i modernizacje w mazowieckich szpitalach, instytucjach kultury oraz na projekty drogowe.**

W sumie na kontynuację inwestycji i realizowanie nowych przeznaczono 480 mln zł. Planuje się kontynuację wielu rozpoczętych już inwestycji, np. budowy szpitala w Drewnicy. Nowym przedsięwzięciem będzie budowa centrum leczenia mukowiscydozy w Dziekanowie Leśnym. Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego podaje, że w stosunku do pierwotnych założeń o ponad 20 mln zł zwiększy się pula środków na inwestycje w służbie zdrowia. Planowane są m.in.: modernizacja Oddziału Neurologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o., przebudowa części budynku głównego oraz zakup wyposażenia do Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER Sp. z o.o., z siedzibą w Konstancinie-Jeziornie, rozbudowa niektórych budynków na potrzeby oddziałów Dziecięcego i Okulistycznego oraz apteki na terenie Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Sp. z o.o. w Siedlcach, zakup zintegrowanego systemu przywoławczego dla pacjenta

i centrali telefonicznej w Centrum Lecznico-Rehabilitacyjnym i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o.o. w Warszawie, modernizacja pawilonu nr 7 w Wojewódzkim Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. E. Wilczkowskiego w Gostyninie, remont sieci kanalizacji sanitarnej i deszczowej oraz poprawa stanu technicznego szpitala Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. J. Mazurkiewicza w Pruszkowie, remont dachów oraz wymiana części stolarki okiennej w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

## Śmigłowiec dla Sokołowa

**Lotnicze Pogotowie Ratunkowe wzbogaciło się o cztery śmigłowce. Jeden trafi do Sokołowa Podlaskiego i będzie obsługiwał wschodnią część Mazowsza. Dotychczas ten obszar był białą plamą na mapie zasięgu LPR.**

Nowe śmigłowce zostały wyprodukowane przez Airbus Helicopters. Należą do typu H135, czyli tego samego, co maszyny kupione wcześniej, ale są ulepszone. ■ pk

## Telemedycyna – sukcesy polskich otolaryngologów

W wyniku przeprowadzonych pod koniec 2015 r. wyborów, w których startowali kandydaci z całego świata, nowym członkiem zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (International Society for Telemedicine & eHealth – ISfTeH) został dr hab. n. med. **Piotr H. Skarżyński**. Kadencja zarządu zaczyna się w lutym 2016 r. i będzie trwać trzy lata. Misją ISfTeH jest promocja i wsparcie rozwoju telemedycyny. Organizacja nadzoruje też pracę

krajowych towarzystw i stowarzyszeń związanych z telemedycyną. Ma również na celu rozpowszechnianie informacji na temat technologii wykorzystywanej w e-medycynie, a także wspieranie nowych krajowych towarzystw, co wpływa na pogłębienie wzajemnych relacji i buduje synergii między środowiskami biznesu i nauki. Wszystkie działania ISfTeH prowadzone są w ścisłym partnerstwie z sektorem komercyjnym oraz organizacjami *non profit*. ■

kb

# Radomskie Centrum Onkologii z kontraktem



Fot. R. Natorski

Nowoczesny obiekt, który powstał przy ul. Uniwersyteckiej w Radomiu, formalnie został otwarty we wrześniu 2014 r., ale do grudnia 2015 działał bez kontraktu z NFZ. Przedstawiciele funduszu tłumaczyli bowiem, że inne regionalne placówki w optymalnym stopniu zaspokajają potrzeby mieszkańców, a centrum na Wacynie nie prowadzi kompleksowej działalności.

– *To dla nas wyjątkowa chwila* – przyznaje Marek Jutkiewicz, prezes Centrum Onkologii Ziemi Radomskiej. Po wielomiesięcznych staraniach placówce udało się podpisać umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia i rozpocząć przyjmowanie pacjentów z chorobami nowotworowymi.

Kontrakt obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „Leczenie szpitalne – chemioterapia” (uszczegóławiając: chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym). Formalnie obowiązywał tylko do 31 grudnia 2015, ale został automatycznie przedłużony do końca czerwca 2016 r. Później ma być aneksowany albo NFZ ogłosi nowe konkursy. Szefostwo RCO liczy, że zakres umowy będzie poszerzony, ponieważ placówka chciałaby świadczyć także inne usługi w zakresie chemioterapii (hospitalizację i zabiegi w trybie jednodniowym).

Na razie w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ chorzy otrzymują: okresową ocenę skuteczności chemioterapii, porady lekarskie oraz procedury podania leku zawierającego substancję czynną, możliwą do stosowania w warunkach ambulatoryjnych.

Ze statystyk Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w ciągu roku w regionie radomskim (w promieniu 75 km od RCO) przybyło blisko 5 tys. chorych. W placówce będą leczone różne rodzaje raka: piersi (BCU), przewodu pokarmowego, głowy i szyi, układu moczowego i prostaty, kobiecych narządów rodnych, płuc oraz mózgu.

Obecnie placówka dysponuje 38 łóżkami. Ma dwie sale operacyjne oraz nowoczesną bazę diagnostyczną z urządzeniami do tomografii komputerowej (PET), endoskopii przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, rezonansu magnetycznego, mammografii, histopatologii, diagnostyki obrazowej i biopsji stereotaktycznej piersi.

Dobiega już końca realizacja drugiego etapu inwestycji: wybudowano bunkry na trzy przyspieszacze liniowe dla oddziału radioterapii oraz dwa aparaty do brachyterapii, powstaje oddział chemioterapii, zakład medycyny nuklearnej oraz diagnostyki laboratoryjnej z histopatologią.

Na bazie tych oddziałów zostanie utworzony m.in. Breast Cancer Unit (dla pacjentek z nowotworami piersi). Będzie szerokie zaplecze usługowe (apteka, sterylizatornia). Władze RCO planują też uruchomienie hostelu pełniącego funkcję centrum noclegowego dla chorych i ich rodzin.

Placówka współpracuje z warszawskim Centrum Gamma Knife, dzięki czemu pacjenci zyskali możliwość leczenia za pomocą Leksell Gamma Knife. ■

Rafał Natorski

**IDF** INTERNATIONAL DENTAL FAIR przy współpracy z firmą **Poldent**®

**UWAGA! TA WIEDZA BARDZO POPRAWI JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO TWOJEJ PRAKTYKI!**

TO JUŻ KOLEJNA EDYCJA!!!

Zapraszamy na bardzo ciekawą i przydatną serię szkoleń krajowych.

Prowadząca, **lek. dent. Ewa Jańczak-Biegańska**, pełni funkcję konsultanta orzecznika medycznego z zakresu stomatologii w towarzystwach ubezpieczeniowych w sprawach dotyczących szkód NNW oraz szkód objętych OC w sektorze służby zdrowia, weryfikuje także opinie sądowe.

**13 II 2016 r. (Warszawa) – „Dokumentowanie procesów sterylizacji jako ochrona przed roszczeniami pacjentów”**

- \* Roszczenia w sprawach o błąd medyczny z tytułu zakażeń
- \* Kontrola wewnętrzna – audyt
- \* BHP w gabinecie stomatologicznym i obowiązkowe procedury sanitarne
- \* Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej przyczyną natychmiastowej porażki lekarza w sprawach sądowych

**5 III 2016 r. (Warszawa) – „Błędy i problemy w leczeniu a roszczenia pacjenta”**

- \* Proces likwidacji szkód w zakresie OC lekarzy
- \* Błędy w sztuce lekarskiej i ich poważne konsekwencje
- \* Przykłady roszczeń pacjentów
- \* Znaczące błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej gabinetu

Zgłoszenia: **IDF Sp. z o.o.**, 02-237 Warszawa, ul. Instalatorów 7B, 22 868 36 93, 506 09 75 98, szkolenia@idf.net.pl

Szczegółowe programy i nasze pozostałe oferty dostępne na stronie: [www.idf.net.pl](http://www.idf.net.pl)



OGŁOSZENIE



# Konferencja pneumonologiczna w Grodnie

Już po raz 12. polscy, ukraińscy i białoruscy pneumonolodzy spotkali się na dorocznej konferencji poświęconej chorobom płuc. Otrzymała się w październiku 2015 r. Po raz pierwszy zjazd miał miejsce na Białorusi, w gościnnym i bardzo bliskim sercu Polaków Grodnie. Konferencję zorganizował Państwowy Uniwersytet Medyczny w Grodnie z Polsko-Ukraińsko-Białoruską Grupą Roboczą Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Na czele licznego zespołu polskich wykładowców stał wiceprezes PTChP prof. Paweł Śliwiński. Przybyli również przedstawiciele kilku ośrodków ukraińskich, a także goście z Holandii, Rosji i Armenii.

Pierwszy dzień w całości poświęcono problemom gruźlicy, która stanowi poważne wyzwanie dla opieki medycznej na Białorusi i Ukrainie. Szczególnie groźne jest szerzenie się przypadków zakażenia prątkami wielolekoopornymi, które stanowią 37 proc. nowych zachorowań na Białorusi oraz 66 proc. wznów. Dla porównania w Polsce – 1,7 i 12 proc. Naukowcy z białoruskich, ukraińskich i rosyjskich ośrodków ftyzjatrycznych przedstawili sytuację epidemiologiczną i działania podjęte dla ograniczenia rozprzestrzeniania się tej groźnej postaci choroby. Mimo olbrzymich nakładów, jakie przeznaczają się na leczenie chorych na gruźlicę wielolekooporną, wyniki nie są zadowalające, gdyż blisko połowy pacjentów nie udaje się odprątkować. Duże nadzieje wiąże się z nowymi lekami, takimi jak linezolid i betakwilina. Zastosowanie ich w terapii było możliwe dzięki uzyskaniu dużej subwencji z WHO, którą wydano na kosztowne leki i wdrożenie odpowiednich programów. Dobrym przykładem właściwej kontroli gruźlicy są działania podejmowane w Holandii. Dzięki nim odsetek przypadków gruźlicy wielolekoopornej w kraju nie przekracza 0,1 proc. wszystkich zachorowań.

Drugim ważnym problemem zdrowotnym na Białorusi i Ukrainie stał się w ostatnich latach zaskakująco gwałtowny wzrost współistnienia zakażeń prątkiem i HIV. O ile liczba przypadków gruźlicy stopniowo zmniejsza się w tych krajach, o tyle odsetek chorych ze współistnieniem zakażeń prątkiem gruźlicy i HIV znacząco rośnie. Z tego względu WHO objęła patronatem sesję poświęconą zagadnieniu współistnienia gruźlicy i AIDS w tym regionie, a dzięki przyznanym środkom

finansowym możliwe było uczestnictwo w konferencji wielu lekarzy zajmujących się takimi przypadkami na Białorusi. W sesjach poświęconych gruźlicy polscy delegaci przedstawili problem współistnienia gruźlicy z chorobami reumatycznymi oraz wyniki badań nad gruźlicą utajoną u dzieci, które powadzone są w Polsce i na Białorusi wspólnie.

W drugim dniu odbyła się sesja przygotowana przez Polsko-Ukraińsko-Białoruską Grupę Roboczą PTChP na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wykład, pokazujący, w jaki sposób fenotyp POChP wpływa na leczenie choroby, wygłosił prof. Paweł Śliwiński z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Prof. Joanna Domagała-Kulawik z WUM zwróciła uwagę na współistnienie u palaczy tytoniu dwóch szczególnie groźnych chorób – raka płuca i POChP. W kolejnych wykładach przedstawiono problem anemii, niedożywienia i zmian mięśniowych, które wskutek tego następują. W części poświęconej ogólnym problemom pneumonologicznym prof. Andrzej Chciałowski z WIM zaprezentował nowoczesne metody diagnostyki i terapii endoskopowej chorób płuc wprowadzone w ostatnich latach. Z kolei dr hab. Szczepan Cofta z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu omówił dwa wyzwania współczesnej pneumonologii – mukowiscydozę u dorosłych i zaburzenia oddychania w czasie snu. Prof. Piotr Gutkowski z Centrum Zdrowia Dziecka porównał badanie nadreaktywności oskrzeli u dzieci metodą spirometryczną i pletyzmograficzną. Dr hab. Wojciech Piotrowski z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi skupił się na własnych doświadczeniach dotyczących patogenezy sarkoidozy. Na koniec dr Krystyna Szymańska z WUM wygłosiła wykład o hipowentylacji u osób z zaburzeniami neurologicznymi.

Goście z Polski zwiedzili z przewodnikiem Natalią Kaniuk stare Grodno. Wysłuchali pasjonujących opowieści o losach zamku królewskiego, w którym zdecydowano o trzecim rozbiore Polski, i o dziejach tego miasta, na trwałe wpisanego w historię naszego kraju. Była również okazja m.in. odwiedzić dom i grób Elizy Orzeszkowej, zajrzeć do katedry pojezuickiej. W drodze powrotnej polscy lekarze zawitali do Nowogródka, miejsca dzieciństwa i młodości Adama Mickiewicza. Zwiedzili

także świątynię, w której król Władysław Jagiełło poślubił Zofię Holszańską, matkę Władysława i Kazimierza, przyszłych dziedziców korony. Poznanie szczególnych miejsc, znanych z podręczników szkolnych, wywołuje wzruszenie i zadumę.

Kolejna polsko-ukraińsko-białoruska konferencja pneumonologiczna odbędzie się w maju 2016 r., podczas Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w Wiśle. ■

**Tadeusz Maria Zielonka**  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM



Fot. S. Cofta

# Za trudny egzamin?

Z dr. n. med. **Piotrem Sowińskim**, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na Mazowszu, p.o. ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala Praskiego w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

**W ubiegłorocznej sesji jesiennej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego nie zaliczyło testu pisemnego z anestezjologii 91 proc. zdających. Czy pytania były za trudne?**

91 proc. to z pewnością za dużo. Trzeba jednak podkreślić, że egzamin odbywał się po egzaminie europejskim (EDA), który rezydenci wybierają na ogół w pierwszej kolejności, a PES traktują jak egzamin poprawkowy, jeżeli ten pierwszy zakończył się niepowodzeniem. Uważam, że egzamin polski nie może w żadnym stopniu odbiegać od europejskiego, powinny być jednorodne i wymagać rzetelnej wiedzy. Na stronie internetowej konsultanta krajowego prof. Krzysztofa Kuszy znajduje się wykaz zagadnień (rekomendacji, zaleceń, a także lista podręczników) niezbędnych do zdania egzaminu specjalizacyjnego. Zarówno pytania egzaminacyjne, jak i odpowiedzi zdających powinny się zamykać w tych regulacjach.

