

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

puls

marzec 2016 nr 3

Ubezpieczenie OC
w składce
na samorząd
[str. 20]

Jarosław Pinkas,
sekretarz stanu
w MZ,
o specjalizacjach,
kształceniu
i uczelniach
[str. 4]

Trzy pytania do
Jacka Krajewskiego,
prezesa Federacji
Porozumienie
Zielonogórskie
[str. 11]



XXXVI Okręgowy
Zjazd Lekarzy OIL
w Warszawie
9 kwietnia
2016 r.

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 Siporska,
Ewa Skoneczna; tel. 22-542-83-14; faks 22-542-83-15

Komisja ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich

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

Komisja ds. Konkursów

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

Komisja ds. Stażu Podyplomowego

przewodniczący Ładysław Nekanda-Trepka
prac. biura: Marta Bodek, Jolanta Otulak
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

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

Dział Informacji Medialnej

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



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

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. Warszawy,
17–18 czerwca 2016 r.



ZA UDZIAŁ W SZKOLENIU PRZYŚLUGUJE 18 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH.

Proponujemy skorzystanie z noclegu w Hotelu Warszawianka i wspólne spędzenie wieczoru przy muzyce.
Opłata wpisowa wynosi:

- | | |
|-----------------------------|---|
| Pakiet I – 250 zł obejmuje: | Pakiet II – 600 zł obejmuje: |
| • przerwy kawowe | • nocleg ze śniadaniem |
| • obiady | • przerwy kawowe |
| • parking | • obiady |
| | • uroczystą kolację |
| | • korzystanie z aquaparku, sauny, siłowni, sali fitness |
| | • parking |

Dla stażystów opłata za udział wynosi 50 zł.

Potwierdzeniem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty na konto OIL w Warszawie.

Nr konta: 27 1240 6247 1111 0000 4974 2369 – z dopiskiem II MSS

Dodatkowe informacje: Małgorzata Rajca, tel.: 22-542-83-08, m.rajca@oilwaw.org.pl

Liczba miejsc ograniczona.

Zapisy odbywają się wyłącznie za pomocą formularza elektronicznego znajdującego się
na stronie OIL www.oilwaw.org.pl w zakładce szkolenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

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





Nr 3/2016 (251)
marzec 2016

Na okładce:
rysunek autorstwa Krzysztofa Rosieckiego

W numerze m.in.:

▶ II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	1
▶ powiem wprost	3
▶ wywiad	4
▶ Orędzie papieża Franciszka	8
▶ Onkologia	8
▶ trzy pytania do...	11
▶ Recepty lekarskie	12
▶ Lekarz jako świadek i biegły	14
▶ O zdrowiu w Paryżu	15
▶ etyka	16
▶ biuletyn ORL	16
▶ u nas w samorządzie	18
▶ O lekarzach i reklamie	19
▶ OC w składce...	20
▶ z Mazowsza	22
▶ z Delegatury Radomskiej	23
▶ Plany i realia	24
▶ wydarzenia	26
▶ polemika	27
▶ leczmy ból	28
▶ Osiągnięcia współczesnej medycyny i absurdalność refundacji...	30
▶ Doniesienia naukowe	31
▶ Gala charytatywna	35
▶ lektury	36
▶ Historia jest nam potrzebna	37
▶ ciekawe miejsca	39
▶ literatura i życie	40
▶ Moje adresy	41
▶ wspomnienia	42
▶ nowe przepisy prawne	43
▶ felietony:	
▷ Gwiazdowicz-Włodarczyk	2
▷ Balicki	7
▷ Walewski	10
▷ Kowal	32
▷ Jankowska	33
▷ Ciepły	38
▷ Müldner-Nieckowski	38



Prawie na walentynki

Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
redaktor naczelna

Tuż po 14 lutego – jakby w prezencie na walentynki – otrzymaliśmy dwie optymistyczne wiadomości o zmianach, których samorząd lekarski od dawna oczekiwał, a które minister Konstanty Radziwiłł, jeszcze jako działacz samorządu lekarskiego, wskazywał jako sensowne rozwiązania.

Wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas zapowiedział właśnie, także w wywiadzie dla „Pulsu”, ograniczenie liczby specjalizacji lekarskich. Uważa, że trzeba dojść do konsensusu środowiskowego w tej sprawie, pamiętając o prawach nabytych. – *Nikt nie może stracić uzyskanej specjalizacji, nawet jeśli zostanie zamieniona na umiejętność* – mówi. Z drugiej strony konieczne jest uwzględnienie potrzeb wynikających z polityki zdrowotnej państwa i rozwoju medycyny. Jarosław Pinkas podkreśla, że należy zahamować pęd do tworzenia kolejnych specjalizacji oraz doprowadzić do zamiany niektórych na umiejętności lekarskie.

A druga wiadomość: na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji pojawił się właśnie gotowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przywracający staż podyplomowy. Ustawa ma wejść w życie po upływie 14 dni od daty ogłoszenia. Biorąc pod uwagę tempo uchwalania ostatnio przez parlament projektów ustaw zgłoszonych przez partię rządzącą rozwiązania te wejdą na pewno w życie szybko. Zatem coś się dzieje!

Na walentynki wiele osób otrzymało e-mail: „W ramach kampanii »Zgoda na życie« powstał ujmujący filmik »Serce«. Godny obejrzenia i refleksji. Proszę przesyłać dalej”. Przesyłam więc: <https://www.youtube.com/watch?v=1FsspDbDiRM&feature=youtu.be>

Też tuż po walentynkach, 16 lutego 2016 r., prof. Krzysztof Bielecki, chirurg, mediator w OIL w Warszawie, został powołany do Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. Serdecznie gratulujemy. To jeszcze jeden filar zmian w ochronie (już się poprawiam – służbie) zdrowia. Założeniem NRR jest „stworzenie płaszczyzny dla debaty programowej na temat rozwoju Polski i wypracowanie stanowisk wykraczających poza horyzont bieżącej polityki”. Rada ma za zadanie „formułowanie celów strategicznych oraz metod ich osiągnięcia poprzez analizowanie sytuacji w kluczowych dziedzinach funkcjonowania państwa, definiowanie wyzwań i wskazywanie zagrożeń w perspektywie przyszłości Polski” (www.prezydent.pl).

A teraz o św. Walentym, który jest mi bliski, chociażby dlatego, że mój dziadek nosił to imię. Św. Walenty był lekarzem (ur. ok. 176 w Interamnie, zm. ok. 273 w Rzymie). Już w IV w. jego grób otoczony był kultem, a papież Juliusz II wybudował nad nim bazylikę. Na mocy decyzji papieża Gelazjusza od 496 r. 14 lutego obchodzony jest jako Dzień św. Walentego, obrońcy przed ciężkimi chorobami (zwłaszcza umysłowymi, nerwowymi i epilepsją). W Stanach Zjednoczonych, Anglii i współcześnie w Polsce św. Walenty został uznany za patrona zakochanych.

Walentynki – to nowa w naszej kulturze okazja do okazywania pozytywnych uczuć, chociaż różne są zdania na ten temat. Ja jednak uważam, że każdy pretekst do wyrażania sympatii jest dobry. Nawet w formie wykpiwanego goździka z okazji zbliżającego się 8 marca. ■

e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

Izbowy kalendarz



Fot. egw

Andrzej Sawoni
prezes ORL w Warszawie

W najbliższych miesiącach czekają nas ważne izbowe wydarzenia. 9 kwietnia odbędzie się w Warszawie XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy. Zaproszenie do udziału w nim przyjął minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Spotkanie naszego środowiska będzie okazją do dyskusji o systemie ochrony zdrowia, sprawach priorytetowych, kierunkach rozwoju. Tematów nam nie zabraknie. W maju powrócimy do rozmów już na szczeblu ponadregionalnym podczas Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy. To głosami przedstawicieli samorządu lekarskiego możemy wyrazić postulaty i akcentować to, co ważne dla pacjentów i naszej grupy zawodowej. Jestem przekonany, że mamy dość sił i determinacji do działania, a nasze starania przynoszą efekty. Przypomnę, że w połowie stycznia 2016 r. zorganizowaliśmy międzynarodową konferencję „Rekompensowanie szkód związanych z leczeniem w modelu pozasądowym”. W tym spotkaniu uczestniczyli i głos zabrali m.in. członkowie zespołu, który w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie od ponad roku zajmował się opracowaniem propozycji zmian w systemie rekompensat. Nasza inicjatywa spotkała się z dużym zainteresowaniem środowiska medycznego i organizacji pacjentów. Możemy mieć satysfakcję, że daliśmy mocny impuls do rozpoczęcia prac nad tym zagadnieniem na szczeblu ministerialnym, a członkowie izbowej grupy ekspertów znaleźli się w składzie zespołu powołanego w Ministerstwie Zdrowia do opracowania założeń projektu ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych. Przebieg jego prac będziemy uważnie obserwowali.

Powracając do izbowego kalendarza, na początku czerwca spotkamy się z koleżankami i kolegami z Polski i zagranicy na IX Kongresie Polonii Medycznej. To naszej Izbie przypadła rola gospodarza tego spotkania, które organizujemy wspólnie z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych i Naczelną Izbą Lekarską. Od lat dbamy o kontakty z medycznymi organizacjami polonijnymi u naszych wschodnich sąsiadów – na Białorusi, Litwie, Ukrainie i w Gruzji. Zachęcamy lekarzy i lekarzy dentyków z krajów, w których nie ma tradycji samorządu zawodowego, do poznawania zasad działania izb lekarskich, organizujemy wykłady, spotkania. Doświadczenia, które wynosimy z tej współpracy, sieć kontaktów i wyzwania, które sobie stawiamy, pozwalają na pełnienie roli reprezentanta i łącznika między Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych a tymi organizacjami we wschodniej Europie. Przygotowanie kongresu i rola jego gospodarza będą służyły zaakcentowaniu tych działań.

Także w czerwcu, jeszcze przed wakacjami, czekają nas II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, dwudniowa konferencja organizowana przez naszą Komisję ds. Lekarzy Dentyków. Jedną z sesji będzie dotyczyła samorządu lekarskiego. Zachęcam koleżanki i kolegów do udziału w tych wydarzeniach. ■

UWAGA! Koleżanki i Koledzy, Delegaci na Okręgowy Zjazd!
XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie odbędzie się 9 kwietnia 2016 r.

Projekty uchwał, apeli oraz stanowisk zjazdu, wraz z podaniem celu i uzasadnieniem, zgodnie z regulaminem obrad można zgłaszać do 31 marca 2016 r. pod adresem: sekretarz@oilwaw.org.pl



Onkologia
str. 8



Rozmowa z Romanem Jasińskim, przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, o lekarzach i reklamie
str. 19



Wędrówki po regionie. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim
str. 24

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

O specjalizacjach, kształceniu i uczelniach

Z Jarosławem Pinkasem, sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, rozmawia Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Panie ministrze, dlaczego resort zdrowia i Centrum Egzaminów Medycznych nie chcą udostępnić pytań z LEP/LDEP i egzaminów na specjalizacje? W latach 70. i 80. pytania z poprzednich lat były powszechnie dostępne dla lekarzy, a poziom wiedzy specjalistów nie był chyba niższy niż teraz.

Medycyna rozwija się niezwykle szybko, a my nie zamierzamy badać stopnia opanowania przez lekarzy materiału już historycznego, tylko poziom wiedzy w zakresie aktualnych zagadnień klinicznych i terapeutycznych. Długo debatowaliśmy nad tym, czy uwzględnić stanowisko młodych lekarzy (rezydenci zwrócili się do nas o udostępnienie pytań), ale uznaliśmy, że spełnienie ich postulatu doprowadzi do obniżenia jakości kształcenia, a na to nie mogliśmy się zgodzić. Sprawdziliśmy też, jak ta kwestia rozwiązywana jest w innych krajach, i wspólnie z dyrektorem CEM prof. Mariuszem Klencim postanowiliśmy, że pytania egzaminacyjne nie będą udostępniane. Zasady opracowywania pytań egzaminacyjnych oraz analiza odpowiedzi zdających to bardzo precyzyjny mechanizm, który pokazuje, które pytania były złe, które trzeba odrzucić itd. Według mnie funkcjonuje on dobrze. A to, że lekarze nie zdają egzaminów, jest wynikiem – przykro mi to powiedzieć – nie najlepszego ich przygotowania. Raz na jakiś czas zdarzają się sesje, w których bardzo dużo osób nie zdaje. Przeanalizowaliśmy sytuację i okazało się, że były to sesje, w których wiele osób podchodziło do egzaminu powtórnie. Widać, że ta grupa lekarzy przystępuje do egzaminu zdecydowanie źle przygotowana i na tym rzecz polega. Moim zdaniem ludzie zdają egzamin, gdy posiadają wiedzę, a nie umiejętność odpowiadania na pytania. Decyzja jest więc jednoznaczna – w tej chwili na pewno nie będziemy udostępniać pytań z poprzednich sesji egzaminacyjnych lekarzom, którzy kończą specjalizację w Polsce.

Mamy jedną z największych na świecie liczbę specjalizacji medycznych. Minister Arłukowicz ustanowił kilkanaście nowych, „szczegółowych” specjalizacji, które zdaniem części ekspertów są niepotrzebne i nieuznawane w większości krajów UE. Czy nie uważa pan, że należy ograniczyć liczbę specjalizacji i powrócić do popieranej przez samorząd lekarski idei wprowadzenia tzw. umiejętności lekarskich?

Rzeczywiście, w Polsce istnieje ogromna liczba specjalizacji i chyba jesteśmy rekordzistami świata w tej dziedzinie, a kolejne czekają na formalne uznanie przez ministra.

Wszyscy ci oczekujący uważają, że muszą mieć swoją specjalizację, co spowoduje lub już powoduje, że pacjent jest przekazywany przez jednego specjalistę kolejnemu. Żeby to zrationalizować, trzeba z jednej strony dojść do konsensusu środowiskowego w tej sprawie (pamiętając o prawach nabytych – nikt nie może stracić uzyskanej specjalizacji, nawet jeśli zostanie zamieniona na umiejętność). Z drugiej strony musimy uwzględnić potrzeby wynikające z polityki zdrowotnej państwa, biorąc jednocześnie pod uwagę rozwój medycyny. W pierwszej kolejności musimy zahamować pęd do tworzenia kolejnych specjalizacji oraz doprowadzić do zlikwidowania zbędnych i zamiany ich na umiejętności lekarskie, ale – podkreślam – na zasadzie konsensusu środowiskowego.

Kiedy będą zmienione zasady kształcenia podyplomowego i czy zamierza państwo wprowadzić rozwiązania popierane od lat przez samorząd lekarski?

Już nad tym pracujemy, minister zdrowia powoła specjalny zespół. Myślę, że zmiany wprowadzimy w ciągu najbliższych dwóch lat. Dlatego nie od razu, że w tym okresie powinno nastąpić znaczące ograniczenie liczby specjalizacji i wprowadzenie umiejętności lekarskich, o czym już wspominałem. Trzeba będzie niektóre specjalizacje połączyć, by nie kształcić lekarzy w specjalnościach, które zupełnie nie mają sensu. Nie będę ich wymieniał, ale chodzi głównie o te, które mają różne nazwy, a zbliżone programy. W efekcie kształcimy lekarzy o tej samej wiedzy, podobnych kwalifikacjach i nadajemy im różne uprawnienia. Wydaje się, że niektóre specjalizacje powstały tylko po to, by zrealizować interes wąskich grup zawodowych, które chciały zachować pewien segment rynku dla siebie, przy okazji ograniczając dostępność tych specjalizacji. Proszę zobaczyć, jak wyglądają niektóre programy – trzeba wykonać nieprawdopodobną liczbę procedur, które praktycznie są nie do wykonania, o ile nie pracuje się na właściwym oddziale klinicznym. To trzeba zmienić przez urealnienie programów, trzeba również walczyć z partykularyzmem. Nie powinno być tak, że np. szef kliniki pulmonologii nie może leczyć dzieci, bo ma specjalizację z pulmonologii dorosłych.

Czyli jednak ograniczenie wprowadzania kolejnych specjalizacji?

Zdecydowanie tak. Ograniczamy pomysły na nowe specjalizacje, a zamiast tego wprowadzamy umiejętności lekarskie, o co zawsze występował samorząd. Myślę, że wrócimy do projektów zgłaszanych przez Naczelną Izbę Lekarską i będziemy działać zgodnie z ideą środowiska lekarskiego,



Fot. archiwum MZ

licząc na to, że wprowadzenie umiejętności, połączone z weryfikacją i likwidacją niektórych specjalizacji (przy zachowaniu zasady konsensusu), nie spotka się z kontestacją. To są zmiany, których należy dokonywać spokojnie. Ich wprowadzenie nie podniesie od razu jakości świadczeń zdrowotnych, ale pozytywnie wpłynie na jakość kształcenia. A to w przyszłości zaowocuje lepszą jakością świadczeń. Lekarze będą mieli większe możliwości znalezienia pracy. Wąska specjalizacja często je ogranicza.

Poprzednia ekipa mówiła o planach utworzenia narodowego centrum raka. Miało powstać z połączenia Instytutu Onkologii w Warszawie i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Pierwszym krokiem było powołanie prof. Krzysztofa Warzochy na dyrektora obu placówek. Czy obecne kierownictwo resortu będzie

kontynuowało te działania? Minister Zembala odwołał dyrektora Centrum Onkologii w Warszawie i planował odłączenie od warszawskiej placówki oddziału w Gliwicach. Zdaniem wielu lekarzy i chorych warszawska placówka nie spełnia oczekiwań i wymaga radykalnych zmian. Czy resort zamierza postawić przed nowym dyrektorem nowe cele, a jeżeli tak, to jakie?

W Instytucie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie jest w tej chwili ogłoszony konkurs na stanowisko dyrektora, który będzie na razie zarządzał trzema podmiotami – placówką warszawską i oddziałami w Gliwicach i Krakowie. Nowy dyrektor musi przedstawić nam propozycje rozwoju klinicznego i naukowego tych szpitali, być może pokaże dobre i złe strony rozdzielania placówek. Oddział w Krakowie dotychczas nie zgłaszał aspiracji do

usamodzielnienia się. Na Śląsku powstało silne lobby na rzecz oddzielenia oddziału gliwickiego od warszawskiej centrali, które przekonało do swojego pomysłu poprzedniego ministra zdrowia. Jako główny argument przytaczana jest sprawa transferu środków wypracowanych w Gliwicach do Warszawy. My się temu musimy przyjrzeć. Powtarzam więc – pierwszy krok to powołanie nowego dyrektora, następnie bardzo dokładna analiza sytuacji. Naszym zdaniem poprzednie decyzje były związane z polityką i z wyborami. Nas interesuje przede wszystkim dobro pacjentów onkologicznych. Placówki były połączone, bo budowano potencjał naukowy i dydaktyczny onkologii. Dzięki utrzymaniu *status quo* możemy stworzyć jedno z największych centrów onkologicznych w Europie, pod warunkiem, że te trzy oddziały będą ze sobą współpracowały i uzupełniały się dla swojego i wspólnego dobra. Jeżeli się podzielią, to potencjał będzie mniejszy. Jest wiele argumentów za, ale też wiele przeciw, trzeba zatem dokonać dogłębnej analizy.

Dlatego chcemy mieć dyrektora, którego będziemy darzyć zaufaniem, który, jak już mówiłem, przedstawi bardzo precyzyjną ocenę sytuacji. Poza tym wiemy, że warszawski Instytut Onkologii też mierzy się z różnymi problemami. Są pacjenci, którzy oceniają go dobrze, są jednak i tacy, którzy nie wypowiadają się o nim i panującej tam atmosferze zbyt pozytywnie. Poszczególne kliniki i zakłady instytutu zostały skłócone ze sobą i tak zantagonizowane pracowały przez wiele lat. Musimy ten stan rzeczy teraz w bardzo spokojny sposób zmienić. Odbudować to, co dobre, żeby zapanowała idea współpracy. Mam nadzieję, że konkurs wyłoni osobę, która takiemu zadaniu podoła.

Ostatnio wiele się mówi o problemach związanych z opieką nad osobami w wieku 65 plus. Poprzednie władze resortu zdrowia ogłosiły powstanie Instytutu Geriatrii, na remonty w celu utworzenia oddziału geriatrycznego w dawnym Instytucie Reumatologii wydano 20 mln zł, a klinika geriatrii chyba nie funkcjonuje...

Ten instytut jest potrzebny, żeby leczyć i kształcić. Liczba pacjentów ze schorzeniami reumatoidalnymi ciągle rośnie i coraz bliżej nam do geriatrycznego (65 plus) wyżu demograficznego. Kondycja Instytutu Reumatologii, zarówno ekonomiczna, jak i lokalowa, jest bardzo zła. Wymaga natychmiastowych inwestycji i ogromnych środków, żeby instytut się rozwijał. Najbardziej zaniedbana jest część rehabilitacyjno-reumatologiczna. Bez pieniędzy, i to dużych, sytuacji nie da się naprawić. W tej chwili rozmawiamy o tym z dyrektorem placówki.

Ale instytut w ciągu ostatnich dwóch lat podupadł także naukowo. Nie ma nawet uprawnień do nadawania stopnia doktora nauk medycznych z powodu braku odpowiedniej liczby samodzielnych pracowników naukowych.

Instytut badawczy musi mieć odpowiednią liczbę samodzielnych pracowników naukowych, musi wypracowywać odpowiednią liczbę punktów *impact factor*, by nie uległa obniżeniu jego kategoria, czyli ranga naukowa. Oczywiście oceniamy dyrektora takiej jednostki, biorąc pod uwagę jego osiągnięcia i w tej dziedzinie. Na razie się przyglądamy. Potrzebuję trochę czasu, żeby obiektywnie ocenić dyrektora obecnie już Instytutu Geriatrii i Reumatologii. W pierwszym półroczu 2016 planujemy kompleksową ocenę wszystkich instytutów badawczych podległych ministrowi zdrowia. Wiem, że ten instytut

cierpi z powodu gigantycznego zadłużenia, braku kadry, że nie można uruchomić kliniki geriatrii, bo od dłuższego czasu nie udaje się znaleźć samodzielnego pracownika nauki, by móc spełnić kryteria prowadzenia takiego oddziału. W pierwszym kwartale sprawdzę, dlaczego tak się dzieje.

Ostatnio resort zdrowia wraz z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyraził zgodę na utworzenie kolejnych wydziałów lekarskich na uczelniach niemedycznych. Czy obecne kierownictwo MZ będzie kontynuowało ten kierunek, także jeżeli chodzi o uczelnie niepubliczne?

Kiedy Ministerstwo Zdrowia zaakceptowało powstanie wydziału lekarskiego w Olsztynie, wiele osób zgłaszało wątpliwości. Decyzja podjęta została po dość długim okresie weryfikacji i ocenie możliwości dydaktycznych warmińskiej szkoły wyższej. Dzisiaj studenci z Olsztyna zdają LEP najlepiej w kraju, uczelnia jest świetna. Obecnie trzy kolejne publiczne wyższe szkoły zaczęły przyjmować studentów medycyny: w Rzeszowie, Zielonej Górze i Kielcach. W 2016 r. odbędzie się pierwszy nabór na wydział lekarski w krakowskiej prywatnej uczelni im. Frycza Modrzewskiego. Aspiracje do uczenia medyków zgłosiły także dwie warszawskie uczelnie i w najbliższym czasie będzie wiadomo, czy spełniają kryteria. Zgodnie z prawem, jeżeli wyższa szkoła zapewnia odpowiednią bazę dydaktyczno-naukową i zatrudnia właściwą liczbę pracowników naukowych, nie możemy odmówić zgody na kształcenie. Proszę jednak pamiętać, że od nowych placówek kształcących medyków oczekujemy poziomu nauki takiego samego, jaki mają uniwersytety medyczne. Młodzi adepci medycyny po ukończeniu studiów na nowych wydziałach lekarskich w uczelniach niemedycznych muszą być co najmniej na takim samym poziomie jak ich koledzy np. z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego czy z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ponieważ baza naukowo-dydaktyczna jest w Polsce dość ograniczona, myślę, że więcej chętnych do kształcenia medyków nie będzie.

Czy podziela pan obawy Kolegium Rektorów Uniwersytetów Medycznych, że może to doprowadzić do znaczącego obniżenia poziomu wykształcenia polskich lekarzy?

Częściowo zgadzamy się z tym poglądem i nie dopuścimy do tego, żeby istniały kliniki na bazie obcej, ze słabszą kadrami. Najważniejsze jest znalezienie pieniędzy dla uczelni spełniających kryteria, które są już na rynku, mają zakorzenione tradycje kliniczno-dydaktyczne i kształcą na wysokim poziomie lekarzy i innych specjalistów medycznych. Będziemy więc preferować i wspierać te, które już funkcjonują. Mając na uwadze jakość kształcenia, w którymś momencie będziemy musieli powiedzieć stop powstawaniu nowych wydziałów medycznych.

W Polsce brakuje lekarzy, zwłaszcza specjalistów. Jakie resort zamierza podjąć działania, by temu zaradzić? I jak odnosi się do pomysłów m.in. o „zatrzymywaniu” lekarzy po rezydenturze w kraju i ewentualnym odpracowywaniu studiów medycznych?

Nie chcemy wprowadzać żadnej odpłatności, zatrzymywania na siłę, bo „z niewolnika nie ma robotnika”. Trzeba pochylić się nad rozwiązaniami, które zapewnią możliwości robienia specjalizacji w dobrych ośrodkach, lepsze warunki wykonywania zawodu... Musimy stworzyć system, który zachęci lekarzy do pozostania w Polsce. ■



Marek Balicki

Předwyborcza obietnica bezpłatnych leków dla seniorów zaczyna nabierać realnych kształtów. Na początku lutego, po kilkutygodniowych konsultacjach społecznych, rząd przyjął projekt oczekiwanej ustawy. Prace parlamentarne zapewne będą szybkie. Wszak to jeden ze sztandarowych projektów rządzącej partii. Czy spełni on oczekiwania seniorów? Dzisiaj trudno powiedzieć.

Pierwszy wykaz bezpłatnych leków będzie bowiem gotowy nie wcześniej niż w trzecim kwartale. Kwota przeznaczona na realizację programu nie jest szokująca. Ale na plus należy zaliczyć to, że w całości będzie pochodzić z budżetu państwa, NFZ nie wyda ani złotych. Ministerstwo szacuje, że na początku koszty w skali roku wyniosą około 500 mln zł i będą stopniowo rosły, aż do 1,2 mld zł w 2025 r.

W Europie bezpłatne leki dla określonych kategorii uprawnionych nie są żadnym ewenementem. Takie rozwiązania stosuje się dość powszechnie w różnych krajach UE. Czasami są daleko idące. Mało kto wie, że w Szkocji recepty wystawione przez lekarza rodzinnego są realizowane bezpłatnie dla wszystkich pacjentów.

