



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

## Nasza galeria

Marcin Krawczyk – w latach 2007–2010 studiował architekturę na Politechnice Poznańskiej. Obecnie magistrant wydziału malarstwa na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. Jego eksperymentalne malarstwo zahacza o konceptualizm oraz surrealizm, ale nie ucieka od przedstawień realistycznych czy abstrakcyjnych. Brał udział w licznych wy-

stawach indywidualnych i zbiorowych, m.in.: wystawa pokonkursowa Grand Prix Fundacji Franciszki Eibisch w 2015 r., Mediations Biennale Poznań w 2014 r., AK-30 w 2013 r. i 2015 r. Obraz „Warstwy snu – abstrakcja” to jedna z prac dyplomowych do licencjatu. Praca stworzona autorską techniką – akrylami na trzech warstwach folii. Format 80/120 cm. Delikatny pigment zawarty w folii oraz odstępy między warstwami nadają głębię, trójwymiarowość i tworzą wrażenie perspektywy powietrznej.



## Diagnoza wstępna

## Spis treści

### INTERESARIUSZ



**P**an minister ujawnił swoje pomysły na temat reformy opieki zdrowotnej. Wprowadzie dość ogólnikowo, ale jednak. Okazuje się, że wszyscy obywatele zyskają prawo do opieki zdrowotnej, niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego. Kto wobec tego zechce płacić składki „na zdrowie”, jeżeli i tak wszystko ma mieć za darmo? Kto tymi składkami miałby dysponować, jeżeli NFZ zostanie zlikwidowany? Wprowadzie mają powstać wojewódzkie urzędy zdrowia zamiast wojewódzkich oddziałów NFZ i tym się zająć, ale już kiedyś przeżywaliśmy takie zmiany, gdy kasy chorych przemianowano na NFZ. Zmieniły się szyldy, pieczętki i niewiele więcej. W ogóle jest to powrót do finansowania budżetowego, przed którym kilka lat temu uciekliśmy, i jeszcze większa centralizacja systemu.

Premiowane ma być leczenie specjalistyczne, ale to oparte na szpitalach. A gdy w małych miejscowościach nie ma szpitala? Nikt mnie nie przekona, że nie jest to dyskryminacja opieki specjalistycznej i utrudnienie w dostępie do specjalisty.

Tak to już jest, że zmiany wymagają pieniędzy. A te pojawią się w momencie, kiedy nakłady na ochronę zdrowia, dzięki reformie, sięgną 6% PKB. Stanie się to w 2025 r., a więc już za 9 lat!

Bardzo niewiele czasu pan minister poświęcił wynagrodzeniom białego personelu za wykonaną pracę. Wielokrotnie głosiliśmy postulaty dotyczące oczekiwanych zarobków lekarzy. Dokładnie mówiliśmy, ile powinien zarabiać lekarz z I i II stopniem i na jakim stanowisku. Wszyscy zgadzali się, że zmiany muszą nastąpić, i to zasadnicze. Ale gdy dochodziło do konkretów, sprawa zaczynała przypominać stare porzekadło o dziadzie, który rozmawiał z obrazem. Chociaż kto wie, czy tam konkretów nie było więcej... Najgorzej jest chyba wtedy, kiedy zarobki zależą od narzuconych limitów punktowych i ich wartości. Na przykład lekarzowi stomatologowi, który ma przydzielony limit 10 000 punktów o wartości łącznej 10 000 zł, po odliczeniu wszystkich kosztów (czynszu, mediów, ubezpieczeń, materiałów itp., itd., lista jest długa), zostaje na rękę około 2000 zł na miesiąc. To jego pensja. Bez trudności można to udowodnić. Na zapłatę za wykonane świadczenia powinny składać się wszystkie koszty związane z prowadzeniem gabinetu i... honorarium za wykonaną pracę. O tym z reguły administracja zapomina. Niektórzy oburzają się, gdy używam tego słowa. Wolą zapłatę, wynagrodzenie, uposażenie, ale honorarium... Może mają rację. Honorarium to coś godnego, świadczącego o poważaniu, wyróżnienie. A gdzie tu poważanie, jeżeli naszą pracę NFZ wycenia na 2 czy 3 zł. Czasem jeszcze mniej...

Andrzej Baszkowski

PS. Przy okazji czytania o szykowanej reformie w służbie zdrowia odkryłem, że powstało nowe słowo wymyślone przez urzędników na określenie osób zainteresowanych funkcjonowaniem – w tym wypadku służby zdrowia, czyli nas: INTERESARIUSZ. Prawda, że śliczne?