**Co należałoby zmienić w szkoleniu specjalizacyjnym, aby wyniki egzaminów się poprawiły?**

Potrzebna jest analiza i znalezienie słabych punktów w procesie dydaktycznym. Wkrótce będę uczestniczył w pracach komisji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oceniającej pracę szkoleniową poszczególnych ośrodków. Problem nie polega na tym, że rezydenci się nie uczą, to spłylenie tematu. Sześć lat specjalizacji to dość czasu na zdobycie wiedzy. Sądzę, że większy nacisk należy położyć na zaliczenia po poszczególnych etapach kształcenia – zaliczenia kursów czy staży, które organizują ośrodki szkoleniowe. To musi być wiarygodna ocena uzyskanej wiedzy, w postaci kolokwium lub egzaminu, a nie formalność. Na przykład w Szwecji w ogóle nie ma egzaminu specjalizacyjnego, ale są kolokwia po każdym stażu kierunkowym. Rezydenci wolą zdawać egzamin europejski, gdyż mogą przystąpić do niego już po czwartym lub piątym roku specjalizacji. Postulat środowiska rezydentów, aby i polski egzamin mogli zdawać wcześniej, jest słuszny. Pozwoliłoby to na rozłożenie w czasie przygotowań: najpierw egzamin pisemny, testowy, później ustny, który wymaga opanowania znacznie większego zakresu materiału. Lekarze rezydenci to dojrzały ludzie, ukończyli

Fot. ach

najtrudniejsze studia – medycynę, i zdają sobie sprawę, jak powinni przygotować się do egzaminu.

**Jaka jest kondycja i potrzeby anestezjologii i intensywnej terapii na Mazowszu?**

Zdecydowanie poprawia się standard i wyposażenie bloków operacyjnych, sal wybudzeń, oddziałów anestezjologii. Zwiększa się liczba łóżek do intensywnej terapii, są jednak szpitale, w których czasowo brakuje miejsc na tych oddziałach. W takiej sytuacji pomocne są raporty o wolnych łózkach przekazywane do urzędu wojewódzkiego i publikowane na stronie internetowej ([www.szpitale.mazowieckie.pl](http://www.szpitale.mazowieckie.pl)). Ponieważ w zdecydowanej większości pracujemy w systemie kontraktowym, a nie na etatach, nie odczuwamy tak bardzo braku anestezjologów. Skoro mówiliśmy o potrzebach szkoleniowych, trzeba powiedzieć, że wadą tego systemu jest brak częstego kontaktu rezydentów z kierownikiem specjalizacji. Na Mazowszu pracuje około 800 anestezjologów (łącznie z rezydentami). Przed poprzednią sesją egzaminacyjną mieliśmy w regionie 120 wolnych miejsc rezydentycznych. To jest znaczący potencjał, który – biorąc pod uwagę rozwój anestezjologii i intensywnej terapii – należy wykorzystać. Dlatego tym bardziej nie możemy obniżać rangi i poziomu egzaminu specjalizacyjnego. Niezależnie, czy lekarze będą zdawali egzamin polski, czy europejski, uzyskany dyplom musi być potwierdzeniem zdobycia tych samych umiejętności oraz rzetelnej i sprawdzonej wiedzy z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. ■

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na Mazowszu**  
dr n. med. **Piotr Sowiński**

Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.,  
Warszawa, al. Solidarności 67, tel. 22-555-10-67  
e-mail: [piotrsowinski@hotmail.com](mailto:piotrsowinski@hotmail.com)

## POChP: relacje pacjent – lekarz

**Na** poziomie leczenia i ostateczne powodzenie terapii istotny wpływ ma jakość relacji pacjent – lekarz. Jest to szczególnie ważne dla cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, ponieważ w ich przypadku kontakt ten utrzymuje się wiele lat. Lekarzem prowadzącym najczęściej jest pulmonolog, rzadziej lekarz pierwszego kontaktu.

Z raportu przygotowanego na zlecenie Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP wynika, że 95 proc. ankietyowanych pacjentów ma zaufanie do swoich lekarzy. Zdaniem większości pytanym rozmowa na temat przyjmowania leków i stosowania się do zaleceń terapii nie stanowi problemu. Co więcej, często lekarz przejmuje inicjatywę i sam pyta o trudności, m.in. ogólny stan zdrowia, a zaledwie 10 proc. stara się zmienić tryb życia, np. rzucić palenie papierosów. ■

Jednak lekarze mają ograniczony czas dla pacjenta (15 minut) i nie zawsze zdążą odpowiedzieć na wszystkie pytania i wyjaśnić wszystkie wątpliwości chorych. Dlatego u pacjentów rodzi się poczucie osamotnienia i niezrozumienia. Pogłębia to często brak akceptacji społecznej dla zachowań chorych.

Raport dotyczy również stosowania się pacjentów do zaleceń lekarzy. 73 proc. ankietyowanych chorych uważa, że właściwie dawkuje leki, dwie trzecie nie ma sobie nic do zarzucenia w kwestii regularności ich przyjmowania, a blisko połowa konsekwentnie zmienia styl życia. Lekarze mają jednak inne zdanie. Według nich tylko 36 proc. pacjentów dostawia leki, 28 proc. systematycznie je przyjmuje, a zaledwie 10 proc. stara się zmienić tryb życia, np. rzucić palenie papierosów. ■

mkr

# Wróciłam do normaln

Kilka lat temu na łamach „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls” ukazał się cykl moich artykułów poświęconych różnym uzależnieniom. Po tych publikacjach spotykałem kolegów, którzy dziękowali mi za przybliżenie tej problematyki, co było korzystne zarówno dla ich pacjentów, jak i bliskich im osób, w tym kolegów lekarzy. Ostatnio, po opublikowaniu w „Gazecie Lekarskiej” artykułów poświęconych uzależnieniom wśród lekarzy, otrzymałem kilka bardzo interesujących listów. Napisali je m.in. koledzy i koleżanki, którym udało się powstrzymać chorobę. Jedną z nich była Bożena (w rzeczywistości autorka nosi inne imię).

Uznałem, że treść listu należy koniecznie udostępnić. Opisana historia jest bowiem charakterystyczna, a znajomość kolejnych etapów wchodzenia w uzależnienie może wielu osobom otworzyć oczy i tym samym spełnić rolę profilaktyczną. Daje także nadzieję tym, którzy jeszcze cierpią i nie wierzą w możliwość poradzenia sobie z chorobą, jaką jest uzależnienie. Autorka wyraziła zgodę. Z przyczyn ode mnie niezależnych nie doszło do publikacji tego listu w „Gazecie Lekarskiej”, natomiast redakcja „Pulsu” przychylnie odniosła się do propozycji.

Myślę, że warto wracać do tematu, bowiem problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu, leków, narkotyków) może mieć u nas około 10 proc. lekarzy (na świecie 8–15 proc.), czyli prawdopodobnie ponad 15 tys. kolegów, w tym na terenie naszej Izby – około 3 tys. Powinniśmy więc, jako środowisko, wiedzieć, jak im rozsądnie pomagać. Zdobyta wiedza może okazać się przydatna także dla naszych pacjentów.

W tym celu opracowałem „ściągakę”, która pomaga zauważyć objawy świadczące o rozwijającym się uzależnieniu, wyjaśnia, dlaczego tak trudno przyznać się do niego i zdecydować na terapię, oraz podpowiada, jak rozmawiać o nim, jak interweniować i jak unikać błędów, które odwołują decyzję o zgłoszeniu się do specjalisty terapii uzależnień. Uzyskałem od prezesa OIL w Warszawie zgodę na opublikowanie jej w kolejnym numerze „Pulsu”, a tym samym kontynuowanie delikatnego, jednocześnie niezwykle ważnego tematu i umożliwienie, przynajmniej lekarzom z terenu naszej Izby, zapoznania się z bardzo przydatnymi materiałami.

Ponieważ zasygnalizowane zagadnienia powinni według mnie znać wszyscy lekarze, skłonny jestem udostępnić opracowane wskazówki także redakcjom innych wydawnictw izb lekarskich.

dr n med. **Bohdan T. Woronowicz**

pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy OIL w Warszawie, psychiatra, specjalista i supervisor terapii uzależnień

Mam prawie 60 lat. Pochodzę z rodziny, w której alkohol nie odgrywał szczególnej roli, gościł sporadycznie podczas spotkań towarzyskich i rodzinnych w niewielkich ilościach. Inicjacji alkoholowej w pracy doświadczyłam na stażu podyplomowym w roku 1981, na oddziałach zabiegowych. Kolega w podczas „spokojnego” dyżuru poczęstował mnie spirytusem. Do dziś pamiętam, jak bawiło go to, że się krztuszę i nie mogę złapać oddechu. Widziałam starszych kolegów po udanym zabiegu sięgających po trunek z darów wdzięcznych pacjentów. Byli to dobrzy fachowcy z tytułami naukowymi i sławą. Imponowało mi stanie „na hakach” w asyście do operacji u ich boku. Kiedyś, po skomplikowanym zabiegu, zostałam poczęstowana dobrym koniakiem. Do rana czułam się wyśmienicie. Tak odkryłam, że alkohol dodaje energii, a dyżurowy „prześtój” nie jest tak nudny. Było na to przyzwolenie. Nawet nie przyszło mi do głowy, że to niestosowne. Tak bywało wielokrotnie i nic się z tego nie działo.

W stanie wojennym dyżurowałam dodatkowo na oddziale pomocy doraźnej. Tam już regularnie piłam z kolegami. Moje alkoholowe doświadczenia przeniosłam po pracy na grunt „bezpieczny”, czyli do domu. Umilałam sobie nudne „robotki domowe” i dodawałam energii po ciężkich dyżurach. Rozpoczęłam specjalizację. W pracy nie piłam, ale po pracy odreagowywałam stres lub stosowałam alkoholowy doping. Po dyżurach w pogotowiu bywałam skacowana. Po dwóch latach pracy w szpitalu zaczęłam pić często w domu, miałam już objawy uzależnienia i sięgałam regularnie po alkohol dla poprawy fizycznego i psychicznego samopoczucia. Niepokoiło to mojego męża, więc postanowiłam więcej dyżurować, by ograniczyć picie. Strategia okazała się nieskuteczna, bo po dyżurowych maratonach i wymuszonej abstinencji wróciłam do upijania się w domu. Nikt z kolegów nie zwrócił uwagi na moje gorsze funkcjonowanie, wszak nie miałam absencji w pracy, nie spóźniałam się. Byłam tylko coraz bardziej zmęczona, nadpobudliwa, degradacji ulegało moje życie rodzinne. W pracy stwarzałam pozory dyspozycyjnej, gorzej mi szło terminowe pilnowanie dokumentacji medycznej. Choroba pogłębiała się. Zaczęłam mieć silny głód alkoholowy podczas dyżurów, już nie wytrzymałam 24-godzinnej przerwy w picu. Zaczęłam w ukryciu popijać alkohol – traciłam nad tym kontrolę. To było widać nawet po zmianach w charakterze mojego pisma. Jedyną osobą, która wtedy życzliwie ostrzegała, że moje picie nie jest normalne, była zaprzyjaźniona pielęgniarka, ale ignorowałam te uwagi. Wtedy raporty z dyżuru pisało się odręcznie i często mój raport był pisany chwiejnym, zmienionym pod wpływem alkoholu pismem. To także nie zwracało niczyjej uwagi, a przecież wszyscy widzieli wpisy w książce raportów, musieli też ode mnie czuć alkohol. Zbliżał się czas zdawania egzaminu specjalizacyjnego. Z dużym trudem na rok bardzo ograniczyłam picie, ale byłam przygnębiona, dręczyły mnie koszmary, pogłębiły się zaburzenia snu. Maksymalna, całkowita przerwa w picu trwała sześć miesięcy. Ale na przyjęciu z okazji zdanych egzaminów do specjalizacji wypijałam toast. Inni zadowolili się kieliszkiem wina, ja nie poprzestałam na kolejnych lampkach koniaku, w domu musiałam zaraz się upić. Potem była już równia pochyła. Frustrujące, bo coraz bardziej nieudane próby kontrolowania picia, objawy depresji. W tym czasie jedynie raz rozmawiała ze mną życzliwie pani ordynator. Bardzo bałam się stracić pracę, bo tylko to dawało mi resztkę poczucia bycia potrzebną i wartościową osobą. Zapewniłam, że „panuję nad tym”. Rodzina izolowała się ode mnie, a ja od niej. Był rok 1992. Wymyśliłam sobie swój sposób na zaplanowanie nad picie. Wzięłam długi bezpłatny urlop. Przez



# ego życia

tydzień odpoczywałam, potem piłam ciągami, złamałam sobie rękę, będąc pod wpływem alkoholu, więc okres przerwy w pracy znacząco się wydłużył. Wróciłam do pracy, ale źle się czułam, popijałam w ukryciu. Czujniejsza już pani ordynator podpowiedziała mi, abym zgłosiła się do psychiatry w przy szpitalnej poradni. To było trudne dla mnie, znałam wielu psychiatrów, z częścią się przyjaźniłam, bardzo wstydziłam się swojej „słabości” i cierpienia, jakiego przysparzałam mojej rodzinie. Nikt z zaprzyjaźnionych psychiatrów otwarcie nie podejmował tematu mojego picia, kilku z nich także nadużywało alkoholu. Wtedy zaczęto mnie leczyć pod przykrywką depresji na psychiatrycznym oddziale dziennym. Dostawałam leki przeciwdepresyjne, uczestniczyłam w zajęciach, a po trzytygodniowej abstynencji znowu popijałam w weekendy, w majestacie leczenia, na oddziale z ludźmi prawdziwie chorującymi na depresję, z zaburzeniami adaptacyjnymi i psychotykami w stanie remisji. Nikt, ani lekarze, ani psychologzy, nie dotykali drażliwego tematu mojego picia, a psychiatrzy nie proponowali podjęcia leczenia odwykowego. Powiedziano mi tylko, że nie należy łączyć leków z alkoholem.

W końcu ktoś anonimowo zgłosił policji, że jestem nietrzeźwa na dyżurze w szpitalu. Był rok 1993 r. Policja interweniowała, pobrano mi na pogotowiu krew. W wydechany powietrze miałam 1,7 promila alkoholu. Sprawę zgłoszono do prokuratury oraz do sądu lekarskiego. Wtedy postawiono mi otwarcie ultimatum: muszę leczyć się od uzależnienia i wtedy nie stracę pracy. Najpierw umieszczono mnie na miesiąc na oddziale psychiatrycznym, włączono leki przeciwdepresyjne, potem podjęłam leczenie ambulatoryjne w poradni leczenia uzależnień. Kontynuowano farmakoterapię. Na proponowane leczenie w warunkach stacjonarnych nie zgodziłam się. Staralam się pogodzić pracę zawodową w szpitalu (odsunięto mnie tylko od dyżurów) i leczenie uzależnienia w trybie ambulatoryjnym, chodzenie na spotkania anonimowych alkoholików, prowadzenie domu. Z poczuciem winy było to trudne, ale doświadczyłam ulgi, moje picie przestało być tematem tabu. Zostałam ukarana przez sąd karami grzywny i pozbawienia wolności na pół roku w zawieszeniu na dwa lata, a sąd lekarski dał mi karę upomnienia, bo wziął pod uwagę, że już jestem w trakcie terapii. Poniosłam konsekwencje karne, nie próbowałam ich unikać i przeciągać sprawy w sądzie. Mojego picia w pracy koledzy lekarze nigdy nie komentowali w mojej obecności, zaprzyjaźnione pielęgniarki wyliczały, ilu to innych lekarzy w naszej miej-

scowości pije bezkarnie, i dopytywały się zyczliwie o postępy w leczeniu. Przełożeni dyskretnie monitorowali mój regularny udział w terapii ambulatoryjnej.