Przy okazji darmowych leków dla seniorów rząd przypomniał nam, że art. 68 Konstytucji RP mówi nie tylko o obowiązku zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej, lecz również o obowiązku zapewnienia szczególnej opieki osobom w podeszłym wieku, np. w postaci specjalnych świadczeń. Szkoda, że w ostatnio toczonych dyskusjach wokół kwestii leków dla seniorów nie zwrócono uwagi na ten zapomniany konstytucyjny przepis. Tym bardziej że dotyczy jeszcze trzech innych wyróżnionych kategorii osób: dzieci, kobiet ciężarnych i niepełnosprawnych. Dotąd znaczenie ust. 3 art. 68 nie było przedmiotem publicznych rozważań. Może warto się tym zająć, zwłaszcza gdy tak wiele mówi się teraz o konstytucji.

Inny problem, który wiąże się z lekami dla seniorów, to zasady refundacji. Niejednokrotnie naruszają dzisiaj zasadę solidarności i są po prostu niesprawiedliwe. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy wysokie dopłaty do leków są powodem rezygnacji z zakupu przez osobę uprawnioną, która znajduje się w trudnej sytuacji materialnej.

W Europie stosowane są różne modele refundacji. Przy okazji ewentualnych modyfikacji naszych zasad warto się im przyjrzeć. Najogólniej mówiąc, są one przyjazne dla pacjentów. W Anglii wnosi się np. jednolitą opłatę za receptę, bez względu na faktyczną cenę leku. Osoby, które potrzebują większych ilości leków, mogą wykupić coś w rodzaju abonamentu na określony czas. Roczna opłata wynosi około 100 funtów, niezależnie od liczby przepisanych leków. A dla pacjentów po sześćdziesiątce leki są za darmo. W Szwecji po przekroczeniu określonej kwoty kolejne leki pacjenci otrzymują bezpłatnie. Tak samo jest w Niemczech, jeśli przewlekle chory wyda na leki więcej niż 1 proc. swoich dochodów. Nad tym wszystkim powinien się pochylić kolejny zespół ministra Radziwiłła, tym razem ds. polityki lekowej. Bo zmiany są konieczne. ■



Zapraszamy na kursy medyczne z zakresu ortodoncji praktycznej dla lekarzy dentystów.

Podstawowym celem kształcenia jest przygotowanie do samodzielnej i bezpiecznej pracy klinicznej w dziedzinie ortodoncji. Zajęcia przeznaczone są dla lekarzy dentystów, którzy pragną skutecznie i odpowiedzialnie leczyć pacjentów z problemami ortodontycznymi.

Program przygotowany został przez Panią **prof. dr hab. n. med. Annę Komorowską** Kierownikiem Naukowym jest Pani **dr n. med. Barbara Warych**.



Zajęcia mają charakter teoretyczno-praktyczny. Prowadzone są przez doświadczonych wykładowców oraz instruktorów krajowych i zagranicznych.

Szczegóły związane z programem, warunkami przyjęcia, planem zajęć i rekrutacją można uzyskać pod numerem tel. 601 666 608 oraz na stronie internetowej www.ortodoncja.edu.pl

OLORTO Sp. z o.o.
ul. Instalatorów 7B (I piętro), 02-237 Warszawa
tel. 601 666 608, 663 838 350

e-mail: kontakt@ortodoncja.edu.pl

www.ortodoncja.edu.pl



Orędzie papieża Franciszka

(fragmenty)

[...] Choroba, zwłaszcza ciężka, zawsze wywołuje kryzys w ludzkiej egzystencji i niesie ze sobą głębokie pytania. W pierwszej chwili może niekiedy wywołać bunt: dlaczego mnie to spotkało? Może prowadzić do rozpacz, do przekonania, że wszystko stracone, że nic już nie ma sensu... W tych sytuacjach wiara w Boga jest, z jednej strony, wystawiona na próbę, a jednocześnie ujawnia swą pozytywną moc. Nie dlatego, że dzięki wierze znika choroba czy ból, czy też pytania, jakie one rodzą, lecz dlatego, że daje ona klucz, który pozwala odkryć głęboki sens tego, co przeżywamy, pozwala nam zobaczyć, że choroba może być drogą do większej bliskości z Jezusem, który idzie u naszego boku, dźwigając krzyż. [...]

W tym Światowym Dniu Chorego możemy prosić Jezusa miłosiernego, przez wstawiennictwo Maryi, Jego i naszej Matki, aby obdarzył nas wszystkich gotowością do służby potrzebującym, a konkretnie naszym braciom i siostram chorym. Niekiedy posługa ta może być męcząca, ciężka, ale jesteśmy pewni, że Chrystus Pan nie omieszka przeobrazić naszego ludzkiego wysiłku w coś boskiego. My również możemy być rękami, ramionami, sercami, które pomagają Bogu w dokonywaniu cudów, często ukrytych. My również, zdrowi lub chorzy, możemy ofiarować nasze trudy i cierpienia, jak tę zwykłą wodę, która wypełniła stągwie na weselu w Kanie Galilejskiej i została przemieniona w najlepsze wino. Pomagając dyskretnie osobom cierpiącym, podobnie jak w chorobie, bierzemy na swoje barki codzienny krzyż i idziemy za Mistrzem (por.: Łk 9, 23) i choć spotkanie z cierpieniem będzie zawsze tajemnicą, Jezus pomaga nam odsonić jego sens. [...]

Każdy szpital czy klinika mogą być widzialnym znakiem i miejscem promowania kultury spotkania i pokoju, gdzie doświadczanie choroby i cierpienia, a także profesjonalna i braterska pomoc przyczyniają się do przewyżczenia wszelkich granic i podziałów. [...]

Powierzajmy wstawiennictwu Najświętszej Maryi Panny łęki i utrapienia razem z radościami i pociechą. Do Niej zwracamy się w modlitwie, aby kierowała na nas swoje miłosierne oczy, zwłaszcza w chwilach bólu, i byśmy za Jej sprawą byli godni kontemplować dziś i na wieki Oblicze miłosierdzia, jej Syna Jezusa.

Do tej modlitwy za was wszystkich dołączam moje apostołskie błogosławieństwo.

Watykan, 15 września 2015 r.

Franciscus

Cyt. za: Libreria Editrice Vaticana



Fot. archiwum

Onko

Małgorzata Solecka

Przez rok funkcjonowania pakietu onkologicznego wydano ponad 220 tys. „zielonych kart”, uprawniających do priorytetowego dostępu do świadczeń onkologicznych. Najnowszy Onkobaronometr, raport Fundacji Watch Health Care, jednoznacznie potwierdza, że względna poprawa sytuacji chorych z kartami DiLO nastąpiła kosztem pacjentów bez kart.

Onkobaronometr WHC zawiera analizę kolejek w pięciu dziedzinach medycyny zajmujących się walką z nowotworami: onkologii, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii oraz radioterapii onkologicznej.

Średni czas oczekiwania na świadczenie onkologiczne pacjentów z „zieloną kartą” wyniósł w styczniu 2016 r. 2,4 tygodnia. W tym samym czasie chorzy bez kart DiLO musieli czekać dwukrotnie dłużej – 5 tygodni. To czas oczekiwania na pojedyncze świadczenie, a w procesie leczenia onkologicznego takich świadczeń chory musi otrzymać kilka.

Choć pacjenci „pakietowi” są w znacząco lepszej sytuacji niż leczeni poza pakietem, w przypadku niektórych chorób nie ma szans na dotrzymanie terminu 9 tygodni od momentu wystawienia karty do wdrożenia terapii. Dotyczy to raka płuc, piersi oraz leczenia imatinibem przewlekłej białaczki szpikowej. Pozostali pacjenci z kartą DiLO mieszczą się jednak w limicie 9 tygodni. A chorzy bez karty DiLO? Na wizytę u specjalisty oczekują średnio 3 tygodnie, na diagnostykę – 5,2 tygodnia, na zabiegi – 6,5 tygodnia. Na leczenie niezabiegowe pacjenci czekają w kołce 4 tygodnie.

„Pacjentów bez karty DiLO wciąż dzieli czasowa przepaść w dostępie do rozpoczęcia leczenia onkologicznego w porównaniu z pacjentami, którzy kartę DiLO posiadają, i zdaniem Fundacji WHC jest to wyraźny przykład niesprawiedliwości w systemie ochrony zdrowia. Jaskrawym przykładem takiego stanu rzeczy jest leczenie raka stercza, gdzie średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia dla chorego bez karty DiLO jest przeszło trzykrotnie dłuższy i wynosi ponad 29 tygodni” – czytamy w raporcie przygotowanym przez Fundację WHC.

Autorzy podkreślają, że nieporozumieniem okazały się przewidywania (nadzieje?), wyrażane głównie przez urzędników ministerstwa, iż wprowadzanie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej przyczyni się do skrócenia kolejek dla wszystkich pacjentów. Pakiet nie zmotywował placówek do wykonywania większej liczby świadczeń na rzecz pacjentów pakietowych, co mogłoby przełożyć się na krótszy czas oczekiwania pozostałych chorych. Nie zmotywował, bo nie mógł, nie zapewniono bowiem dodatkowych środków, a liczba specjalistów i ośrodków, kluczowych z punktu widzenia terapii onkologicznej, nie zmieniła się (a w niektórych przypadkach nawet zmalała). „W ciągu roku nie nastąpiło skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne. W styczniu 2015 r. średni czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne wynosił

logia

4 tygodnie, w maju 2015 r. wzrósł do 5,1 tygodnia, we wrześniu nieznacznie spadł, do 4,4 tygodnia, by w styczniu 2016 r. ponownie wzrosnąć do poziomu 5 tygodni. Średni czas oczekiwania na »gwarantowane« onkologiczne świadczenia zdrowotne w Polsce od samego początku publikacji raportu utrzymuje się na tym samym wysokim poziomie” – czytamy w raporcie.

Wniosek? Szybszy dostęp pacjentów z kartą DiLO do diagnostyki i terapii odbywa się wyłącznie kosztem pacjentów leczonych poza pakietem.

Po uwzględnieniu etapowości leczenia i łącznego czasu oczekiwania na wszystkie jego etapy chorzy bez karty DiLO mogą czekać: 6 miesięcy na operację oszczędzającą pierś z wykonaniem tomografii komputerowej, 7,3 miesiąca na wykonanie prostatektomii radykalnej, 9,9 miesiąca od podejrzenia białaczki do rozpoczęcia terapii imatinibem.

Świadczenia, na które w styczniu 2016 r. oczekiwano najdłużej, to zabieg rekonstrukcji piersi (26 tygodni) oraz rezonans magnetyczny mózgu (25 tygodni).

Niepokojąco przedstawiają się dane dotyczące czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w dziedzinach onkologicznych. Średni czas w styczniu 2016 r. wyniósł ponad 3 tygodnie. Najdłużej trzeba czekać na poradę hematologa dziecięcego oraz dermatologa (około 4,5 tygodnia). „Czas oczekiwania na wizytę u hematologa wydłużył się w porównaniu z notowanym we wrześniu 2015 r. o 1,4 tygodnia. Obecnie w Polsce praktykę lekarską z onkologii i hematologii dziecięcej prowadzi tylko 174 lekarzy, co może znacząco wpływać na długość czasu oczekiwania na wizytę” – podkreślają autorzy raportu. Jeszcze bardziej (o 1,6 tygodnia) wydłużył się czas oczekiwania na wizytę u dermatologa. Najkrócej (nieco powyżej tygodnia) trzeba było czekać na wizytę u ginekologa. Na wizytę

u chirurga onkologa oraz onkologa pacjenci musieli czekać około 3 tygodni.

Sytuację chorych na raka (związaną z dostępnością diagnostyki i leczenia) różnicuje więc po pierwsze to, czy mają kartę DiLO, czy nie, po drugie – rodzaj nowotworu. Ale to nie wszystko – równie ważne jest miejsce zamieszkania (miejscowość oraz region).

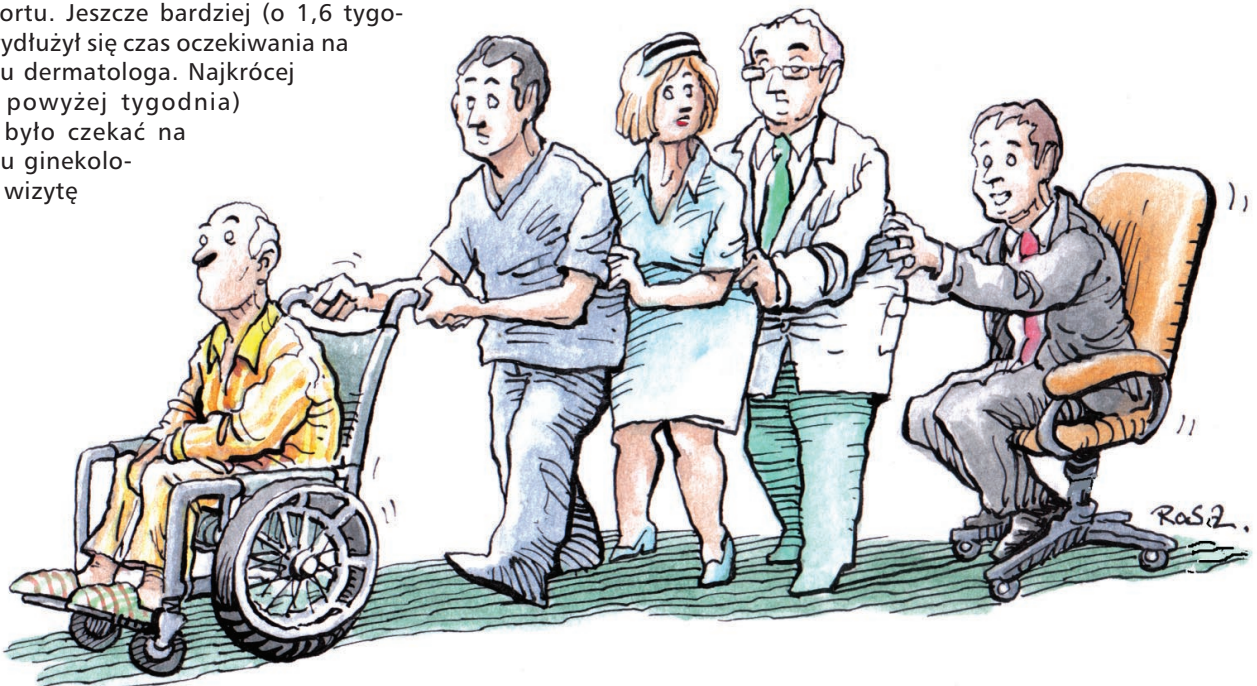
Fundamentalną rolę w procesie leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi odgrywa lekarz onkolog. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej takich specjalistów w Polsce jest 770. Fundacja Watch Health Care po raz pierwszy zbadała dostępność specjalisty onkologa w poszczególnych województwach (na podstawie średniej z sześciu placówek).

Ogólny czas oczekiwania na poradę lekarza onkologa wyniósł w styczniu 2016 r. dla pacjentów posiadających kartę DiLO 1,4 tygodnia. Chorzy bez karty w skali kraju musieli czekać średnio 3,1 tygodnia.

Ale według danych Fundacji WHC na Śląsku tyle samo – 3,1 tygodnia – na wizytę u specjalisty musieli czekać pacjenci z kartą DiLO. Na Dolnym Śląsku niemal tyle samo (3 tygodnie). Gorszy niż średnia krajowa dostęp do onkologa mieli też chorzy z kartą DiLO mieszkający na Podkarpaciu.

W grupie pacjentów nieposiadających karty DiLO czas oczekiwania jest najdłuższy w województwach: świętokrzyskim – około 9,1 tygodnia, kujawsko-pomorskim – 6 tygodni oraz na Śląsku – około 4,3 tygodnia.

Choć w województwie mazowieckim, zwłaszcza w Warszawie, problem braku specjalistów jest mniej palący, nie znaczy to, że nie ma innych trudności. W raporcie Fundacji WHC zwraca się uwagę, że na Mazowszu w tym momencie funkcjonują tylko dwa ośrodki wykonujące napromienianie. Centrum Onkologii Affidea w Otwocku, które do jesieni 2015 r. przyjmowało pacjentów, licząc na podpisanie kontraktu z NFZ, wstrzymało przyjęcia nowych chorych, ponieważ fundusz odmówił zakontraktowania radioterapii. „Zdaniem NFZ dostępność radioterapii dla mieszkańców województwa jest dobra. Natomiast Affidea uruchomiła działalność komercyjną i, jak się okazało, chętnych nie brakuje, a pacjenci za możliwość radioterapii są w stanie zapłacić” – konkludują autorzy raportu.



Rys. K. Rosiecki

▶ Nie jest to pierwszy dokument, który wskazuje, że jednym z podstawowych systemowych problemów jest uprzywilejowanie chorych mieszkających w dużych miastach. Zarządzający ochroną zdrowia nie mają pomysłu, jak poprawić dostępność leczenia onkologicznego dla pacjentów mieszkających poza największymi aglomeracjami. „*Probleem ten dotyczy również wykrywalności nowotworów, która jest niższa wśród ludności wiejskiej. Jednym z głównych zadań publicznego płatnika powinno być kreowanie rozwiązań, które w połączeniu ze stabilną, długofalową polityką finansowania świadczeń zdrowotnych zapewnią wsparcie inwestycyjne oraz zrównoważony rozwój całej dziedziny*” – czytamy w raporcie. ■

W styczniu Fundacja WHC zorganizowała seminarium „Terapie przełomowe w onkologii i hematologii – dostępność leczenia w Polsce na tle Europy”. Jednym z poruszanych tematów była dostępność leczenia nowotworów krwi. Dr Jakub Gierczyński podkreślał, że do najpoważniejszych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia w najbliższych latach będzie należało starzenie się społeczeństwa i rosnąca zapadalność na nowotwory hematologiczne.

W tej chwili osoby po 65. roku życia stanowią blisko 15 proc. polskiej populacji, a w 2050 odsetek ten zwiększy się do 30 proc. – *W 2012 r. liczba zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe wynosiła w Polsce 153 tys., w tym około 8 tys. przypadków to nowotwory hematologiczne* – wskazywał dr Gierczyński. Zapadalność na te nowotwory rośnie z wiekiem. – *Połowę wszystkich chorych na nowotwory hematologiczne stanowią osoby powyżej 65. roku życia. Ponieważ są obciążone wielochorobowością związaną z wiekiem, stosowane u nich terapie powinny uwzględniać dodatkowe obciążenie chorobami współistniejącymi oraz zmniejszanie się rezerwy funkcjonalnej organizmu* – podkreślał ekspert.

Polski system nie nadąza za postępem medycyny. W ostatnich pięciu latach zarejestrowano w Unii Europejskiej 18 nowych technologii lekowych i 30 nowych wskazań rejestracyjnych w zakresie nowotworów hematologicznych. – *W programach lekowych NFZ ujęto sześć substancji czynnych. W katalogu chemioterapii jest następnich sześć, a wskazań 11. Dla pacjentów w systemie refundacji publicznej dostępna jest jedna trzecia leków zarejestrowanych w UE* – zaznaczał dr Gierczyński. Mimo rosnących nakładów na programy lekowe i chemioterapię, wydatki na programy onkohematologiczne się zmniejszają, a sama onkohematologia została praktycznie pominięta w pakiecie onkologicznym. – *Warto wypracować rozwiązania specyficzne dla pacjentów z nowotworami hematologicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 65. roku życia* – ocenił dr Gierczyński.

Godziny pracy OIL w Warszawie

Biuro OIL – poniedziałek – piątek
od 8.00 do 16.00

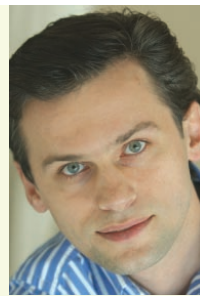
Kasa – poniedziałek, wtorek od 9.00 do 15.30,
środa od 9.00 do 17.00,
czwartek, piątek od 9.00 do 15.30

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



Komu zabrać, komu dać?

Paweł Walewski

Podczas licznych konferencji poświęconych leczeniu chorób nowotworowych zawsze przewija się wątek finansowania najdroższych kuracji. Od lat ten sam lament: brak dostępu do nowoczesnych leków. Spośród 30 preparatów, stosowanych w Unii Europejskiej, 12 jest w Polsce nieosiągalnych dla chorych, ponieważ nie przyznano im refundacji. Powodem są oczywiście pieniądze na pokrycie kosztów tych kuracji, których minister zdrowia i NFZ nie mają skąd brać. Pacjenci nie mogą tego zrozumieć. Dla każdego z nich walka o leczenie to najważniejsza batalia w życiu. Chorego na raka nie interesuje, że w tej samej kolejce stoi matka z chorym dzieckiem domagająca się refundacji leczenia schorzenia genetycznego albo tracący wzrok, którzy upominają się o zrefundowanie preparatu skutecznego w AMD. Egalitaryzm, jakiego próżno szukać w codziennym życiu ludzi zdrowych.

A jednak budżet nie jest bez dna, więc biedę trzeba jakoś dzielić, co udaje się raz lepiej, raz gorzej. Ci, którzy upominają się o pieniądze, nigdy w ministerialnym fotelu nie siedzieli, dlatego łatwo im wygłaszać populistyczne hasła: skoro państwo stać na przyjęcie uchodźców, dlaczego nie stać na nasze leki; albo: po co wydawać tyle na armię, przecież zdrowie ważniejsze niż czołgi i samoloty bojowe! Niedawno takimi porównaniami okraszał swoje wystąpienie Bartosz Poliński z Fundacji Alivia, naiwnie sądząc, że obudzi tym sumienia polityków. Czysta demagogia, pomyślałem. I już miałem zamiar wstawić się za tym biednym i skromnym budżetem, kiedy tego samego dnia okazało się, że Sejm planował dorzucić z naszej wspólnej skarbonki 20 mln zł na uczelnię o. Tadeusza Rydzyskiego. Kiedy dotację udało się zablokować, wyszło na jaw, że państwo i tak wspomóżę toruńską fundację – 27 milionami na odwierty geotermalne. Być może F-16 powinny być na wyposażeniu polskiej armii – tu z prezydentem Polińskim zgodzić się nie mogę – ale czy rząd nie ma naprawdę poza programem 500+ innych wydatków na głowie?

I co na to minister zdrowia? Po zablokowaniu dalszego finansowania programu *in vitro* padł argument, że te pieniądze można wydać inaczej i lepiej, w resorcie nie brakuje przecież innych potrzeb. Za 27 mln zł też można byłoby sfinansować niejedną kurację onkologiczną, ale jakoś nie słyszę, by rozdzielano szaty z tego powodu. Ilekroć przysłuchuję się obradom obecnego parlamentu lub przeglądam z zawodowego obowiązku prasę, ogarnia mnie zdumienie, że w Ministerstwie Zdrowia pracują dziś dobrzy fachowcy, którzy chcąc nie chcąc akceptują polityczne decyzje. I którym kiedyś nie tylko chorzy na raka wystawią rachunek. ■

Autor jest publicystą „Polityki”.

Trzy pytania do Jacka Krajewskiego, prezesa Federacji Porozumienie Zielonogórskie

Panie doktorze, które postulaty środowiska lekarzy rodzinnych i POZ w rozmowach z ministrem Konstantym Radziwiłłem uważa pan za najważniejsze w kontekście deklarowanej przez Prawo i Sprawiedliwość chęci przywrócenia właściwej, wiodącej roli i pozycji lekarzom rodzinnym w systemie ochrony zdrowia?

Niewątpliwie najistotniejszym zgłaszanym przez nas postulatem jest odbudowanie roli medycyny rodzinnej w kształtowaniu silnej i udzielającej dobrej jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Uważamy, że ten segment systemu opieki zdrowotnej powinien być dostępny dla każdego pacjenta – niezależnie od jego uprawnień do otrzymania świadczeń. Hasło Federacji Porozumienie Zielonogórskie w tej sprawie brzmi: „POZ dla każdego”. POZ to pierwszy kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia i pacjent nie może czuć się intruzem, a tak jest teraz. Specjalista medycyny rodzinnej jest lekarzem najlepiej przygotowanym do pracy w POZ. Naszym zdaniem na modelu „Praktyk Lekarza Rodzinnego” powinna opierać się nowoczesna podstawowa opieka zdrowotna. Musi także powstać akt prawny stabilizujący i utrwalający ten stan rzeczy, roboczo nazwany ustawą o POZ. Konieczne dla poprawy dostępności wielu świadczeń, głównie specjalistycznych i diagnostycznych, jest zwiększenie finansowania ochrony zdrowia. Pan minister deklarował już wcześniej podjęcie starań o zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie w Polsce z 4,7 proc. dziś do 6 proc. w nadchodzących latach. My uważamy, że dla uzyskania oczekiwanego efektu dopływu większych środków do systemu opieki zdrowotnej musi nastąpić zmiana parytetu finansowania POZ z obecnych prawie 13 proc. udziału w kosztach NFZ ogółem do 20 proc. Za tym oczywiście pójdzie zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek w systemie i to nie tylko rodzinnych. Priorytetem będzie więc kształcenie, dopływ do systemu nowych kadr i zatrzymanie odpływu tych, które już pracują.

Jak ocenia pan toczące się na ten temat rozmowy? Czy są jakieś sprawy sporne, różnica zdań?

Minister Radziwiłł jest lekarzem od kilkudziesięciu lat i większość tego czasu przepracował jako specjalista medycyny rodzinnej, zatem zna postulaty naszego środowiska doskonale. Stwarza to komfortową sytuację – tematy poruszane przez nas w rozmowach z szefem resortu zdrowia nie muszą być od początku rozpoznawane i tłumaczone, jesteśmy wielokrotnie zrozumiani w pół słowa. Fakt, że podobnie widzimy problemy, nie znaczy jednak, iż sposób ich rozwiązania mamy taki sam.

Na szczęście do tej pory sprawy postulowane przez środowiska lekarzy rodzinnych są rozwiązywane bez większych trudności i właściwie. Tak jest z kwestią ograniczenia

Rodzinni po nowemu

Fot. PAP/IP. Supernak



dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla wielu Polaków w postaci nieprzyjemnego systemu eWUŚ, który wielu prawidłowo ubezpieczonych wskazuje jako nieuprawnionych do świadczeń. Powoduje to niepokój i rozdrażnienie. Tak też było z ustaleniem zasad kontraktowania świadczeń w zakresie POZ na rok 2016.

Oczywiście pojawiają się pewne różnice zdań, np. w związku z naszym obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Z tym, że różnica nie dotyczy kwestii, czy ma być ona procedowana, tylko jaki ostatecznie ta zmiana ma przyjąć kształt.

Jak oceniają państwo ostatnie inicjatywy resortu, np. projekt wprowadzenia tzw. porady farmaceutycznej?

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczący wdrożenia opieki farmaceutycznej. Proponuje się w nim wprowadzenie zmian do ustawy – Prawo farmaceutyczne, dzięki którym część farmaceutów zyska uprawnienia do udzielania porad. Usługi opieki farmaceutycznej mają być finansowane przez NFZ.