Moim zdaniem...	4
Za dziewięć lat 1,2 miliarda złotych	5
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	6
Komunikat w sprawie realizacji recept na leki refundowane <i>pro auctore i pro familiae</i>	6
Zgłaszanie zbiorów Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych	7
Procedura pewnej śmierci	8
Z medycznej wokandy	10
Prawo w pigułce	12
Blaski i cienie bezpłatnych leków	13
SHORT CUTS	14
Kalos Kagathos poznkańskich medyków	17
Obiecujące i nowoczesne leczenie	18
Za kulisami kongresu	20
Dawka informacji	22
Pożegania	23
Zarządzanie profesjonalne	24
Lekarze – patroni wielkopolskich szpitali	25
Harmonogram kursów na jesień 2016 r.	26
Rzecz nie w nowym prawie	27
Ruszył pilotaż DDOM-ów	28
Wiersze	30

## Moim zdaniem...



**Krzysztof Kordel**  
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

**...minister zdrowia wywiązuje się z danej Naczelnej Radzie Lekarskiej obietnicy odbiurokratyzowania wykonywania zawodu. Owocem tego było powołanie zespołu, którego zadaniem był przegląd obowiązujących przepisów prawnych i wskazanie złych, utrudniających życie. O niektórych z nich można wręcz mówić jako o absurdach.**

Jedną z ustaw, którą znowelizowano, była ustawa o działalności leczniczej. Jak już kiedyś wspominałem, rozumiem chęć zapisania w jednym akcie prawnym wszystkich form działalności leczniczej – od szpitala klinicznego do indywidualnej praktyki lekarskiej, ale jak życie pokazało, jest to zadanie niezmiernie trudne.

15 lipca weszła w życie nowela. Pierwszą, moim zdaniem, korzystną zmianą jest zniknięcie potwora językowego i merytorycznego, jakim było „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”. Tak na marginesie, chętnie poznałbym autora tego sformułowania. Leśmian przy nim to pan Pikuś. Lepszy jest zakład leczniczy niż to, co było. Jakoś zakład w mojej ocenie brzmi nieco lepiej, chociaż nazwy: szpital, praktyka czy poradnia, byłyby sensowniejsze.

Kolejną zmianą, moim zdaniem na lepsze, jest zlikwidowanie konieczności posiadania regulaminu działania placówki medycznej. Absurd polegał na tym, że w przypadku lekarzy pracujących jako indywidualna praktyka lekarska na podstawie umowy cywilnoprawnej ze szpitalem czy z NZOZ-em obowiązywał go regulamin działania tej placówki.

Inną ważną zmianą jest zniesienie obowiązku przekazywania do Izby kopii polisy ubezpieczenia obowiązkowego, co nie oznacza, że ubezpieczenia takiego lekarz nie musi mieć. Musi i to aktualne, a czy je ma to zupełnie inna sprawa. Istotą ubezpieczenia obowiązkowego jest jego zakres ustalany w rozporządzeniu. Kwota gwarancyjna została w nim ściśle określona i to z podziałem na specjalizacje i zakres świadczonych usług. Praktyka dnia codziennego w Izbie wskazywała, że dopiero podczas rozmowy w dziale praktyk lekarskich w Izbie okazywało się, że lekarz miał polisę ubezpieczenia dobrowolnego, która nie wyczerpywała tego, co powinien mieć. Szybka poprawa stanu faktycznego i na szczęście wszystko wracało do stanu określonego prawem. Na marginesie, to nie zawsze była wina lekarza. Często winny był ubezpieczyciel. Zawsze będę podkreślał, że warto ubezpieczać się w wyspecjalizowanych w ubezpieczeniach medycznych firmach i że warto mieć dobrego agenta czy brokera. Nikt bowiem nie jest omnibusem i o pomyłkę nie trudno.