Po roku godzenia leczenia ambulatoryjnego z pracą zawodową w czasie urlopu wypoczynkowego znów sięgnęłam po alkohol. Chciałam bardzo poczuć się dobrze. Po wypiciu około 100 g wódki miałam dość, nie doświadczyłam nawet śladu poprawy nastroju, doznałam bolesnego rozczarowania. Coś jednak z terapii ambulatoryjnej uzależnienia i udziału w AA mi zostało, bo zgłosiłam się następnego dnia do psychiatry. On profesjonalnie przekierował mnie do poradni leczenia uzależnień, poprowadził dostownie za rękę. Postawiono mi ultimatum: tylko leczenie w ośrodku stacjonarnym. Już nie chciałam pić, nie wiedziałam jednak,

jak żyć bez alkoholu i jak uwolnić się od depresji. Przełożeni bardzo sekundowali mojemu leczeniu, nikt nie stwarzał mi trudności. Około miesiąca czekałam

na przyjęcie do Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Potraktowano mnie tam z szacunkiem i powagą. Dopiero tam, oderwana od pracy i domu, mogłam podjąć trud odbudowania swojego poczucia wartości. Zaproponowano mi wielomiesięczny plan leczenia i zdrowienia po hospitalizacji, w postaci uczestnictwa w zajęciach zapobiegających nawrotom choroby oraz w corocznych dwutygodniowych turnusach rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych.

Po latach doceniając konsekwentną postawę pracodawcy wobec mojej choroby: nie zwolniono mnie z pracy, tylko wymuszono zgodę na podjęcie leczenia, a później monitorowano jego przebieg. Niezwykle cenny był dla mnie długoterminowy program zdrowienia obejmujący m.in. turnusy rehabilitacyjne. Początkowo byłam ich uczestniczką, a później opiekunką tych turnusów. Niestety, tę unikatową formę leczenia oraz rehabilitacji osób uzależnionych i współuzależnionych, którą wprowadził pod koniec lat 80. dr Bohdan Woronowicz i która przywróciła do normalnego życia tak wiele osób, zlikwidowano.

Obecnie pracuję jako lekarz i specjalista psychoterapii uzależnień. Pomagam w zatrzymaniu choroby także moim kolegom lekarzom. ■

**Bożena – lekarka, której się udało**

*List przesłany do dr. Bohdana Woronowicza wraz ze zgodą na jego opublikowanie w „Pulsie”.*

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



Fot. archiwum

# Byle nie z boku

Paweł Kowal

Przed świętami na Uniwersytecie Yale doszło do niecodziennej debaty. Studenci pod wodzą prof. Timothy'ego Snaydera podzielili się na grupy i odgrywali negocjacje międzynarodowe dotyczące kryzysu na Ukrainie. Wcześniej tygodniami studiowali szczegóły polityki wschodniej Polski, Niemiec, instytucji unijnych, trendy w polityce USA itd. Na koniec spędzili wieczór na zaaranżowanym dyplomatycznym bankiecie, który był okazją do nieformalnego docierania stanowisk. Potem, od rana, znowu prowadzono kularowe negocjacje. Wreszcie odbyła się sesja plenarna. Większość studentów nie miała emocjonalnych związków z Polską. Po prostu występowali w roli negocjatorów i starali się ugrać jak najwięcej dla swojej ekipy. Czasem zza oceanu widać lepiej. Z przebiegu debaty wynikało jedno: w zderzeniu z silnymi unijnymi instytucjami Polska bez wsparcia Komisji Europejskiej była w każdym wariantcie znacznie słabsza.

Po wyborach Warszawa staje się obiektem krytyki i komentarzy europejskich polityków. Można odpowiadać na różne sposoby, ważne, by zawsze reagować z pozycji wewnątrz Unii. Gdy korci nas, by ostro odparować, dla Polski lepiej, jeśli powiemy dokładnie i konkretnie, co do kogo mamy. Do Komisji Europejskiej, do konkretnego komisarza, do takiego a takiego państwa członkowskiego, do Parlamentu Europejskiego. „Spór z UE” trzeba zamienić na normalną polityczną debatę wewnątrz Unii, w której Polska gra na równych prawach. Lepsza już dla nas konkretna awantura z Martinem Schultzem czy ministrem spraw zagranicznych Luksemburga niż atakowanie całej UE, jakbyśmy byli za jej burtą.

W sumie podobnie jest ze „skarżeniem na Polskę”. Kawa na łące: nie ma chyba we współczesnej Polsce poważnej partii ani znaczącego polityka, którzy nie mieliby politycznych znajomych na Zachodzie. A gdy z nimi taki polski polityk rozmawia, mówi, co u nas. Ale – jak to w życiu – przede wszystkim z własnej perspektywy. Wychodzi podobne podejście do pewnych spraw, powstają lojalności partyjne i zobowiązania. Cameron czuje się zobligowany wesprzeć politycznie sojuszników z PiS, Schultz – lewicę, Angela Merkel – PO, a Verhofstadt – Solidarną. I chwała Bogu, bo znaczy to, że jesteśmy w europejskim obiegu, nie patrząc na nas jak na tych za żelazną kurtyną, politykowanie europejskie (także popieranie „swoich”) stało się częścią i naszej polityki. Tak wraca normalność po czasach, gdy byliśmy poza systemem.

A mimo to, zawsze najlepiej zdziwić wszystkich naszych europejskich przyjaciół razem wziętych i się w Polsce w tej czy innej sprawie dogadywać, wbrew opinii, że nam nad Wisłą kompromis jakoś nie wychodzi. ■

## PROPOZYCJE KULTURALNE

# Posłuchać, zobaczyć...

## Muzyka barokowa w Łazienkach

„Barok w Teatrze Królewskim” Warszawskiej Opery Kameralnej to cykl koncertów i przedstawień prezentujących muzykę barokową w Łazienkach Królewskich w Warszawie. Wystąpi Zespół Instrumentów Dawnych WOK Musicae Antiquae Collegium Varsoviense, a także Balet Dworski Cracovia Danza. 26 lutego w programie „La serva padrona” G.B. Pergolesiego – premierowe przedstawienie Sceny Marionetek WOK.

[www.lazienki-krolewskie.pl](http://www.lazienki-krolewskie.pl)

## Papcio Chmiel i Tytus na Koziej

W 2016 r. minie 50 lat od ukazania się Księgi I przygód szympansa Tytusa w wersji książkowej pt. „Tytus, Romek i A'Tomek. Tytus harcerzem” Henryka Jerzego Chmielewskiego. Wystawa „Papcio Chmiel i jego podopieczni” w Muzeum Karykatury im. Eryka Lipińskiego prezentuje oryginalne prace z kolekcji artysty, m.in. plansze do wydawnego w 2015 r. „Elementarza”, plakaty, obrazy olejne, książki i fotografie. Ekspozycja czynna do 28 lutego.

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

## Stawisko Iwaskiewiczów

W Muzeum im. Anny i Jarosława Iwaskiewiczów, w dawnym majątku pisarza w Stawisku, obejrzeć można pamiątki rodzinne, rękopisy, książki, meble i obrazy. Prezentowa-



ne wnętrza zachowały pierwotny charakter zamożnego domu polskiego, ze zbiorami XIX- i XX-wiecznego malarstwa i sprzętów codziennego użytku.

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

## Urok starych aut

Zabytkowe pojazdy z Polski i z zagranicy, stare samochody i motocykle, a także rowery, wozy i wózki można obejrzeć w Muzeum Motoryzacji i Techniki w Otrębusach. Doskonałe miejsce dla zainteresowanych historią motoryzacji.

[www.muzeum-motoryzacji.com.pl](http://www.muzeum-motoryzacji.com.pl)

## Bronisław Krystall. Testament

Był kolekcjonerem dzieł sztuki, humanistą i społecznikiem, hojnym donatorem. Już za życia dzielił się własnymi zbiorami, a w testamencie zapisał kolekcję Muzeum Narodowemu w Warszawie. Na ekspozycji poświęconej donatorowi pokazano najcenniejsze eksponaty ze zbiorów Bronisława Krystalla. Wystawa czynna do 6 marca. ■ ach

[www.mnw.art.pl](http://www.mnw.art.pl)



# Polskie Radio – moja miłość

Janina Jankowska

Polskie Radio to był mój drugi dom. Niezależnie od tego, kto miał władzę, kogo powoływano na prezesa, dyrektora, wysokiej rangi urzędników, to było miejsce, w którym dawaliśmy z siebie wszystko, by do słuchacza docierał mądry, oparty na prawdzie przekaz – reportaż radiowy. I tak jest do dziś.

Od razu powiem, nie podoba mi się ustawa medialna, która znosi konkursy na kierownicze stanowiska w TVP oraz w Polskim Radiu i daje prawo nominowania na nie ministrowi skarbu, czyli rządowi. Podobną propozycję uzależnienia mediów publicznych od ministra skarbu miała niegdyś PO, ale wtedy nie kto inny jak prezydent Lech Kaczyński najostreż przeciw takiej koncepcji zareagował. Nie podpisał tej ustawy. Jak teraz jego brat Jarosław, spadkobierca wszelkich myśli Lecha, może inspirować do przeciwnych rozwiązań, jest dla mnie tajemnicą. Jeszcze więcej zastrzeżeń mam do tempa, stylu i metody przeprowadzania tzw. dobrej zmiany. Dużo negatywnych ocen w tej materii wystawiają wysokonakładowe dzienniki, tygodniki, mainstreamowe stacje telewizyjne i radiowe, negatywne opinie zawierają hasła na transparentach, które widzimy podczas wieców protestacyjnych KOD. Nie chcę się do tego chóru przyłączać, bo moja krytyka dwuczłonowej ustawy medialnej jest nie tyle bardziej finezyjna, co konkretna.

Największy żal mam do twórców ustawy reformującej media publiczne za zlekceważenie społecznych konsultacji i dotychczasowych prób naprawy mediów, które do kosza wrzucił rząd PO-PSL. Po Nadzwyczajnym Zjeździe Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich, w wyniku realizacji jednej z jego uchwał, powstał Zespół SDP ds. Reformy Mediów Publicznych, który opracował jej założenia. Moim zdaniem sensowne. Projekt zakładał powstanie Rady Mediów Publicznych, której członków (od trzech do pięciu osób) na pięcioletnią kadencję powoływałby prezydent spośród kandydatów wyłanianych przez ogólnopolskie stowarzyszenia twórcze. W pełni pluralistyczne rady programowe (reprezentujące wszystkie opcje polityczne) dokonywałyby jakościowych ocen zawartości programowej i udzielały absolutorium kierownictwu danego nadawcy. Zatem byłaby to kontrola jakości i treści programowych dokonana przez przedstawicieli całego społeczeństwa. Zespół określił sposób finansowania mediów z opłat medialnych (10 zł miesięcznie), co stworzyłoby szansę zbudowania przestrzeni całkowicie wolnej od reklam. Niestety, nasz kolega minister Krzysztof Czabański zarysował projekt zgoła odmienny,

dwuczłonowy. W czerwcu ma powstać główna część projektu, może więc jest jeszcze czas, by zespół Czabańskiego uwzględnił propozycje środowiska dziennikarskiego SDP, które w opinii publicznej jest sojusznikiem PiS.

W ustawie PiS podoba mi się jedynie zmiana statusu Polskiego Radia i TVP, które przestają być spółkami prawa handlowego. O tym od lat marzyliśmy, rozdarci między misją a koniecznością wypracowywania zysku. Reklamy rządziły programem. Miały zniknąć w projekcie SDP, pozostały w ustawie PiS.

Najbardziej kontrowersyjnym ruchem nowych władz było powołanie na stanowisko prezesa TVP Jacka Kurskiego. Jacek Kurski to w istocie niezły żartowniś. Praktykuje te zdolności na niwie polityki. Raz na górze, raz na dole. A ponieważ jest piekielnie inteligentny, jakoś mu to wychodzi. Podejrzewam, że raczej się tym bawi, niż jest cyniczny. Myślę, że ten człowiek może swoim licznym oponentom spłatać psikusa i zrobić nową, ciekawą telewizję publiczną. Odda cesarzowi, co cesarskie w programach publicystycznych, gdzie politycy PiS będą mogli swobodnie brylować. Natomiast w pozostałych pasmach wprowadzi nową jakość, otworzy drzwi przed młodymi, ambitnymi twórcami, da swobodę realizowania zakreślonych pomysłów. Zamiast kupować kosztowne zachodnie projekty („Jaka to melodia?”), rozwinie rodzimą produkcję. Może narodzi się pomysł polski, niepowtarzalny, jak niegdyś Kabaret Starszych Panów, który powstał chyba w gorszych czasach? Z tym, że wtedy była cenzura, ale w media inwestowano. Jest lepiej. Wystarczy inwestować w zdolnych ludzi z nowymi pomysłami. Jacek Kurski przeniesiony na samodzielną placówkę może na przekór wszystkim uruchomić ciekawą i atrakcyjną TVP, która będzie sprzedawała polskie projekty zachodnim stacjom. Co z tym zrobi PO, Nowoczesna i KOD?

Niemożliwe? To powiedzcie mi, który minister kultury na imprezie finałowej plebiscytu na 10 najlepszych piosenek śpiewanych przez Przemka Gintrowskiego, organizowanej przez Herbertiadę, gdzie nie zwyciężyła ani jedna piosenka do tekstu Zbigniewa Herberta, wstałby, zdjął marynarkę i powiedział: – *Jeśli imprezę organizuje Herbertiada, nie może się ona odbyć bez poezji Zbigniewa Herberta, a następnie wziął gitarę i zaśpiewał...*

Jaki będzie prezes TVP? Ze złamanym karkiem? A może zdejmie marynarkę i zaśpiewa?

To tekst z miłości do Polskiego Radia. ■

## Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć Ostatni dzień roku 1977

Biały śnieg zasypał wszystko dookoła.  
Słońcem złoci, posrebrza drzewa, tuje, zioła.  
Rok idzie do lamusa, nic go nie osłania –  
to ostatnie godziny przed chwilą skonania.