Sama idea opieki farmaceutycznej jest słuszną. Takie rozwiązanie od dawna funkcjonuje w krajach rozwiniętych i dobrze się sprawdza. Farmaceuta jest właściwą osobą, by doradzać pacjentowi w prostych przypadkach, np. drobnych zranień palca czy bólu głowy. Ma przecież odpowiednią wiedzę. Usankcjonowanie opieki farmaceutycznej jest tym bardziej wskazane w sytuacji niedoboru lekarzy, z jaką mamy do czynienia w Polsce. Fachowa porada w aptece może odciążyć lekarzy, bo pacjenci nie będą się do nich zgłaszać w drobnych sprawach.

Pytanie jednak, czy usługa opieki farmaceutycznej powinna być dodatkowo wynagradzana? Farmaceuta ma zysk ze sprzedaży środka, który poleci pacjentowi. Ważne jest też to, by farmaceuta nie wykraczał poza swoje kompetencje, bo przecież nie w każdej sytuacji może zastąpić lekarza. ■

Pytała Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk



Recepty lekarskie

– pytania cz. 11 i odpowiedzi

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 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)
- 3) Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.)
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z 2014 r., poz. 319)

Stan prawny na 11.02.2016 r.

1. Jakie są różnice w receptach wystawianych przez lekarzy i pielęgniarki?

- 1) Liczba wystawianych recept:

Lekarze mogą wystawić do 12 recept na 360 dni.

Pielęgniarki i położne – do 4 recept na 120 dni.

Źródło: §8 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich
§9 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne
art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne

- 2) Lek recepturowy:

Lekarze mogą wystawić receptę na lek recepturowy, a pielęgniarki/położne nie.

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

- 3) Import docelowy

Lekarze mogą wystawić receptę na import docelowy, a pielęgniarki/położne nie.

- 4) Antykoncepcja

Lekarze mogą wystawić do 6 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające 6 miesięcy stosowania lub 180 dni.

Pielęgniarki i położne mogą wystawić recepty maksymalnie jednorazowo na 60 dni, wyłącznie w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Źródło: §8 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne

- 5) Dzielone opakowań refundowanych – nebulizacja

Lekarze nie, a pielęgniarki/położne tak.

Źródło: §19 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne

Różnice pojawią się również między regulacjami zawartymi w prawie farmaceutycznym a rozporządzeniami w sprawie recept dla lekarzy i pielęgniarek/położnych w zakresie terminów realizacji recept. W przypadku antybiotyków, zgodnie z art. 96a prawa farmaceutycznego, termin realizacji recepty nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptę daty realizacji „od dnia” dla recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego. Z kolei w rozporządzeniu w sprawie recept termin realizacji recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia. Natomiast w przypadku preparatów immunologicznych, wytwarzanych indywidualnie dla pacjenta, termin realizacji recepty nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia (art. 96a prawa farmaceutycznego). W rozporządzeniu w sprawie recept jest mowa o tym, że ten termin nie może przekroczyć 90 dni od daty wystawienia. W związku z powyższym zmiana rozporządzenia musi uwzględnić nowy stan prawny zawarty w ustawie.

2. Jakie dodatkowe informacje muszą znaleźć się na wystawionych receptach w związku z nowelizacją ustawy – Prawo farmaceutyczne?

Wspomnieć należy, że w związku z wejściem w życie 12 grudnia 2015 r. ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw¹ na recepcie umieszcza się dodatkowo:

1) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę, oraz

2) kod pocztowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta lub osoby wystawiającej receptę, lub podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

Wymienione dane będą umieszczane na recepcie w momencie wejścia w życie przepisów wykonawczych, wydanych na podstawie art. 96 ust. 12 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Do tego momentu mają zastosowanie przepisy rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich i rozporządzenia ministra zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne. Ponadto recepty, wystawiane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 2 pkt. 14 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, znowelizowanej ustawą o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw (w tym recepty *pro auctore* i *pro familie*), nieposiadające numeru identyfikującego określonego w umowie upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, są wystawiane na podstawie ww. ustawy. Natomiast osoby uprawnione oraz posiadające umowy upoważniające, które na mocy art. 45 ust. 1 ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw wygasają 31 grudnia 2016 r., wystawiają recepty zawierające numery tych umów w trybie określonym w rozporządzeniach.²

O ile kwestia kodu pocztowego pacjenta nie budzi wątpliwości, o tyle obowiązek podawania na recepcie numeru telefonu lekarza jest kontrowersyjny. Zgodnie z art. 96a ust. 1 pkt. 2 lit. c) ustawy – Prawo farmaceutyczne, na recepcie należy wpisać „Dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub osoby, która wystawiła receptę pro auctore albo receptę pro familie: numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia albo usługi farmaceutycznej; w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiających receptę pro auctore albo receptę pro familie – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę”.

Z kolei według art. 96a ust. 1 pkt. 3 lit. d) ustawy – Prawo farmaceutyczne, należy wpisać „Dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty: numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę”.

Czy zatem lekarz jest zobowiązany podawać swój telefon komórkowy na recepcie? Sytuacja nie budzi kontrowersji, gdy lekarz taką zgodę wyraża. Trudno natomiast sobie wyobrazić umieszczanie własnego numeru telefonu komórkowego na każdej recepcie. Wszak oprócz farmaceutów i pacjentów dostęp do tych danych będą miały jeszcze inne osoby. Celem ustawodawcy było zapewnienie farmaceutyce kontaktu z lekarzem w przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących przepisanych leków. Niepokoić może jednak możliwość wykorzystania tych danych w celach pozamedycznych. Konsekwencje mogą być różne, szczególnie w przypadku takich lekarzy jak psychiatrzy.

3. Kontrole ordynacji lekarskiej przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w pierwszym, drugim i trzecim kwartale 2015 r. – czyli, na co szczególnie zwrócić uwagę przy wystawianiu recept. Najczęstsze nieprawidłowości i błędy.

Nieprawidłowości w zakresie wystawianych recept:

- oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- brak oznaczenia na recepcie poziomu odpłatności, co skutkowało realizacją recepty ze zniżką, mimo braku wskazań do refundacji,
- wykorzystanie więcej niż jeden raz druków recept z podzielonymi zakresami liczb mającymi służyć jako unikalne numery identyfikujące recepty,
- wystawienie recept z numerem PESEL nieprzynależnym pacjentowi,
- wystawianie recept na leki refundowane po zgonie pacjenta,
- ordynacja leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- wystawianie recept na leki refundowane w ilościach przekraczających 3-miesięczne stosowanie (obecnie na jednej recepcie można przepisać leki do 120 dni stosowania, podając jednocześnie sposób dawkowania),
- wystawianie przez lekarzy stomatologów recept na własny numer PESEL, na leki służące do zaopatrzenia gabinetu (iniekcje znieczulające),
- wpisywanie na recepcie kodu uprawnień pacjenta mimo ich braku.

Nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej:

- brak udokumentowania w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego faktu wystawienia recepty lekarskiej,
- braki formalne (numeracji stron, danych identyfikujących pacjenta, oznaczenia podmiotu leczniczego, autoryzacji poprawek),
- brak opisu badania przedmiotowego i/lub podmiotowego,
- brak diagnozy i rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego, którego lek dotyczy, a tym samym brak zasadności ordynacji danego leku,
- niezgodność danych na receptach z dokumentacją (np. inne dawkowanie, w dniu wystawienia recepty brak porady lekarskiej),
- brak wpisów w dokumentacji (dotyczących porady lekarskiej, wywiadu lekarskiego, wyników badań diagnostycznych, zaordynowanych leków, wystawionych recept),
- brak informacji o ilości przepisanych leków oraz sposobie ich dawkowania,
- brak informacji w dokumentacji o szczególnych uprawnieniach pacjenta i numeru dokumentu potwierdzającego ich przysługiwanie z jednoczesnym wystawieniem recepty z odpowiednim kodem.

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

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

¹ Ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i niektórych innych ustaw, DzU z 2015 r., poz. 1991.

² Komunikat ministra zdrowia z 31 grudnia 2015 r. w sprawie realizacji recept po wejściu w życie zmian zawartych w nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.



Fot. archiwum

Lekarz jako świadek i biegły

Filip Niemczyk, adwokat

Wymiar sprawiedliwości najczęściej angażuje lekarzy do udziału w postępowaniach sądowych w charakterze świadka lub biegłego. Dla przebiegu i wyniku wielu spraw rola lekarza ma znaczenie zasadnicze. W interesie lekarzy i wszystkich obywateli jest zatem, aby medycy z ról tych dobrze się wywiązywali.

Świadkiem może być każda osoba, która ma wiedzę o okolicznościach sprawy. Na wezwanie sądu lub prokuratora jest obowiązana stawić się i złożyć zeznanie. Lekarz, ze względu na wykonywany zawód, będzie świadkiem najczęściej wówczas, gdy udzielał świadczeń medycznych uczestnikom sprawy lub gdy postępowanie dotyczy bezpośrednio innych lekarzy albo placówki medycznej, z którą jest związany. Rolą świadka jest powiedzieć, co pamięta i wie o sprawie. W tym tkwi różnica między świadkiem i biegłym. Zadaniem tego drugiego jest przedstawienie fachowej wiedzy i dokonanie oceny.

Lekarza obowiązuje tajemnica w zakresie informacji o pacjencie uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Nie są to zatem wyłącznie informacje dotyczące *stricto* stanu zdrowia pacjenta, ale wszystkie, które lekarz o chorym uzyskał, wykonując zawód. Lekarz ma prawo powołać się na wiążącą go tajemnicę i odmówić odpowiedzi na zadawane mu pytania – zarówno w postępowaniu karnym, jak i cywilnym. Z tajemnicy może być jednak zwolniony w toku sprawy. Odbywa się to na dwa sposoby. Po pierwsze, może o tym postanowić sąd w sprawie karnej. Orzeczenie wymaga ogłoszenia, jeśli wydawane jest na rozprawie, w której lekarz uczestniczy, lub formy pisemnej i doręczenia, jeśli wydawane jest poza nią. W postępowaniu przygotowawczym sąd decyzję o uchyleniu tajemnicy podejmuje na wniosek prokuratora. Po drugie, z obowiązku zachowania tajemnicy może zwolnić lekarza sam pacjent. Z taką sytuacją można spotkać się w toku spraw cywilnych. W treści pozwu przeciwko szpitalowi lub lekarzom ujawnione zostają zazwyczaj chronione z punktu widzenia tajemnicy lekarskiej informacje dotyczące pacjenta będącego w sprawie powodem. Nie zmienia to jednak faktu, że zeznający w tego rodzaju sprawie lekarz ma prawo oczekiwać jasnego stanowiska od strony procesu i deklaracji, czy jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy.

Ograniczenia związane z tajemnicą lekarską nie dotyczą biegłego, który zostaje powołany do wydania opinii przez stosowne organy. Przyjmując na siebie rolę biegłego, lekarz ma obowiązek sporządzić opinię w sposób fachowy i bezstronny, a na wezwanie wziąć udział w czynnościach procesowych. Lekarze opiniują w sprawach karnych, w szczególności dotyczących przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu oraz wypadków komunikacyjnych, w sprawach cywilnych, w szczególności dotyczących odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu, w sprawach dotyczących ubezpieczeń społecznych, w szczególności odnośnie do zdolności do pracy. Rola biegłego sądowego jest kluczowa dla przebiegu i wyniku

sprawy, a od jego wniosków może zależeć treść wyroku. Sędziowie, prokuratorzy i adwokaci nie mają wykształcenia medycznego. Wiedzę specjalistyczną, konieczną w przypadku wielu spraw, może przedstawić jedynie fachowiec i w oparciu o jego opinię sąd podejmuje decyzje.

Podstawą do sporządzenia opinii jest postanowienie sądu lub prokuratora, które określa jej ramy, a często zawiera również listę pytań skierowanych bezpośrednio do biegłego. Opinia składana w sprawie powinna być jasna, spójna i kompletna, prawidłowo sporządzona i zawierać opis stanu faktycznego, który stanowił podstawę do jej wydania, a także wyjaśnienie, które dokumenty i dowody były wzięte pod uwagę przy jej formułowaniu. Opinia powinna również prezentować informacje fachowe, które mają znaczenie dla sprawy. Biegły ma prawo zaprezentować własny dorobek zawodowy i naukowy, jak również powołać się na literaturę. Podsumowaniem opinii powinny być wnioski, które biegły na podstawie analizy sprawy wyciąga. Do tak sporządzonej opinii strony postępowania mają prawo złożyć uwagi i domagać się jej uzupełnienia. Biegli dokonują uzupełnienia w formie dodatkowej pisemnej opinii lub przez udzielenie odpowiedzi na pytania sądu i stron podczas rozprawy.

Praca biegłego jest kluczowa dla postępowań sądowych. Nie jest to praca łatwa ani – niestety – odpowiednio wynagradzana. Na spełnienie wymogów, jakie prawo i sądy stawiają przed opiniami biegłych, potrzeba czasu, wiedzy i staranności. Często wiąże się to ze znacznym nakładem pracy, odpowiedzialnością i koniecznością konfrontacji na sali rozpraw. Tymczasem wynagrodzenie, jakie przewiduje się za czas pracy biegłych, nie jest wysokie. Według obecnie obowiązujących stawek każda rozpoczęta godzina pracy biegłego wyceniana jest na kwotę od niecałych 23 zł brutto w przypadku lekarza medycyny przez 45 zł w przypadku osoby z tytułem doktora do prawie 70 zł dla profesora. W praktyce oznacza to, że faktyczny dochód doświadczonego lekarza w związku z jedną średnio skomplikowaną opinią, połączoną z obecnością w sądzie, w najlepszym razie wyniesie kilkaset złotych. W przypadku spraw prostszych będzie jeszcze niższy.

Nie dziwi zatem, że biegłych sądowych brakuje, a sporządzanie opinii trwa coraz dłużej. Prowadzone od kilku lat prace ustawodawcze nad uregulowaniem sytuacji biegłych, również w kontekście wynagrodzenia, utknęły i trudno w tym momencie przewidzieć, czy i kiedy nastąpią zmiany. Nawet najlepsza zmiana przepisów nie rozwiąże jednak podstawowego problemu, jaki trapi zarówno służbę zdrowia, jak i wymiar sprawiedliwości – niedoboru środków. Tak, jak każdy pacjent chciałby, żeby nie było kolejek do lekarza, tak każdy obywatel chciałby, żeby jego sprawa sądowa była rozpoznana bez zbędnej zwłoki. Odpowiedni dobór i poziom wynagrodzenia biegłych z pewnością przyczyniłby się do rozwiązania tego problemu. ■



Fot. archiwum

O zdrowiu w Paryżu

Zdrowie było ważnym tematem podczas obrad 21. szczytu klimatycznego w Paryżu. Światowa Organizacja Zdrowia zorganizowała specjalną konferencję naukową dotyczącą wpływu zmian klimatycznych na zdrowie. O randze tego wydarzenia świadczy udział ministrów zdrowia z kilku państw świata. W dziewięciu sesjach panelowych wzięło udział 40 wykładowców, wśród nich wielu wybitnych ekspertów WHO, na czele z prof. Anthonyem Costello z University College London Institute for Global Health, dr Marią Neira – dyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego i Środowiska WHO, dr. Carlosem Dorą – koordynatorem projektów w tym departamencie i dr. Diamidem Campbellem-Lendrumem – liderem zespołu zajmującego się wpływem zmian klimatycznych na zdrowie. Głos zabrali lekarze z różnych kontynentów, np. dr Xavier Deau – przewodniczący Światowego Stowarzyszenia Lekarzy i członek Rady Krajowej Francuskiej Izby Lekarskiej, dr Bayazit İlhan – przewodniczący Tureckiego Stowarzyszenia Lekarzy, dr Srinath Reddy – prezydent Public Health Foundation w Indiach, dr John Balbus z National Institute of Environmental Health Sciences w USA, dr Laura Angelett du Toit z Departamentu Zdrowia rządu RPA, Fiona Armstrong z Australii i Skander Essafi z Tunezji. Wystąpili również przedstawiciele wielu organizacji pozarządowych zaangażowanych w ograniczanie emisji zanieczyszczeń powietrza, zmian klimatycznych i ich konsekwencji zdrowotnych.

Zmiany klimatyczne nierozdzielnie związane są z emisją szkodliwych dla zdrowia pyłów i gazów. Eksperci w dziedzinie ochrony zdrowia i lekarze zgodnie wyrażają coraz większe zaniepokojenie narastającym zanieczyszczeniem powietrza, które powoduje istotne konsekwencje zdrowotne. Wykorzystanie energii z paliw kopalnych ma bezpośredni wpływ na zdrowie ludzi i znacznie zwiększa częstość występowania przewlekłych chorób układu oddechowego. Niezbita dowody naukowe wskazują na wzrost liczby ostrych incydentów wieńcowych i udarów mózgu spowodowanych wzrostem zanieczyszczenia powietrza. Wynika to z penetracji do pęcherzyków płucnych i wchłaniania do układu krążenia drobnych pyłów z następowym ogólnoustrojowym działaniem.

Z dużym niepokojem wskazywano na Polskę, jeden z najbardziej zanieczyszczonych krajów Europy, alarmując, że wiele osób umiera przedwcześnie w naszym kraju z powodu zanieczyszczonego powietrza. Podkreślano olbrzymie koszty społeczne, ekonomiczne i medyczne, jakie powoduje przekraczanie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń powietrza.

Ogromne znaczenie ma budowanie społecznej świadomości zagrożeń zdrowotnych, jakie niosą ze sobą zmiany klimatyczne. Genon Jensen, dyrektor Health and Environment Alliance, wezwała do szybkiej dekarbonizacji przemysłu energetycznego w celu przeciwdziałania groźnym zmianom klimatycznym i zmniejszenia zanieczyszczenia powietrza przyczyniającego się do poprawy zdrowia obywateli. W swoim wystąpieniu sceptycznie odniosłem się do możliwości szybkiej poprawy sytuacji, gdyż droga z sali konferencyjnej do gabinetów lekarskich, sal szpitalnych, a nawet uniwersyteckich całego świata jest bardzo daleka i wyboista. W świecie medycznym, nastawionym na leczenie chorób, a nie na zachowanie zdrowia, trudno będzie dokonać

głębokich zmian. Ale już dziś należy dopisać jakość powietrza do modyfikowanych czynników stylu życia, takich jak dieta, palenie tytoniu, picie alkoholu i aktywność fizyczna.

Druga konferencja zorganizowana została przez Francuską Izbę Lekarską, World Medical Association, International Federation of Medical Students Associations i Health and Environment Alliance. Wzięła w niej udział dr Maria Neira, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego i Środowiska WHO, która z entuzjazmem mówiła o potrzebie zwiększenia nakładów na prewencję w medycynie. Niedopuszczalne jest przeznaczanie 97 proc. posiadanych środków na diagnostykę i leczenie chorób, a tylko 3 proc. na zapobieganie im. Bez znaczących zmian w tej proporcji niemożliwa będzie poprawa zdrowia ludzi na całym świecie. Podczas trzech sesji zaprezentowano konsekwencje zdrowotne zanieczyszczeń powietrza i działania podejmowane w celu ograniczenia ich medycznej szkodliwości. Problem jest szczególnie ważny w naszym kraju, bo z tego powodu każdego roku przedwcześnie umiera 42 tys. osób. Równocześnie dopłaty i dotacje do produkcji węgla przekraczają roczne koszty przeznaczone na hospitalizację wszystkich chorych. Polscy lekarze nie czują się wystarczająco przygotowani w zakresie wpływu zanieczyszczeń powietrza na stan zdrowia. Bardzo zaangażowane w poprawę jakości powietrza jest Europejskie Towarzystwo Oddechowe (ERS), które reprezentowała na obradach dr Izabela Annesi-Maesano. ERS skupia pneumonologów z całego świata i prowadzi ożywioną działalność edukacyjną środowisk medycznych, promując czyste powietrze, od którego zależy stan naszych płuc. Doktor B. Jomier, odpowiedzialny w merostwie Paryża za problemy zdrowotne, pokazał, jak wiele robi to miasto w zakresie środowiskowej polityki zdrowotnej. Skander Essafi w imieniu młodzieży medycznej zrzeszonej w IFMSA zaapelował do zebranych w Paryżu polityków i naukowców o podjęcie ambitnych zobowiązań gwarantujących młodemu pokoleniu zdrową przyszłość.

Podczas szczytu klimatycznego odbyło się także spotkanie burmistrzów ponad 1000 miast z całego świata. Podpisali oni zobowiązanie o podjęciu działań mających na celu znaczącą redukcję emisji zanieczyszczeń miejskich w ciągu najbliższych pięciu lat. Miejmy nadzieję, że efektem szczytu klimatycznego będzie wzrost świadomości społecznej w zakresie skutków zdrowotnych zmian klimatycznych i znacząca poprawa jakości powietrza, którym oddychamy. ■

Tadeusz Maria Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM



Fot. egw

Powtórka z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Konstanty Radziwiłł

Podstawa kodeksu: art. 16.

1. *Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.*
2. *W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić, dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.*
3. *W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.*

Zasadą postępowania medycznego jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta na proponowane czynności diagnostyczne i lecznicze. Oznacza to także obowiązek bieżącego informowania chorego (i tylko jego, chyba że wyrazi życzenie, aby informować inne osoby z jego rodziny lub spoza niej) o stanie jego zdrowia i podejmowanych wobec niego działaniach medycznych. Pacjent ma oczywiście prawo wyrazić życzenie niebycia informowanym, jednak także w takim przypadku lekarz powinien być stale gotowy na zmianę decyzji przez chorego.

Wyjątkowo, jeśli pacjent nie przekazał uprzednio żadnych dyspozycji, lekarz może niezbędnych (to znaczy ograniczonych do minimum potrzebnego ze względu na sytuację) informacji udzielić osobie, co do której naprawdę nie ma wątpliwości, że działa dla dobra chorego (lepiej dokładnie się zastanowić przed podjęciem takiej decyzji).

W przypadku pacjenta niepełnoletniego dokładne informacje należą się jego opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

Jest zupełnie oczywiste, że na liście uprawnionych do nawet szczątkowej informacji o pacjencie (np. o samym fakcie przebywania lub leczenia się w danej placówce) nie ma innych, oprócz wspomnianych, osób. W szczególności dziennikarzom wszelkie informacje lekarz może ujawnić jedynie za zgodą chorego (i to bez względu na to, kim on jest: ofiarą wypadku, celebrytą, politykiem itp.). ■



BIULETYN ORL w WARSZAWIE

redaguje sekretarz ORL Ewa Miękus-Pączek



Załącznik do uchwały nr 4/R-VII/16
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 22 stycznia 2016 r.

Uchwała nr 32/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 24 stycznia 2014 r.

w sprawie powołania przewodniczącego i Komisji ds. Młodych Lekarzy 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 ze zm.) oraz §29 ust. 4 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały nr 7/Z/14 XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie – uchwała się, co następuje:

§1

1. Powołuje się kol. **Filipa Dąbrowskiego** na stanowisko przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, na okres kadencji 2013–2017.
2. Powołuje się Komisję ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres kadencji 2013–2017 w następującym składzie:

kol. Artur Drobniak, kol. Michał Dudziński, kol. Katarzyna Filipiak, kol. Adam Górski, kol. Tomasz Imiela – sekretarz, kol. Łukasz Jankowski, kol. Tomasz Kazimierzczak, kol. Kamil Kikowicz, kol. Krzysztof Królikowski, kol. Maciej Łuba, kol. Michał Matuszewski, kol. Beata Miłtońska, kol. Maciej Nowak – wiceprzewodniczący, kol. Anna Oleksiak, kol. Daniel Pełka, kol. Monika Sadecka, kol. Kamil Sobociński, kol. Maciej Trzaskowski, kol. Łukasz Woźniacki, kol. Marek Wolski.

§2

Ustala się następujące zadania komisji, o której mowa w §1:

1. Występowanie z wnioskami o zajęcie się sprawami dotyczącymi problemów środowiska młodych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz przygotowywanie projektów uchwał Okręgowej Rady Lekarskiej w tym zakresie,
 - 1) rozwijanie współpracy i umacnianie więzi między młodymi lekarzami dentyistami, członkami Okręgowej Izby Lekarskiej im. prof. Jana Nielubowicza w Warszawie,
 - 2) współpraca z komisjami młodych lekarzy naczelnej i okręgowych rad lekarskich;
2. Komisja realizuje zadania określone w pkt. 1 przez:
 - 1) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących spraw młodych lekarzy i lekarzy dentyistów w zakresie stażu podyplomowego, egzaminu państwowego, kształcenia specjalizacyjnego i kształcenia ustawicznego oraz innych aspektów regulowanych prawem medycznym i Kodeksem Etyki Lekarskiej, na rzecz Okręgowej Rady Lekarskiej,
 - 2) propagowanie różnych form współpracy między młodymi lekarzami,
 - 3) budowanie sieci informacyjnej młodych lekarzy,
 - 4) rozwijanie kontaktów ze środowiskami młodych lekarzy w całym kraju i zagranicą,
 - 5) dbanie o przestrzeganie przez młodych lekarzy obowiązujących zasad etyki i deontologii zawodowej.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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



Fot. egw

Etos służby wartościom a rzeczywistość **fragmenty**

Wykład inauguracyjny w ASP w Warszawie z 8 października 2014 r.

Tadeusz Tołłoczko

Przez ostatnie ćwierć wieku korzystałem z indywidualnych zaproszeń JM Rektora prof. Adama Myjaka na wystawy dzieł jego oraz innych mistrzów uczelni. Ja, profan, zafascynowany byłem zarówno potęgą ich wymowy, jak i osobowością autora.

Po raz pierwszy dałem temu wyraz przed kilku laty w wykładach inauguracyjnych rok akademicki na Uniwersytecie Warszawskim i w Akademii Medycznej. Przedstawiając się jako chirurg, powiedziałem, że *„ręka chirurga, tak jak ręka artysty rzeźbiarza, musi być warta jego myśli, bo jedno bez drugiego nie ma wartości”*. Toteż z osobą rektora i profesorami uczelni łączy mnie znacznie więcej niż szacunek, bo także szczerzy podziw dla talentu i osiągnięć twórczych.

Jednym z przykładów tej łączności jest osobisty kontakt z rektorem Xawerym Piwockim – znanym twórcą o niezwykle szerokich horyzontach i wiedzy, któremu pragnę podziękować za przekazywane myśli i za zrozumienie moich. Spektrum naszych częściowo korespondencyjnych dyskusji było szerokie: od kontaktu z chorym do kontaktu z wiecznością. Ostatnio wymieniliśmy poglądy na temat mądrości i jej braku.

Dzięki tym kontaktom rozumiałem, że sztuka, nauka, w tym i medycyna, tworzą dzieła, które są wyrazem triady platońskich wartości: prawdy, piękna i dobra. Aczkolwiek prawda w odniesieniu do sztuki jest pojęciem wieloznacznym, to jednak zawsze zawiera aspekt etyczny, wiążący się z sumieniem artysty. Kliniczna medycyna, w tym chirurgia, którą reprezentuję, najdobitniej wyraża wzajemną nierozłączność nauki i sztuki.