Kolejnym ułatwieniem jest zniesienie wymogu posiadania decyzji Sanepidu przy otwieraniu praktyki lekarskiej czy dentystrycznej. Zamiast tego lekarz oświadcza, że jego gabinet spełnia wymogi, które są określone przepisami. W tym miejscu chcę przypomnieć, że jeśli takie oświadczenie jest nieprawdziwe, pociąga

za sobą odpowiedzialność karną i warto taką świadomość mieć. Czy taka nowelizacja wyklucza kontrolę ze strony służb sanitarnych? Oczywiście, że nie. Informacja o praktyce jest zawarta w dostępnym powszechnie rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą i wraz z adresem praktyki. Załóżmy, że nowo otwarta praktyka kosztowała lekarza, a zwłaszcza stomatologa, niemałe nakłady finansowe, a w czasie kontroli sanepidowskiej po jej uruchomieniu okazuje się, że nie spełnia wymogów i trzeba coś wyburzyć, poprawić, zmienić. Jeżeli spojrzeć na to z tego punktu widzenia, można się zastanawiać czy stare nie było lepsze. Najpierw decyzja sanepidu, a później organizacja gabinetu. Moim zdaniem zawsze można wystąpić o decyzję czy poprosić sanepid o dobrą radę.

Znowelizowana ustawa zniósł obowiązek przesyłania przez NZOZ stanu zatrudnienia z podziałem na lekarzy etatowych i kontraktowych. Większość i tak o tym nie informowała, a ci porządni mają to teraz z głowy.

W tym miejscu chcę podziękować pani mgr Hannie Śmigilek z działu praktyk za przekazane mi uwagi i jej spostrzeżenia, które posłużyły mi do napisania niniejszego tekstu.

Moim zdaniem trudno jest o komentowanie na gorąco pewnych wydarzeń, ale pozwolę sobie na kilka uwag dotyczących wejścia prokuratorów i policji do domów biegłych. Nie będę bez znajomości faktów zasadności tych działań komentował. Nie wiem, czy konieczne było wejście do tych mieszkań i czy musiało to być o 6.00. Jako bulwersującą podano cenę za opinię, ale nie podano liczby i statusu lekarzy, którzy ją opracowali.

Sam jestem biegłym i chciałbym przekazać kilka informacji, które moim zdaniem mogą rzucić nieco światła na problem.

Otóż zleceniodawca określa zakres wydawanej opinii i zwraca się o wyrażenie woli jej opracowania. Biegły czy też instytut lub zakład medycyny sądowej w odpowiedzi zleceniodawcy określa, że podejmuje się tego zlecenia, podaje proponowany skład personalny zespołu oraz określa termin wydania opinii. W tym momencie sąd lub prokuratura ustosunkowuje się do złożonej propozycji i albo warunki akceptuje, albo szuka innych biegłych.

Myślę, że tak było i w tej sprawie. Od dawna nie jest tak, że cena opinii nie jest wcześniej uzgodniona. Warto zwrócić uwagę, że od bardzo wielu lat godzinowe wynagrodzenie biegłych nie wzrosło. Stawki dla biegłych liczy się jako procent wynagrodzenia przysługującego najważniejszemu osobom w państwie, a jak zapewne wszyscy wiedzą, wynagrodzenia ministrów od lat się nie zmieniają. Oczywiście, w takiej sytuacji rośnie w sposób nieco sztuczny liczba godzin poświęconych na opracowanie opinii, co można interpretować, że biegły ma problemy z czytaniem ze zrozumieniem.

A na marginesie, jak mam teraz kogoś namówić do współpracy przy opinowaniu? Moim zdaniem mogę się spodziewać odpowiedzi, że z jednej strony nikt nie lubi wstawać o 6.00, a z drugiej, że nie wie, co znaczy zapis w kodeksie karnym o trzech latach dla biegłego, który wydał nieumyślnie fałszywą opinię, cokolwiek by to sformułowanie oznaczało.

# Za dziewięć lat 1,2 miliarda złotych

W minionym roku pacjenci po 75. roku życia wydali na leki refundowane 860 mln zł. Wraz z programem 75+, który ruszył 1 września 2016 r., kwota ta ma się systematycznie zmniejszać – najpierw o ponad 40, następnie o kolejnych 20%.

**N**a liście leków refundowanych Ministerstwo Zdrowia umieściło 1129 preparatów (68 substancji czynnych). Warunkiem otrzymania bezpłatnego leku jest spełnienie trzech kryteriów:

- senior musi mieć ukończonych 75 lat,
- przepisany lek musi być ujęty na liście resortu zdrowia,
- lekarz lub pielęgniarka, wystawiając receptę, muszą wpisać na niej symbol „S”.