Minął szybko, bezdusne godziny przepadły –  
coś przybyło nam w życiu, może oczy zbladły?  
Może się zmieniliśmy tak, że poznać trudno –  
może w starej postaci życie mijać nudno?

Na pędzie winogrona wisi liść ostatni –  
ostatni tego roku, lecz przyjdzie liść bratni.  
Będzie czas pełen kwiatów, wesoły, zielono –  
kochajmy więc zimę i zaschłe winogrono!



# doniesienia naukowe



## Nie należy nadużywać IPP w szpitalach

Rutynowe podawanie przyjmowanym do szpitala pacjentom inhibitorów pomp protonowych (IPP) może zwiększać ryzyko infekcji i zgonu. Sugerują to badania opublikowane w grudniu 2015 r. przez „Journal of General Internal Medicine”. Zagrożenie to nie jest jednak duże.

IPP otrzymuje co drugi pacjent przekraczający próg amerykańskich szpitali. Tylko dla niektórych chorych jest to kontynuacja leczenia. Wielu otrzymuje te leki, żeby zapobiegły zgadze lub krwawieniom, do których dochodzi m.in. po zabiegach. IPP zwiększają jednak ryzyko przedłużających hospitalizację infekcji, które w skrajnych sytuacjach mogą zakończyć się zgonem. Wskazują na to badania dr. Matthew Pappasa i jego zespołu z University of Michigan Medical School.

Nie ma pewności co jest tego powodem. Podejrzewa się, że ponieważ IPP zmniejsza wydzielanie kwasu solnego w żołądku, bakterie, takie jak *Clostridium difficile*, uzyskują lepsze warunki rozwoju. Według dr. Pappasa ryzyko związane ze stosowaniem wspomnianych leków nie jest duże. Obliczył on, że na 831 pacjentów przyjętych do szpitala, którzy otrzymali IPP, w przypadku jednego na skutek tego rodzaju powikłań może nastąpić zgon jeszcze przed otrzymaniem wypisu. A w przypadku jednego chorego na 3625 zdarza się zgon po powrocie do domu.

Dr Pappas uważa, że pacjenci, którzy nie przebywają na oddziale intensywnej terapii i nie muszą przyjmować IPP, nie powinni rutynowo otrzymywać tych leków, ponieważ negatywne skutki przeważają nad korzyściami. Leki te zrewolucjonizowały gastrologię, ale nie należy ich nadużywać.

## Przyspieszenie porodu u chorej na raka

Brytyjscy lekarze zdecydowali się o 12 tygodni przyspieszyć poród u Heidi Loughlin leczonej z powodu raka piersi. „BBC News” informowało w połowie grudnia 2015 r., że zastosowano u niej mniej toksyczną i mniej agresywną chemioterapię, bardziej bezpieczną dla płodu. Niestety, choroba nadal postępowała. Wtedy postanowiono cesarskim cięciem przerwać ciążę i podjąć bardziej intensywne leczenie.

U Brytyjki wykryto raka piersi, gdy była w 13. tygodniu ciąży. Zaproponowano jej aborcję i poddanie się od początku agresywnej chemioterapii lub donoszenie ciąży i mniej intensywne leczenie. Loughlin chciała urodzić kolejne, trzecie dziecko.

Dr Jerzy Giermek z Centrum Onkologii w Warszawie twierdzi, że rokowania chorych na raka kobiet, które zaszły w ciążę, są często podobne jak w przypadku innych pacjentek z tym samym nowotworem na podobnym etapie rozwoju. Dramatyczna jest jedynie sytuacja kobiet w ciąży z rozsiały już nowotworem.

W warszawskim CO chore na nowotwory kobiety, które zaszły w ciążę, leczone są od 20 lat. Według Fundacji Rak’n’Roll prawie trzy czwarte kobiet w ciąży, u których zdiagnozowano

nowotwór, słyszy, czasem wielokrotnie, że powinny usunąć ciążę i dopiero wtedy poddać się leczeniu. Dr Giermek przekonuje, że w większości przypadków nie jest to konieczne.

## Statyny nie tylko dla zawałowców

Nie ma już wątpliwości, przynajmniej w Stanach Zjednoczonych, że osoby po 40. roku życia, które nie przeszły zawału serca ani udaru mózgu, powinny również zażywać statyny (w niskiej lub umiarkowanej dawce). Takie jest zalecenie doradców rządu amerykańskiego US Preventive Services Task Force, o czym poinformowali na swojej stronie internetowej (21.12.2015).

Według USPSTF statyny powinny otrzymywać osoby w wieku 40–75 lat z jednym czynnikiem ryzyka lub co najmniej 10-proc. ryzykiem zawału lub udaru w najbliższych dziesięciu latach, ocenianym za pomocą kalkulatora opracowanego przez American Heart Association oraz American College of Cardiology ([www.cvriskcalculator.com](http://www.cvriskcalculator.com)). Za czynniki ryzyka uznano podwyższony cholesterol i trójglicerydy, nadciśnienie, cukrzycę i palenie tytoniu.

Zalecenie oparto na wynikach 18 randomizowanych badań z podwójną ślepą próbą, przeprowadzonych wśród osób, które nie miały zawału ani udaru. Badania dowodzą, że statyny zmniejszają niebezpieczeństwo zgonu z różnych przyczyn o 17 proc., a z powodu chorób sercowo-naczyniowych o 36 proc. U osób zażywających statyny ryzyko udaru mózgu jest mniejsze o 28 proc., zawału serca o 37 proc., a innych chorób sercowo-naczyniowych o 31 proc.

W 2013 r. podobną rekomendację wydały American Heart Association oraz American College of Cardiology, lecz te towarzystwa uważają, że statyny należy przepisywać już wtedy, gdy dziesięcioletnie ryzyko zawału lub udaru przekracza 7,5 proc. W USA statyny zażywa 35 mln ludzi.

## Nagle zgony sercowe nie są nagłe

Świadczą o tym wyniki unikatowych badań przeprowadzonych w Portland w ramach Oregon Sudden Unexpected Death Study. Na podstawie sondażu wśród osób, które zetknęły się z przypadkami zagrażającej życiu nagłej arytmii serca, stwierdzono, że poprzedzały ją niepokojące dolegliwości, najczęściej bóle w klatce piersiowej i skrócenie oddechu. Stwierdzono również, że gdyby wcześniej została wezwana pomoc, byłaby większa szansa na uratowanie życia („Annals of Internal Medicine”, grudzień 2015).

W Stanach Zjednoczonych dochodzi rocznie do 350 tys. przypadków nagłego zatrzymania akcji serca, z których ponad 90 proc. kończy się śmiercią. Szansą na ratunek jest jedynie szybkie użycie defibrylatora. W ramach Oregon Sudden Unexpected Death Study przepytano osoby, które były świadkami groźnej arytmii 1100 osób w wieku 35–65 lat, w latach 2002–2012.

Główny autor badań, dr Sumeet Chugh z Cedars-Sinai Heart Institute w Los Angeles, utrzymuje, że jedynie jedna czwarta ankietowanych nie potrafiła określić, czy wystąpiły jakieś zwiastuny nagłego zatrzymania akcji serca. Jeśli chodzi o pozostałych 839 chorych, z zeznań świadków wynika, że połowa miała bóle w klatce piersiowej lub skrócenie oddechu. Objawy najczęściej występowały w ciągu 24 godzin przed zatrzymaniem krążenia, ale u niektórych osób pojawiły się tydzień lub nawet miesiąc wcześniej.

W 19 proc. przypadków nagłego zatrzymania krążenia wezwano pomoc, co skutkowało zwiększeniem odsetka osób uratowanych z 6 do 32 proc. U niektórych osób zatrzymanie krążenia nastąpiło w karetce pogotowia, a nie przed jej przyjazdem. ■

Zbigniew Wojtasiński

# 100 lat dr. Jana Bohdana Glińskiego

Ewa Dobrowolska

**B**ohdan Gliński i Helena Sokołowska poznali się na Uniwersytecie Jagiellońskim. Przed wybuchem pierwszej wojny światowej obydwoje studiowali w Krakowie medycynę. Pochodzili z rodzin szlacheckich z Wołynia (Glińscy herbu Jastrzębiec) i z Kujaw (Sokołowsy herbu Pomian). Wszystko, co było najważniejsze w ich życiu: studia, dyplomy, małżeństwo, narodziny pierwszego syna, wydarzyło się w ciężkich czasach pierwszej wojny.

– Ojciec wychowywał się w Kazaniu i tam zdał maturę – opowiada ich syn, dr Jan Bohdan Gliński, który w grudniu minionego roku świętował swoje setne urodziny. – Jego ojciec, a mój dziadek, był farmaceutą, potem został administratorem majątków. Zmarł w Kazaniu. Mój drugi dziadek, Konstanty Sokołowski, walczył w powstaniu styczniowym pod wodzą gen. Langiewicza. Spoczywa w kwatrze powstańczej na cmentarzu Rakowickim w Krakowie.

Jan Bohdan Gliński urodził się 19 grudnia 1915 r. w Wiedniu, gdzie jego matka została skierowana po dyplomie do pracy w szpitalu wojskowym. Ojciec walczył w tym czasie z epidemiami szkarlatyny i płonicy w Rozwadowie. Po powrocie żony z półrocznym synkiem małżonkowie osiedli w Opatowie Kieleckim. Dr Gliński był w latach 1918–1953 dyrektorem tamtejszego Szpitala Powiatowego, potem ordynatorem oddziału zakaźnego, którym wcześniej kierowała jego żona, zanim poświęciła się pediatrki.

Po maturze Jan Bohdan Gliński wyjeżdża na studia do Warszawy. W latach 1934–1939 studiuje medycynę na Uniwersytecie Warszawskim im. J. Piłsudskiego. Brakuje mu kilku egzaminów do dyplomu, gdy wybuchła wojna. Dyplom uzyskuje w 1941 r. We wrześniu zgłasza się do wojska. Jako strzelec ochotnik uczestniczy w walkach grupy „Polesie” gen. Franciszka Kleeberga. Wzięty do niewoli, trafia do Stalagu XI A



w Altengrabow. W Generalnej Guberni brakuje lekarzy, Niemcy boją się epidemii, zostaje więc zwolniony w 1940 r. Jedzie do rodziców, do Opatowa, gdzie przez rok pracuje z ojcem w szpitalu. – Mój ojciec był wspaniałym człowiekiem i świetnym lekarzem – wspomina. – Mogłem tam zostać i nadal z nim pracować, chciałem jednak sam zarabiać na swoje dobre imię.

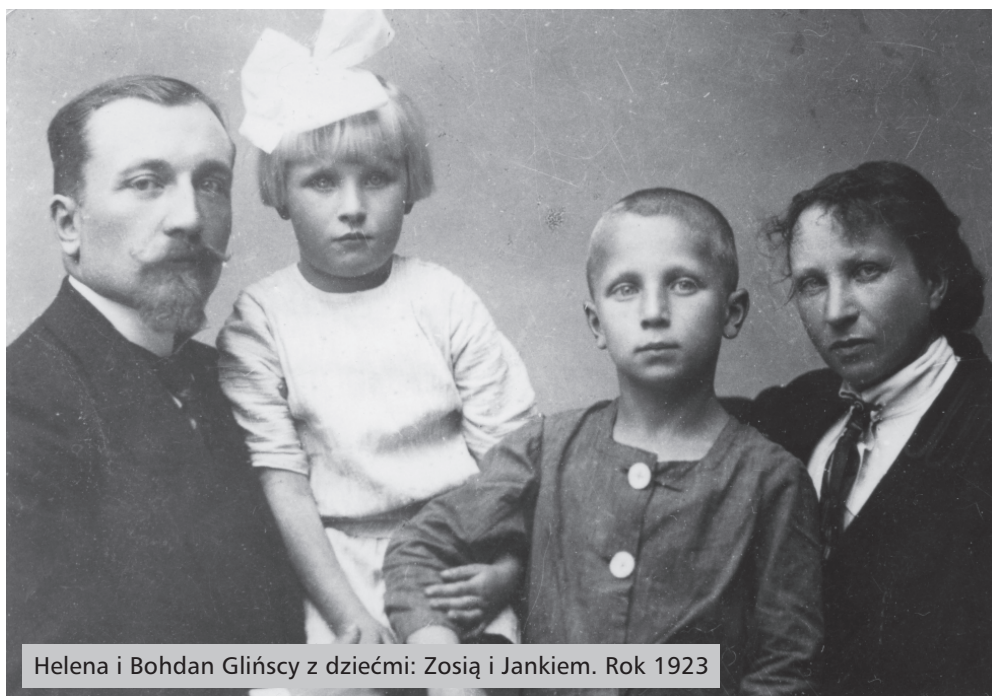
Tym bardziej że nie jest już sam. W 1941 r., gdy

spędzał z rodzicami Wielkanoc w Kielcach, gdzie mieszkała siostra ojca, poznał Krystynę Oleś, córkę krakowskiego malarza. Od pierwszej chwili wiedział, że to ta jedyna.

Po ślubie przenoszą się razem do Warszawy. Jan Bohdan Gliński na tajnym już uniwersytecie zdaje końcowe egzaminy i otrzymuje dyplom. – Po naszym wyjeździe z Kielc Niemcy wywieźli do Oświęcimia moją ciotkę i jej syna – mówi doktor. – Drugi syn uciekł przez okno.

W latach 1942–1944 dr Gliński pracuje jako asystent w Szpitalu Zakaźnym św. Stanisława na Woli. Wstępuje do Armii Krajowej i zostaje przydzielony do IV Zgrupowania „Gurt” II Rejonu Śródmieście.

Wybuch Powstania Warszawskiego. Dr Gliński dostaje rozkaz objęcia komendantury punktu sanitarnego przy ul. Nowogrodzkiej 34. – W pierwszych dniach Powstania Tadeusz Józwiak, kuzyn sanitariusza, wybiegł z bramy na ulicę, aby z domu naprzeciwko przynieść wiadra – wspomina dr Gliński. – Dosięgli go kule Niemców strzelających z budynku poczty na rogu Poznańskiej i Nowogrodzkiej. Narażając życie, sanitariuszki ściągnęły go, już umierającego, do naszej kamienicy. Otworzył długą listę pogrzebów na skwerku naszego podwórka. Pewien mężczyzna został ranny w głowę. Strzę-



Helena i Bohdan Glińscy z dziećmi: Zosią i Jankiem. Rok 1923



Krystyna i Jan Glińscy z dziećmi. Rok 1948

py mózgu wysuwały się z rany. Sanitariuszki pod komendą Donaty Świątkowskiej, bardzo energicznej i bojowej dziewczyny, liczącej dopiero 17–18 lat, odniosły go do Szpitala Dzieciątka Jezus, idąc pod flagą Czerwonego Krzyża. Wiedzieliśmy, że to nie chroni od strzałów niemieckich. Ale szczęśliwie doniosły go i wróciły. W drodze powrotnej zostały zatrzymane przez żołnierzy Wehrmachtu, którzy je zrewidowali, wypuścili i dali jeszcze sporo żywności, zachęcając do przyjścia po dalsze zapasy, które w gmachu „Romy” zgromadził arcybiskup warszawski. Jeszcze dwukrotnie przynosiły prowiant. Później Niemcy zaczęli strzelać także do sanitariuszek. W piwnicy odbył się poród. Rodziła kobieta, którą wybuch Powstania zastał z dala od własnego domu. Opiekowaliśmy się noworodkiem i matką. Skąpe ilości zgromadzonego mleka w proszku przeznaczone były tylko dla tego dziecka.