Zwracając się do młodzieży, wyznam, że zupełnie nie zabiegam o to, byście się ze mną zgadzali, lecz byście przedstawione problemy uznali za warte własnej myślowej obróbki. Na tym polegałby mój akademicki sukces. Oczywiście byłbym wielce usatysfakcjonowany, gdybyśmy we wnioskach byli zgodni.

Tak jak w starożytnym Rzymie, przekazuję wam maksymę: *Sapere aude* – Ośmiel się być mądrym. Umiej docenić wartość swoich własnych myśli, swoje wyczucie prawdy i piękna, swoją osobowość. Pamiętajcie jednak, że uczących się możemy podzielić tylko na dwie kategorie. Są to: samouki i nieuki. Stwierdzenie to odnosi się zarówno do zdobywania wiedzy, jak i rozwijania artystycznych talentów.

Wymieniony w tytule etos odnosi się do rzeczywistości. A co powinno być istotą każdej rzeczywistości? Sens i dbałość o jego realizację. Wszyscy oczekujemy sensu w słowach i czynach. Sztuka życia polega na nadawaniu sensu swemu życiu. Do tego potrzebna jest mądrość, której istotną cechą jest samodzielne myślenie. Bez samodzielnego myślenia nawet nie wyobrażamy sobie, co z naszą mentalnością potrafiłaby zrobić choćby telewizja.

W jakimś wywiadzie padło stwierdzenie, że *„tylko życie towarzyskie ma sens”*. Jest to wyraz zagubienia sensu

życia, spowodowanego kultem pieniądza, zysku i komfortu. Natychmiast skojarzyłem sobie osobę tego dyskutanta z typowym przedstawicielem towarzystwa opisanego przez Mickiewicza w III części *„Dziadów”*, gdzie *„Bohaterstwo, honor, miłość Ojczyzny dla nich to nieznamne wyrazy”*.

Zreasumuję ten akapit krótko: *„Życie bez sensu nie ma sensu”*.

Czy jest miejsce, w którym nic nie ma sensu? Proszę się zastanowić. Jest. To piekło. Jego istota polega na zupełnym braku sensu, a ogień to drobny do tego dodatek. Znanе jest nam pojęcie tzw. polskiego piekła czy piekła na ziemi.

A jak rozumiemy sens naszego zbiorowego życia? Czy życie zbiorowe, bez poczucia wspólnoty i dobra wspólnego, może mieć jakikolwiek sens? Czy dzielenie wspólnoty na swoich i wrogów ma jakikolwiek sens? To na tym polega diabelskie działanie, bo w piekle, w ramach bezsensu, wszyscy są sobie nawzajem wrogami. Dlaczego rodacy mają, czy nawet muszą, być wobec siebie wrogami?

Mówi się o rzeczywistości obiektywnej, subiektywnej i wirtualnej. Dla mnie obiektywna rzeczywistość to jest to, co pozostaje, gdy odpadną marzenia, złudzenia, nadzieja i wiara w obietnice. Ponieważ przeżyłem śmierć swoich ideałów, widzę nagą rzeczywistość, więc się jej przypatruję.

Dla beneficjentów rzeczywistość jest piękna, bo stan ekonomiczny społeczeństwa wyceniają na podstawie własnych dochodów i o to tylko dbają. A naga rzeczywistość jest bardzo bogata w skutki narastającego rozwarstwienia społecznego: głodne dzieci, oczekujący w kolejce na leczenie mimo postępu choroby, oszczędzający, bo niekupujący droższych leków, a których mnoży strukturalne bezrobocie, któremu przecież nie są winni.

Własne osiągnięcia są w pełni uzasadnionym powodem do dumy i radości, ale i tym bardziej do większego zobowiązania wobec obywateli cierpiących biedę, o których nawet w przemówieniach zupełnie się zapomina. Rutynowo zbywani są zdawkowymi stwierdzeniami, że *„wprawdzie mamy jeszcze pewne niedostatki, kłopoty... no, ale mamy się dobrze, bo mamy demokrację”*. Jeśli ktoś w publicznym przemówieniu wspomni o głodnych dzieciach, emigracji i bezrobociu, natychmiast napiętnowany jest mianem oszołoma czy populisty. To czyste kpiny z kłopotów i biedy.

Kiedyś podczas biesiadnej rozmowy z nieżyjącym już moim przyjacielem H.K. – profesorem prawa rzymskiego i antycznego na UW, powiedziałem żartobliwie, że chciałbym żyć za czasów rzymskich: *– Bo wiesz... słońce, wino, huryski... – No tak, tak, ale pod warunkiem, że byłbyś patrycjuszem* – padła odpowiedź. Pod tym względem nic się nie zmieniło, ale rozumiałem, że mnie dziś też wystarczyłoby być tylko patrycjuszem. ■

SZKOLENIA

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

„Prawo medyczne w praktyce lekarza”

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), 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 przesyłać do nas e-mailem na adres: opinia@oilwaw.org.pl.

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

Zbigniew Gałązka, dyrektor Biura OIL w Warszawie

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

Aleksandra Dziarczykowska-Kopec



Biuro Pośrednictwa Pracy OIL w Warszawie
www.oilwaw.org.pl/oferty-pracy/

Krajowe oferty pracy na 9.02.2016 r.
dotyczące następujących specjalności lekarskich:



lekarze różnych spec. 18	epidemiologia 1	medycyna pracy 4	psychiatria 4	stomatologia 8
alergologia 3	gastroenterologia 3	medycyna ratunkowa 6	psychiatria (biegły sąd.) 1	stomatologia ortodon. 2
alergologia dziecięca 2	geriatria 3	medycyna rodzinna 27	psychiatria dziecięca 3	stomatologia pedodon. 1
anestezjologia 5	ginekologia i poł. 7	medycyna sportowa 1	radiologia 7	urologia 2
chirurgia dziecięca 1	ginekologia/endokryn. 1	nefrologia 2	radiologia USG 1	USG 4
chirurgia naczyniowa 3	ginekologia USG 1	neonatologia 2	rehabilitacja medyczna 1	USG ginekologiczne 1
chirurgia ogólna 6	hematologia 1	neurologia 8	reumatologia 2	USG pediatryczne 1
choroby płuc 5	kardiologia 9	neurologia dziecięca 2		
choroby wewnętrzne 39	kardiologia/hipertens. 1	okulistyka 4		
choroby zakaźne 1	kardiologia dziecięca 1	onkologia 2		
dermatologia 3	laryngologia 4	ortopedia 4		
diabetologia 2	medycyna nuklearna 1	patomorfologia 1		
endokrynologia 6	medycyna paliatywna 1	pediatria 20		

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

Andrzej Morliński
przewodniczący
Komisji ds. Pośrednictwa Pracy





Fot. ach

O lekarzach i reklamie

Z Romanem Jasińskim, przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Panie doktorze, dlaczego lekarz nie może występować w reklamach?

Reguluje to Kodeks Etyki Lekarskiej, który wyraźnie mówi, że lekarz w swoim postępowaniu powinien być obiektywny i reprezentować wiedzę i umiejętności, a nie firmę. Nie może również używać swojego wizerunku do reklam.

A jednak zdarzają się przypadki, że lekarze swoim imieniem i nazwiskiem firmują m.in. zalety jakiegoś leku.

W ostatnim czasie obserwujemy pojawianie się coraz większej liczby filmów z lekarzami reklamującymi dany produkt. Zgoda na udział w reklamie leków nierecepturowych – moim zdaniem – wynika przede wszystkim z niewiedzy lekarzy. Nie znają Kodeksu Etyki Lekarskiej i nie zdają sobie sprawy, że tego typu działanie jest wbrew jego zapisom. Oczywiście nieznajomość prawa nie jest usprawiedliwieniem.

Poza tym lekarze traktują taki występ jak formę reklamy własnej osoby. Ich tok myślenia może być taki: skoro wybrało mnie, abym swoim autorytetem poparał dobrą opinię o jakimś produkcie, to będę uchodził za dobrego lekarza. Nie mówiąc już o tym, że pokazanie się w telewizji przynosi większą rozpoznawalność.

Czy są sankcje samorządowe za takie wystąpienia?

Ponieważ to ewidentne naruszenie KEL, rzecznik odpowiedzialności zawodowej z urzędu wszczyna postępowanie wobec lekarza. Czasami działanie takie podejmuje naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Do naszej Izby takie wnioski o ukaranie trafiają.

Jak to się odbywa od strony logistycznej? Ukazuje się reklama i co dalej?

Zauważa tę reklamę rzecznik lub jego zastępca. Imię i nazwisko są w niej podawane. Ustalenie bardziej szczegółowych danych lekarza nie stanowi problemu, bo każdego można znaleźć w Rejestrze Lekarzy.

Czy w OIL w Warszawie toczą się tego typu postępowania?

Wszystkie sprawy, które do nas skierowano, już się zakończyły. Było ich pięć.

Jakie kary przewiduje ustawa o izbach lekarskich?

Zakres kar regulowany jest ustawą o zawodzie lekarza i regulaminem sądów wewnętrznych. Według ustawy są to następujące kary: upomnienie, nagana, czasowe ograniczenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do lat trzech, odebranie prawa wykonywania zawodu, ograniczenie zakresu wykonywanych czynności, kara finansowa.

Ponieważ wystąpienie w reklamie nie jest ewidentnym przewinieniem, po którym ktoś poniósłby uszczerbek na zdrowiu, nie stosujemy najcięższych kar. Z reguły są to albo upomnienia, albo kary finansowe. W naszej Izbie stosujemy zwykle karę w wysokości równowartości gratyfikacji, którą

lekarz otrzymał za daną reklamę. Finansowo na tym nic nie zyskuje. Chcielibyśmy, aby zrozumiał, że etyka jest ważniejsza od pieniędzy. I że nie wolno wykorzystywać swojego autorytetu dla potrzeb firm farmaceutycznych.

Niektórzy lekarze twierdzą, że otrzymane środki przeznaczają na cele charytatywne.

Zacytuję fragment KEL. Art. 51A wyraźnie mówi: „Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego, jeżeli może to ograniczać obiektywizm jego opinii zawodowych i podważyć zaufanie do zawodu lekarza”. Powiedzenie przed kamerą: to jest najlepszy lek, ja go polecam, jest promowaniem firmy i konkretnego produktu. Nie jest to ocena obiektywna, wynikająca z wiedzy i doświadczenia lekarza.

Czy nie zdarzają się przypadki, że imię i nazwisko pod reklamą jest fikcyjne, a reklamująca postać przypadkowa?

Nie jestem pewny, ale wydaje mi się, że przepisy ogólne dotyczące reklam zabraniają tego typu praktyk. Tak samo, jak nie można ubrać aktora w biały fartuch i twierdzić, że jest lekarzem reklamującym jakiś produkt. Tego typu postępowanie jest niezgodne z obowiązującymi przepisami, dlatego firmy poszukują lekarzy na zasadzie castingu.

A czy samorząd lekarski nie może zwrócić się do producentów leków, aby nie wykorzystywali w ten sposób lekarzy?

Nie mamy takich możliwości. To są dwie różne płaszczyzny. Firmy farmaceutyczne wynajmują firmę headhunterską, która ogłasza casting, lekarz podpisuje umowę i wyraża zgodę na wykorzystanie jego wizerunku. Z prawnego punktu widzenia nie mamy żadnej możliwości przeciwdziałania. Natomiast z punktu widzenia firmy farmaceutycznej wszystko jest zgodne z prawem. Jako izba lekarska staramy się docierać do lekarzy z informacją o nieetyczności takiego postępowania. Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest obszernym dokumentem, każdy lekarz powinien się z nim zapoznać.

Czy nic się nie zmieniło w zasadach, na jakich lekarz może informować o swoich usługach?

Tę dziedzinę też regulują przepisy. Każdy lekarz ma prawo udzielać informacji, gdzie przyjmuje, w jakich godzinach, w jakiej dziedzinie. To nie jest reklama, tylko informacja. Jej forma (ogłoszenie, szyld czy informacja internetowa) zależy od woli lekarza, każda jest zgodna z prawem. ■

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 obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (dzień/miesiąc/rok)	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione (dzień/miesiąc/rok)	
Oświadczenie	
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	
Informacje:	
1. Wypełniony formularz prosimy przestać: 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

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

Andrzej Sawoni, prezes ORL w Warszawie

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

Już ponad 9 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

O ochronie zdrowia w Zielonce

Zarządzanie podmiotami leczniczymi, analiza wartości kontraktów szpitalnych na Mazowszu i współpraca z NFZ to tematy omawiane podczas Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego, który odbył się 28–29 stycznia 2016 r. w Zielonce.

Debata dotyczyła m.in.: wpływu kontraktowania przez NFZ świadczeń medycznych z zakresu leczenia szpitalnego na zarządzanie strategiczne podmiotami leczniczymi, polityki senioralnej w ochronie zdrowia, analizy wartości kontraktów szpitalnych w podstawowych zakresach na terenie Mazowsza i wyceny punktu rozliczeniowego NFZ za świadczenia zdrowotne, typu leczenia szpitalne. W skład konwentu wchodzi starostwie z powiatów województwa mazowieckiego i prezydenci miast na prawach powiatu, którzy reprezentują Związek Powiatów Polskich.

Pracodawcy nagrodzili prof. Ząbka

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej rozdali Wektory 2015 – prestiżowe nagrody, które otrzymują wybitni przedstawiciele świata gospodarki, polityki, kultury, nauki i mediów. Jeden z Wektorów trafił do prof. Mirosława Ząbka.

Prof. Mirosław Ząbek jest kierownikiem Kliniki Neurochirurgii i Urazów Układu Nerwowego Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie.

O ukraińskich lekarzach w płońskim szpitalu

Starosta płoński Andrzej Stolpa i przewodniczący Rady Powiatu Płońskiego Jan Mączewski przebywali na Ukrainie na zaproszenie miejscowych władz. W czasie wizyty rozmawiali m.in. o możliwości pracy ukraińskich lekarzy w płońskim szpitalu.

Służby prasowe Rady Powiatu Płońskiego podają, że samorządowcy złożyli wizytę w Miejskim Szpitalu w Równem, gdzie spotkali się z dyrektorem Ewgenijem Kuczerukiem oraz ordynatorami. Rozmawiano o podjęciu współpracy między szpitalami w Równem i w Płońsku oraz o możliwości zatrudnienia w płońskim szpitalu lekarzy z Równego.

Samorządowcy udali się też do Dziecięcego Szpitala Obwodowego w Równem, gdzie rozmawiali z dyrektorem Vitalijem Bojko. Dyskutowano o warunkach pracy lekarzy w Polsce i na Ukrainie oraz na temat ewentualnej współpracy z płońskim szpitalem. Miejski Szpital w Równem jest jednym z najlepszych na Ukrainie. Przedstawiciele Rady Powiatu przedstawili warunki pracy lekarzy w płońskim szpitalu i czekają na decyzję strony ukraińskiej.

2016 Rokiem Tadeusza Korzybskiego

Rada Miasta Mława ustanowiła rok 2016 Rokiem Tadeusza Korzybskiego, lekarza, światowej sławy biochemika. 4 czerwca mija 110. rocznica urodzin naukowca.



Tadeusz Waclaw Korzybski (urodził się 4 czerwca 1906 r. w Mławie, zmarł 1 marca 2002 w Warszawie) po ukończeniu studiów lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie w 1937 r. uzyskał tytuł doktora medycyny. Karierę naukową rozpoczął jako asystent w Katedrze Chemii Lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, pod kierunkiem prof. Jakuba Parnasa. W czasie okupacji habilitował się na podziemnym UJK. Od 1956 r. profesor w Instytucie Biochemii i Biofizyki PAN, od 1973 członek rzeczywisty PAN. Już w 1946 r. wyodrębnił polski preparat penicyliny. Wydał liczne prace dotyczące m.in. streptomycyny, tetracyklin, a także polskiej terminologii biochemicznej, jest współautorem monografii „Antybiotyki”. Promotor kilku prac doktorskich na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, w Instytucie Biochemii i Biofizyki PAN oraz dawnej Akademii Medycznej w Warszawie. Był recenzentem prac doktorskich i habilitacyjnych (około 70) w Instytucie Biochemii i Biofizyki PAN, Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, Instytucie Biologii Doświadczalnej PAN w Warszawie, Gdańsku, Lublinie, na Politechnice Gdańskiej, w Instytucie Antybiotyków w Warszawie. Przygotował artykuły z dziedziny biochemii do „Wielkiej encyklopedii PWN”. Prowadził wykłady w ramach kursów podstaw biochemii dla lekarzy i pracowników naukowych. Od 1964 r. kierował pracami naukowymi pracowników Zakładu Biochemii Porównawczej Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN. Był członkiem Rady Naukowej Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN, Instytutu Antybiotyków, obecnie Instytutu Farmaceutycznego w Warszawie, a także Komitetu Badań i Prognoz Polska 2000, jak również Komisji Perspektywicznego Rozwoju Podstawowych Nauk Lekarskich PAN. Został uhonorowany wieloma nagrodami i odznaczeniami. ■ **pk**



PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

Julian Wróbel

dyżury: poniedziałki – 10.00–13.00
tel.: 48-331-36-62, e-mail: julian@wp.eu
26-600 Radom, ul. Rwańska 16



Szpital w Przysusze ma się coraz lepiej

Nie ma długów, w terminie reguluje wszystkie rachunki i bez poślizgów wypłaca wynagrodzenia pracownikom, a także realizuje śmiało projekty inwestycyjne – Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze może być stawiany za wzór innym polskim szpitalom.

Na początku XXI w. perspektywy placówki, która otacza opieką blisko 45 tys. mieszkańców powiatu przysuskiego, rysowały się w ciemnych barwach. Brakowało pieniędzy na bieżące funkcjonowanie i wypłaty pensji pracownikom, natomiast zadłużenie sięgało wysokości rocznego kontraktu. Media donosiły o realnej groźbie likwidacji pierwszego w regionie zakładu opieki stacjonarnej, który został utworzony w kwietniu 1981 r.

– Powaga sytuacji zdopinguwała wówczas do zjednoczenia sił i podjęcia wszelkich działań na rzecz ratowania tak potrzebnego w terenie wiejskim szpitala, który równocześnie jest jednym z największych pracodawców w Przysusze – wspomina Grzegorz Dziekan, dyrektor SPZZOZ w Przysusze. – Wiedzieliśmy, że w Warszawie nikt nie będzie się zbyt długo zastanawiał, gdy przyjdzie podjąć decyzję o wykreśleniu naszego szpitala z listy. Zdawaliśmy sobie sprawę, że musimy uratować go tu i teraz. Udało się. Dzięki ofiarnej postawie załogi oraz odważnej polityce starostwa powiatowego.

Rewolucja informatyczna

Obecnie szpital w Przysusze jest bardzo sprawnie funkcjonującą placówką. Zatrudnia 120 osób. Jego „kręgosłup” stanowią dwa oddziały: wewnętrzny i neurologiczny. Pierwszy



Fot. R. Natorski

Dyrektor szpitala Grzegorz Dziekan

dysponuje 43 łózkami. W ramach interny funkcjonuje OIOM z 7 łózkami intensywnego nadzoru i monitorowania, wózkami reanimacyjnymi z defibrylatorem, respiratorem, monitorami EKG oraz kardiostymulatorem. Na Oddziale Neurologicznym czeka na pacjentów 30 łóżek.

Budynek szpitala przeszedł niedawno kapitalny remont. Zakupiono również wiele nowoczesnych urządzeń diagnostycznych, m.in. tomograf komputerowy, mammograf i wysokiej klasy aparat USG.

Kierownictwu lecznicy udało się pozyskać fundusze unijne na kompleksową informatyzację placówki. Wydano na nią blisko 2,5 mln zł, ale obecnie przysuski szpital spełnia normy XXI w. – większość stanowisk pracy jest wyposażonych w nowoczesne komputery, a pacjenci mogą umawiać się na wizyty u lekarza przez Internet. Nic dziwnego, że z usług przysuskiego SPZZOZ coraz częściej korzystają mieszkańcy sąsiednich powiatów.

– Jesteśmy także podwykonawcą Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w zakresie ratownictwa medycznego. Staramy się w tych trudnych czasach wychwycić wszystkie możliwości rozwoju, które dałyby gwarancję finansowania przez NFZ i byłyby zgodne z potrzebami pacjentów – wyjaśnia Grzegorz Dziekan.

Inwestują i konferują

Przysuska placówka ma ambitne plany. – Do pełnej diagnostyki, która powinna być dostępna na poziomie powiatu, brakuje pracowni endoskopowej. W tym roku zamierzamy nabyć gastroskop, a następnie rozszerzyć zakres badań o kolonoskopię – informuje dyrektor SPZZOZ.

W 2016 r. lecznica rozpoczyna też inną dużą inwestycję. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, mieszczący się obecnie w budynku szpitala, zostanie przeniesiony do pomieszczeń likwidowanej szkoły, położonej w przepięknym otoczeniu. Piętro zajmowane teraz przez ZOL będzie można wykorzystać dla wzbogacenia oferty świadczeń szpitalnych.

– Jakby na przekór codziennym problemom zajmujemy się nie tylko diagnostyką i leczeniem. Co roku nasz zakład jest współorganizatorem, razem z m.in. OIL w Warszawie i UKSW, konferencji naukowej „Ból i cierpienie”, która wykładami luminarzy polskiej medycyny i filozofii przyciąga coraz szersze rzesze słuchaczy. W 2016 r. odbędzie się już po raz piąty – mówi Grzegorz Dziekan. W organizację konferencji jest zaangażowanych kilkudziesięciu pracowników szpitala.

Trzy lata temu patronem przysuskiej placówki został prof. Franciszek Czubalski. – Ten wybitny, urodzony właśnie w naszym mieście, a zapomniany naukowiec był ojcem polskiej fizjologii i pierwszym rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Podczas uroczystości nadania imienia nasz szpital został odznaczony przez obecnego rektora WUM Medalem dr. Tytusa Chałubińskiego – opowiada dyrektor SPZZOZ. ■

Rafał Natorski

Plany i realia

Małgorzata Skarbek

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim, tj. Szpital Powiatowy im. Jędrzeja Śniadeckiego w Mińsku Mazowieckim i Przychodnia Lekarska, mają realną szansę na szybkie podniesienie jakości i rozszerzenie wachlarza świadczeń medycznych. SPZOZ świadczy usługi głównie dla społeczności powiatu mińskiego, jednego z największych powiatów ziemskich województwa mazowieckiego, zamieszkanego przez 150 tys. osób.

Modernizacja szpitala i przychodni prowadzona jest od kilku lat, a w ciągu ostatniego roku nabrała zdecydowanego przyspieszenia. Do tej pory wykonano m.in. wymianę stolarki okiennej, termomodernizację budynku szpitala oraz elewację. W latach 2011–2013 wybudowano łącznik między główną częścią lecznicy i budynkiem oddziału wewnętrznego. Od trzech lat powstaje pawilon, w którym znajdują miejsce istotne dla funkcjonowania placówki komórki organizacyjne: blok operacyjny, oddział

intensywnej terapii, sterylizatornia, apteka szpitalna i laboratorium. Przyspieszenie modernizacji jest możliwe dzięki temu, że starostwo powiatowe przeznaczyło środki na dokończenie inwestycji w 2016 r.

– *Budowę nowego pawilonu, rozpoczętą w 2013 r., teraz szczęśliwie kończymy – mówi Artur Więckowski, dyrektor szpitala. – Wartość inwestycji to 15 mln zł, dokończenie wymaga jeszcze około 10 mln. Właściciel placówki, czyli starostwo powiatowe, uchwałą rady powiatu wyasygnowało wysoką dotację, mamy też skromny udział własny. Przetarg na tegoroczne prace już został ogłoszony, jesteśmy zobowiązani zakończyć inwestycję w 2016 r. Pawilon ma trzy kondygnacje i 1800 mkw. powierzchni. Na początku 2017 r., po zrealizowaniu inwestycji, uruchomimy blok operacyjny i oddział intensywnej terapii. W bloku znajdą się trzy sale operacyjne, sala wybudzeń, pomieszczenia przygotowawcze, magazyny. Sale operacyjne wyposażymy w kompletnie nowy sprzęt. Podobnie oddział intensywnej terapii na sześć stanowisk. Nowe lokum w pawilonie znajdzie też sterylizatornia i laboratorium oraz apteka szpitalna.*

Miński szpital ma 100 lat. Jego najstarsza część, w której obecnie mieści się m.in. administracja i kaplica, powstała w drugim dziesięcioleciu XIX w. i około 1914 r. została oddana do użytku. Dokładna data nie jest pewna, bo w zawiązaniu I wojny światowej nie wszystkie wydarzenia były odnotowywane. 100-lecie szpitala obchodzono w 2014 r. Z tej okazji przypomniano, że placówka nosi imię Jędrzeja Śniadeckiego, które nadano w 1953 r., wmurowano popiersie patrona w ścianę frontową głównego budynku i posadzono dąb pamięci. Drugi dąb został posadzony ku pamięci pierwszego dyrektora szpitala Stanisława Kasperskiego, zamordowanego przez NKWD w Charkowie. Szpital w Mińsku nawiązał kontakty z podobną placówką w Oszmianach na Białorusi. W ziemi oszmiańskiej, na cmentarzu w Horodnikach, pochowany jest właśnie Jędrzej Śniadecki, który zmarł w 1838 r. w Wilnie. W Oszmianach mieszka wielu Polaków. W kontynuowanie współpracy placówek z Mińska i Oszmian zaangażowało się Stowarzyszenie „Nasz szpital”, utworzone w 2012 r. Z okazji 100-lecia lecznicy ufundowało sztandar i uczestniczyło w przygotowaniu jubileuszowych obchodów.

Główny budynek placówki w Mińsku też ma swoje lata – prawie 70. Znajduje się w grupie szpitali (stanowią jedną trzecią wszystkich lecznic w Polsce), które nie spełniają kryteriów budowlanych, sanitarnych i bezpieczeństwa, przewidzianych w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia.

– *W najbliższej przyszłości musimy wykonać kolejny etap jego modernizacji – mówi dyrektor Więckowski. – Projekt przewiduje, że jej realizacja będzie kosztować 17 mln zł. Nie chcemy zamykać oddziałów, dlatego remont będzie wykonywany częściami. Ale najpierw musimy skończyć pawilon i zająć się przychodnią przy ul. Kościuszki. Trzeba w niej wymienić instalację wodną, kanalizacyjną i toalety. Na ten cel także otrzymaliśmy w roku bieżącym dotację. To kontynuacja prowadzonych robót, parter (poradnie dla dzieci chorych i zdrowych) jest zmodyfikowany. W przychodni mieści się 15 poradni specjalistycznych, podstawowa opieka zdrowotna, gabinety stomatologiczne, rehabilitacja, poradnie zdrowia psychicznego. Miński Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej prowadzi opiekę kompleksową, łącznie z nocną pomocą lekarską.*



Dyrektor szpitala Artur Więckowski



W szpitalu świadczenia udzielane są na czterech podstawowych oddziałach, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz SOR. Na 229 łózkach rocznie hospitalizowanych jest 25 tys. pacjentów, a średni czas pobytu wynosi 5,2 dnia.