Ministerstwo zapowiada, że lista leków dla seniorów będzie poszerzona, i to już za dwa miesiące. Zdaniem Marka Twardowskiego, wiceprezesa Porozumienia Zielonogórskiego, jest ona „zaskakująco dobra, bo znajdują się na niej leki, bez których wielu seniorów faktycznie nie może się obyć. Przede wszystkim w spisie musiały się znaleźć leki najbardziej potrzebne osobom, które ukończyły 75 lat. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia musiało zmieścić się w przeznaczonych na ten cel środkach finansowych. Jestem mile zaskoczony, bo ta propozycja to krok w dobrym kierunku”. ([www.termedia.pl](http://www.termedia.pl))

Pozytywnie wyraża się o tej liście, również w portalu Termedia.pl, Zenon Wasilewski, ekspert do spraw prawa medycznego i członek BCC: – „Na pierwszy rzut oka widać, że lista została przygotowana profesjonalnie. Nie przez polityków czy firmy farmaceutyczne, ale przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Wbrew obawom, że znajdują się na niej tylko przestarzałe i najtańsze leki, zawiera ona wiele nowoczesnych leków. Zachowane zostały kryteria skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej. Lista obejmuje leki wydawane obecnie pacjentom za odpłatnością ryczałtową, 30 lub 50%. Od 1 września będą one wydawane seniorom, którzy ukończyli 75 lat bez żadnych dopłat. Dobrze, że na liście 75+ znalazły się leki na

osteoporozę i przerost gruczołu krokowego, a także leki stosowane w chorobie zakrzepowo-zatorowej. Są również analogi długo działających insulin, a przede wszystkim leki na astmę, POChP, miażdżycę, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia i serca. Ważne, że lista zawiera odpowiedniki wielu leków”.

Ministerstwo Zdrowia uruchomiło portal informacyjny ([www.75plus.mz.gov.pl](http://www.75plus.mz.gov.pl)) o bezpłatnych lekach dla osób powyżej 75. roku życia. Można tam znaleźć szczegółowe odpowiedzi na następujące pytania: Na czym polega projekt leki 75+?, Jak otrzymać bezpłatne leki? Dla kogo bezpłatne leki? Jakie leki są bezpłatne? Kto może wydać receptę?

W związku z wątpliwościami dotyczącymi finansowania programu bezpłatnych leków dla seniorów, którzy ukończyli 75 lat, Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że „przyszłoroczny budżet na ten cel jest zagwarantowany – zgodnie z zapowiedziami. W pierwszym pełnym roku obowiązywania ustawy – czyli w 2017 r. – na finansowanie projektu zostaną przeznaczone 564,3 mln zł. Ta kwota jest zagwarantowana w projekcie budżetu państwa na przyszły rok. 200 mln zł ujęto w części 46. budżetu państwa – zdrowie, a 364,3 mln zł – w rezerwie celowej. Pa-

cjenci, którzy są uprawnieni do bezpłatnych leków wskazanych w wykazie, nie mają powodów do obaw. W 2017 r. projekt 75+ będzie realizowany zgodnie z planem”.

Pieniądze na finansowanie tego projektu pochodzą z budżetu państwa i będą przekazywane w formie dotacji prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia przez ministra zdrowia. Będzie ich coraz więcej; np. w 2020 r. – 836 mln zł, a w 2025 r. – 1,2 mld zł.

2 września 2016 zł na konferencji prasowej minister zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił najważniejsze informacje dotyczące wprowadzenia bezpłatnych leków dla seniorów, czyli tzw. leków 75+. „Minister – czytamy na stronie [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) – przypomniał, że wejście w życie projektu 75+ jest realizacją zapowiedzi wygłoszonej w *expose* przez premier Beatę Szydło oraz programu Prawa i Sprawiedliwości. «Po raz kolejny chcę powiedzieć: Dotrzymujemy słowa!» – podkreślił K. Radziwiłł. Minister zapewnił, że projekt został przygotowany bardzo dokładnie, a zasady działania są maksymalnie uproszczone i zrozumiałe”. (AP)

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI



## Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej



SEKRETARZ  
ORL WIL  
WOJCIECH  
BUXAKOWSKI

3 września 2016 r. odbyło się pierwsze po wakacjach posiedzenie ORL. Frekwencja była bardzo wysoka, a obrady prowadził prezes Krzysztof Kordel.

**P**o przyjęciu porządku obrad przedstawił relację ze spotkania ministra Konstantego Radziwiła z Naczelną Radą Lekarską. Niestety, z relacji nie dowiedziałem się nic nowego ponad to, co minister mówi w oficjalnych wywiadach. Konkretność nadal brakuje, a dochodzą tyl-

ko niepokojące sygnały. Nie wnikając w szczegóły, można powiedzieć, że wraca stare, które już się kiedyś nie sprawdziło, a los lekarzy, szczególnie tych, którzy zainwestowali w swoje świetnie wyposażone gabinety specjalistyczne, może być niepewny.