28 sierpnia, kiedy Niemcy opanowali teren wokół szpitala, dr Gliński ze swoim personelem sanitarnym został doprowadzony pod konwojem esesmanów na Dworzec Zachodni, skąd mieli trafić do obozu w Pruszkowie. Ale już w pociągu nawiązali kontakt z polskim kolejarzem, który wysadził ich we Włochach.

Po wybuchu Powstania wielu warszawiaków, uciekających z Woli przed represjami wojsk niemieckich, przechodziło przez Włochy, Jelonki, Górcze, szukając pomocy u tamtejszych mieszkańców. U nich zatrzymywali się niezdolni do pieszej wędrówki. Znajdowali też schronienie m.in. w budynkach szkolnych. Według relacji doktora spotykali się wszędzie z samoradną pomocą ludności, która zapewniała im noclegi, dostarczała żywność, a gdy nadeszły chłody, także ubrania. Szybko do pomocy włączyły się powstające we wszystkich okolicznych miejscowościach organizacje charytatywne.

– Przybywszy do Włoch – wspomina doktor – zaraz nawiązałem kontakt z dowództwem AK w Milanówku i natychmiast z rąk lekarza miejskiego, dr. Śniagurowicza, szefa miejscowej służby zdrowia AK – po wojnie spotkałem go w MON, gdzie pracował w randze pułkownika – otrzymałem skierowanie dla całego naszego oddziału do Górc, w celu stworzenia i prowadzenia powstańczego szpitala. Przejęliśmy pełną opiekę nad przebywającymi w budynku szkoły powszechnej chorymi, rannymi i niedołącznymi. Nasz oddział został zakwaterowany u Władysławy i Ignacego Kominków, którzy dali nam do użytku dwa większe spośród trzech posiadanych pokoi

oraz kuchnię. Oczywiście nikt im za to nic nie płacił. Sypialiśmy tam na siennikach położonych na podłodze. Pierwszą rzeczą, która miała nam zapewnić bezpieczny pobyt, było zameldowanie nas wszystkich w Górcach z datą sprzed wybuchu Powstania. Dzięki temu mogliśmy poruszać się względnie swobodnie. Takie meldowanie z wcześniejszą datą było wtedy szeroko praktykowane, ratowało przed aresztowaniem i wywózką. Z tego powodu nie była prowadzona żadna ewidencja chorych i rannych, których leczyliśmy.

Po upadku Powstania dr Gliński i jego towarzysze uzyskali pozwolenie komendatury niemieckiej na wejście do zburzonego miasta.

– Przeszliśmy ulicą Wolską, przez plac Teatralny, koło zburzonego Ratusza, na plac Zamkowy – opowiada doktor. – Tu pokłoniliśmy się zwalonemu z połamanej kolumny posągowi króla Zygmunta III, przyjrzelśmy się morzu ruin bohaterskiej Starówki. Na

Krakowskim Przedmieściu, Sewerynowie i Nowym Świecie leżało jeszcze wiele zwłok. Posąg Chrystusa przed kościołem Świętego Krzyża leżał zwalony. Ulica Mokotowska mała była zniszczona. Przez plac Zbawiciela i ulicę Marszałkowską, dalej Chmielną i Zielną zaszliśmy na ulicę Śliską, gdzie mieszkałem pod numerem 18., na drugim piętrze. Długo musiałem się rozglądać, aby ustalić, które z pięterowych hałd gruzów są z naszego domu. Dopiero zauważona na wierzchu ruin pogięta pedałowa umywalka lekarska wskazała mi miejsce, gdzie mieszkałem z żoną i córką. W następnych dniach jeszcze dwukrotnie szły nasze wyprawy do miasta i przywoziły, co się udało im znaleźć, do naszego szpitala. Ja już w nich nie brałem udziału.

Po upadku Powstania doktor z rodziną wyjeżdża do teściów, do Kielc. Pracując w kieleckim szpitalu, dowiaduje się, że wojewoda wrocławski poszukuje lekarzy. 7 maja 1945 r. jest już we Wrocławiu, który wciąż się broni.

– Okazało się, że w Zgorzelcu jest stalag, a w nim dużo Polaków z gruźlicą, panują też epidemie – wspomina doktor. – Zgodziłem się tam pojechać i zostać lekarzem powiatowym. 14 czerwca 1945 r. byłem na miejscu, jako jedyny polski lekarz. Miałem za zadanie zorganizować służbę zdrowia w powiecie zgorzeleckim i szpital. I to mi się udało.

Dr Gliński z żoną i córką spędził w Zgorzelcu dziesięć lat. Tam urodził się syn państwa Glińskich. W 1985 r. Zarząd Wojewódzki Towarzystwa Medycyny Społecznej we Wrocławiu przyznał doktorowi pierwszą nagrodę w konkursie na wspomnienia powojenne. – Honorarium wystarczyło akurat na radio – uśmiecha się doktor.

W 1954 r. zakończył pracę w Zgorzelcu i przeniósł się do Sanatorium Przeciwgruźliczego w Rudce, w powiecie Mińsk Mazowiecki. Od 1972 r. był jego dyrektorem. Po trzech latach przekształcił sanatorium w Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc, którym kierował do przejścia na emeryturę w 1981 r. Do końca 1995 r. pracował jako asystent w Poradni Przeciwgruźliczej w Otwocku.

W latach 1946–1979 działacz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Od 1964 r. jest działaczem Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc. Od 1989 r. – dyrektorem Zarządu Fundacji (edukacyjnej) im. Tadeusza Łopuszańskiego. Współzałożyciel i przewodniczący Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Od 1986 r. gromadzi źródła i opracowuje biogramy do „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej”, którego pięć tomów, zawierających około 5 tys. biogramów, wydała już Naczelna Izba Lekarska (szósty tom w komputerze).

Został odznaczony m.in. Kawalerskim, Oficerskim i Komandorskim Krzyżem Odrodzenia Polski, otrzymał Krzyż AK, Warszawski Krzyż Powstańczy, medale: Wojska Polskiego, „Za Warszawę”, „Za udział w wojnie 1939” i wiele innych.

Z żoną Krystyną przeżył 66 bardzo szczęśliwych, jak podkreśla, lat. Ma dwoje dzieci, wnuki i dziesięcioro prawnuków. ■



Jan Gliński (drugi z lewej) w 2008 r.

## Uroczystość z okazji setnej rocznicy urodzin

22 grudnia 2015 r. odbyła się w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego uroczystość nadania tytułu „Spectatissimus” Janowi Bohdanowi Glińskiemu z okazji jego setnych urodzin.

Uroczystość otworzył prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz. Po odśpiewaniu przez obecnych hymnu „Gaude Mater Polonia”, w obecności prezentowanego sztandaru TLW, prezes wręczył laureatowi odznaczenie, pierścien i dyplom tytułu „Spectatissimus”, podkreślając wyjątkowość tego odznaczenia w prawie 200-letniej historii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Laudację wygłosiła prof. Bibiana Mossakowska. Potem przemawiał marszałek Senatu dr Stanisław Karczewski, wiceprzewodnicząca Związku Powstańców Warszawskich dr Halina Jędrzejewska oraz inni przedstawiciele świata medycznego.

Prof. Tadeusz Tołłoczko, nawiązując do dzieła dr. Glińskiego „Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej”, powiedział: – *Przywróciłeś nam postacie lekarzy bohaterów, którzy inaczej odeszliby w zapomnienie.*

Na uroczystości obecni byli córka i syn doktora J.B. Glińskiego. ■

Janusz Stefan Wasyluk



Fot. P. Hart Dyke

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

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

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

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

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

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

### PROGRAM DOMU LEKARZA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

**3.02.2016 r., godz. 16.00:** „Piosenka przypomni ci” – koncert zespołu Ale Babki + ze Staromiejskiego DK w Warszawie.

**17.02.2016 r., godz. 16.00:** „Z domu niewoli” – monodram Elżbiety Lewak wg wspomnień Beaty Obertyńskiej.

**24.02.2016 r., godz. 16.00:** „Satyra prawdę mówi...” – poezja Elżbiety Grabowskiej-Grabosz i Zbigniewa Kurzyńskiego.



## Szansa wyjątkowa

Wśród rzeczy w najwyższym stopniu mnie irytujących u polityków jest ich mniemanie, jakoby od nich wszystko się zaczynało. W związku z tym zmienia się dziesiątki dobrych regulacji, wprowadzając nowe „reformy”, niszczące dorobek poprzedników.

Nie mówię tu o znaczących dyrektywach politycznych, np. cofających wiek emerytalny do poprzednich zasad, czy zamysłu przywrócenia w ochronie zdrowia finansowania budżetowego. Tu weryfikacja wynika ze zwycięstwa wyborczego, jest zatem uprawniona. Zresztą z łatwością w obu przypadkach można udowodnić słabość aktualnych rozwiązań. Przykładowo w wielkiej dyskusji o systemie emerytalnym kompletnie pominięto współczesny postęp techniczny, który niebywale wpływa na wzrost dochodu wytwarzanego przez pojedynczego człowieka, co umożliwia utrzymanie nie dwóch, lecz kilkunastu ludzi, i wszystkie inne spekulacje są bajdurzeniem. A w kwestii funkcjonowania NFZ nikt się nie pokusił o symulacyjną bodaj ocenę globalnych kosztów.

Ale teraz o Krakowie, który sylwestrową zabawę potraktował z umiarkowanym zapałem, wydzielając tylko kwartał Rynku na ten cel. Zmieściło się 20 tys. uczestników. A Świątowe Dni Młodzieży zbliżają się nieuchronnie. Proszę sobie wyobrazić, że do miasta, w którym żyje około 762 tys. mieszkańców, przybędzie z wizytą na trzy dni 2,5 mln pielgrzymów. To jakby Warszawę nawiedziło nieomal 6 mln przybyszów, których trzeba przenocować, wyżywić, kilkakrotnie przemieścić i zapewnić im opiekę zdrowotną.

Nie chodzi mi o zagrożenie terrorystyczne. Rozmawiałem z dr Małgorzatą Popławską, dyrektorem Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, o różnych aspektach tej imprezy: dyżurach szpitalnych, namiotach polowych, systemie powiadamiania karet i ich przemieszczania się, zarządzaniu taką siecią, symulacyjnym przeszkoleniu ratowników oraz wolontariuszy itp. To będzie trudny egzamin.

Na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, gdzie obszerną relację ze spotkania NRL z Konstantym Radziwiłłem, nowym ministrem zdrowia, przedłożył prezes Andrzej Matyja, poruszono kwestię wagi fundamentalnej dla samorządu, o którą zabiegali ojcowie założyciele izb lekarskich – przejęcia przez samorząd lekarski kształcenia podyplomowego, części władzy zawłaszczanej przez administrację państwową. Wymagałoby roku, dwóch przygotowań, ustanowienia struktur i zdefiniowania celów. Czy samorząd stać na podjęcie takiego obowiązku? Nie wiem. Jednak szansa, jaką nakreślił nowy minister, jest wyjątkowa.

Po kilku latach starań Akademia im. A.F. Modrzewskiego z Krakowa otrzymała zgodę na otwarcie pierwszego w Polsce kierunku lekarskiego na prywatnej uczelni. W 2016 r. nastąpi pierwszy nabór. Pisałem już o tym, podkreślając bezsens protestów wobec rysującej się luki pokoleniowej wśród specjalistów.

Hipokrates zalecał, by w leczeniu nie spieszyć się z wyciąganiem wniosków. Jak się sprawdzi nowa szkoła medyczna, pewnie dowiemy się nie wcześniej niż za dziesięć lat. Ale przecież szkodzić raczej nie będzie, skoro alternatywą jest po prostu niedostatek lekarzy. ■

Stefan Ciepły



## Wady wymawiania

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Ostatnio aż prosi się, żeby zwracać uwagę na błędy wypowiedzenia wyrazów, wynikające z nieznajomości ich budowy, odmiany, znaczenia lub brzmienia, a także po prostu z niechlujstwa. Ktoś kiedyś słusznie, chociaż z pewną przesadą, zauważył, że każdy taki błąd charakteryzuje niski ogólny poziom kulturalny danej osoby. Można na to spojrzeć też inaczej. Błędy tego rodzaju zwykle powstają albo na skutek oddziaływania środowiska, w którym dana osoba się obracała lub obraca, albo z powodu lekceważenia wymowy jako elementu wizerunkowego. Jeśli bowiem słyszymy z ust znanej pani polityk wyrażenia typu *miliard \*złoty* (zamiast *złotych*), to nas to denerwuje, ale ona o tym nie wie, pogarsza swój obraz w oczach publiczności i tym samym pogrąża swoją partię.

W słownikach poprawnej polszczyzny jednym z elementów opisu wyrazów lub wyrażen jest informacja o poprawnej wymowie. Należy zalecać korzystanie z tego. Wymowa nierzadko jest w pewnym sensie odbiciem ortografii, poprawności w zakresie zapisu fleksji itd., jednak niektórzy są na tyle słabo odczytani, tak rzadko piszą, że tego nie czują. Dotyczy to rozmaitych niepoprawnych przekształceń wyrazów, w tym końcówek odmiany. Jakże często słyszy się niewłaściwą formę przypadku w nazwiskach kobiet niezamężnych, np.: *\*Nowakównej* (zamiast *Nowakówny*, od *Nowakówna*), które powinno się odmieniać jak wyraz *panna*.

Wspomniany wyraz *złoty* (jednostka monetarna) jest rzeczownikiem, który w zestawieniach z liczbami odmienia się według dość prostego wzorca: (*jeden*) *złoty*, *trzy złote*, *pięć złotych*, *sto złotych*. Są jednak wyrazy o odmianie trudniejszej. Należy do nich na przykład zaimek *jakiś*. Odmienia się go dokładnie tak jak *jaki*, a na końcu dodaje „ś”. W dopełniaczu liczby mnogiej ma więc postać *jakich* + *ś* = *jakichś*, a nie *\*jakiś*. Końcówka „ś”, oznaczająca nieokreśloność wskazywania przez ten zaimek, powoduje pewną trudność w wymawianiu i owo „ch” się gubi. Niestety, często przenosi się to zapisu i w tekstach też spotykamy wypowiedzenia typu: *mówił o \*jakiś* (zamiast *jakichś*) *swoich problemach*.