Liczba łóżek jest wystarczająca. Jedynym oddziałem, który ma ich za mało, jest interna. To efekt zmniejszenia takich oddziałów w okolicznych szpitalach oraz niewystarczającej liczby zakładów opiekuńczo-leczniczych. Jedna trzecia pacjentów interny mogłaby śmiało leczyć się właśnie w takich zakładach. Mamy, jeszcze nieskonkretyzowany, plan utworzenia zakładu opiekuńczo-leczniczego, ale to projekt (zgodny z kierunkiem polityki zdrowotnej i społecznej), który, mam nadzieję, będzie realizowany w późniejszym terminie – dodaje dyrektor Więckowski. – To odciążałoby szpital i uzupełniło jego ofertę. Wprawdzie działają na naszym terenie dwa takie zakłady (300 i 60 łóżek), ale to wszystko za mało. Miesz-

kańcy domów pomocy społecznej z okolicy są pacjentami naszego oddziału wewnętrznego.

Na pytanie, czy przy tak ambitnych planach menedżerowie nie martwią się o kadry, dyrektor odpowiada: – Kadry mamy, poza tym na bieżąco je uzupełniamy. Właśnie po wygraniu konkursu pracę podjął nowy ordynator chirurgii dr Marek Olewiński. Wkrótce będzie nowy ordynator interny. Zmiany organizacyjne wpływają na poprawę opieki medycznej. Już teraz myślimy o właściwym wykorzystaniu nowych sal operacyjnych, chcielibyśmy poszerzyć wachlarz świadczeń o nowe zabiegi, których dziś nie wykonujemy ze względu na warunki. Na przykład nie przeprowadzamy prostych zabiegów ortopedycznych, a mamy pododdział chirurgii urazowej. Jednak na razie nie spełniamy standardów przewidzianych dla procedur operacji ortopedycznych.

Kierownictwo szpitala zmierza także wymienić na cyfrowy sprzęt do diagnostyki obrazowej. Zakład stara się o pieniądze unijne na ten cel. Jeżeli uda się kupić również nowy tomograf, Mieczysław Romejko, zastępca dyrektora ds. leczenia, poprowadzi program profilaktyczny przeciwdziałania rakowi jelita grubego.

– Nie mamy zadłużenia ani kłopotów z płynnością finansową – mówi dyrektor Więckowski, z wykształcenia prawnik, ale z dużą praktyką w kierowaniu przedsiębiorstwami. – Jak wszystkie szpitale na Mazowszu, nie jesteśmy zadowoleni ze sposobu kontraktowania, poziomu kontraktu i wycen procedur. Mamy niezapłacone nadwykonania i nie zamierzamy rezygnować z roszczeń.

Dyrekcja szpitala w Mińsku Mazowieckim ma plany na przyszłość. Dobra współpraca ze starostwem powiatowym oraz fakt, że zaczęła się ona od początku kadencji, wróżą, że znaczna ich część zostanie zrealizowana. ■



Fotografie: M. Skarbek

Nagrody św. Kamila

Z okazji Światowego Dnia Chorych po raz dziesiąty przyznano nagrody św. Kamila, ufundowane z inicjatywy zakonu ojców kamilianów i Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

W 2016 r. statuetkami wyróżniono m.in. prof. Andrzeja Chmurę – transplantologa, oraz Elżbietę Cichocką – dziennikarkę, której, jak napisano w uzasadnieniu, „*Niemal każdy minister zdrowia po 1989 r. bał się bardziej niż strajku pielęgniarek lub konfliktu z lekarzami rodzinnymi*”.

mkr

Najlepsi menedżerowie 2015 r.

Podczas uroczystości zorganizowanej przez redakcję „Bloomberg Businessweek Polska” wybrano 20 najlepszych menedżerów w 2015 r.

W gronie laureatów, wyłonionych w oparciu o sondaż, w którym wskazywano najlepszych szefów firm działających w Polsce, znalazł się dr hab. n. med. Piotr H. Skarżyński – m.in. za łączenie pasji do leczenia, samorozwoju naukowego z wysokimi zdolnościami menedżerskimi i zarządczymi. Wśród uhonorowanych tytułem znaleźli się prezesi: KGHM, PKO BP, Work Service, Tauron, Deutsche Bank, AHP American Heart of Poland oraz kilkunastu innych polskich i zagranicznych firm wyróżniających się na naszym rynku.

kb

Nagrody „Sukces Roku”

Po raz 15. rozdano nagrody „Sukces Roku”, ufundowane przez firmę Termedia i miesięcznik „Menedżer Zdrowia”, a przyznawane przez kapitułę konkursu.

Za Osobowość Roku 2015 uznano księdza Jana Kaczkowskiego, twórcę puckiego Hospicjum im. Ojca Pio, organizatora warsztatów dla adeptów medycyny na temat opieki paliatywnej i komunikacji z pacjentami, autora książki: „Szału nie ma, jest rak” oraz „Życie na pełnej petardzie”. Ks. Kaczkowski, mimo że sam zmagając się z zaawansowanym nowotworem, nie zaprzestaje intensywnej działalności.

Wśród nagrodzonych znaleźli się menedżerowie z Mazowsza. W kategorii „Menedżer roku 2015 – placówki prywatne” zwyciężył Jerzy Karwowski, prezes zarządu Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Konstancin-Jeziorna. W kategorii „Innowacyjny szpital” (nagroda przyznawana dopiero po raz drugi) pierwsze miejsce zajął Szpital Centrum Medyczne „Żelazna”, kierowany przez Wojciecha Puzynę.

Liderem Roku w kategorii „Zdrowie publiczne” została Beata Libera-Matecka.

Za działalność charytatywną statuetkę Lidera Roku przyznał Irenie Santor.

W kategorii „Media i PR” zwyciężył Piotr Kościelniak, kierownik Działu Nauki w „Rzeczpospolitej”. Wśród nominowanych znalazła się także nasza koleżanka, dziennikarka „Menedżera Zdrowia” Barbara Góra.

mkr

Lista stu 2015

Prof. Henryk Skarżyński – w polskiej medycynie, oraz minister Konstanty Radziwiłł – w ochronie zdrowia, zostali uznani przez ekspertów za najbardziej wpływowe osoby w minionym roku.

Ranking redakcji „Pulsu Medycyny” opracowano po raz trzynasty, a po raz drugi wybrano liderów w dwóch dziedzinach: nauki i organizacji systemu ochrony zdrowia. Prof. Henryka Skarżyńskiego doceniono za jego ogromny wkład w rozwój polskiej otolaryngologii, za stworzenie wielu przełomowych metod leczenia niedosłuchu u dorosłych i dzieci. Uznano też, że Konstanty Radziwiłł, mimo stosunkowo niedawnej nominacji na stanowisko ministra, jest osobą mającą największy wpływ na kształtowanie systemu ochrony zdrowia w kraju.

mkr

O medycznych instytutach badawczych w Kajetanach

W styczniu 2016 r. w Świątym Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach odbyła się Konferencja Dyrektorów i Przewodniczących Rad Naukowych Medycznych Instytutów Badawczych, której zasadniczym celem było omówienie aktualnej pozycji i przyszłości instytutów medycznych w ochronie zdrowia i nauce. Gospodarzem był dyrektor instytutu prof. Henryk Skarżyński.



Fot. archiwum IFPS

W konferencji wzięli również udział sekretarz stanu w MZ Jarosław Pinkas oraz przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych Leszek Rafalski, którzy podkreślili rolę medycznych instytutów badawczych w rozwiązywaniu najważniejszych problemów polskiej medycyny i nauki. W dyskusji plenarnej uczestnicy konferencji skupili się na omówieniu roli i pozycji instytutów medycznych w systemie ochrony zdrowia oraz w kreowaniu i realizacji polityki zdrowotnej państwa. Ponadto zostały przedstawione możliwości i ograniczenia funkcjonowania poszczególnych jednostek w obecnym systemie opieki zdrowotnej oraz w systemie nauki. ■

egw



Razem z młodymi lekarzami

Andrzej Kuźawczyk

Z wielkim zainteresowaniem, ale i niepokojem przeczytałem artykuł dr. Łukasza Jankowskiego zamieszczony w grudniowym numerze „Pulsu”. Zainteresowanie stąd, że młody lekarz przeczytał artykuł („Panie Kuźawczyk...”, „Puls” nr 8–9/2015) pisany przez pacjenta – lekarza, a jednocześnie Rzecznika Praw Lekarza, a niepokój stąd, że poziom frustracji autora jest wprost porażający.

Nie zrozumiał intencji mego artykułu lub go niezbyt uważnie przeczytał, gdyż piętnowałem aroganckie, pozbawione elementarnej kultury zachowanie i brak szacunku dla chorego niektórych lekarzy, ale jednocześnie podkreślałem niemal wzorowe, wyrozumiałe i pełne troskliwości zachowanie ich kolegów pracujących przecież w tych samych, nie zawsze „komfortowych” warunkach. Autor, polemizując z moim artykułem, skupił się na totalnej krytyce naszego systemu ochrony zdrowia, którego to tematu nie poruszałem w artykule. My, lekarze, wszyscy mamy zastrzeżenia do polskiego systemu ochrony zdrowia. Trzeba go stale ulepszać, ale nie można tylko negować. Nadużyciem ze strony autora jest stwierdzenie: „Wy, starsi koledzy, doświadczeni lekarze, środowisko izb lekarskich, decydenci, rzecznicy, ministrowie, tworzyliście system ochrony zdrowia w demokratycznej Polsce”. Świadczy o zupełnym niezrozumieniu złożoności problemu w kraju, który w Europie nie zalicza się do bogatych.

W tym miejscu pragnę przypomnieć, że w minionym 25-leciu odrodzonego samorządu lekarskiego funkcje ministra zdrowia niejednokrotnie piastowali prominentni działacze samorządu, którzy nie spełnili naszych oczekiwań, a wręcz odcięli się od środowiska. Teraz duże nadzieje pokładamy w osobie kolegi Konstantego Radziwiłła, ministra zdrowia, który problemy ochrony zdrowia zna dogłębnie z działalności w samorządzie. Jeśli uda mu się załatwić przynajmniej część zgłaszanych przez środowisko postulatów, będziemy zadowoleni.

Z uwagi na wiek autora artykułu nie będę polemizował ze stwierdzeniami: „pan doktor miał szczęście nie pracować w tak chorych czasach”. 50 lat mojej pracy zawodowej, w tym 25 lat w czasach tzw. realnego socjalizmu, niech będzie odpowiedzią na to stwierdzenie.

W zakończeniu pragnę z przykrością stwierdzić, a mam nadzieję, że nie było to intencją autora, iż niektóre tezy zawarte w artykule wręcz antagonizują środowisko lekarskie, a na pewno nie łączą.

Mam też nadzieję, że mimo różnic w spojrzeniu na pewne sprawy Rzecznik Praw Lekarza wspólnie z młodymi lekarzami będzie działał na rzecz ulepszenia naszego systemu ochrony zdrowia, z pożytkiem dla pacjentów i lekarzy. ■

Autor jest Rzecznikiem Praw Lekarza w OIL w Warszawie.

LIST DO REDAKCJI

Zamieszczoną w lutowy numerze „Pulsu” rozmowę z Rzecznikiem Praw Pacjenta Krystyną Barbarą Kozłowską przeczytałem z zainteresowaniem. Zdziwił mnie fakt, że pani rzecznik upatruje metody odciążenia lekarzy od nałożonych na nich obowiązków biurokratycznych we wprowadzeniu systemu e-zwolnień.

Nawet najlepsze systemy informatyczne nigdy nie odciążą w istotny sposób lekarzy od obowiązków biurokratycznych, jeśli wcześniej nie zredukuje się owych obowiązków samych w sobie. Naprawdę nie ma dla lekarza większego znaczenia, czy wiele druków (narzuconych przez NFZ, ZUS, MZ itp.), często zupełnie zbędnych i dublujących się, będzie musiał wypełnić odręcznie, czy też zyska możliwość wydrukowania ich z komputera. Chcąc naprawdę usprawnić pracę lekarzy, należałoby zdecydowanie zmniejszyć ilość nakładanych na nich obowiązków biurokratycznych, a nie jedynie bezrefleksyjnie dążyć do zmiany formy druków z papierowej na elektroniczną.

Ponadto system informatyczny przyniesie wymierne korzyści lekarzom tylko wówczas, gdy będzie spójny i przyjazny użytkownikowi, a korzystający z niego lekarze zostaną przeszkoleni i uzyskają dostęp do odpowiedniej infrastruktury.

Tymczasem już na etapie projektowania większości systemów teleinformatycznych dla opieki zdrowotnej decydenci wychodzą z założenia (są wyjątki od owej reguły), że priorytetowym zadaniem ma być tak zwane uszczelnienie systemu, nie zaś zwiększenie efektywności pracy lekarzy. W efekcie lekarze są niejednokrotnie zmuszani do pracy na systemach/platformach, które absolutnie nie spełniają ich oczekiwań. Tym samym zamiast spodziewanej poprawy warunków pracy spotykamy się z ich pogorszeniem. Za to informacja o każdym, nawet najmniejszym i niezawinionym błędzie biurokratycznym jest natychmiast przekazywana do zainteresowanych instytucji, takich jak NFZ czy ZUS.

Ponadto, z przyczyn finansowych i organizacyjnych, szkolenia z obsługi wprowadzanych systemów są często iluzoryczne, a same systemy wdraża się bez zapewnienia stosownej infrastruktury (serwerów, drukarek, czytników kart inteligentnych, odpowiedniej liczby nowoczesnych komputerów). W efekcie nawet najbardziej przyjazne platformy często nie sprawdzają się w praktyce. Aplikacje zawierają się, oczekiwanie na połączenie z odpowiednim serwerem trwa zdecydowanie zbyt długo lub jest całkowicie zrywane. A lekarz musi z tym jakoś żyć. Przecież, w opinii decydentów, nie po to wprowadzano systemy komputerowe, aby teraz na nie narzekać. ■

lek. Piotr Sławiński



Fot. archiwum

Ból funkcjonalny – fibromialgia

Małgorzata Malec-Milewska

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie

Fibromialgię (*fibromyalgia syndrome* – FMS) definiuje się jako zespół rozlanego przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, któremu towarzyszą liczne bólowe punkty spustowe.

Objawy: FMS charakteryzuje się bólem mięśniowo-powięziowym, zwiększonym napięciem mięśni oraz obecnością punktów spustowych wrażliwych na dotyk. Poza rozlanym, tęnym bólem ma również wiele współistniejących objawów: zmęczenie, zaburzenia snu, stopniowe zmniejszenie kondycji fizycznej oraz zakłócenia funkcji psychicznych w postaci zaburzeń pamięci, koncentracji i nastroju. Z fibromialgią współistnieją często choroby o typie innych zaburzeń funkcjonalnych, do których należą: zaburzenia funkcji stawów skroniowo-żuchwowych, zespół jelita drażliwego, zespół przewlekłego zmęczenia i zespół niespokojnych nóg.

Epidemiologia: na FMS cierpi 1–5 proc. światowej populacji. Około 6–7 razy częściej choroba pojawia się u kobiet w wieku od 20–60 lat. Najwięcej zachorowań obserwuje się u osób powyżej 40. roku życia.

Patomechanizm: FMS zaliczamy do chorób psychosomatycznych, których patomechanizm nie jest do końca poznany (wspólna cecha wszystkich zespołów bólu funkcjonalnego), prawdopodobnie jednak w zespole tym występuje kilka rozregulowanych dróg patogenetycznych dających klinicznie zróżnicowany obraz fibromialgii u konkretnego pacjenta. W przebiegu choroby ważną rolę odgrywają czynniki **genetyczne, stresowe i środowiskowe**. Obecnie uważa się, że patogenezą tego zespołu nie polega na zaburzeniach układu mięśniowo-szkieletowego i obwodowego układu nerwowego. Przewlekły charakter zespołu jest związany z ośrodkowo wzmacnianymi procesami wytwarzania i integracji informacji czuciowej, poznawczej oraz afektywnej, któremu towarzyszy dysfunkcja endogennych hamujących układów kontroli bólu, zaburzenia snu oraz funkcji układu autonomicznego. Istnieje znaczna zbieżność procesów neurobiologicznych występujących w fibromialgii z procesami leżącymi u podłoża pokrewnych zespołów bólowych, takich jak: zespół jelita drażliwego, zaburzenia funkcji stawów skroniowo-żuchwowych, zespół przewlekłego zmęczenia. Dowiedziono istnienia silnej predyspozycji rodzinnej do rozwoju fibromialgii. U bliskich krewnych chorych z FMS występuje ośmiokrotnie większe

niż w reszcie populacji ryzyko rozwinięcia się tego zespołu. Ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia fibromialgii wiążą się także specyficzne polimorfizmy genowe: polimorfizm receptora serotoninowego oraz polimorfizmy transportu serotoniny. Polimorfizmy genetyczne warunkują procesy transportu i metabolizmu monoamin, które odgrywają podstawową rolę u ludzi w modyfikacji odpowiedzi na stres. Współczesne badania mają na celu poszukiwanie związku tych polimorfizmów ze zwiększonym prawdopodobieństwem powstawania przewlekłego, rozlanego bólu o typie fibromialgii. U większości pacjentów FMS rozwija się bez czynnika inicjującego, środowiskowego, ale u niektórych pojawia się czynnik inicjujący, taki jak: uraz fizyczny (szczególnie tułowia), niektóre infekcje, np.: WZW typu C, zakażenia wirusem Epsteina-Barr, parwowirusami, borelioza lub stres emocjonalny. U 5–10 proc. pacjentów, którzy przebyli te schorzenia, rozwijają się przewlekłe rozlane bóle o typie fibromialgii.

Kryteria rozpoznania: Uważa się, że fibromialgię można rozpoznać, jeśli wystąpią dwa czynniki: utrzymywanie się rozlanego, wielomiejscowego bólu przez co najmniej trzy miesiące i stwierdzenie podczas badania palpacyjnego co najmniej 11 z określonych 18 punktów spustowych – zgodnych z charakterystyczną lokalizacją podaną w 1990 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (American College of Rheumatology – ACR). Punkty te są zlokalizowane symetrycznie podpotylicznie, w dolnym odcinku szyjnym na mięśniu czworobocznym, w okolicy drugiego żebra, kłykci bocznych kości ramiennej, w okolicy górnej pośladków, krętarza większego kości udowej oraz kolan. Na obraz kliniczny FMS składa się zespół objawów klinicznych, takich jak: zmęczenie, nadwrażliwość na dotyk, zaburzenia snu, rozlany ból, bóle stawów, poranna sztywność, parestezje, niepokój, depresja, bóle głowy i twarzy, uczucie zimna, nocne poty, suchość i swędzenie oczu, zmiany częstości wypróżnień. Bardzo istotnym objawem w fibromialgii jest uogólniona allodynia/hiperalgezia z obniżeniem progu bólowego na znacznym obszarze ciała. Jednocześnie wiadomo, że zimno, zaburzenia snu, niepokój, duża wilgotność powietrza, zmiany pogody, zmęczenie i stres nasilają objawy FMS. Nasilają się one również na skutek przedłużonej wyczerpującej pracy. Ciepło u większości chorych przejściowo zmniejsza objawy choroby.

**Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie
absolwentów Akademii Medycznej z Wrocławia rocznik 1976.**

Spotkanie odbędzie się w Bielawie koło Wałbrzycha, 2–3 września 2016 r.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem:

Roman Pilecki – tel. kom.: 601-790-940, e-mail: rompil@wp.pl

W rozpoznaniu różnicowym należy wykluczyć: reumatoidalne zapalenie stawów, choroby autoimmunologiczne tkanki łącznej, choroby nowotworowe i niedoczynność tarczycy. Fibromialgię pierwotną, bez zespołu bólu mięśniowo-szkieletowego, należy odróżniać od zespołu bólu mięśniowo-szkieletowego, który towarzyszy innym chorobom narządu ruchu.

Leczenie: Celem leczenia fibromialgii jest zmniejszenie bólu, złagodzenie objawów towarzyszących oraz poprawa funkcjonowania i jakości życia. Ulgę pacjentom z fibromialgią można przynieść, wyjaśniając istotę i naturę choroby oraz prawdopodobny mechanizm powstawania bólu, co powoduje zmniejszenie lęku. Zaleca się ograniczenie wykonywania inwazyjnych i kosztownych badań oraz leczenia, co redukuje ilość niepotrzebnie stosowanych przez pacjenta leków. Amitryptylina lub duloksetyna są skuteczne, ponieważ redukują ból i depresję oraz poprawiają sen i jakość życia pacjentów. Zalecane jest również stosowanie pregabaliny lub gabapentyny, bo wykazują długotrwałą skuteczność. Pozostałe leki polecane w leczeniu fibromialgii, o mniejszej skuteczności to: wenlafaksyna i inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (fluoksetyna, paroksetyna). Okresowo w nasileniu bólu można stosować paracetamol, NLPZ oraz słabe opioidy, np. tramadol. Wśród metod pozafarmakologicznych leczenia bólu w fibromialgii szczególną rolę przypisuje się ćwiczeniom aerobowym i terapii poznawczo-behawioralnej. Dodatkowo można zastosować balneoterapię (szczególnie hydroterapię ciepłą wodą), metody alternatywne i komplementarne, takie jak: akupunktura, terapia manualna oraz psychoterapia (trening autogenny, hipnoterapia/wizualizacja, biofeedback), a także leczenie dietą. Szczególną metodę leczenia stanowi ostrzykiwanie punktów spustowych lekami miejscowo znieczulającymi z domieszką glikokortykoidu lub masowanie tych punktów kostkami lodu. Blokady współczulne oraz odcinkową dożylną sympatykolizę można dodatkowo stosować, gdy bólowi towarzyszą objawy związane z układem współczulnym: obrzęk, zmiany zabarwienia i ciepłoty skóry kończyn, nadmierna potliwość. U niektórych chorych skuteczność wykazują: krioterapia ogólnoustrojowa i miejscowa, TENS, prądy interferencyjne i laseroterapia.

Podsumowanie: Badania nad fibromialgią powinny być ukierunkowane na lepsze wyjaśnianie skomplikowanej i nie do końca poznanej patogenetyki choroby. Wskazana jest również bardziej wnikliwa interpretacja wyników badań w celu lepszego poznania i zrozumienia złożoności objawów tego zespołu. ■

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

Wybrane piśmiennictwo:

1. Clauw D.J., Williams D.A., *Fibromyalgia. Functional Pain Syndromes: Presentation and Pathophysiology*, ed. Mayer E.A., Bushnell M.C., IASP Press, Seattle 2009.
2. Desmeules J. et al., *Central Pain Sensitization, COMT Val58Met Polymorphism, and Emotional Factors in Fibromyalgia*, „Journal of Pain” 2013, s. 20.
3. Istrati J., Dobrogowski J., *Ból w narządzie ruchu. Kompendium leczenia bólu*, red. Malec-Milewska M, Woron J., Medical Education, Warszawa 2012, s. 169–199.
4. Jacob A. et al., *Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies*, „Evidence-Based Complementary Alternative Medicine” 2013.
5. Przeklasa-Muszyńska A., *Metody alternatywne i uzupełniające w leczeniu bólu funkcjonalnego*, „Ból” 14(3)2013, s. 40.
6. Sommer C.: *Fibromyalgia: A Clinical Update*, „Pain Clinical Updates” nr 18(4), IASP Press, Seattle 2010.

- CO NOWEGO W WYTYCZNYCH EUROPEJSKICH? •
- AKTUALNE PROBLEMY KLINICZNE •
- CO NOWEGO W KARDIOLOGII: GORAĆCA LINIA •

XXII ŁÓDZKA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA 12 MARCA 2016



www.lkk.umed.pl

CENTRUM DYDAKTYCZNE
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Pomorska 251

12 MARCA 2016

CENTRUM DYDAKTYCZNE
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

ul. POMORSKA 251

www.forumkardiologii.umed.pl

VIII
FORUM
kardiologii obrazowej

- Z NAJWYŻSZEJ PÓŁKI – FORUM PRZYPADKÓW I NOWYCH TECHNOLOGII •
- OBRAZOWANIE W WYTYCZNYCH – CHOROBY OSIERDZIA •
- OBRAZOWANIE W WYTYCZNYCH – INFECYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA •

Satumi
Conference & Event Agency

Nasza misja:
Jakość nigdy nie jest przypadkowa, stanowi wynik celowych działań, szczególnego wysiłku, inteligentnego planu i jego sprawnej realizacji; jest mądrym wyborem z oceanu możliwości...

Zapewniamy kompleksową organizację:

- Konferencji
- Kongresów
- Sympozjów
- Eventów
- Spotkań cyklicznych

Gwarantujemy:

- Wyjątkową staranność w realizacji powierzonych zadań
- Ponad 100% zaangażowanie
- Pewność, że nawet najbardziej trudne i złożone elementy połączymy w najwyższej jakości całość

Wyróżnia nas:

- 15 letnie doświadczenie na rynku
- Młody, zgrany i stały zespół
- Tysiące perfekcyjnie zorganizowanych konferencji i eventów
- Doskonałe referencje Klientów

www.batumi-agency.pl



Fot. archiwum

Osiągnięcia współczesnej medycyny i absurdy refundacji w Polsce

Piotr Radziszewski

Podczas VII Warszawskiego Seminarium Neurourologii grono ekspertów, w składzie: prof. Marek Sosnowski, prof. Piotr Radziszewski i dr Michał Maternik, dyskutowało o wykluczeniu pacjentów z pęcherzem neurogennym z możliwości korzystania z osiągnięć współczesnej medycyny w Polsce. Problem pęcherza neurogennego dotyczy około 50 tys. osób w naszym kraju i są to pacjenci zapomniani. Zbyt nieliczni, zbyt mało mobilni (bo przykuci do wózków inwalidzkich), zbyt chorzy (bo popuszczający mocz), by zwrócić na siebie uwagę. W Polsce brakuje ośrodków neurourologii i zespołów wielospecjalistycznych zajmujących się osobami z pęcherzem neurogennym. Chorzy są wykluczeni społecznie (schorzenia układu moczowego stanowią dla osób niepełnosprawnych barierę poważniejszą niż ograniczenie ruchowe i konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), ale również ekonomicznie (żadne leczenie tych pacjentów nie jest refundowane). Płacą za wszystko: za leki, środki odkażające i wreszcie za cewniki. Cewniki, dzięki którym żyją, bo mogą opróżnić pęcherz moczowy, aby mocz nie zatruł im organizmu.

Polska jest białą plamą na mapie Europy, bo nie ma żadnego programu diagnostyczno-terapeutycznego dla tych pacjentów. Aby się cewnikować, muszą wydawać często kilkadziesiąt złotych dziennie i to na najgorsze rozwiązanie – sztywny, niepowlekany cewnik i żel. Tymczasem kosztujące kilka złotych cewniki nieuszkodzające cewki moczowej, zmniejszające ryzyko infekcji nie są dostępne (refundowane). Częściej leczy się infekcje dróg moczowych, niż im zapobiega. Tymczasem koszty leczenia wielolekoopornych bakterii są niebotyczne, sięgają nawet kilkunastu tysięcy złotych dziennie.