W związku ze złą sytuacją w ochronie zdrowia Porozumienie Zawodów Medycznych zrzeszające dziewięć związków zawodów medycznych organizuje 24 września 2016 r. akcję protestacyjną w Warszawie. Celem protestu jest spowodowanie zwiększenia finansowania ochrony zdrowia z 4,5% PKB do 6,8% PKB oraz poprawy warunków zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia. Okręgowe Izby Lekarskie wspierają tę inicjatywę. Również nasza ORL postanowiła podjąć się sfinansowania i organizacji transportu chętnych na protest. Informacja o tym została umieszczona na stronie internetowej WIL.

W dniach 6–8 października w Gnieźnie odbędą się uroczyste obchody 1050-lecia Chrztu Polski przez samorząd lekarzy i dentystów. Inicjatorem tej uroczystości jest Naczelna Izba Lekarska, a nam zlecono jej organizację.

Program obchodów obejmuje m.in. następujące wydarzenia:

- Uroczyste posiedzenie organów Naczelnej Izby Lekarskiej – przyjęcie Memoriału na cześć 1050-lecia Chrztu oraz wręczenie odznaczeń samorządowych i państwowych zasłużonym lekarzom i lekarzom artystom,
- Uroczysta msza św. w Katedrze Gnieźnieńskiej, której będzie przewodniczył prymas Polski Wojciech Polak, a oprawę zapewni Chór Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Chór Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Zespół Kameralny WIL „Operacja Muzyka”,
- Konferencja naukowa – „Kodeks etyki lekarskiej wobec wyzwań współczesności”:
  - dr hab. med. Andrzej Wojnar, prof. WSF (Naczelna Izba Lekarska), dr hab. Jędrzej Skrzyżczak prof. UAM (Wielkopolska Izba Lekarska) – prowadzenie i podsumowanie;
  - dr n. med. Maciej Hamankiewicz (prezes NRL) – Kodeks etyki lekarskiej wobec wyzwań współczesności;
  - dr Bartosz Hordecki (prawnik, filozof, politolog, WNPiD UAM) – Preambuła do KEL;
  - prof. dr hab. med. Krzysztof Linke (UMP, Medyczna Wokanda) – Część ogólna KEL (art. 1–5);
  - dr n. med. Konstanty Radziwiłł (NRL) – Związki lekarzy z przemysłem (art. 51a–51g),
  - prof. dr hab. Jacek Sobczak (Prodziekan Wydziału Prawa Uniwersytetu SWPS, Sędzia Sądu Najwyższego) – Tajemnica lekarska (art. 23–29);
  - dr hab. Teresa Gardocka, prof. Uniwersytetu SWPS (Prorektor Uniwersytetu SWPS) – Ochrona genomu ludzkiego (art. 51h);
  - dr hab. Joanna Haberko prof. UAM (Prodziekan Wydziału Prawa UAM) – Prokreacja (art. 38–39a);

## Komunikat w sprawie problemów z realizacją recept na leki refundowane *pro auctore* i *pro familiae*

Na skutek uchwalenia ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1991 ze zmianami) zmianie uległy zasady wystawiania recept przez lekarzy.

**O**d dnia wejścia w życie wskazanej nowelizacji, każda osoba, która ma prawo wykonywania zawodu i w związku z tym jest uprawniona do przepisywania leków, może wystawiać recepty na leki refundowane. Zlikwi-

dowany został istniejący dotychczas obowiązek zawierania umów na wystawianie recept na leki refundowane. W okresie przejściowym, trwającym do 31 grudnia 2016 r., dotychczas zawarte umowy zachowują ważność.

Od momentu, kiedy lekarze zaczęli uzyskiwać numery recept na nowych zasadach, do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej docierają sygnały od lekarzy wystawiających recepty *pro auctore* i *pro familiae* o przypadkach odmowy realizacji przez apteki nowych recept niezawierających numeru umowy zawieranej do tej pory z NFZ. Mając na uwadze powyższe, należy przypomnieć, że zgod-

nie z aktualnym brzmieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich nie ma już obowiązku umieszczania na nowych receptach *pro auctore* i *pro familiae* kodu kreskowego odpowiadającego numerowi REGON lekarza wystawiającego receptę, a tym bardziej kodu odpowiadającego numerowi umowy zawartej przez lekarza z NFZ. Numer ten w systemie sprawozdawczym apteki powinien być zastąpiony numerem prawa wykonywania zawodu lekarza wystawiającego receptę.