Rażące są nieudolnie konstruowane formy wyrazów rzadziej używanych, na przykład ostatnio w pewnym programie telewizyjnym poświęconym Internetowi mówi się o *stronach \*odwiedzionych* (zamiast *odwiedzonych*), co może brzmieć cokolwiek ortopedycznie. Modne stało się wypowiedzianie głoski „ą” jako *om*, na przykład *\*idom*, *\*robiom*, *\*mówiom*, co jest szczególnie rażące. Osobom z wadami wymowy z powodu swoistej budowy jamy ustnej można to od biedy wybaczyć (choć od czego jest logopedia!), ale pozostałym darować nie można, u nich to brzmi jak brzydka maniera. Jeszcze gorzej jest z tymi, którzy piszą i wymawiają odwrotnie: *\*osobą* zamiast *osobom*, *\*chłopcą* zamiast *chłopcem*. To nie żart, robią to z pełną powagą. Wyraz *trzeba* niechlujnie mówią jako [*\*czeba*] zamiast [*t-szeba*], wyraz *trzy* jako [*\*czy*] zamiast [*t-szy*]. A dzieci tego słuchają, uważają za poprawne (bo „było w telewizorze”) i naśladują. ■





## Spowiedź Szaflika

Modne są dziś książki w formie wywiadu-rzeki. Gdy naprzeciw siebie siadają: autor-dziennikarz i postać publicznie znana. Trzeba nie tylko umieć opowiadać o sobie (a przede wszystkim mieć o czym – wszak nie każdy życiorys nadaje się na pasjonującą histo-

rię), ale być szczerym i wnikliwym, by nie rozczarować czytelnika powierzchownością swoich sądów ani nazbyt dużą dawką lukru na własny temat.

„Ostry punkt widzenia” – zapis rozmów red. Artura Howzana ze znanym okulistą prof. Jerzym Szaflikiem – już w dobrze dobranym tytule zapowiada wydawniczą gratkę. Lekarz o uznanym autorytecie w swojej dziedzinie, który niczym współczesny „stoik” (do czego się przyznaje) przyjechał na podbój Warszawy ze Śląska, gdzie wyrastał pod bokiem nie mniej znanej prof. Ariadny Gierek, to postać mogąca odsłonić kulisy nie tylko polskiej okulistyki, ale też – z racji pełnienia funkcji dyrektora szpitala i krajowego konsultanta – całej ochrony zdrowia. I przyznać trzeba, że prof. Szaflik z lubością zdradza wiele sekretów, słusznie zakładając, że bez szczerze odmierzonych dawki pieprzu potrawa byłaby zbyt jałowa, by można się w niej rozsmakować.

W tej na pozór biograficznej książce każdy może znaleźć coś dla siebie, a lekarze znający profesora lepiej niż pacjenci i bardziej obeznani z ochroną zdrowia przez szmat czasu (od PRL po współczesność) będą nawet bardziej usatysfakcjonowani. Kto nie lubi przyrzeć się z bliska temu, co znał dotychczas z plotek lub wyłącznie przekazów medialnych? Rozmowy z prof. Szaflikiem dotyczą nie

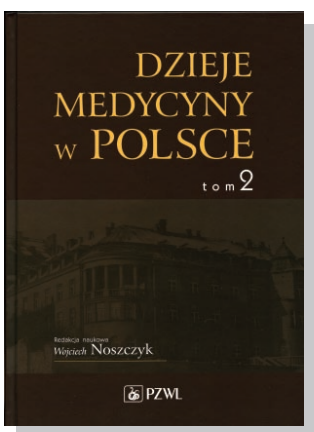
tylko jego rodziny, studiów i pasji do okulistyki, ale kontaktów z jego dawną szefową, czyli prof. Gierek, albo prof. Fiodorowem, nazywanym carem światowej okulistyki, działaczami partii i ministrami, a wreszcie głośnego konfliktu z Bartoszem Arłukowiczem, który w połowie 2012 r. mocno wpłynął na profesorskie ego.

Najprawdopodobniej to właśnie ten ostry spór, choć chronologicznie opisywany z ciekawymi detalami na końcu książki, stał się jej prawdziwym zarzewiem, bo to pierwsza publiczna obrona swoich racji przez profesora, skutecznie pomijanych przez większość mediów skłonnych wydawać wyroki z góry. „Bardzo stwardniała mi skóra w ostatnich latach. Jakoś się nie boję” – tłumaczy swoje ostre spojrzenie na politykę Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza w fatalnym wydaniu Arłukowicza, prof. Szaflik. Widać, że wysunięte pod jego adresem oskarżenia o nieuczciwość i łamanie prawa, ostatecznie uchylone przez sąd, nie tylko doprowadziły do przedwczesnego usunięcia ze stanowiska krajowego konsultanta, ale – co gorsze z punktu widzenia lekarza – nadszarpnęły jego dobre imię, z czym pogodzić się było najtrudniej.

W książce, pełnej barwnych opisów postaci, anegdot i zdarzeń znanych z historii Polski, najmniej jest w sumie współczesnej okulistyki. Taki był jednak chyba zamiar autora, znanego publicyście Artura Howzana, który nigdy w dziennikarstwie medycznym się nie specjalizował. Rekompensatą dla nienasyconych może być dodana do książki płyta z nagraniem dziesięciu operacji zaćmy i zabiegów przeciwjaskrowych z narracją prof. Szaflika, który w ten sposób przedstawia najnowsze światowe osiągnięcia mikrochirurgii okulistycznej (dostępne także w Polsce).

Trzeba na koniec oddać Howzanowi, że rozmawia z profesorem uprzejmie i miło, zupełnie inaczej niż młodzi dziennikarze, którzy we współczesnych wywiadach biorą sobie za punkt honoru biczowanie swoich gości. Ta dżentelmeńska taktyka okazuje się strzałem w dziesiątkę, bo przy zalewającej nas zewsząd tandecie i kłótniach miło oddać się lekturze eleganckiej polszczyzny i być świadkiem dobrych manier. Nawet jeśli odnoszą się do bardzo brutalnej rzeczywistości, którą prof. Szaflik surowo recenzuje. ■

Paweł Walewski



## „Dzieje medycyny w Polsce”

Pomysłodawcą, redaktorem i współautorem tej publikacji jest prof. Wojciech Noszczyk. Ukazał się tom II, który obejmuje historię medycyny w Polsce od roku 1914 do 1944. 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

kb

**Sprzedam** gabinet stomatologiczny. Z powodu przeprowadzki sprzedam w pełni wyposażony, bardzo dobrze funkcjonujący 3-stanowiskowy gabinet stomatologiczny w Warszawie (miasteczko Wilanów). Kontakt – tel.: 602-22-76-27.



# Ulica Rozbrat

Jerzy Borowicz

Był rok 1939. Miałem wtedy 5 lat. Mojego ojca służbowo przeniesiono z poznańskiego Banku Gospodarstwa Krajowego do centrali w Warszawie. Dostaliśmy służbowe mieszkanie przy Rozbrat. Większość domów przy tej ulicy ocalała z wojennej pożogi.

Wiele interesujących osób mieszkało wtedy w bankowych blokach. Między innymi Lolek Antoniewicz, autor słów do wielu szlagierów, np. do „Zamszowej bluzeczki”, z której głównie czerpał tantiemy. Andrzej Roman, znany dziennikarz sportowy, tak o nim pisał: „...żył w kanale przez większość roku, snując się po ulicach czy metach w stroju tak obmierzłym, że nawet scenarzyści z Hollywood nie mogliby sporządzić takiego stroju”.

W czasie przerw w picu pokazywał się w najlepszych lokalach, elegancko ubrany. Podkochiwał się w mojej siostrze i często w okresach trzeźwości bywał u nas. Tak o sobie mówił: „Żył Antoniewicz, życie przegapił, miał wielki talent, ale go zapili”. Był również autorem zabawnego poematu „Zrazy”. Antoniewicza wpuszczali tylko do niektórych lokali. W jednym z nich, przy szatni, ktoś z odrazą odsunął się od niego, mówiąc: – Jak pan wyglądasz? Nie wstyd panu? Lolek zareagował następującym tekstem: – Nie uczono cię ćwoku, że talent zwalnia z wyglądu? To jest mój strój roboczy, ja w nim czytam Bertranda Russella i słucham Bacha. Słyszałeś te nazwiska? (Andrzej Roman, „Czterdziestu Wspaniałych”). Niestety, poeta zapili się na śmierć, a zdolny był nieprzeciętnie.

Drugą znaną postacią z ul. Rozbrat była „piękna Iza”. Niezwykłej urody, konfidentka bezpieki, na przełomie lat 40. i 50. buszująca wśród zagranicznych gości Bristolu, Polonii, Europejskiego.

Ul. Rozbrat dochodziło się do Łazienkowskiej. Był tam przystanek trolejbusu nr 53, który kursował między basenem Legii a pl. Zawiszy. Trolejbusy radzieckie miały to do siebie, że wsiadających pasażerów często łapał prąd, zwłaszcza gdy padał deszcz. Na pętli przy ul. Łazienkowskiej był odkryty basen Legii. Wejścia strzegł bramkarz zwany Grubym Kaziem. Basen był kwalifikatorem mody i rewią najładniejszych dziewczyn ówczesnej Warszawy.

W przeciwnym kierunku można było wysiąść przy Marszałkowskiej, prawie pod kinem Polonia. W późnych latach 40. wolno było jeszcze wyświetlać filmy amerykańskie. Idąc w kierunku północnym, trafiało się na kinoteatr Stylowy. Bileterem był znany warszawski bokser Tolek Komuda, zwany Dzieckiem Warszawy. Dziś kino już nie istnieje, a na jego miejscu wyrosły domy handlowe Centrum.

Trochę dalej znajdowały się kina Atlantyk i Palladium, jedyną niezniszczoną podczas wojny. Kina stanowiły w tych latach jedyną rozrywkę mieszkańców zrujnowanego miasta.

W połowie lat 50., gdy byłem na trzecim roku medycyny, rozrywek dostarczały nam nocne lokale. Na zabawowym szlaku była Melodia przy Nowym Świecie, przy Foksal – Kameralna, przy Krakowskim Przedmieściu – restauracje w hotelach Europejskim i Bristolu, a na Rynku Starego Miasta – Bazyliszek. Nad ranem szło się na dworzec doprawić się piwem. A stamtąd – prosto na studenckie ćwiczenia, do szpitala „Na oczkach”. Skąd na te balangi mieliśmy pieniądze? Zawsze znajdowali się sponsorzy, którym imponowała brać studencka. Mnie ratowała pensja, bowiem pracowałem przez całe studia.

Ćwiczenia z interny w III Klinice Chorób Wewnętrznych prof. Kodejszki prowadziła dr Karwowska. Miła i ładna kobieta. Któregoś dnia wzięła mnie na stronę i rzekła: – Kolego, niech pan chociaż raz przyjdzie na ćwiczenia trochę wypoczęty. Do końca ćwiczeń przychodziłem już w formie.

Jakoś przechodziłem z roku na rok, a nawet ostatni egzamin z medycyny sądowej zdałem u prof. Grzywo-Dąbrowskiego za pierwszym razem, co równało się z cudem. Między Bogiem a prawdą medycyny nauczyłem się dopiero po dyplomie, w wymagającej szkole prof. Zgliczyńskiego.

Student ma prawo oblać kolokwium lub egzamin, lekarzowi już nie wypada. ■

## DLA SMAKOSZY

# Zupa zakochanych

Zima w pełni, a gdy temperatura skacze, ryzyko zachorowania spore. Polecam zatem ratowanie się czosnkiem. Będąc w Czechach lub na Słowacji, można skosztować česnekové polévki, czyli zupy czosnkowej.

Składniki: ◆ 1 duża główka czosnku ◆ 1–2 średnie ziemniaki ◆ 1 l bulionu gotowanego na kurczaku albo warzywnego ◆ 2 jaja ◆ 2–3 łyżki oliwy z oliwek ◆ ser żółty (ostry) ◆ sól, pieprz, mielony kminek ◆ 2–3 kromki chleba żytniego pokrojone w kwadraciki ◆ garść suszonych okruszków chleba żytniego (z 1–2 kromek) ◆ natka pietruszki

Wykonanie:

Do bulionu dodajemy ziemniaki pokrojone w drobną kostkę. Solimy i pieprzymy. Gotujemy aż ziemniaki będą średnio miękkie. Oliwę rozgrzewamy na patelni, wrzucamy rozgnieciony czosnek i okruszki chleba (tyle, aby pochłonęły całą oliwę z patelni). Mięso kurczaka (jeśli gotowaliśmy na nim bulion) z powrotem wrzucamy do wywaru. Zezłocony czo-

snek z okruskami chleba przekładamy z patelni do garnka. Odlewamy do kubka nieco zupy, roztrzepujemy w niej dwa jajka i wlewamy do garnka. Szybko mieszamy ze szczyptą mielonego kminku. Można zupę zmiksować blenderem, będzie gładza. Gotujemy ją na małym ogniu, a na suchej patelni smażymy grzanki z pokrojonego w kostkę żytniego chleba. Na spód talerza kładziemy trochę startego sera żółtego i zalewamy wrzącą zupą. Wsypujemy na wierzch grzanki i przyozdabiamy danie natką pietruszki.

Moi znajomi Słowacy twierdzą, że zupa czosnkowa działa jak afrodyzjak. A Czeski robią to danie, aby usidlić swe sympatie. I tu, powiecie, jest pewien problem. Ten intensywny aromat! Otóż są sposoby na pozbycie się kłopotliwego zapachu czosnku. Wystarczy po posiłku wypić szklankę mleka lub przegryźć zupę kawałkiem gorzkiej czekolady. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz



# Kiedyś w Paryżu

Jacek Walczak

Na placu du Tertre, na paryskim Montmartre, znajduje się restauracja La Mere Catherine (U Matki Katarzyny), gdzie 30 marca 1814 r. – jeszcze w czasie walk o miasto – kozacy atamana Płatowa, żądając napitku, wołali gromko: – *Bistro, bistro!* (szybko, szybko). Stąd nazwa paryskich kafejek, która szybko (*bistro*) podbiła świat.