W szczególnej sytuacji są mali pacjenci z pęcherzem neurogennym. Dziecko ma opory przed włożeniem niepowlekanego cewnika do cewki. Boi się, bo to boli. Niechęć do cewnikowania jest bardzo często przyczyną rozwoju niewydolności nerek, kończącej się przeszczepem. I znowu koszty są ogromne.

Najcięższe powikłania infekcyjne powoduje założenie do pęcherza cewnika na stałe. Jednakże cewnikowanie przerywane, za pomocą cewników niepowlekaných, nie jest środkiem zaradczym. Wiąże się bowiem ze stosowaniem jednorazowych środków nawilżających oraz znieczulających cewkę moczową, a poza tym jest bolesne i niewygodne. Aktualnie złoty standard w leczeniu pęcherza neurogennego to cewnikowanie przerywane za pomocą cewników hydrofilowych.

Obecnie pacjenci w Polsce mają dostęp (i to limitowany) do niepowlekaných cewników. Aby stosować refundowane cewniki, trzeba zaopatrzyć się w środki nawilżające, odkażające i znieczulające cewkę moczową, a także w gaziki i pęsetę. Niestety, w naszym kraju – jako jedynym w Europie – koszty ponoszone dodatkowo przez chorych nie były do tej pory brane pod uwagę. Obowiązujące regulacje umożliwiają pacjentom stałe cewnikowanie jedynie za pomocą przestarzałych technologicznie jednorazowych cewników niepowlekaných, a zasady finansowania cewników hydrofilowych sprawiają, że cewnikowanie z ich użyciem jest praktycznie niedostępne w Polsce.

Chorzy chcą normalnie funkcjonować w społeczeństwie, móc pracować, móc żyć. Tymczasem są medycznie i ekonomicznie wykluczani, a o pęcherzu neurogennym nikt nie chce rozmawiać, bo... problem „śmierdzi”.

Lekarze wystosowali list do ministra zdrowia, w którym proszą o refundację jednorazowych cewników urologicznych. Mają nadzieję, że minister zdrowia rozważy wprowadzenie do rozporządzenia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (DzU, poz. 1565) nowej grupy wyrobów medycznych: **Jednorazowe urologiczne cewniki hydrofilowe, do 180 sztuk miesięcznie, z nowym, większym limitem ich finansowania**, by pacjenci w Polsce żyli godnie. Inicjatywę wsparło 125 lekarzy i pacjentów. ■

Autor jest urologiem, prof. dr. hab. n. med.

Deklaracja konfliktu interesów zgłoszona przez autora dostępna jest w redakcji „Pulsu”.

Choroby rzadkie

28 lutego obchodzony jest Światowy Dzień Chorób Rzadkich. Definicja tych chorób, przyjęta w Unii Europejskiej, określa je jako: ciężkie, często zagrażające życiu, dotykające nie więcej niż pięciu osób na 10 tys., których leczenie wymaga szczególnych, skoordynowanych wysiłków wielu specjalistów.

Postęp genetyki sprawia, że współcześnie przyczyny wielu z tych chorób – dawniej niewyjaśnione – są rozpoznawane. Podejmuje się próby terapii, zwykle bardzo kosztownej. Znamy blisko 8 tys. chorób rzadkich, cierpi na nie około 8 proc. populacji, w Polsce choruje na nie prawie 2 mln osób.

Badania przynoszą efekty i można zahamować rozwój wielu chorób rzadkich, o ile terapia zostanie podjęta odpowiednio wcześnie. Tak jest z mukopolisacharydozą.

– Jest ona uwarunkowaną genetycznie chorobą przemiany materii. W różnych tkankach organizmu chorego dochodzi do nadmiernego gromadzenia związków zwanych mukopolisacharydami – mówi endokrynolog UJ CM dr n. med. Beata Kieć-Wilk. – Rozróżnia się kilka typów choroby, w zależności od tego, jaki enzym nie działa lub ma obniżoną aktywność. Występuje ona niezwykle rzadko, w Łodzi żyje osoba, która jest jedynym na świecie przypadkiem pewnego podtypu.

Jedną z metod łagodzenia objawów mukopolisacharydozy jest zastępcza terapia enzymatyczna. Jej skuteczność jest tym większa, im wcześniej enzymy zaczną być podawane. Dlatego ogromne znaczenie ma wczesne rozpoznanie, już w niemowlęctwie. Ale właśnie rzadkość występowania i skomplikowana diagnostyka powodują, że lekarze pierwszego kontaktu mają problem z rozpoznaniem choroby. ■

mkr

doniesienia naukowe



Rak jelita grubego u młodych

Jeszcze niedawno u osób przed pięćdziesiątką rak jelita grubego był raczej rzadkością. Z danych amerykańskich wynika jednak, że już co siódmy pacjent z tą chorobą nie ukończył 50 lat. Tak młodych chorych jest coraz więcej. Na dodatek rak jelita grubego częściej wykrywany jest u nich w bardziej zaawansowanym stadium. Nie należy zatem bagatelizować pierwszych objawów tego nowotworu u ludzi młodych. Pisze o tym „Medical Daily” (25.01.2016).

Takie są wnioski z analizy 260 tys. przypadków tej choroby zarejestrowanych w Stanach Zjednoczonych w latach 1998–2011. Dokonała jej prof. Samantha Hendren z Harvard University. Z badań wynika, że zaawansowanego raka jelita grubego ma 63 proc. pacjentów po pięćdziesiątce oraz 72 proc. tych, którzy nie ukończyli jeszcze 50 lat. Młodszy wiekiem chorzy częściej również muszą być poddawani radioterapii (53 proc. przed pięćdziesiątką i 48 proc. starszych).

Prof. Hendren tłumaczy zjawisko tym, że osoby, które nie ukończyły 50 lat, nie są poddawane przesiewowej kolonoskopii i rak jelita grubego wykrywany jest u nich dopiero wtedy, gdy wystąpią pierwsze objawy: niedrożność jelita, krwawienia z odbytu i niedokrwistość. „Na dodatek dolegliwości te są często bagatelizowane zarówno przez pacjentów, jak i przez lekarzy; czasami bardziej kojarzy się je z hemoroidami niż z rakiem” – zwraca uwagę amerykańska specjalistka.

Głównym powodem wzrostu liczby zachorowań na raka jelita grubego wśród ludzi młodych jest niekorzystny styl życia, przede wszystkim zła dieta, otyłość i mała aktywność fizyczna. Dr George Chang z University of Texas MD Anderson Cancer Center prognozuje zatem na łamach „American Medical Association Surgery”, że do 2030 r. co dziesiąty przypadek raka okrężnicy oraz co czwarte zachorowanie na raka odbytnicy będzie wykrywane u osób poniżej 50. roku życia. Wskazuje na to dynamika zachorowań na te nowotwory w latach 1975–2010.

Kobieta w ciąży pod lupą psychologa i psychiatry

Każdą kobietę w ciąży należy przebadać, by sprawdzić, czy nie jest zagrożona depresją poporodową – zaleca panel doradczy rządu amerykańskiego Preventative Services Task Force na łamach „Journal of the American Medical Association” (26.01.2016). Eksperti tego gremium twierdzą, że wspomniane zaburzenie występuje częściej niż dotąd sądzono.

Według prof. Katy Kozhimannil z University of Minnesota można wychwycić przypadki przyszłych matek zagrożonych depresją poporodową, ponieważ już w czasie ciąży wykazują mniejsze zainteresowanie zdrowiem swoim i dziecka. Niepokojące są również lęk, zaburzenia nastroju i nerwice natręctw.

Specjalistka twierdzi, że takim kobietom trzeba udzielić wsparcia, a jeśli to konieczne – sięgnąć po antydepresanty i psychoterapię. Najważniejsze jest ustalenie przyczyny nie-

pokoju przyszłej matki, bo nierzadko może wystarczyć właściwe naświetlenie jej kłopotów.

Migreny przed menopauzą

Od dawna część kobiet cierpiących na uporczywe migreny narzekała, że wraz ze zbliżającą się menopauzą ich dolegliwości się nasilają. Nie było na to dowodów naukowych, ale wydaje się, że już je mamy. „Headache: Journal of Head and Face Pain” (ze stycznia 2016) pisze, że tak jest w przypadku kobiet, które mają bóle przez co najmniej dziesięć dni w miesiącu.

Dr Vincent T. Martin z University of Cincinnati College of Medicine przeanalizował dane ponad 3 tys. pacjentek w wieku 35–65 lat. Doszedł do wniosku, że 8 proc. z nich miało nasilające się migreny przez ponad dziesięć dni w miesiącu w okresie poprzedzającym menopauzę, gdy występowały u nich jeszcze regularne miesiączki. Ten odsetek wrażał do 12 proc. u kobiet z nieregularnymi cyklami i takimi dolegliwościami jak: uderzenia gorąca, podenerwowanie, bezsenność i zaburzenia nastroju. Tyle samo, czyli 12 proc., odczuwało nasilenie migreny również po okresie przekwitania.

Dyrektor North American Menopause Society dr JoAnn V. Pinkerton, która nie uczestniczyła w tych badaniach, tłumaczy, że migreny mogą się nasilać z powodu zaburzeń hormonalnych, choć przyznaje, że wciąż nie znamy mechanizmu powstawania bólów migrenowych.

Dr Vincent przyznaje, że zmiany hormonalne w okresie przedmenopauzalnym mogą sprzyjać atakom migreny, ale w późniejszym wieku istotną rolę odgrywa wieloletnie nadużywanie leków przeciwbólowych. Skutkiem bywają nawrotowe bóle głowy. „Każda zmiana w życiu kobiety sprzyja migrenom, zarówno pierwsza miesiączka, ciąża, jak i okres przedmenopauzalny” – podkreśla lekarz.

Leki na nadciśnienie częściej

Leki na nadciśnienie powinny być stosowane nie tylko u osób ze zbyt wysokim ciśnieniem tętniczym krwi, powyżej 140/90 mm Hg. Z raportu brytyjskich specjalistów opublikowanego przez „Lancet” (z grudnia 2015) wynika, że mogą one pomóc również pacjentom z prawidłowym ciśnieniem, ale zagrożonym zawałem serca z powodu innych czynników ryzyka.

Przykładowo, chorzy po udarze są jedynie monitorowani, ale nie podaje się im leków na nadciśnienie, jeśli nie jest podwyższone. Tymczasem analiza około 600 tys. przypadków pacjentów z lat 1966–2015 sugeruje, że leki te były korzystne również dla palaczy z wysokim stężeniem cholesterolu w krwi i dla diabetyków po 65. roku życia.

Według raportu nawet gdy ciśnienie u tych pacjentów jest w normie, podanie leków je obniżających może zmniejszyć ryzyko zawału serca i udaru mózgu. Autorzy raportu przyznają, że efekt jest tym większy, im bardziej obniżone zostanie ciśnienie krwi. Tylko czy zawsze konieczne jest stosowanie w tym celu leków?

Prof. Liam Smeeth z London School of Hygiene and Tropical Medicine zwraca uwagę, że każdy przypadek trzeba rozważyć indywidualnie, bo nie wszyscy pacjenci będą dobrze znosić dalsze obniżanie ciśnienia (poniżej normy). Trzeba również uwzględnić działania uboczne tych leków. Dr Tim Chico z University of Sheffield twierdzi natomiast, że ciśnienie krwi zamiast lekami można obniżyć w wyniku prowadzenia właściwego trybu życia. Trzeba więcej się ruszać, odchudzić się i zmienić dietę. To prawda, tylko że z tym jest jeszcze większy kłopot. ■



Wyjaśnić „Kamie”*

Paweł Kowal

Naprawdę trzeba wydawać „Mein Kampf” Adolfa Hitlera? Choćby z przypisami, które wyjaśniają, że przyszyły wódz Trzeciej Rzeszy mylił się w diagnozie sytuacji społecznej w swoim kraju, że rocznik statystyczny podaje co innego niż napisał lub że wprost wymyślał głupoty, żeby pociągnąć za sobą ludzi? Przecież w Niemczech tej książki, jak u nas „Krótkiego kursu WKP(b)”, naprodukowano miliony egzemplarzy, burmistrzowie wręczali ją nowożeńcom, każdy historyk znajdzie „Moją walkę” bez problemu. Nie ma też najmniejszych przeszkód, żeby kupić „Mein Kampf” w serwisie wysyłkowym. Jedni mówią „wydawać, ale nie reklamować”. Jeśli wydawca zainwestuje, siłą rzeczy w taki czy inny sposób będzie informował o swojej „nowości”. Tym razem w Monachium tylko jedna księgarnia zdecydowała się udzielić witryny pachnącemu farbą drukarską opracowaniu krytycznemu „dzieła” Hitlera, ale następnym razem zapewne inni pójdą tą drogą. Oczywiście nawet rząd może wydawać za publiczne środki „Mein Kampf”, tylko jaki to ma sens? Może dla polskich naukowców warto by zrobić tłumaczenie, którego faktycznie nie ma. Tu racja, aż się człowiek dziwi, jak badać nazizm, nie znając tej książki. Można też tak bez końca dzielić włos na czworo, ale czy nie lepiej postąpić prościej? Powiedzieć: nie wydajemy. Kto chce,

znajdzie egzemplarz, przeczyta, może coś więcej zrozumie, może pomęczy się ze słownikiem. Mówi się, że diabeł siedzi w kartach. Na sto procent siedzi też w niektórych książkach. Kilka z nich, przede wszystkim „Mein Kampf”, zaprawdziło w strasznym XX w. miliony ludzi na śmierć, pozbawiło normalnego życia, odebrało godność. Właśnie dlatego trzeba może tylko symbolicznie, ale twardo powiedzieć: nie! Nie dlatego nie wydawać, żeby naiwnie liczyć, że nikt nie przeczyta, lecz nie wydawać przez szacunek dla wspaniałych postaw naszych dziadków, sąsiadów, milionów Polaków, Żydów, Rosjan, którzy przez zaczęcie książki grafomana z Monachium wielu Niemców zapłacili najwyższą stawkę. Skoro zakazuje się dzisiaj trudnej do precyzyjnego zdefiniowania mowy nienawiści, dlaczego nie można zakazać wznowienia książki Hitlera?

Jakoś trudno byłoby powiedzieć na przykład bohaterom Powstania Warszawskiego, że wydaliśmy książkę Hitlera, dodając rezolutnie, że uczeni zrobili przypisy i wszystko jest jasne. 5 lutego podano informację, że nie żyje „Kama”. W pamięci zatarł się moment, gdy ktoś pierwszy raz powiedział „Kama”. „O tam, ta starsza pani. Matka Mirka Chojeckiego”. Tak przywykliśmy do bohaterów, którzy wciąż przychodzili na uroczystości, jakby zawsze byli. Co roku w sierpniu na rocznicowych spotkaniach powstańczych mówiliśmy sobie: „może ostatni raz ich widzimy”, ale sami nie wierzyliśmy, że kiedyś ich nie będzie. Że zabraknie bohaterki „Parasola” i zamachu na Kutscherę, w szkole nie mogliśmy uwierzyć, że to wszystko było naprawdę. Ciągłe nie czas na nowe wydania „Mein Kampf”. Naprawdę. ■

* Maria Stypułkowska-Chojecka, ps. „Kama” – łączniczka batalionu „Parasol” AK, uczestniczka Powstania Warszawskiego, honorowa obywatelka Warszawy, zmarła 5 lutego 2016 r.

PROPOZYCJE KULTURALNE



To myśl przewodnia 20. Wielkanocnego Festiwalu Ludwiga van Beethovena. W programie, tradycyjnie, nie zabraknie znakomitych dzieł i wykonawców. Podczas inauguracji, 12 marca w Filharmonii Narodowej, zabrzmiały utwory Beethovena – Fantazja c-moll i IX Symfonia d-moll, a w koncercie finałowym 25 marca – Pasja według św. Łukasza Krzysztofa Pendereckiego pod batutą kompozytora.

www.beethoven.org.pl

Kraśnińscy w Opinogórze

Muzeum Romantyzmu mieści się w neogotyckich obiektach na terenie parku krajobrazowego. Gromadzi pamiątki rodzin-

ne autora „Nie-Boskiej komedii” i rodziny Kraśnińskich oraz zbiory z epoki napoleońskiej. W muzealnym księgozbiorniku znajdują się wczesne wydania utworów Zygmunta Kraśnińskiego, korespondencja, grafiki i mapy.

www.muzeumromantyzmu.pl

Muzyka na obrazach

Wystawa „Zobaczyć muzykę źródeł. Muzyka i ludowe instrumenty muzyczne w malarstwie polskim” prezentuje około 50 obrazów z kolekcji muzealnych. Dzieła Wojciecha Gersona, Jana Matejki, Jacka Malczewskiego, Teodora Axentowicza, Tadeusza Makowskiego i innych polskich twórców ukazują więź między muzyką a malarstwem. Ekspozycja w Muzeum Ludowych Instrumentów Muzycznych w Szydłowcu czynna do 15 kwietnia.

www.muzeuminstrumentow.pl

Symetria w lustrze

„Lustra” w Centrum Nauki Kopernik to wystawa, która objaśnia, jak powstają lustrzane obrazy, jak widzi je nasze oko, a także dlaczego, patrząc w lustro, można nie tylko dostrzec własne odbicie, ale też odkryć tajniki symetrii. Lustrzana ekspozycja czynna do 12 czerwca. ■ **ach**

www.kopernik.org.pl



Fot. archiwum

Jak zdobyć sojuszników?

Janina Jankowska

Zakładam, że Jarosław Kaczyński nie dąży do rządów autorytarnych. Po prostu, jako prawdziwy mąż stanu, ma wizję rozwoju Polski, którą po wygranych wyborach kierowana przez niego partia zaczyna wcielać w życie. Tę wizję można było znaleźć w „Wielkim projekcie Polska”, w materiałach programowych PiS, a w wersji *light* pojawiła się w kampanii wyborczej Andrzeja Dudy i Beaty Szydło. Żeby było jasne, podstawowe założenia tej drogi przemian uważałam za sensowne, m.in. wzmocnienie polskiego przemysłu, byśmy przestali być krajem montownią cudzych produktów, atrakcyjną z powodu taniej siły roboczej. Zatem technologia, edukacja, także kultura. Jako człowiek mediów widziałam już oczami wyobraźni ciekawe programy telewizyjne polskich twórców zamiast koszmarów na licencjach zachodnich kupowanych za ciężkie pieniądze. Wreszcie nowe, konkretne pomysły na wsparcie rodziny i niepełnosprawnych, itp. Rysowała się „dobra zmiana”.

Większość głosujących została do niej przekonana, bo inaczej nie mielibyśmy rządów jednej partii, co po roku 1989 jest doświadczeniem nowym.

Jarosław Kaczyński uznał, że dobre zmiany należy wprowadzać szybko. A żeby było szybciej, muszą ich dokonywać ludzie światli i zaufani, tzw. drużyna. Stąd staranne obsadzanie wysokich stanowisk w instytucjach związanych z rządem, spółkach Skarbu Państwa, w Polskim Radiu i TVP. Niby nic nowego, robiły to również poprzednie rządy, ale były koalicyjne, więc trzeba było się dzielić stanowiskami z innymi partiami. Wizerunkowo to ogromna różnica.

W dodatku Jarosław Kaczyński idzie jak burza. I do tego tempa inspirowa panią premier, prezydenta i parlament. W każdym tygodniu projekt nowej ustawy – obowiązek szkolny od siódmego roku życia, likwidacja gimnazjów, nowelizacja ustawy o Trybunale Konstytucyjnym, o służbie cywilnej, o służbach specjalnych, mała ustawa medialna, podatki, 500 + itd. Żeby było szybciej, przeważają ustawy poselskie niewymagające konsultacji międzyresortowych. W Sejmie nie ma czasu na dyskusje. Prezydent powołał Radę Dialogu Społecznego, ale „drużyna” nie ma czasu na

konsultacje. A co ustawa, to otwarcie nowego pola konfliktów. Zaczęło się od zawrotnej szybkości procedowania w Sejmie. I pierwsze zwanie z Trybunałem Konstytucyjnym. Ludzie nie wiedzą, o co chodzi. Niekiedy także ci, którzy głosowali na PiS z nowego wyboru. W mediach wrzawa, politycy obu stron się przekrzykują. Padają głosy o łamaniu demokracji. Tylko twardy elektorat PiS nie ma wątpliwości.

Rośnie napięcie między stronami: ludem pisowskim i ludem antypisowskim. Nie ma dialogu i nie ma wspólnego języka. Każda strona ma swoją narrację, w której przeciwnik jest już zdefiniowany raz na zawsze. Choćby PiS złotymi głoskami wniósł niebiański projekt, będzie on w reakcjach ludu antypisowskiego starty na prosek. Klincz.

Dlaczego do tego doszło?

Nie odpowiem językiem polityki, lecz nauki. Istnieje taka dziedzina wiedzy jak zarządzanie zmianami. Kiedy w latach 90. Polskie Radio i Telewizja przekształcało się w dwa odrębne organizmy, a Polskie Radio – w 17 autonomicznych rozgłośni regionalnych, przyjechali do mojej firmy Kanadyjczycy, by szkolić kadrę kierowniczą w zarządzaniu zmianami. Takie fundamentalne zmiany porównywali do biegu maratończyków. Czołówka jest już daleko, środkowi w dołkach startowych, a na końcu zawodnicy jeszcze przebierają nogami i pojęcia nie mają, gdzie są pierwsi.

Skuteczne przeprowadzanie zmian wymaga szczególnego przygotowania. Począwszy od znalezienia sojuszników, którzy w swoich środowiskach będą o tych zmianach rozmawiać, rozpraszać wątpliwości, zbierać uwagi krytyczne. W radiu i TV to były redakcje. Teraz mamy do czynienia z całym społeczeństwem, różnymi grupami zawodowymi i środowiskami. Poza tym z ludźmi trzeba stale rozmawiać, nie tylko w kampanii wyborczej. Wysłać w teren „agentów zmian”. Rozmawiać przede wszystkim z tymi, którzy myślą inaczej. Sam PiS nie naprawi Polski, szczególnie w atmosferze walki. Trzeba szukać sojuszników.

Najskuteczniejsza metoda walki z nieprzyjacielem, to przekształcić go w przyjaciela. ■

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

Bieg z historią w tle

Już po raz trzeci miłośnicy biegania mogą spróbować sił w Mistrzostwach Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie. Impreza odbędzie się 19 czerwca w Radomiu, a organizatorzy czekają już na zgłoszenia.

Lekarskie zmagania na dystansie 21 km i 97,5 m tradycyjnie będą towarzyszyć Półmaratonowi Radomskiego Czerwca '76, organizowanemu już po raz czwarty. Zawody upamiętniające robotniczy protest sprzed 40 lat, który wstrząsnął komunistycznym reżimem, cieszą się coraz większym zainteresowaniem i uznaniem. Trzeci półmaraton został niedawno uznany za „Imprezę Roku” podczas Gali Mistrzów Sportu Miasta Radomia, a w głosowaniu przeprowadzonym przez znany portal MaratonyPolskie.pl wyprzedził m.in. Orlen Warsaw Marathon i Półmaraton Warszawski.

– To bardzo ciekawa trasa, z historią w tle, a do tego okolicznościowe medale, koszulki i pakiety startowe dla wszystkich uczestników. Każdy zawodnik otrzyma upominek, dla

zwycięzców będą nagrody – zachęca jeden z pomysłodawców zawodów, Dariusz Orczykowski, znany radomski chirurg oraz wielki miłośnik biegania.

W 3. Mistrzostwach Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie mogą uczestniczyć chętni z całej Polski, warunkiem jest prawo wykonywania zawodu na terenie RP, posiadanie aktualnych badań lekarskich oraz podpisanie oświadczenia o stanie zdrowia.

Zapisy prowadzone są do 16 czerwca na stronach internetowych: www.maratonyPolskie.pl, www.datasport.pl, www.polmaratonradom.pl. 18 i 19 czerwca będzie można zgłosić swój akces w biurze zawodów. Opłaty startowe wynoszą: 30 zł (wpłata przelewem do 15 marca), 45 zł (wpłata do 15 maja), 60 zł (wpłata do 16 czerwca) lub 80 zł (wpłata gotówką w biurze zawodów). Każdy uczestnik otrzyma pamiątkowy medal i koszulkę.

Organizatorami 3. Mistrzostw Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie są: Stowarzyszenie „Biegiem Radom!”, prezydent Radomia i Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej. ■

raf

DLA SMAKOSZY

Wołowina po prowansalsku

W tym przepisie, oprócz wołowiny, ważna jest musztarda. Uwielbiana na świecie przyprawa powstała ponad 2000 lat temu, w starożytnym Rzymie. Autorstwo przypisuje się Pliniuszowi Starszemu, którego recepturę ulepszył w IV w. n.e. Paladius. Produkcja musztardy jest niezwykle prosta, a największym jej wytwórcą stała się Francja. Stolicą musztardy jest miasto Dijon w Burgundii. Pochodząca stamtąd przyprawa zamiast octu zawierała początkowo moszcz winogronowy. Dzisiaj do musztardy dijon dodaje się białe wino, a nie moszcz. Ma ona kremową konsystencję, jaskrawy kolor żółtka i jest oczywiście ostra. Z wielu jej rodzajów należy wybrać ten najbardziej Wam smakujący.

Składniki:

- ◆ 40 dkg miękkiej wołowiny, może być z polędwicy
- ◆ 2 łyżki musztardy dijon ◆ 1 łyżeczka ziół prowansalskich ◆ 2/3 szklanki półwytrawnego białego wina
- ◆ 1/2 szklanki oliwy z oliwek ◆ 1/2 szklanki słodkiej śmietany 30-proc. ◆ 2 ząbki czosnku ◆ 1 gałązka rozmarynu
- ◆ 1/2 łyżeczki maggi

Wykonanie:

Wołowinę pokroić w plastry nie grubsze niż 4–5 mm. Delikatnie rozbić, natrzeć każdy plaster musztardą z obu stron

i oprószyć ziołami prowansalskim rozartymi w palcach. Plastry ułożyć jeden na drugim, zawinąć w folię, wstawić do lodówki na 1–2 godziny. Po tym czasie posiekać grubo czosnek i pół gałązki rozmarynu. Wrzucić do zimnego oleju i podsmażyć na jasnozłoty kolor, następnie usunąć. Na tak uzyskanym aromatycznym oleju smażyć mięso na złoto z każdej strony. Odłożyć do innego naczynia. Po usmażeniu mięsa nie myć patelni, ale od razu wlać wino i, stale mieszając, na małym ogniu doprowadzić do „odklejenia się” całego smaku. Powstały sos zredukować na małym ogniu o połowę, dodać łyżkę musztardy, śmietankę, maggi i pozostałą część rozmarynu. Po 2 minutach włożyć plastry wołowiny; całe powinny zanurzyć się w sosie. Przykryć pokrywką, zredukować sos (maksymalnie 15 minut) do odpowiadającej Wam gęstości. Nie solić i nie pieprzyć.

Podawać z ziemniaczanym purée i podsmażanymi pomidorami koktajlowymi. I oczywiście z czerwonym winem. ■

Dariusz Hankiewicz

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



Fot. D. Hankiewicz

Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o. poszukuje kandydata/kandydatki do pracy na stacji dializ w Mławie na stanowisku: **lekarz**.