- dr hab. Monika Urbaniak (UMP), dr hab. med. Szczepan Cofta (UMP) – Postępowanie lekarza wobec pacjenta (art. 6–7).

W obchodach będzie uczestniczyć wielu znacznych gości m.in.: minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, posłowie i senatorowie RP – lekarze, przedstawiciele samorządów zaufania publicznego, reprezentanci lekarskich towarzystw naukowych i akademickich i wielu innych. Organizacyjnie już teraz wszystko jest dopięte na ostatni guzik.

Rada Okręgowa wytypowała kandydatów do komisji konkursowych na stanowisko ordynatora:

- SP ZOZ w Kościanie, Oddział Chirurgiczny: przewodniczący dr Jerzy Skrobisz, przedstawiciele dr Bogumiła Antkowiak-Fraćkiewicz, dr Błażej Ciesielczyk.
- Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku:
- Oddział Kardiologii i Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: przewodniczący dr Tomasz Smukowski, przedstawiciele: dr Włodzimierz Skorupski, dr Marek Baliński.
- Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu: przewodnicząca dr Emilia Schneider, przedstawiciele: dr Radosław Stempin, dr Stefan Domański.

Ustalono również przedstawicieli do licznych komisji na stanowiska pielęgniarek oddziałowych.

Skierowano lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu powyżej 5 lat. Takie przeszkolenie trwa 13 miesięcy i obejmuje program stażu podyplomowego. Po odbyciu przeszkolenia lekarz będzie mógł ponownie wykonywać zawód. Przyznano prawo wykonywania zawodu lekarzowi cudzoziemcowi. Tym razem naszym kolegą został lekarz z Nepalu, specjalista medycyny górskiej, który pracował w najwyższej położonej klinice na świecie (5300 m n.p.m.).

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwałę o pozyskaniu nowego samochodu na rzecz WIL. Będzie to Volkswagen Caddy Maxi diesel 2.0 150 KM. Może przewozić do 7 osób i ma dużą przestrzeń bagażową, a do tego bardzo elastyczną, która może być wykorzystywana w bardzo uniwersalny sposób. Odpowiada potrzebom WIL. Najkorzystniejsza forma zakupu będzie jeszcze uzgodniona. Wyśluzony Citroen Berlingo ma już 6 lat, zaczyna domagać się kosztownych napraw i jest trochę za mały na nasze potrzeby.

Okręgowa Rada Lekarska wyraziła zgodę na kontynuację współpracy z telewizją Proart z Ostrowa. W ramach współpracy wyprodukowane będą kolejne odcinki filmów promujących pracę lekarzy oraz zachowania prozdrowotne. Produkcja cieszy się dużą popularnością. Odcinki można znaleźć w sieci INEA lub na stronach WIL. Polecam.

W ostatnim czasie w szpitalu klinicznym, w którym pracę otrzymaliśmy od dyrekcji dokument zatytułowany Kodeks etyki. Ma on obowiązywać wszystkich pracowników bez względu na formę zatrudnienia. Również lekarzy. W związku z powyższym ORL uchwaliła stanowisko stwierdzające, że stanowienie zasad etycznych odnoszących się do wykonywania zawodu lekarza jest ustawową kompetencją Izby Lekarskiej, a w szczególności Krajowego Zjazdu Lekarzy i tylko w ten sposób uchwalone zasady są obowiązujące dla lekarzy. Dzisiaj już wiemy, że za zamieszczenie najprawdopodobniej odpowiada jeden z zastępców byłego ministra, który w ramach walki z korupcją rozesłał do rektorów pismo polecające stworzyć taki dokument w szpitalach klinicznych.

Na tym obrady zakończono.

## Zgłaszanie zbiorów Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych

**D**o przedsiębiorców na terenie kraju, w tym do prowadzących podmioty lecznicze, wysyłana jest korespondencja mailowa z informacją o konieczności rejestracji zbiorów danych osobowych pod sankcją kar administracyjnych i finansowych.