Fot. J. Walczak

Wapienno-piaszczyste wzgórze Montmartre to najwyższe (130 m) wzniesienie francuskiej stolicy. Jeszcze za czasów rzymskich na zboczach zbudowano świątynie Marsa i Merkurego. Prawdopodobnie od nich pochodzi nazwa Montmartre – Mons Martis, Mons Mercuri. Pokłady wapiennej skały posłużyły do budowy gmachów Paryża. W miejscu największego kamieniołomu utworzono cmentarz Montmartre, gdzie nietrudno się doszukać polskich śladów. Zbocza słynnego wzgórza stały się sceną wielu znaczących wydarzeń w burzliwej historii miasta. Wśród nich – „krwawego tygodnia” dramatycznie kończącego w maju 1871 r. Komunę Paryską. Dla upamiętnienia zwycięstwa burżuazji nad komuną wzniesiono na szczycie bazylikę Sacré-Coeur, symbol widoczny z każdego niemal miejsca w Paryżu. Zbocza Montmartre stały się pod koniec XIX w. ulubionym miejscem spotkań malarzy. Tutaj mieszkali i tworzyli: Renoir, Degas, Monet, Cézanne, Morisot, Sisley, Picasso i wielu innych. Malarska cyganeria spotykała się w jednej z kamienic, zwanej Bateau-Lavoir, miejscu narodzin nowego kierunku w sztuce – kubizmu. Malarze należeli do grona bywalców

miejscowych kabaretów – Chat Noir, Lapin Agile, a zwłaszcza sali tanecznej Moulin Rouge. Zasadnicze zmiany przyniosła pierwsza wojna światowa. Większość cyganerii przeniosła się na Montparnasse, na lewym brzegu Sekwany. Przetrwiał plac du Tertre, który do dzisiaj jest ośrodkiem paryskich malarzy, ale o charakterze bardziej komercyjnym.

Opowieści o paryskiej bohemie nieodłącznie związane są z „domami tolerancji”, jak eufemistycznie nazywano domy publiczne. Służyły bogatą ofertą erotyczną, ale były też miejscem rozrywki, spotkań towarzyskich, gdzie można było porozmawiać z przyjaciółmi o sztuce, a przy okazji dobrze zjeść i wypić. Sława ich rozeszła się poza Paryż, poza Francję, tworząc legendę Paryża jako światowej stolicy erotyki. Bywanie w „domu tolerancji” stało się banalne jak wizyta w operze. Stałym bywalcem jednego z nich, Chabanaise, był hrabia Henri de Toulouse-Lautrec. Niemal w nim zamieszkał, płacił za usługi cielesne i duchowe swoimi dziełami. Stał się kronikarzem półświatka. Jego obrazy – „Pijaczka”, „Gruba Mańka”, „Wenus z Montmartre”, i seria grafik „One” wpisały się na trwałe do historii sztuki.

Dekadenckie wypowiedzi Baudelaire’a: „Kobieta jest zaproszeniem do szczęścia. Nie umie oddzielić duszy od ciała. Jej miłość bywa zbrodnią wymagającą współnika, a takich współników nigdy nie zabraknie”, stały się mottem artystów. Damy z półświatka, kurtyzany, sprzedajne ulicznice uprawiające filozofię rozkoszy były inspiracją największych malarzy, chociaż każdy utrwalał je na swój sposób.

„Panny z Awinionu” to jeden z najsłynniejszych obrazów Picassa przedstawiający pięć prostytutek z ulicy Avinion. Zupełnie inaczej pokazywał kurtyzany Édouard Manet. Wielki skandal wywołała jego obrazoburcza „Olimpia”, której pierwowzorem była „Wenus de Urbino” Tycjana. Manet namalował nagą prostytutkę czekającą na klienta, z czarnym kotem u stóp. Inne jego obrazy też były pełne dwuznaczności. Przedstawione

przez niego kobiety – pudrująca się w negliżu („Nana”), obmywająca się w miednicy („Kąpiel”), racząca się kieliszkiem wódki („Śliwka”), to damy melancholijne, nieprzeniknione. Z kolei Edgar Degas finezyjną kreską pokazywał nagie napięcie między brzydotą a pięknem. Miłość Degasa jest dwoista – to przyjemność i cierpienie, siła i kruchość, pożądanie i wstręt.

Szalona miłość, często sprzedajna, fascynowała też artystów pióra. Maupassant, Zola, Flaubert i inni wyrosli w tych samych miejscach...

Po 1968 r. przychodziły w kultowe już miejsca zgraje zbuntowanych, a z nimi nowy rockandrollowy świat. Jeszcze później pacyfistyczni ludzie-kwiaty – hippisi. Erotyka została odarta z mistycyzmu, szalonego uniesienia. Na kolekcje obrazów ze złotego wieku w Musée d’Orsay patrzy się dzisiaj chyba bardziej estetycznie niż emocjonalnie i jakby więcej jest snobów, a mniej wrażliwych znawców. Na paryskich ulicach inne samochody, inni ludzie inaczej ubrani i inny, biegany czas. ■



Fot. archiwum

# Sprawa karna o błąd lekarski na etapie postępowania sądowego

Filip Niemczyk, adwokat

**N**awet oskarżonych zasiada się wówczas, gdy oskarżyciel publiczny (prokurator), a w określonych sytuacjach również oskarżyciel prywatny (pełnomocnik pokrzywdzonych), złoży w sądzie powszechnym akt oskarżenia. Czynność tę poprzedza, omówione przeze mnie w październikowym numerze „Pulsu”, postępowanie przygotowawcze.

Czas, jaki upływa od złożenia aktu oskarżenia do wyznaczenia pierwszego terminu rozprawy, jest zazwyczaj nie krótszy niż kilka miesięcy. Im sprawa bardziej skomplikowana, tym dłuższy. Czas ten pozwala wszystkim uczestnikom na odpowiednie przygotowanie się do sprawy, np. przez złożenie pisemnej odpowiedzi na akt oskarżenia, wniosków dowodowych czy procesowych.

Wraz z faktycznym rozpoczęciem sprawy karnej przed sądem, czyli tzw. otwarciem przewodu, następuje odczytanie aktu oskarżenia, a oskarżony pytany jest, czy zrozumiał, co mu się zarzuca, oraz czy się przyznaje. Podobnie jak podejrzany na etapie postępowania przygotowawczego, oskarżony przed sądem ma prawo przyznać się lub nie, złożyć wyjaśnienia lub odmówić ich składania, wyrazić zgodę, aby udzielać odpowiedzi na pytania wybranych przez siebie uczestników postępowania.

Sprawy karne dotyczące błędów lekarskich należą do długotrwałych i żmudnych. Na tym etapie nie gromadzi się już zazwyczaj dokumentacji medycznej, ponieważ dysponuje nią w całości prokurator w śledztwie. Przesłuchuje się jednak świadków oraz biegłych. Krąg świadków jest szeroki, obejmuje przede wszystkim personel medyczny, mający styczność z pacjentem, którego sprawa dotyczy. Niekiedy przesłuchuje się również lekarzy pełniących kierownicze funkcje w danej placówce medycznej. Świadkami są także członkowie rodziny pacjenta, sam pacjent lub inne osoby, które np. odwiedzały go w szpitalu. Każdy, kto został wezwany do sądu w charakterze świadka, ma obowiązek stawić się na rozprawie i złożyć zeznanie. Odmowa składania zeznań przysługuje jedynie osobie bliskiej oskarżonemu, a odmówić odpowiedzi na zadane pytania można tylko wówczas, gdy narażałaby świadka lub osobę mu bliską na odpowiedzialność karną (art. 182–183 k.p.k.). Warto też wiedzieć, że zgodnie z kodeksem postępowania karnego lekarz może być pytany o fakty objęte tajemnicą lekarską jedynie wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu (art. 180 §2 k.p.k.). Sąd zatem powinien wydać w tym zakresie postanowienie i wprost zakomunikować składającemu zeznanie lekarzowi, że jest z tajemnicy lekarskiej zwolniony. Nie zawsze tak się dzieje. Wezwany na rozprawę lekarz często przystępuje do zeznań bez stosownej informacji i uzasadnienia, dlatego dobro wymiaru sprawiedliwości w tym konkretnym przypadku wymaga uchylenia tajemnicy.

Na rozprawie przesłuchuje się także biegłych, którzy składają tzw. opinię uzupełniającą. Bywa, że dopiero wówczas następuje pierwsza bezpośrednia konfrontacja między oskarżonym i jego obrońcą a biegłymi. Możliwość zadawania pytań biegłym pozwala na zweryfikowanie, czy wydana wcześniej opinia pisemna jest spójna, jasna, wyczerpująca, poparta odpowiednią wiedzą i doświadczeniem. Wątpliwości odnośnie do jakości opinii wydanej w sprawie mogą uzasadniać wniosek o powołanie innych biegłych, w celu wydania nowej opinii.

Po zakończeniu postępowania dowodowego i końcowych głosach stron sąd zamyka rozprawę, aby ogłosić wyrok. Od orzeczenia sądu pierwszej instancji oskarżycielowi i oskarżonemu przysługuje apelacja, po sporządzeniu i doręczeniu wyroku z pisemnym uzasadnieniem. Do czasu wydania wyroku przez sąd odwoławczy wyrok sądu pierwszej instancji nie jest prawomocny i nawet osoba skazana ma prawo mówić o sobie, że nie jest karana.

Każde przestępstwo zapisane w kodeksie karnym zagrożone jest karą grzywny, ograniczenia i pozbawienia wolności. W sprawach dotyczących tzw. błędów lekarskich zarzut może obejmować takie przestępstwa jak: nieumyślne spowodowanie śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 155 k.k., art. 156 §2 k.k.), uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrożający jego życiu (art. 157a §1 k.k.), narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.). Przepisy przewidują do 5 lat pozbawienia wolności w przypadku przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci, w przypadku pozostałych kara jest łagodniejsza. Wymiar konkretnie orzeczonej kary zależy jednak od wielu czynników. Decyduje o nim zarówno stopień zawinienia oskarżonego i szkodliwość społeczna czynu, jak i fakt, czy dana osoba była uprzednio karana, jak zachowywała się przed i po popełnieniu przestępstwa, czy pojednała się z pokrzywdzonym. Karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia stosuje się wówczas, gdy sąd dojdzie do przekonania, że dana osoba nie daje gwarancji niepopołnienia kolejnego przestępstwa. W przypadku omawianych przeze mnie przestępstw sytuacje takie należą do wyjątków.

Na koniec warto zwrócić uwagę, że sąd karny dysponuje również prawem orzeczenia wobec oskarżonego zakazu wykonywania zawodu na okres o 1 roku do 10 lat. Sąd ma prawo taki środek zastosować jednak jedynie wówczas, gdy sprawca przy popełnieniu przestępstwa nadużył wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem (art. 41 §1 k.k.). Sąd ocenia, czy doszło do „nadużycia zawodu” lub „zagrożenia” na podstawie tego, co ujawni się w toku sprawy, i bierze pod uwagę zarówno wiedzę i doświadczenie danej osoby, jak i predyspozycje fizyczne oraz psychiczne. Podobnie jak w przypadku bezwzględnej kary pozbawienia wolności, sytuacje takie należy uznać za wyjątkowe. ■



# Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

## Weszły w życie w listopadzie 2015 r.:

1 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 15 października 2015 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinna odpowiadać dokumentacja dotycząca komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1686.

1 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 27 października 2015 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1750.

1 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1727.

7 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1819.

Załącznik nr 3 do rozporządzenia określa rodzaje preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane w celach medycznych albo stosowane do przeprowadzenia badań klinicznych, wraz ze wskazaniem ich ilości oraz grupy, do jakiej są zakwalifikowane.

3 listopada 2015 r. – ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1735.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę prowadzącą działalność pozarolniczą, której zasiłek macierzyński nie przekracza miesięcznie kwoty świadczenia rodzicielskiego, o którym mowa w przepisach o świadczeniach rodzinnych, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

18 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 15 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1779.

W rozporządzeniu podano definicję lekarza uzdrowiskowego osób dorosłych i lekarza uzdrowiskowego dzieci oraz stanowiska wzmoczonego nadzoru kardiologicznego.

W załączniku do rozporządzenia określono szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych: uzdrowiskowe leczenie szpitalne, sanatoryjne i ambulatoryjne dzieci i dorosłych.

17 listopada 2015 r. – ustawa z 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1770.

Ustawa dotyczy rozliczania dotacji przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych przekazywanej NFZ z budżetu państwa.

Prezes NFZ przedstawi ministrowi zdrowia informację w sprawie możliwości poprawnej weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodzin osób ubezpieczonych oraz rozliczania dotacji na realizację zadań objętych zakresem działania funduszu.

17 listopada 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1889, obwieszczenie ministra zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.

26 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie wydawania zezwoleń na wytwarzanie, przetwarzanie, przerabianie, przywóz, dystrybucję albo stosowanie w celu prowadzenia badań naukowych środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1951.

28 listopada 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej i wzoru dokumentu zawierającego te informacje, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1867.

Gmina, powiat, samorząd województwa oraz wojewoda przekazują w postaci elektronicznej informację o programie polityki zdrowotnej, które posiadają opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji albo zostały do niej przekazane w celu zaopiniowania.

## Weszły w życie w grudniu 2015 r.:

2 grudnia 2015 r. – ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej i ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1887.

Ustawa umożliwia utworzenie centrum urazowego dla dzieci, jako wydzielonej funkcjonalnie części szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego dziecięcego.

3 grudnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2027, obwieszczenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.

3 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzania badań mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2018.

3 grudnia 2015 r. – ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1916.

5 grudnia 2015 r. – ustawa z 9 października 2015 r. o produktach biobójczych, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1926.

10 grudnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2098, obwieszczenie ministra zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu.

10 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wyspecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1958.

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wyspecjalistycznych oraz warunki ich realizacji określa załącznik do rozporządzenia.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2016 r.

10 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1950.

10 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów zaliczania produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1949.

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z urzędu dokonuje w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu produktu zmiany kategorii dostępności **produktu leczniczego homeopatycznego**, zaliczonego przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia do kategorii dostępności „wydawane z przepisu lekarza – Rp”, niespełniającego warunków rozporządzenia, na kategorię dostępności „produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza – OTC”.

11 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 grudnia 2015 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2105.

11 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 10 grudnia 2015 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2106.

11 grudnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2108, obwieszczenie ministra zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie trybu zawierania umów w celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz sposobu ich finansowania.

## System informacji w ochronie zdrowia

12 grudnia 2015 r. – część przepisów ustawy z 9 października 2015 r. o systemie informacji

w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU 2015 r., poz. 1991.

Usługodawcy prowadzą elektroniczną dokumentację medyczną w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-informacyjnym oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra zdrowia.

Dane, w tym dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy, są udostępniane za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej za zgodą usługobiorcy.