Wymagania: wykształcenie medyczne (specjalizacja II stopnia z nefrologii lub chorób wewnętrznych), doświadczenie w zawodzie lekarza. **Oferujemy:** zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub na kontrakcie, możliwość rozwoju zawodowego, warunki wynagrodzenia do uzgodnienia, pracę w dynamicznie rozwijającym się przedsiębiorstwie, stabilne i stałe zatrudnienie.

Zainteresowane osoby prosimy o nadsyłanie aplikacji (cv + list motywacyjny) z zamieszczeniem klauzuli o ochronie danych osobowych pod adresem e-mailowym: piotr.kozminski@fmc-ag.com

Gala charytatywna Fundacji *Pro Seniore*

W styczniu 2016 r. w hotelu Double Tree by Hilton w Warszawie odbyła się IX Charytatywna Gala Przyjaciół Fundacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie *Pro Seniore* – Bal Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Imprezę współorganizowała Okręgowa Izba Radców Prawnych w Warszawie. Uroczystość zainaugurowali dziekan Rady OIRP w Warszawie Włodzimierz Chróścik oraz prezes Fundacji *Pro Seniore* Andrzej Surowiecki.

Organizatorzy zapewнили szampańską atmosferę i wspaniałą zabawę. Galę poprowadził Michał Żebrowski, a jako gwiazda wieczoru wystąpił zespół Drugi Tydzień. Na balu bawiło się ponad 650 gości, zdecydowaną większość stanowili przedstawiciele zawodów zaufania publicznego. Gala była również okazją do działalności charytatywnej. Odbyła się licytacja, m.in.: jedwabnej apaszki ze spinką z krzemienia pasiastego подарowanej przez żonę prezydenta RP Agatę Kornhauser-Dudę, grafiki przedstawiającej Warszawę od prezydent m.st. Warszawy Hanny Gronkiewicz-Waltz, wycinanki kurpiowskiej ufundowanej przez marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika. Podczas loterii fantowej goście mieli szansę wygrać cenne nagrody.

Łączna wartość wylicytowanych przedmiotów i sprzedanych losów przekroczyła 25 tys. zł! Tak samo jak w poprzednich latach cały dochód z imprezy zostanie przekazany na działalność statutową Fundacji *Pro Seniore*. Wszystkim darczyńcom serdecznie dziękujemy!

Już za rok, 4 lutego 2017 r., w hotelu Marriott odbędzie się jubileuszowa X Charytatywna Gala Przyjaciół Fundacji *Pro Seniore*. ■

Agnieszka Surowiecka

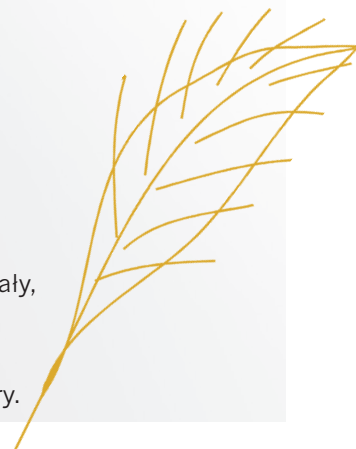


Fotografie: archiwum Fundacji *Pro Seniore*

Aleksandra Dziarczykowska-Kopeć

Nie buduj sobie domku z kart
wiatr dmuchnie, runie wnet budowla.
Ważne by cały świat był wart –
cieszyć się z tylu rzeczy można.
Że słońce co dzień jasne wstaje,
śmieje się, w oczy ci zagląda.
Modre jezioro, zielone gaje –
cała przyroda cię pożąda.
Wszystko wokół gada, śpiewa
i tylko w ciszę zatop ucho –
usłysz ptaka, chrząszcza, drzewa –
a tam, gdzieś pająk ciągnie brzuch...

I *carpe diem* – miły panie.
Co było – było. To jest jasne.
Przytul psią mordę na kolanie –
obuj gwiazdzone buty ciasne.
Z gwiazdą na stopie idź po niebie,
po mlecznej drodze traf do celu –
zagadek tyle czeka ciebie,
o ilu wie tylko niewielu.
Na wątlym gruncie gmach wspaniała,
jak na latawcu lot do góry.
Sfruń, osiądź zdrowy i cały –
Nie ściągaj czasem z nieba chmury.



Lekarki niezłomne



Dotyk, słowo, uśmiech, zainteresowanie losem pacjenta to nierzadko były jedyne środki terapeutyczne, jakimi dysponowały. Bez lekarstw, odpowiednich narzędzi, bez jakichkolwiek warunków sanitarnych, walczyły o życie chorych. Każdego dnia, na przekór poczuciu zagrożenia, strachu, niosły nadzieję innym. Miały w sobie siłę i miłość, którą potrafiły się dzielić. Lekarki – więźniarki, bohaterki książki Marii Ciesielskiej „Szpital obozowy dla kobiet w KL Auschwitz-Birkenau (1942–1945)”. Codziennie toczyły bój o przetrwanie. Obozowe



Wnętrze baraku w obozie Auschwitz-Birkenau (stan obecny). Fotografia z książki

choroby: dur płamisty, gruźlica, wyniszczające biegunki, głód to niejedyni przeciwnicy, z którymi musiały się zmagać. Niosły pomoc pacjentkom, na których niemieccy lekarze SS dokonywali zbrodniczych eksperymentów medycznych. Niosły pomoc chorującym i poddawanym doświadczeniom dzieciom. Organizowały żywność, ukrywały chorych i, aby ratować pacjentów przed eksterminacją, przedstawiały obozowym władzom zafałszowane wyniki ich stanu zdrowia. Ryzykując każdego dnia, nie miały gwarancji przeżycia. Nie wszystkie doczekały wyzwolenia.

Codziennosc kobiecego szpitala w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau Maria Ciesielska opisuje

z perspektywy lekarza i z medycznym doświadczeniem. Dokumentując szpitalną rzeczywistość za drutami, pokazuje niezłomną postawę więzionych lekarek, ich wierność lekarskiej etyce.

Zamieszczone w publikacji biogramy są świadectwem życia tych dzielnych kobiet. Jakkolwiek potoczyły się ich indywidualne losy, w ich życiorysach dwa fakty są wspólne – były więźniarkami KL Auschwitz-Birkenau i były lekarkami. Swojej profesji pozostały wierne.

Publikacja Marii Ciesielskiej ukazała się jako pierwszy tom serii wydawniczej „Biblioteka Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. ■

ach

Piotr Edward Gołębski

Żołnierze – Herosi Wyklęci

Sosnowe igły i stęchłe liście siennikami
Wiele razy wodę pili z leśnej kałuży
Ale zbrojny sprzeciw się nie dłużył
Choć częsty głód przepędzali ziemniakami

Mężne i liczne ogniska powstańcze tępiły
Bezojczyźnianych błyskawicznie upodobnionych
Innych dobrowolnie szybko przemienionych
Którzy biel orła na czerwień zamienili

„...idź wyprostowany wśród tych co na kolanach
wśród odwróconych plecami...”

Zbigniew Herbert
„Przesłanie Pana Cogito”

Żołnierze Herosi z pamięci wykreślani
W ukrywanych dołach potajemnie grzebani
Dopiero teraz odnajdywani i doceniani

Wolnościowe bitwy wiecznie złotopamiętne
Do wielu szkół powrócą przywoływani
Niezlomnych postanowienie heroizmem święte

2014





Fot. J. Oktaba

Z Marią Ciesielską, przewodniczącą Sekcji Historycznej Komisji ds. Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, i jej zastępcą Krzysztofem Królikowskim, rozmawia Anetta Chęcińska.

Historia jest nam potrzebna

Jakie są zadania Sekcji Historycznej?

Maria Ciesielska: Zajmujemy się upamiętnianiem losów lekarzy, którzy przed II wojną światową byli członkami Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, a w okresie powojennym, po reaktywowaniu samorządu lekarskiego – Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Zwracamy uwagę na dzieje luminary polskiej medycyny, ale też coraz częściej pochylamy się nad losem osób zapomnianych, tych, którym nie poświęcono pamiątkowych tablic, które nie są patronami ulic, a ich biogramów nie znajdziemy w podręcznikach. To szeroki zakres czasu i tematów – od powstania izb lekarskich, czyli od 1921 r., po dzień dzisiejszy. Ostatnio skupiamy się na losach lekarzy w okresie II wojny światowej. Te zagadnienia zdecydowanie dominują na naszych sesjach i spotkaniach. Ważnym dla nas wydarzeniem w 2015 r. była 100. rocznica urodzin prof. Jana Nielubowicza. Z tej okazji przygotowaliśmy film dokumentalny o patronie naszej Izby. W pracę nad tym obrazem zaangażowana była Joanna Kacik, nasza młodsza koleżanka z sekcji, autorka scenariusza i reżyser filmu.

Kiedy sekcja rozpoczęła działalność?

Krzysztof Królikowski: W 2012 r. Jest jedną z najmłodszych, o ile nie najmłodszą (także pod względem średniej wieku osób w niej działających) sekcją historyczną w izbach lekarskich. Pierwszą ważną jej inicjatywą było upamiętnienie wybitnego pediatry, prof. Władysława Szenajcha, i nazwanie

jego imieniem nagrody przyznawanej przez prezesa ORL w Warszawie za najlepszy wynik egzaminu lekarskiego.

Czy każdy, kogo interesuje historia medycyny, może włączyć się w prace sekcji?

M.C.: Z sekcją związanych jest 12 osób. To pasjonaci historii. Każdy deklaruje, co może zrobić, jaki temat jest bliski jego zainteresowaniom. Zapraszamy do współpracy lekarzy i członków rodzin lekarskich. Zachęcamy do dzielenia się z nami rodzinnymi wspomnieniami i pamiątkami. Inspiracja ciekawą postacią, zdarzeniem, historią może przyczynić się do zorganizowania sesji wspomnieniowej, powstania publikacji. Powierzone nam dokumenty zeskanujemy, zarchiwizujemy. To też jedno z naszych zadań – tworzenie archiwum. Chcemy, aby dla osób poszukujących informacji historycznych o działalności izb lekarskich i losach jej członków, dla badaczy i dokumentalistów z Polski i z zagranicy nasza sekcja była punktem kontaktowym, źródłem wskazówek, wsparcia.

Taki punkt konsultacyjny to też sposób na promowanie historii medycyny i ludzi z nią związanych.

K.K.: Służymy pomocą osobom piszącym prace z historii medycyny, ułatwiamy kontakty z archiwami, podpowiadamy, gdzie szukać potrzebnych informacji. Podczas IX Kongresu Polonii Medycznej, który odbędzie się w Warszawie w czerwcu 2016 r., zaplanowaliśmy oprowadzenie gości po warszawskich muzeach i zabytkach związanych z medycyną. Jednym z tych miejsc będzie wystawa opowiadająca o losach polskich lekarzy na Pawiaku w okresie niemieckiej okupacji, którzy w więziennym szpitalu nie tylko walczyli o życie chorych współwięźniów, ale też prowadzili działalność konspiracyjną.

To o nich opowiada książka „Taniec wśród mieczów”, której współautorką jest Maria Ciesielska. Wydanie publikacji współfinansowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

Czego uczy historia medycyny? Czy w codziennej praktyce świadomość minionych zdarzeń może mieć znaczenie?

M.C.: Historia jest nam potrzebna. Pierwszy aspekt jest czysto poznawczy. Gdy bierzemy do ręki stetoskop, otoskop, warto byśmy wiedzieli, kto je zaprojektował, jaka była droga od pomysłu do zastosowania. Należy pamiętać, że z przedmiotami, które wykorzystujemy w lekarskiej praktyce, z badaniami, które zlecamy pacjentom, z lekarstwami, które stosujemy, związani są ludzie. Odkrycia i wynalazki są efektem lat ich żmudnej pracy, czasu poświęconego nauce, a losy zapomnianych badaczy bywały tragiczne. Aspekt drugi, może nawet ważniejszy, to nauka pokory i cierpliwości, której współczesnym lekarzom, niezależnie od wieku, coraz częściej brakuje. Tę cierpliwość, pokorę i zrozumienie innych ludzi znajduję u bohaterów moich publikacji – pracujących w szpitalach polowych i jenieckich, w obozach koncentracyjnych, w getcie, podczas Powstania Warszawskiego. Mam nadzieję, że czytelnik książki o szpitalu obozowym dla kobiet w KL Auschwitz-Birkenau (*inf. o publikacji – str. 36*) doceni, w jak komfortowych warunkach on sam żyje i pracuje. Ta obozowa historia przekonuje, jak nasze codzienne irytacje i okazywane nierzadko niezadowolone są bezzasadne. ■



Nie przenoście nam stolicy...

Byłoby lato dłuższe, gdyby nie zima” – mówi polskie przysłowie, równie przekonujące jak wszystkie inne, o których Stanisław Jerzy Lec pisał: „*przysłowia sobie przeczają i to jest właśnie mądrością narodów*”.

Nie wiem, czy przeczenie sobie w zamysłach reformatorskich naszej medycyny dowodzi akurat naszej mądrości, ale bywają sprzeczności faktycznie trudne do pogodzenia.

Kto bowiem rozstrzygnie, czy medycyna rodzinna ma w proporcjach wydatków zastąpić nasze szpitalnictwo (tak dzieje się w Holandii cieszącej się najlepszą ochroną zdrowia w Europie)? Albo kto przesądzi o wyższości prywatnej ochrony zdrowia nad publiczną, jeśli każda może być gorsza? Nie pytam, z jakich środków finansowa *in vitro* bądź nie finansować, bo to temat drażliwy. Ale niech ktoś powie na zajęciach z etyki podczas studiów, co jest wyższej rangi: przysięga Hipokratesa czy klauzula sumienia?

Zostawmy medycynę, pod ręką jest inny przykład. Oto w pięknym Krakowie, w samym centrum modnego, ongiś żydowskiego Kazimierza, przy ul. Szerokiej, u wejścia do synagogi Remu stanęła właśnie ławeczka z odlaną z brązu postacią Jana Karskiego (dłuta Karola Badyńy) dla upamiętnienia tego bezdyskusyjnie wielkiego Polaka. Podobne rzeźby znajdują się w Waszyngtonie, Tel Awiwie, Nowym Jorku, Łodzi, Warszawie i Kielcach. I wydawałoby się, że trudno o lepsze miejsce, gdyby nie protest rodziny, która – w myśl ostatniej woli bohatera – nie życzy sobie wzniesienia mu pomników. Tymczasem następna ławeczka Karskiego już jest odlewana w... Lizbonie. I po czyjej tu stańcie stronie?

Wydarzeniem medycznym w Krakowie było ostatnio 50-lecie Instytutu Pediatrii wznoszonego pół wieku temu z pomocą rządu USA (gościli w nim m.in. Gerald Ford i George Bush) za pośrednictwem Fundacji „Project Hope” i amerykańskiej Polonii. W instytucie prof. Janusz Skalski ustanowił niedawno rekord świata, przywracając do życia skrajnie wyziębione kilkuletnie dziecko. Drugim wydarzeniem, nieco zasmucającym, było przejście na emeryturę prof. Jerzego Sadowskiego, kierownika Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantacji Instytutu Kardiologii UJ. Ten wybitny polski kardiochirurg, uczeń Jana Mola i następca w Krakowie Antoniego Działkowiaka, należy do postaci wyjątkowo skromnych, choć liczba wykonanych przez niego pierwszych w historii światowej medycyny zabiegów nieoperacyjnego implantowania zastawek serca, ablacji torakoskopowej, zamknięcia tętniaka na bijącym sercu każe widzieć w nim postać wyjątkową.

Ale Kraków jest tym razem na drugim planie. Najważniejsze rzeczy „w służbie zdrowia” dzieją się teraz przy Miodowej, a zapowiedź ministra zdrowia dotycząca zniesienia obowiązkowej składki zdrowotnej otwiera pole dla niewyobrażalnych spekulacji. Może więc rzeczywiście Andrzej Sikorowski ma rację: „*Nie przenoście nam stolicy do Krakowa...*”.

Stefan Ciepły



Notowanie

Prof. Piotr Müldner-Nieckowski

Kilka lat temu zauważyłem, że studenci polonistyki nagrywają moje wykłady na smartfony i dyktafony. Treść wykładów była oryginalna, dotyczyła m.in. odmian języka lekarskiego, czego w podręcznikach nie ma. Łamali prawo autorskie, robienie notatek dźwiękowych z wykładów jest niedopuszczalne, ale w tamtym semestrze postanowiłem nie interweniować, bo chciałem się dowiedzieć, co to słuchaczom daje.

Udało się w ramach studenckiego koła naukowego, kiedy można było ze studentami rozmawiać nieoficjalnie i swobodnie. I co? Nagrywanie okazało się przeciwnie skuteczne. Nikt nigdy nie odsłuchał swoich nagrań. Natomiast przed egzaminem gorączkowo szukano w gronie kolegów tych, którzy robili zapiski ręcznie. Te co prawda zawierały istotę rzeczy, ale ich efektywność okazała się ledwie wystarczająca, na trzy minus. Egzamin dobrze zdali tylko ich autorzy.

Problem polegał więc na tym, że nie były to notatki własne. Kiedy sam przed laty byłem studentem, a potem także brałem udział w licznych szkoleniach i konferencjach, głównie internistycznych, wypracowałem prywatny system zapisu tego, co powinno się wiedzieć i pamiętać. Polegał on na stosowaniu uproszczonej, beczasownikowej i bezprzymiotnikowej gramatyki, ustaleniu osobistego systemu skrótów oraz podkreślaniu odpowiednio dobranymi słowami tego, co wykładowca uważał za najważniejsze albo co ja uznałem za trudne, do powtórki. Przed egzaminami, kiedy musiałem przejrzeć podręczniki, notowałem ich najistotniejszą treść właśnie tak jak wykłady, i te wryły mi się w pamięć na zawsze. Tak działa pisanie, bo jest to czynność wymagająca silnego zaangażowania umysłu.

Notowanie działa na dwa sposoby. Po pierwsze na bieżąco powtarza to, co się słyszy i (albo) widzi, czyli zdwaja „uderzenie w mózg”, po drugie odsiewa wszystko, co niepotrzebne, a zwłaszcza używane przez nauczyciela ozdobniki, konieczne dla estetyki wykładu, ale nieistotne dla wiedzy encyklopedycznej, wymaganej na egzaminie i potem w codziennej praktyce. Ciekawe, że stosowanie własnej metody zapisywania pozwala, nawet po dłuższym czasie, odtwarzać owe profesorskie dodatki, dygresje, żarty, niekiedy tak trafne, że decydujące o postawie ucznia w dalszym życiu zawodowym. Co więcej, można do tego wracać po latach i konfrontować z aktualną wiedzą.

Takie refleksje nasunęły mi się w związku z arcyciekawą książką, którą mi podarował profesor Kazimierz Sułek, znany hematolog, a która (pod tytułem „Krew. Aforyzmy, metafory, symbolika, myśli, cytaty”, MED-HUM, Warszawa 2015) jest plonem jego mądrej notatkomanii. Zawiera wybór zapisków, cytatów zarówno z wykładów (także własnych), jak i z artykułów, referatów medycznych, także z literatury całkiem niemedycejskiej, czy wreszcie przemyslenia – oparte na doświadczeniu, to znaczy na „statystyce obserwacji”. Ciekawe, ilu uczonych stale notuje, tylko do tego się nie przyznaje...



Polski wóz w Argentynie

Jacek Walczak

Pierwszymi przybyszami z Europy na ziemiach dzisiejszej Argentyny byli w XV w. Hiszpanie, ale wkrótce po nich zaczęli przybywać osadnicy ze wszystkich stron świata. Ponad trzy wieki później pojawili się Polacy. Kilkanaście chłopskich rodzin z Podola i Wołyń dotarło do Apostoles nad rzeką Paraną 28 sierpnia 1879 r. Dzień ich przybycia został ustanowiony Dniem Polskiego Osadnika w Argentynie. Nie ma w tym kraju innej mniejszości narodowej, która ma własne święto. W prowincji Misiones do dziś można spotkać potomków emigrantów z Niemiec, Ukrainy, Szwajcarii, Szwecji, Finlandii, ale najwięcej z Polski. Domy i kościoły zbudowano według wzorów przywiezionych z północnej i wschodniej Europy. Przetrwwały polskie tradycje w nazwach osad: Wieliczka, Jasna Góra, Wanda, Kościuszko i wiele innych. Na każdym kroku spotyka się polskie ślady i symbole. Na szyldach sklepów i rozmaitych firm najczęściej widać polskich nazwisk. Świadectwem pochodzenia kolonistów są nie tylko pomniki, tablice i nazwy, ale też ciągle żywe tradycje wynikające z przywiązania do ziemi, ogromnej pracowitości i żarliwego katolicyzmu.



Polscy osadnicy zaskarбили sobie szacunek zwłaszcza umiejętnością przystosowania się do klimatu i warunków życia. W uciążliwych upałach wycięli w dżungli poletka pod uprawę nieznanymi roślin, podejmując walkę z groźnymi insektami. Pierwszą w Misiones odkrywkową kopalnię diamentów też założyli Polacy. Doskonale przyjęli się konne wozy z dyszlem, na czterech ogromnych kołach, zwane *carro polaco* – polski wóz. Dotarły do licznych argentyńskich prowincji, gdzie stały się niezbędnym wyposażeniem niemal wszystkich *haciendas* i *estancias*, używane przez *gauchos* (miejscowych kowbojów). Wcześniej wędrowali bezdrożami jezuiti, zakładając na obu brzegach Parany ponad 30 misji katolickich. Misje, nazywane eufemistycznie *reducciones*, miały służyć nawracaniu Indian Guarani, ale w rzeczywistości stały się miejscami niesłyszanej wyzysku. Sukces jezuitów przyczynił się do ich upadku. Korona hiszpańska, podejrzewając ich o tworzenie własnego państwa, w 1767 r. zakazała działalności jezuitów w Ameryce. Wkrótce Guarani porzucili misje, a tropikalna roślinność dokonała dzieła zniszczenia.

Wędrowkę na północ przez wiecznie zielone *selvas* przerywa Iguazú. Ta płynąca przez południową Brazylię rzeka pokonuje ogromny bazaltowy płaskowyż. Tuż przed ujściem do Parany wody Iguazú spadają na osadowe skały leżące 70 m niżej. Według legendy Indian Guarani wodospady Iguazú powstały na rozkaz zazdrosnego boga lasu. Kiedy jego rywal uciekał łodzią w dół rzeki z piękną dziewczyną, bóg lasu sprawił, że dno rzeki zapadło się tuż przed kochankami. Dziewczyna wpadła

w wodną otchłań i zamieniła się w skałę wystającą z dna wodospadu. Wojownik zamienił się w drzewo nad skrajem urwiska i cały czas patrzy na utraconą ukochaną.



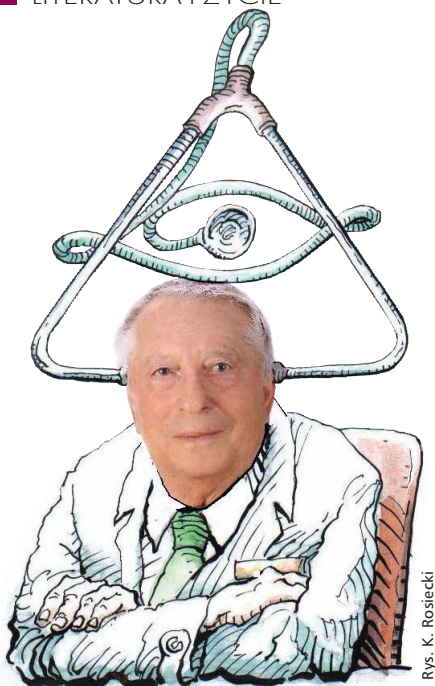
Kaskady otacza Parque Nacional de Iguazú, rozciągający się na terytorium Argentyny i Brazylii. To 670 km kw. podzwrotnikowego lasu deszczowego. Kolejne erupcje magmy 100 mln lat temu utworzyły lawowe formacje. Woda wyrzeźbiła 275 osobnych kaskad, które rozciągają się na długości 2,7 km. Największe wrażenie robi widowiskowa *Garganta del Diablo* (Gardziel Diabła), gdzie z bazaltowej, półokrągłej półki spada główny nurt rzeki.

Niezwykła sceneria wodospadów stała się miejscem akcji słynnych filmów: „Indiana Jones i Królestwo Kryształowej Czaszki”, „Misja”. Ale tylko ten drugi, w reżyserii Rolanda Joffé, z muzyką Ennio Morricone, nagrodzony Oscarami, starał się opowiadać o jezuitach i Indianach Guarani rzetelnie.

W 1984 r. wodospady Iguazú zostały wpisane na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO. Dziś nie spotkamy w Misiones polskiego wozu. Zastąpiły go znacznie bardziej nowoczesne środki transportu. ■



Fotografie: J. Walczak



Rys. K. Rosiecki

Pewnego dnia otrzymuję polecenie kwalifikowania dzieci do Szkoły Baletowej przy ul. Moliëra, tuż obok Teatru Wielkiego.

Pragnąc zaoszczędzić tragedii rodzinnych wynikłych z przeoczenia pewnych wad, nieprzewidzenia możliwości występowania patologii narządu ruchu u nastolatków i po zakończeniu dojrzewania kośćca, wprowadzam zasady wypróbowane w sporcie. Chodzi mi o to, by z kandydatami do baletu zgłaszali się rodzice, a nawet dziadkowie, bym mógł z dużą dozą dokładności przewidzieć np. czy dziewczynka po zakończeniu wzrostu szkieletowego nie będzie miała ponad 180 cm, jej partner zaś 160 – i to w kapeluszu i na wysokich obcasach – jak śmieją się w operze.

Wybucha gwałtowna awantura napędzana zarówno przez rodziców, jak i kierownictwo szkoły. Dyrektorka, już na oko dysponująca ujemnym ilorazem inteligencji, dzwoni do prof. Grucy z pretensjami, że przysłał „jakiegoś ortopedycznego dewianta, co chyba nie ma wszystkich klepek!”.

- Coś tam narozrabiał na Moliëra?
- pyta mnie nazajutrz profesor.
- Dzwonili z pretensjami z Teatru Wielkiego.

Kiedy wyjaśniam profesorowi motyw mego działania w aspekcie profilaktyki i metody już dawno z doskonałymi rezultatami wypróbowanej w świecie sportu, profesor każe się natychmiast połączyć ze szkołą i mówi do dyrektorki:

Konflikt w szkole baletowej

„Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat”

Artur Dziak

– *Jeżeli jeszcze raz ktokolwiek ze szkoły czy z dyrekcji teatru odważy się zakwestionować zalecenia mojego asystenta, niech natychmiast szuka innych konsultantów i niech nie liczy – nie wyłączając dyrekcji, solistów i ich rodzin – że kiedykolwiek będzie konsultowany czy leczony w mojej klinice!*

Po takim *dictum* Grucy w szkole z pełną usłużnością spełniali wszelkie moje polecenia, choć gdyby mogli, przegryźliby mi wole. Była to wielka satysfakcja, gdyż mój honor został obroniony i to w jakim stylu!