Przypominamy, że co do zasady, administratorzy danych osobowych są zwolnieni na mocy art. 43 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych, z rejestracji zbiorów danych osobowych swoich pacjentów. Nie zwalnia ich to jednak z obowiązku posiadania dokumentu polityki bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania danych osobowych. W przypadku wątpliwości co do konieczności rejestracji zbiorów danych osobowych (w podmiotach leczniczych mogą być inne zbior

ry podlegające obowiązkowi rejestracji) oraz w sprawie dokumentów wypełniających obowiązki ustawowe administratorów danych osobowych, jakimi są właściciele podmiotów leczniczych i praktyk lekarskich, prosimy o kontakt:

Marek Saj – tel. 783 993 939 lub e-mail: admin@wil.org.pl

Jednocześnie informujemy, że w dniu 19 października 2016 r. w siedzibie WIL w Poznaniu odbędzie się szkolenie „Dokumentacja medyczna w ujęciu prawnym”, gdzie również zostanie poruszona tematyka ochrony danych osobowych.

Zagadnienia:

- zasady i okresy przechowywania dokumentacji medycznej,
- dokumentacja medyczna a prawa pacjenta,

- prawne aspekty elektronicznej dokumentacji medycznej,
- udostępnianie dokumentacji medycznej,
- dane osobowe a dokumentacja medyczna – ochrona danych osobowych w gabinecie lekarskim.
- Prowadzący: mec. Anna Piotrowska-Musioł, mgr Marek Saj (administrator bezpieczeństwa informacji WIL).
- Miejsce kursu: sala wykładowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Al. Niepodległości 37 w Poznaniu, godz. 18.00–20.00.
- Punkty edukacyjne: 1 punkt edukacyjny.
- Opłata: 50 zł kaucja (członkowie WIL), 50 zł opłata dla pozostałych osób.

Daleko od noszy, czyli demony obecnej „służby zdrowia”

# Procedura pewnej śmierci

Nie mamy już lekarzy, są „świadczoniodawcy”. Nie ma pacjentów, są „świadzeniobiorcy”. I nie ma w Polsce już szpitali, są „przedsiębiorstwa”.

**C**zytając teksty Elżbiety Cichockiej w „Gazecie Wyborczej” i Joanny Solskiej w „Polityce” na temat służby zdrowia, dowiedziałem się jednak, że identycznie jak sklepy z AGD działają w Polsce szpitalne izby przyjęć. Pacjenci są nieświadomi, że każdy lekarz, do którego trafiają, dokonuje selekcji chorych według kryterium „właściwego zarządzania kontraktem” z NFZ.

Co to jest „właściwe zarządzanie kontraktem”? Pod tą wolnorynkową nowomową kryje się presja wywierana przez wielu dyrektorów szpitali, żeby pewnych jednostek chorobowych było mniej (tych słabo wycenianych przez NFZ), a innych więcej (tych, na których jest wyższa marża, jak na odkurzaczach Philipsa). Nie chodzi tylko o to, że mniej opłacalnych chorych się czasem odsyła. Chodzi raczej o to, jak się chorych diagnozuje. W skrócie: jeśli opłaca się diagnozować zawał przednio-przegrodowy, to taki właśnie zawał będzie zdiagnozowany. A jeśli NFZ więcej płaci za leczenie zawału przednio-bocznego – to niech będzie przednio-boczny.

Weźmy koronarografię diagnostyczną. W bogatych krajach zachodnich wykonuje się ją przy co piątym zawale. I przyjmuje się, że taki jest standard. W Polsce mamy tak wspaniałe standardy, że to skomplikowane i inwazyjne badanie wykonujemy przy co drugim zawale. Tajemnicę łatwo wyjaśnić – NFZ płaci za to 14 tysięcy, a koszt szpitala wynosi około 10 tysięcy. Innymi słowy – marża 40% (na pewno lepsza niż za odkurzacza Philipsa). (*Gazeta Wyborcza*)

\*\*\*

**Wiele badań i zabiegów wykonujemy niepotrzebnie. Niektóre mogą nam wręcz szkodzić.**

**Z**acznijmy od kardiologii inwazyjnej, bo tu wyjątkowo łatwo można zaszkodzić choremu. Co najmniej pięć

dużych badań dowiodło, że pacjenci stabilni kardiologicznie, którzy uskarżali się tylko na łagodne bóle piersiowe, nie powinni być poddawani inwazyjnym metodom leczenia. Angioplastyka (polegająca na tym, że chirurg mechanicznie poszerza zatkane naczynie wieńcowe za pomocą rozbicia złożeń tłuszczowych, tzw. blaszki miażdżycowej), stentowanie (założenie do naczynia krwionośnego „sprężynki” zwiększającej jego drożność i wzmacniającej ścianki) lub też wszczepienie bypassu (nowego naczynia, omijającego zatkane miejsce) nie poprawiły ani przeżywalności, ani jakości życia w porównaniu z metodami nieinwazyjnymi, takimi jak farmakoterapia (β-adrenolityki, statyny zmniejszające stężenie cholesterolu oraz aspiryna), ćwiczenia fizyczne i zdrowe odżywianie się.