Do 31 grudnia 2017 r. usługodawcy mogą:

- zamieszczać w SIM dane umożliwiające pobranie danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez innego usługodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
- przekazywać do SIM dane osobowe i jednostkowe dane medyczne zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy.

Tworzy się rejestr medyczny – Centralny Wykaz Pracowników Medycznych.

W ramach tego rejestru do nadanego pracownikowi medycznemu identyfikatora są przyporządkowane dane dotyczące imienia (imion) i nazwisk, numeru PESEL albo numeru paszportu lub innego dokumentu tożsamości – w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL, prawa wykonywania zawodu – jeżeli dotyczy, identyfikatorów nadanych w innych rejestrach medycznych – jeżeli dotyczy, daty zgonu – jeżeli dotyczy, zatrudnienia u usługodawcy, zawodu i specjalizacji – jeżeli dotyczy.

Usługodawca przekazuje do Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych dane umożliwiające identyfikację pracownika medycznego.

Pracownik medyczny używa bezpiecznego podpisu elektronicznego, weryfikowanego za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, do podpisywania:

- elektronicznej dokumentacji medycznej,
- wniosku o dostęp do danych umożliwiających pobranie z SIM elektronicznej dokumentacji medycznej lub danych z tych dokumentów, w zakresie niezbędnym do wykonywania badań diagnostycznych, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne,
- wniosku o dostęp do danych przetwarzanych w SIM, umożliwiających wymianę między usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Do 31 grudnia 2017 r. elektroniczna dokumentacja medyczna może być wystawiana w postaci papierowej lub elektronicznej.

Ustawa wprowadza ponadto zmiany w wymienionych niżej ustawach.

## Ustawa – Prawo farmaceutyczne

Przepis art. 95b ustawy stanowi, że recepta jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej.

Receptę w postaci papierowej wystawia się w przypadku:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- recepty refundowanej *pro auctore* lub *pro familiae*,
- recepty transgranicznej,
- recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości,
- recepty wystawianej przez lekarza czasowo i okazjonalnie wykonującego zawód na terytorium RP.

Przepis art. 96a ustawy określa zasady wystawiania recept dotychczas zawarte w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich.

Dane dotyczące **osoby wystawiającej receptę** zawierają m.in.:

- identyfikator pracownika medycznego, stanowiący prawo wykonywania zawodu,
- numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę,

– podpis, w przypadku recepty:

a) w postaci elektronicznej – za pomocą bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, albo

b) w postaci papierowej – podpis własnoręczny.

Zgodnie z art. 96b ustawy, w przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej pacjent otrzymuje informację o wystawionej receptce, zawierającą m.in.: klucz dostępu do recepty lub pakietu recept, kod dostępu, identyfikator recepty.

## Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

**Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.**

Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Recepty lub zlecenia w formie papierowej, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruki informacyjne mogą być przekazane:

- przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruku informacyjnego,
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

**Lekarz wystawia recepty na zasadach określonych w art. 95b–96b ustawy – Prawo farmaceutyczne.**

Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom uprawnionym, o których mowa w art. 43–46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Lekarz jest obowiązany do odnotowania uprawnień tych osób na receptce.

W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne **refundowane**, określone w wykazach ogłoszonych w obwieszczeniu ministra zdrowia, **lekarz jest obowiązany do odnotowania na receptce odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach** określonych w ustawie o refundacji leków.

Lekarz jest obowiązany zgłosić podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego na rynek i prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych działanie niepożądane produktu leczniczego.

Zgłoszenia dokonuje się na formularzu zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego, składanym pisemnie w postaci papierowej albo elektronicznej.

## Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszej ustawie oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby, wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdro-

wotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

Osoby upoważnione przez administratora danych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Tajemnica obowiązuje je także po śmierci pacjenta.

**Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę i powierzyć innemu podmiotowi przetwarzanie danych, pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący dane.**

Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w tej ustawie.

**Dokumentacja medyczna jest udostępniana:**

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) przez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,
- 3) przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji,
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- 5) na informatycznym nośniku danych.

**Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt. 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.**

Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS.

**Elektroniczna dokumentacja medyczna po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia systemu, w Systemie Informacji Medycznej.**

## Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą zapewniają warunki organizacyjne i techniczne niezbędne do realizacji wspomnianego obowiązku oraz sprawują nadzór nad jego wykonywaniem.

## Ustawa o izbach lekarskich

Naczelna Rada Lekarska jest obowiązana na żądanie ministra zdrowia przekazywać nieodpłatnie dane zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP.

Dane zawarte w tym rejestrze mogą zostać udostępnione podmiotom biorącym udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, uczelniom, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych, jednostkom akredytowanym, wojewodom, MON, ministrowi spraw wewnętrznych i konsultantom krajowym w ochronie zdrowia w związku z wykonywanymi przez nich zadaniami.

W ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprowadzono zmiany dotyczące lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane, którzy nie są lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowelizacją ustawy osoba uprawniona oznacza osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania da-

nego zawodu medycznego jest uprawniona do wystawiania recept zgodnie z ustawą o refundacji leków oraz ustawą – Prawo farmaceutyczne, a także zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Zniesiony został obowiązek podpisywania umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane. Dotychczas zawarte umowy wygasają 31 grudnia 2016 r.

Zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy są wystawiane w postaci elektronicznej albo papierowej.

Zlecenia w postaci papierowej wystawia się w przypadku:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- zlecenia dla osoby o nieustalonej tożsamości,
- zlecenia zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, wystawionego na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE.

**Recepty w postaci papierowej na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne opatrzone są unikalnymi numerami identyfikującymi je, nadawanymi przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.**

**Osoba uprawniona**, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz **podmiot wykonujący działalność leczniczą**, w ramach której wystawiono receptę na co najmniej jeden refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny lub zlecenie na wyrób medyczny, są **obowiązani poddać się kontroli** przeprowadzanej lub zlecającej przez NFZ w zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej zasadności i prawidłowości wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne i zleceń na wyroby medyczne.

**Osoba uprawniona**, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jest **obowiązana do zwrotu funduszowi kwoty stanowiącej równowartość sumę refundacji** z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji, w przypadku wypisania recepty:

- w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept,
- niezasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi,
- niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy,
- niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach ogłoszonych przez ministra zdrowia.

**Karze pieniężnej** podlega osoba uprawniona, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, która wystawiła receptę na refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrób medyczny, albo podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach której wystawiono receptę na refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrób medyczny, albo zlecenie na wyrób medyczny, w przypadku:

- uniemożliwienia czynności kontrolnych,
- niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych.

Kara pieniężna wymierzana jest w kwocie stanowiącej równowartość sumy refundacji za okres objęty kontrolą w przypadku uniemożliwienia kontroli, a niewykonanie zaleceń pokontrolnych obciążone jest karą pieniężną w wysokości do równowartości kwoty refundacji za ten okres.

Okres objęty kontrolą nie może być dłuższy niż 5 lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła refundacja.

Karę pieniężną nakłada w drodze decyzji administracyjnej dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Od decyzji przysługuje odwołanie do prezesa funduszu.

Zażalenia na postanowienia prezesa funduszu rozpatruje minister zdrowia.

Kara pieniężna ulega przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ją ustalająca stała się ostateczna.

## Ustawa o działalności leczniczej

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Wymagań określonych w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy nie stosuje się do pomieszczeń i urzędzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

**W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności miejsce udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń.**

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności aktualne informacje o rodzaju prowadzonej działalności i wysokości pobieranych opłat podaje się do wiadomości pacjentów przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

15 grudnia 2015 r. zostało opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2126, obwieszczenie marszałka Sejmu RP z 27 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

17 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2017.

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



**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



19 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 12 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2040.

Załącznik do rozporządzenia zawiera nowe brzmienie załącznika nr 6 określającego zakres oraz częstotliwość wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i testów podstawowych.

#### Dokumentacja medyczna

23 grudnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2069.

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

29 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2015 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2210.

31 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2015 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub wpisanych na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2323.

31 grudnia 2015 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 23 grudnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2247.

W ramach badania lekarskiego uprawniony lekarz dokonuje oceny stanu zdrowia osoby badanej w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w zakresie obturacyjnego bezdechu podczas snu.

Szczegółowe warunki badania lekarskiego w zakresie obturacyjnego bezdechu podczas snu określa załącznik nr 5a do rozporządzenia.

Ponadto zmianie uległy załączniki do rozporządzenia.

Dotychczasowe orzeczenia lekarskie zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

#### Weszły w życie w styczniu 2016 r.:

1 stycznia 2016 r. – art. 2 pkt. 1 i art. 3 ustawy z 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, opublikowanej w DzU z 2015 r., poz. 1365.

Główny inspektor sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, Program Szczepień Ochronnych na dany rok ze szczegółowymi wskazaniami dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, w terminie do 31 marca roku poprzedzającego realizację tego programu.

Narodowy Fundusz Zdrowia po raz pierwszy sfinansuje zakup szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla ubezpieczonych w 2017 r.

1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 8 lipca 2015 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2016 r., opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1033.

1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie ministra infrastruktury i rozwoju z 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań zdrowotnych, badań lekarskich i psychologicznych oraz oceny zdolności fizycznej i psychicznej osób ubiegających się o świadectwo maszynisty albo o zachowanie jego ważności, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1349.

#### Szczepienia ochronne

1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1947.

1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie Rady Ministrów z 30 czerwca 2015 r. w sprawie dokumentów wymaganych przy składaniu wniosku o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego albo przy zgłoszeniu wykonywania tej działalności, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1355.

Rozporządzenie określa:

- dokumenty, wymagane przy składaniu wniosku o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego, konieczne dla potwierdzenia przez wnioskodawcę spełnienia warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
- dokumenty, wymagane przy zgłoszeniu wykonywania działalności związanej z narażeniem, konieczne dla potwierdzenia przez wnioskodawcę spełnienia warunków bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
- czynności organu wydającego zezwolenie albo przyjmującego zgłoszenie w przypadku, gdy treść dokumentów jest niewystarczająca dla wykazania, że warunki bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej zostały spełnione.

1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1948.

Rozporządzenie określa sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej należące do: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, świadczeń wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest ustalany indywidualnie w odniesieniu do świadczeniobiorcy, na podstawie następujących kryteriów: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowań co do dalszego przebiegu choroby, stopnia odczuwanych dolegliwości, rodzaju i stopnia niepełnosprawności lub zagrożenia jej powstaniem, utrwaleniem lub pogłębieniem.

Lekarz, ustalając dopuszczalny czas oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, bierze pod uwagę, czy w wyniku nieudzielenia tego świadczenia w określonym czasie istnieje zagrożenie życia, zagrożenie niezdolnością do samodzielnej egzystencji albo całkowitą lub trwałą niezdolnością do pracy.

#### Ustawa o odpadach

1 stycznia 2016 r. – ustawa z 11 września 2015 r. o zużytym sprzęcie elektrycznym i elektronicznym, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 1688, która wprowadza zmiany w przepisach ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (DzU z 2013 r., poz. 21, ze zm.).

Zgodnie z przepisami ustawy o odpadach, wytwórca obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów sporządza roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i składa je w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce ich wytwarzania. **Nowelizacja wprowadza przepis art. 180a ustawy, który stanowi, że kto, wbrew powyższemu obowiązkowi, nie składa sprawozdania, podlega karze grzywny.**

Zgodnie z art. 24 ustawy z 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (t.j. DzU z 2015 r., poz. 1094, ze zm.), grzywnę wymierza się w wysokości od 20 do 5000 zł, chyba że ustawa stanowi inaczej.

Wymierzając grzywnę, bierze się pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe. Karę grzywny nakłada wojewódzki inspektor ochrony środowiska.

Uchylony został art. 200 ustawy, który stanowił, że podmiot, który wbrew obowiązkowi nie składa sprawozdania, podlega administracyjnej karze pieniężnej w wysokości 500 zł i 2000 zł, która może być wymierzana wielokrotnie, z tym że łączna wysokość kar za dany rok kalendarzowy nie może przekroczyć 8500 zł.

Podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi sporządzają i składają je, za lata 2015 i 2016, stosując przepisy dotychczasowe, z tym że ten, kto wbrew obowiązkowi nie sporządza i nie przekazuje zbiorczych zestawień danych, sprawozdań lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym, podlega karze grzywny, o której mowa w art. 180a ustawy.

Do złożonych zbiorczych zestawień danych i sprawozdań, o których mowa wyżej, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Niewykonanie obowiązków sprawozdawczych za lata 2012–2014 podlega administracyjnej karze pieniężnej.

## Zwolnienia lekarskie

**1 stycznia 2016 r. – rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2013.**

Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie wystawiane w formie dokumentu elektronicznego albo wydruk zaświadczenia lekarskiego opatrzone podpisem i pieczęcią wystawiającego.

**1 stycznia 2016 r. – ustawa z 16 grudnia 2015 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w DzU z 2015 r., poz. 2198.**

Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą świadczeniodawcy, **obowiązywanie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2017 r.**

Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ kieruje wnioskiem do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

Przedłużenie umów o wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego wymaga uzyskania przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ zgody właściwego miejscowo wojewody.

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

**REDAKCJA:** 00-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, faks 22-826-01-81, puls@oilwaw.org.pl

**REDAKTOR NACZELNA:** Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk, tel. 22-850-18-10, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-58, k.biezanska@oilwaw.org.pl

**KOLEGIUM REDAKCYJNE:** Romuald Krajewski, Ewa Miękus-Pączek (redaktor Biuletynu ORL w Warszawie), Longin Niemczyk, Roman Olszewski, Rafał Paluszkiwicz, 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-Szlaga

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

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

# UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

Opłacanie 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.

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 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**



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

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

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

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

## Zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

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

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

## NUMERY INDYWIDUALNYCH RACHUNKÓW BANKOWYCH DO OPŁAT SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

**UWAGA!!!**

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.**

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).



**Roman Olszewski**  
skarbnik ORL w Warszawie



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



**Rzecznik Praw Lekarza**  
**Andrzej Kuźawczyk**  
wtorki – 10.00–12.00  
tel.: 784-98-65-57.



**Mediator**  
**Krzysztof Bielecki**  
czwartki – 13.00–15.00  
(po umówieniu)  
[prof.bielecki@gmail.com](mailto:prof.bielecki@gmail.com)

DYŻURY

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



# Dbamy o Twój spokój



**Karta Klienta PZU dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej  
w Warszawie, objętych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej.**

Cenimy Twój spokój, dlatego razem z Kartą Klienta PZU oferujemy  
**20% zniżki** na ubezpieczenia domu, samochodu, turystyczne i inne.

O szczegóły zapytaj w punkcie obsługi lekarzy w OIL,  
ul. Puławska 18, tel. 508 504 318 i 508 504 332.