Dodać należy, że dużą część (nazbyt dużą) dysfunkcji bólowych i dysfiguracji ciała, przesądzających o karierze, stanowi oczywiście następstwo nieprawidłowej selekcji dzieci do baletu.

Przyczyną dolegliwości są m.in. zespoły zwiększonej, wrodzonej swobody ruchowej stawów, czyli tzw. wiotkość stawowa, pogłębiająca się z powodu intensywnych ćwiczeń i zbyt częstej eksploatacji młodych tancerzy, nadrabiających ambicją brak techniki. Wiele tzw. ambitnych dzieci długo dysymuluje dolegliwości, w wyniku czego dochodzi do poważnych uszkodzeń chrząstki stawowej i kości, a także przeciążeń mięśni, ścięgien i torebek stawowych, nawet uszkodzeń kręgosłupa i dużych stawów.

Nierozpoznanie w porę patologii oraz brak czasu na rzetelne leczenie powoduje, że dzieci są pseudoleczone przez przeróżnych masażyistów, niedouczonej fizjoterapeutów czy zwykłych szarlatanów. W efekcie dochodzi do tragedii życiowych

z powodu konieczności przedwczesnego kończenia niekiedy bardzo dobrze zapowiadających się karier! Tutaj muszę dodać, że jakkolwiek zwiększona swoboda ruchowa stawów daje tzw. *fortunate body*, czyli zapewnia grację ruchów, tak potrzebną kobietom, muzykom, jednak nazbyt często przyczynia się do przedwczesnego zużywania się stawów kończyn lokomocyjnych i kręgosłupa, szczególnie eksploatowanych w balecie.

Z tej to właśnie przyczyny niektóre teatry baletowe świata, np. słynny Balet im. Kirowa z Sankt Petersburga, nie przyjmowały do szkół baletowych dzieci tak predysponowanych. ■



Fot. P. Hart Dyke

Moje adresy CZ. 8

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

Irena Ćwiertnia-Sitowska

Chciałyśmy przedostać się na Pragę, do matki Jerzego, ale dowiedziałyśmy się, że tego dnia przerzucony przez rzekę most jest zamknięty. Nie mogłyśmy udać się na Mokotów, gdyż ulice prowadzące w kierunku Puławskiej były jeszcze nierozminowane. Brnąc po zwałach śniegu, skierowałyśmy się do Chrzanowa, miejscowości leżącej za Wolą. Przebywali tam podczas letnich miesięcy kuzyni Jerzego i tu zastało ich Powstanie. Po wielogodzinnej wędrówce, ledwo żywe, dobrnęłyśmy na miejsce. Przez dwa dni odsypiałyśmy poniesione trudy i doprowadzałyśmy się do normalnego wyglądu. Z kuzynem Jerzego poszłam z Chrzanowa na Mokotów, na ul. Puławską 83. Na szczęście zastałam babcię Józję. Panoszący się dzicy lokatorzy wypędzili ją z pokoju, wegetowała w kuchni. Mamie po pewnym czasie udało się ich pozbyć i zamieszkały razem. Dom babci przy ul. Focha 6 podczas Powstania został zburzony. Mieszkałam wtedy na Pradze, przy Stalowej 54, u mojej niedoszłej teściowej. Stąd było mi bliżej na Boremlowską, gdzie w opuszczonym gmachu szkoły organizowano nowo powstający wydział lekarski, choć Uniwersytet Warszawski jeszcze nie zaczął działać. Codziennie pieszo przemierzałam tę wielokilometrową trasę. W lipcu 1945 r. przenieśliśmy się na krótko do internatu na Grochowie. Mogłam tam korzystać z podręczników.

Zacząto energicznie odgruzowywać Warszawę. Poszczególne kliniki przenoszono z Boremlowa do Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Oczki. Żeby być bliżej szpitala, przeprowadziłam się do mamy. Mieszkanie przy Szarej 14, w którym mieszkaliśmy przed wojną, zostało mimo poważnych uszkodzeń zajęte przez dzikich lokatorów. Byli bardzo energiczni i zaradni, nie można było ich pozbyć.

Po kilku tygodniach zaczęły kursować tramwaje. Skończyły się moje piesze wędrówki. Kontynuowałam studia, zdawałam egzaminy i starałam się zdobyć nieco pieniędzy, wykonując zastrzyki. 12 czerwca 1946 r. wyszłam za mąż za medyka Zbigniewa Sitowskiego. Mieszkaliśmy przez miesiąc przy al. Szucha, potem przenieśliśmy się na Grochów, na ul. Osiecką 58. 27 lipca 1946 r. otrzymaliśmy absolutorium. Od września 1946 mieszkaliśmy w Michałowicach, w gminie Skorosze. W czerwcu 1947 r. wzięliśmy ślub kościelny w Raszynie, tam była nasza parafia. Codziennie dojeżdżaliśmy do Warszawy – Zbigniew do Kliniki Dermatologicznej przy Koszykowej 82a, a ja na egzaminy i do stołówki w Kole Medyków przy ul. Oczki. Tu jadałyśmy obiady. Dojazdy kolejką elektryczną stały się dla mnie bardzo uciążliwe, szczególnie od chwili, gdy znalazłam się w odmiennym stanie.

Matka Zbigniewa wyszukała mieszkanie, trzeba było jednak wpłacić za jego wynajęcie dużą sumę. Pieniądze pożyczył Zbigniewowi prof. Marian Grzybowski, kierownik Kliniki Dermatologicznej. W krótkim czasie udało się sprzedać



cenną pamiątkę po moim dziadku. Umożliwiło to terminowe oddanie długu profesorowi. Od listopada 1947 r. mieszkaliśmy przy ul. Mochnackiego 17, pod nr 28. Lokal znajdował się na III piętrze, okna wychodziły na podwórko. W marcu 1948 urodziłam syna, daliśmy mu na imię Ryszard Józef. W 1949 r. uzyskaliśmy dyplomy, ja w lutym, a mąż w marcu. Już w czerwcu Zbigniewa powołano do wojska.

Zostałam sama z maleńkim dzieckiem. Mąż po przebytych przeszkoleniu w Łągowicach pod Łodzią został posłany do Żar koło Żagania. Po pewnym czasie przeniesiono go do Orzysza, potem do Suszu, wreszcie bliżej Warszawy – do Modlina. Z ul. Mochnackiego codziennie dojeżdżał do twierdzy modlińskiej na motorze. Ryszard uczył się w szkole podstawowej, a później w VII Liceum Ogólnokształcącym im. Juliusza Słowackiego przy ul. Wawelskiej. W czerwcu 1966 r. otrzymał świadectwo dojrzałości. W 1969 zamieszkał z żoną Barbarą w Legionowie, w domu teściów przy ul. Jagiellońskiej. Rodzice Barbary mieli dużą drewnianą willę, w której było kilka lokali zajmowanych przez lokatorów.

Po 32 latach rozstałam się z mężem, wyprowadziłam się z ul. Mochnackiego 17 i zamieszkałam przy Białobrzeszkiej 32. Mieszkanie jest dwupokojowe, z oknami wychodzącymi na zadrzewiony ogród przy Baśniowej, a z drugiej strony na Białobrzeską. Widzę z nich szkołę, otaczającą ją boisko, basen i korty tenisowe. Mieszkam tu 34 lata. Wyszłam ponownie za mąż. Przez 13 lat dzieliłam lokum z inż. mgr. Zygmunt Eberhardtem. Od 1993 r. jestem sama. Nie czuję się samotna. Odwiedza mnie syn i koleżanki. Czas upływa mi na czytaniu książek i pisaniu wspomnień. Zostały zamieszczone także w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, który jest wydawany od 1837 r.

Od 2003 r. towarzyszy mi kotka Fela, którą przywiozłam ze wsi Borzymy. W lecie na trzy miesiące wyjeżdżam z Felą na działkę do Urli-Borzymy, przy ul. Słonecznej 24. Posiadamy tam domek letniskowy na zalesionym modrzewiami, sosnami i świerkami placu. ■

Kolejne części „Moich adresów” ukazywały się na łamach „Pulsu” od nr 3/2014.



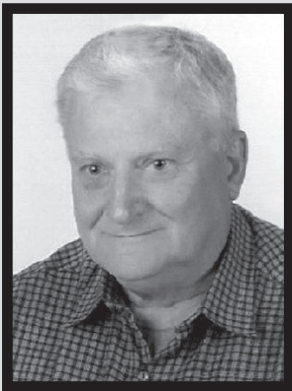
Halina Lipska-Koziółowa (1920–2015)

Studia medyczne rozpoczęła na Uniwersytecie w Louvain. W Belgii znalazła się po wyjściu z obozu, więziona po upadku Powstania Warszawskiego. Uczestniczyła w nim

jako łączniczka i sanitariuszka AK, ps. „Ola”, w batalionie „Łukasiński”. Gdy wróciła do Polski, kontynuowała studia na III roku medycyny. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła

pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Biernackiego, gdzie uzyskała stopień docenta. Po wygraniu konkursu została ordynatorem interny w Szpitalu Grochowskim. Przez lata przyjmowała w Przychodni Kombatantów. Była znakomitym lekarzem, całym sercem oddana pacjentom. Również pomocna nam i naszym rodzinom. Była osobą subtelną, mądrą i dobrą. Niezwykle skromna – o Jej działalności okupacyjnej i licznych ważnych odznaczeniach dowiedzieliśmy się więcej z nekrologów niż od Niej. Zaangażowała się w redagowanie książki o kobietach – żołnierzach AK podczas II wojny światowej. Między innymi opracowała z naszą koleżanką Zofią Perzanowską biografię jej matki Stefanii Perzanowskiej, bohaterskiej lekarki. Na biurku Hali pozostały dokumenty, których już nie zdołała opracować. Odeszła otoczona przez rodzinę czułą opieką, której potrzebowała coraz bardziej w walce z nieubłaganą, wyniszczającą chorobą.

Koleżanki i koledzy ze studiów, rocznik 1945–1950



Zbigniew Szubiński (1930–2016)

Był żołnierzem Szarych Szeregów, działaczem opozycyjnym, wieloletnim pracownikiem szpitala w Mińsku Mazowieckim. Miał 85 lat.

Zbigniew Szubiński za swoje liczne zasługi otrzymał tytuł „Zasłużony dla miasta Mińsk Mazowiecki”. Urodził się 2 października 1930 r. w Warszawie. Był absolwentem Akademii Medycznej we Wrocławiu (1957), doktorem nauk medycz-

nych (1969), pediatrą. Żołnierz Szarych Szeregów Zawiszków, ps. „Żbik”, uczestnik Powstania Warszawskiego. W latach 1959–1967 pracował w Akademii Medycznej w Szczecinie, następnie – do 1973 r. – w Szpitalu Powiatowym w Sierpcu. Od 1973 do 1980 r. zatrudniony w Szpitalu Powiatowym w Mińsku Mazowieckim, a w latach 1980–2000 w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego nr 2 w Warszawie. Od 1980 r. działał w „Solidarności”, w 1981 został członkiem Zarządu i Prezydium oraz rzecznikiem prasowym MKZ w Mińsku Mazowieckim. Od 13 grudnia 1981 do 1987 r. doktor Szubiński był działaczem podziemnego MKZ w Mińsku Mazowieckim. W kwietniu 1982 r. został aresztowany i osadzony w AŚ Warszawa-Mokotów, zwolniony w lipcu 1982 ze względu na zły stan zdrowia. Sprawę umorzono w lipcu 1983 r., na mocy amnestii. 11 listopada 2009 prezydent RP Lech Kaczyński odznaczył dr. Zbigniewa Szubińskiego Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski za działalność opozycyjną.

pk



Fot. P. Harr 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



Nowe przepisy prawne

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

1 stycznia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 1400.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

- przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki ich udzielania,
- sposób finansowania świadczeń,
- tryb ustalania kwoty zobowiązania w przypadku umów zawartych na okres dłuższy niż rok,
- zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy,
- przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych,
- przesłanki i tryb rozwiązania umowy oraz warunki jej wygaśnięcia.

Przedmiotem umów jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w rodzaju:

- podstawowa opieka zdrowotna,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- leczenie szpitalne,
- leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- rehabilitacja lecznicza,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- leczenie stomatologiczne,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- ratownictwo medyczne,
- opieka paliatywna i hospicyjna,
- programy zdrowotne,
- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- pomoc doraźna i transport sanitarny.

Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wykonawczych, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez prezesa NFZ.

Świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń z zachowaniem należytej staranności i przestrzegać praw pacjenta.

Zobowiązany jest również podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować **kwestionariusz jakości** określony przez prezesa NFZ oraz **okołooperacyjną kartę kontrolną**.

Ponadto jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy.

Ponosi również odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania

świadczeń, jak też za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Świadczenia są udzielane osobom przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem zawierającym informacje dotyczące dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającego świadczeń i czasu jego pracy oraz dostępności sprzętu i aparatury medycznej.

Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa wyżej, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Zmiany nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, wymienionych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez prezesa funduszu.

Osoby wykonujące zawody medyczne w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym:

- podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, lub
- podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

Powyższy zapis dotyczy umowy zawieranej między NFZ a świadczeniodawcą.

Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w odpowiednich pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny, które posiadają stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów przez uprawnione podmioty.

Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na pisemny wniosek świadczeniodawcy.

Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

Świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarł odrębnej umowy.

Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w niej harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki NFZ o **planowanej przerwie** w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

Przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń in-

formacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablice ze znakiem graficznym NFZ, według wzoru określonego przez prezesa funduszu.

Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania,
- miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców,
- zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,
- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy,
- praw pacjenta,
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń,
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- numerów telefonów alarmowych 112 i 999 obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego,
- adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego NFZ,
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia,
- innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, **dołącza do skierowania:**

- kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania,
- istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpiecze-

nia zdrowotnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Powyższą informację lekarz jest obowiązany przekazać, **nie rzadziej niż co 12 miesięcy**, w przypadku gdy:

- świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia, lub
- kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Jeśli świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia **dotychczasowych badań diagnostycznych**, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.

Osoby uprawnione na podstawie przepisów ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w przedsiębiorstwach, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy koniecznych do wykonania świadczenia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

W związku z zakończeniem leczenia szpitalnego oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć **świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:**

- skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej,
- recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne,
- zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej,
- zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.

Świadczeniodawca zapewnia **bieżącą rejestrację** świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym telefoniczne lub dokonane za pomocą innych środków komunikacji elektronicznej.

Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałyby



PRO SENIORE

Pomóżmy tym, którzy pomagali nam

KRS nr: 0000250527

*przeznacz 1% swojego podatku
na szczytny cel*

nr konta 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290


604 911 233


fundacja.proseniore@gmail.com
www.proseniore.pl


22 542 83 02

być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

W przypadku rozwiązania albo wygaśnięcia umowy świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego NFZ listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia, w sposób umożliwiający ich identyfikację.

Sposób finansowania świadczeń

NFZ jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Rozporządzenie określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń: kapitacyjna stawka roczna, cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej, ryczałt.

Określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, prezes funduszu może ustalać współczynniki korygujące, mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie **kapitacyjnej stawki rocznej** należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

W przypadku **świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej** należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące.

W przypadku **świadczeń rozliczanych ryczałtem** należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego,
- stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu NFZ w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Raport statystyczny i informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej.

Świadczeniodawca składa NFZ rachunek w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej.

W przypadku złożenia rachunku w formie pisemnej dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki NFZ wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 14 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

Jeżeli oddział wojewódzki funduszu nie dokona płatności należności w powyższym terminie, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

Kary umowne

Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ lub prezesa funduszu kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez świadczeniodawcę.

W razie bezskutecznego upływu tego terminu dyrektor oddziału wojewódzkiego funduszu potrąca należność z tytułu kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

1) do 2 proc. kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

- obciążania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w przypadku konieczności ich zapewnienia bezpłatnie,
- utrudniania czynności kontrolnych,
- pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń,
- niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych,
- udzielania świadczeń w sposób rażąco nieodpowiadający wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,

2) do 2 proc. kwoty zobowiązania, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
- udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych,

3) do 1 proc. kwoty zobowiązania, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, m.in. w przypadku:

- nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
- nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym danych dotyczących list oczekujących, informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- niewykonywania obowiązków dotyczących bieżącej rejestracji,
- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
- niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń,

– udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie.

Kary umowne, nałożone przez NFZ, podlegają sumowaniu, przy czym łączna ich wysokość nie może przekraczać 4 proc. kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia.

Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją:

- przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub
- pacjentem niebędącym świadczeniobiorcą albo osobami uprawnionymi,
- w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu

dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ albo prezes funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

Jeśli umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. W tym samym terminie są ustalane warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.

W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania w powyższym terminie umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

Jeśli świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalnoprawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest obowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od dnia dokonania tych zmian przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie.

O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca niezwłocznie informuje dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń,
- naruszenia przepisu ustawy stanowiącego, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, jeżeli udziela on takich świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z funduszem,
- naruszenia przepisów dotyczących osób wykonujących zawody medyczne oraz udzielania świadczeń w sposób kompleksowy,
- udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie,
- przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających NFZ wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z wyjątkiem przypadku wyrażenia przez fundusz zgody na przerwę,
- wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego NFZ podstawą ustalenia kwoty należności,
- przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy,
- udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez NFZ,
- niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po jego stronie, jeżeli nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

W przypadkach dotyczących udzielania świadczeń rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem powyższych okoliczności rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń.

Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez oddział wojewódzki NFZ płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

Każda strona umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy.

W przypadku złożenia wniosku strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona

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



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

**POMÓŻ EMERYTOWANYM LEKARZOM
DZWONIĄC POD NUMER
704 277 577**

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

Usługa dostępna dla abonentów sieci komórkowych i stacjonarnych

umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

1 stycznia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 18 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu i sposobu realizowania opieki medycznej nad zawodnikami zakwalifikowanymi do kadry narodowej w sportach olimpijskich, paraolimpijskich i igrzysk głuchych, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2225.

5 stycznia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 11 grudnia 2015 r. w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie, opublikowane w DzU z 2015 r., poz. 2153.

Rozporządzenie określa warunki i sposób dokonywania badań:

- koniecznych do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie osoby podejrzanej o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia po spożyciu alkoholu,
- stanu trzeźwości pracownika niedopuszczonego do pracy z powodu uzasadnionego podejrzenia, że stawiał się do pracy w stanie po użyciu alkoholu albo spożywał alkohol w czasie pracy.

8 stycznia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 4 stycznia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 24.

12 stycznia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 57, obwieszczenie ministra zdrowia z 31 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

13 stycznia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 59, obwieszczenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu dokonywania zgłoszeń i powiadomień dotyczących wyrobów.

14 stycznia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 62, obwieszczenie ministra zdrowia z 11 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich.

18 stycznia 2016 r. weszła w życie ustawa z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, opublikowana w DzU z 2016 r., poz. 65.

Wejście w życie ustawy oznacza wdrożenie do polskiego prawa przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Ustawa określa zasady:

- uznawania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodów regulowanych oraz do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanych, nabytych w:

a) innych niż RP państwach członkowskich UE,

b) państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),

c) Konfederacji Szwajcarskiej,

– świadczenia usług transgranicznych,

– ubiegania się o wydanie europejskiej legitymacji zawodowej.

Do uznawania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodów regulowanych oraz do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanych, nabytych w państwach członkowskich, stosuje się przepisy ustawy, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

W postępowaniu w sprawie wydania europejskiej legitymacji zawodowej stosuje się przepisy rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2015/983 z 24 czerwca 2015 r. w sprawie procedury wydawania europejskiej legitymacji zawodowej oraz stosowania mechanizmu ostrzegania na podstawie dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady. Rozporządzenie wskazuje zawody pielęgniarstwa, farmaceuty i fizjoterapeuty jako kwalifikujące się do wprowadzenia europejskiej legitymacji zawodowej.

Formalne kwalifikacje oznaczają kwalifikacje zawodowe potwierdzone dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem, poświadczającymi posiadanie specjalistycznej wiedzy, umiejętności i kompetencji do wykonywania zawodu albo działalności.

Zawód regulowany to zespół czynności zawodowych, których wykonywanie jest uzależnione od posiadania określonych w przepisach regulacyjnych formalnych kwalifikacji niezbędnych do wykonywania tych czynności zawodowych oraz, o ile jest to wymagane, od spełnienia innych warunków określonych w tych przepisach.

Świadczenie usługi transgranicznej oznacza tymczasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu regulowanego albo działalności regulowanej.

Ustawa wprowadza zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Jeżeli w przepisach jest mowa o obywatelach państw członkowskich Unii Europejskiej, rozumie się przez to także:

– członków ich rodzin w rozumieniu odrębnych przepisów,

– obywateli państw trzecich, posiadających zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE,

– cudzoziemców posiadających status uchodźcy lub objętych ochroną uzupełniającą,

– cudzoziemców, którzy przybywają na terytorium RP lub przebywają na tym terytorium w celu połączenia się z rodziną i są członkami rodziny cudzoziemca zamieszkującego na terytorium RP w związku z nadaniem mu statusu uchodźcy lub udzieleniem mu ochrony uzupełniającej,

– obywateli państw trzecich, którzy ubiegają się o przyjęcie na terytorium RP w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji,

– obywateli państw trzecich, którzy zostali przyjęci na terytorium RP w celach innych niż wykonywanie pracy zgodnie z prawem UE lub prawem krajowym i mają prawo do wykonywania pracy oraz posiadają dokument pobytowy, oraz obywateli państw trzecich, którzy zostali przyjęci na terytorium RP w celu wykonywania pracy zgodnie z prawem UE lub prawem krajowym,

– obywateli państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt czasowy, udzielone w celu prowadzenia badań naukowych.

Osobie spełniającej warunki określone w ustawie okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, jeżeli władza językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry.

Potwierdzeniem spełnienia powyższego wymogu jest złożenie z pozytywnym wynikiem egzaminu z języka polskiego, organizowanego i przeprowadzanego przez Naczelną Izbę Lekarską. Wymóg ten nie dotyczy osoby, która ukończyła studia medyczne w języku polskim.

Za każde zaświadczenie, wymagane przez właściwe organy innych niż RP państw członkowskich UE, pobiera się opłatę w wysokości 3 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w roku wydania zaświadczenia. W 2016 r. opłata wynosi 55,50 zł.

Opłatę wnosi się na rachunek bankowy rady, która wydała to zaświadczenie.

Okręgowa rada lekarska współpracuje z właściwymi organami państw członkowskich UE oraz przekazuje tym organom informacje o toczących się i prawomocnie zakończonych postępowaniach dyscyplinarnych lub karnych oraz innych poważnych okolicznościach, które mogą mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry, z uwzględnieniem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, oraz w przypadku wniosku tych organów dotyczącego przekazania tych informacji, sprawdza okoliczności faktyczne oraz zawiadamia te organy o poczynionych ustaleniach.

Wymiana informacji odbywa się za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI.

Nie przyznaje się częściowego dostępu do wykonywania zawodów lekarza oraz lekarza dentystry, zarówno w zakresie czynności zawodowych lekarza albo lekarza dentystry bez specjalizacji, jak i lekarza albo lekarza dentystry specjalisty.

Skrócenie okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, spełniającego minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE, nie może obejmować więcej niż 1/2 minimalnego czasu trwania danego programu specjalizacji określonego w przepisach UE.

Ustawa wprowadza również zmiany w ustawie o izbach lekarskich.

Okręgowe rady lekarskie i NRL udzielają organowi innego niż RP państwa członkowskiego UE, na jego wniosek, informacji na temat prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wskazanej we wniosku do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej.

Informacji udziela się za pośrednictwem systemu IMI.

Okręgowe rady lekarskie informują, w trybie ostrzeżenia w systemie IMI, właściwe organy pozostałych państw członkowskich UE o lekarzu lub lekarzu dentyście, wobec którego:

– rada lekarska podjęła uchwałę o:

a) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

b) ograniczeniu w wykonywaniu zawodu,

– sąd lekarski wydał orzeczenie o:

a) ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu,

b) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

c) pozbawieniu prawa wykonywania zawodu,

– sąd powszechny orzekł zakaz wykonywania zawodu,

– sąd powszechny albo prokurator zastosował tytułem środka zapobiegawczego zawieszenie w wykonywaniu zawodu.

Informacja przekazywana jest w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się albo wykonania uchwały, orzeczenia albo postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego.

Okręgowe rady lekarskie niezwłocznie informują właściwe organy pozostałych państw członkowskich UE, w trybie ostrzeżenia w systemie IMI, o tożsamości lekarza lub lekarza dentystry, który w postępowaniu o uznanie kwalifikacji posłużył się podrobionymi lub przerobionymi dokumentami potwierdzającymi posiadanie kwalifikacji zawodowych, w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się orzeczenia sądowego w tej sprawie.

Okręgowe rady lekarskie niezwłocznie zawiadamiają na piśmie lekarza lub lekarza dentystę, którego dotyczą ostrzeżenia, o ich przekazaniu za pośrednictwem systemu IMI właściwym organom pozostałych państw członkowskich UE oraz o możliwości złożenia wniosku o ich sprostowanie albo usunięcie.

Informacje przekazane w trybie ostrzeżenia mogą być przetwarzane w systemie IMI wyłącznie przez okres obowiązywania sankcji. Ostrzeżenia usuwa się z systemu IMI w terminie 3 dni od dnia wykonania albo uchylenia uchwały, orzeczenia albo postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego.

19 stycznia 2016 r. zostało opublikowane w DzU z 2016 r., poz. 86, obwieszczenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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. 22-542-83-57, e.gwiazdowicz@oilwaw.org.pl

SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, 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, Małgorzata Malec-Milewska, Piotr Müldner-Nieckowski, Rafał Natorski, Małgorzata Solecka, Małgorzata Okupny, Jacek Walczak, Paweł Walewski, Zbigniew Wojtasiński, Tadeusz M. Zielonka

SEKRETARIAT REDAKCJI: Iwona Stawicka, tel. 22-542-83-58

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 nieosiągnięcia przychodów.

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



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



Mediator
Krzysztof Bielecki
czwartki – 13.00–15.00
(po umówieniu)
prof.bielecki@gmail.com

DYŻURY

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

Działamy wspólnie dla Profesjonalistów

RECEPTA NA

DODATKOWY
ZASTRZYK
GOTÓWKI

ATRAKCYJNE
KREDYTY



kontakt@bsotrowmaz.pl
801 000 823
www.bsotrowmaz.pl

RECEPTA NA

DAWKĘ
LEPSZEJ
PRZYSZŁOŚCI

FUNDUSZE
INWESTYCYJNE



biuro@bpstfi.pl
22 588 18 92
www.bpstfi.pl

RECEPTA NA

TERAPIĘ
NOWOCZESNOŚCIĄ

TERMINALE
PŁATNICZE



pos@planetpay.pl
801 50 80 50
www.planetpay.pl