Jak to możliwe, by poszerzenie zwężonego naczynia nie było superskuteczne? Odpowiedź jest prosta. Wielkie złoże miażdżycowe w naczyniach wynajdowane za pomocą badań tomograficznych czy innych metod obrazowania od dawna uważano za sprawców zawałów serca, a tymczasem dziś wiadomo, że zazwyczaj wcale nimi nie są. Zawał może natomiast wywołać ich usuwanie. Dzieje się tak dlatego, że chirurgiczne rozbijanie blaszki miażdżycowej wyrzuca do strumienia krwi mnóstwo okruchów. Mogą one zatkać drobne naczynie krwionośne i spowodować zawał serca lub udar mózgu. (*Newsweek Polska*)

\*\*\*

**Powyższe z prasy, teraz z życia wzięte.**

**P**an Wiktor miał blisko 86 lat, spory „pakiet” poważnych schorzeń oraz niebywałą jak na jego wiek i stan zdrowia energię. Znał swoje dolegliwości i na pytanie: jak się czujesz, odpowiadał: w normie.

Pewnego sobotniego poranka po porannej toalecie i śniadaniu poczuł jakieś dziwne pieczenie w klatce piersiowej, którego dotąd nie miewał.

Zgodnie ze zdrowym rozsądkiem przyjął nitroglicerynę, którą miał „na wszelki wypadek” i położył się. Pieczenie zelżało, ale nie ustąpiło, zatem uznał za stosowne zawiadomić o tym fakcie rodzinę.

Najbliżsi przybyli bezzwłocznie i zdecydowali o wezwaniu karetki pogotowia.

Zespół pogotowia wykonał EKG i wobec niemożności rozstrzygnięcia na jego podstawie przyczyny dolegliwości pana Wiktora, zabrano go na SOR małego miejscowego szpitala. Była godzina 10.45.

Po niespełna 20 minutach personel SOR-u już działał. Powtórzono EKG, pobrano krew na badania laboratoryjne, w tym troponinę. Ta w pierwszym badaniu wypadła śladowo dodatnio, ale w kolejnym była już wyższa.

Chociaż dolegliwości pacjenta były cały czas niewielkie, stan ogólny stabilny, a EKG nie wykazywało żadnej dynamiki zmian, młody lekarz dyżurny SOR-u telefonicznie skonsultował przypadek pana Wiktora z kardiologiem wielkiego szpitala w nieodległym Poznaniu. W wyniku tej konsultacji pan Wiktor został przewieziony transportem sanitarnym do wspomnianego szpitala i o godz. 16.18 stał się pacjentem tamtejszego oddziału kardiologicznego z wstępnym rozpoznaniem NSTEMI (zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST).

**Teoretycznie miał szczęście. Bardzo teoretycznie**

*Według najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI, ang. non ST-segment elevation myocardial infarction) u pacjentów w podeszłym wieku strategia inwazyjna rewaskularyzacji powinna być rozważana po dokładnej ocenie potencjalnego ryzyka i korzyści, szacowanej długości życia, chorób współistniejących, jakości życia, zespołu kruchości (frailty) i preferencji pacjenta. Podczas prezentacji autor podkreślił znaczenie zespołu kruchości, chorób współistniejących i stanu funkcjonalnego starszych pacjentów. (Doniesienia Kardiologiczne 2015).*

A jak w opisywanym przypadku przebiegło owo „dokładne rozważenie potencjalnego ryzyka i korzyści”?

Pacjentowi z rozpoznaniem wstępnym NSTEMI i tak obciążonego schorzeniami współistniejącymi – czego miano świa-



domość – nie wykonano EKG, uznając te wykonane przez SOR przed kilkoma godzinami za wystarczające, choć ich opis nie bardzo przystawał do zapisu. Naturalnie zaniechano echokardiografii, nie podłączono kardiomonitora, a w wykonanych badaniach laboratoryjnych nie oznaczono nawet poziomu cukru (bo po cóż cukrzykowi na trzech dawkach insuliny i metforminie takowy oznaczać) i wysuszonego jak wiór (od śniadania nie miał kropli wody w ustach) ok. godz. 19.00 przewieziono do pracowni hemodynamicznej celem wykonania procedury 36.070.

Przedtem jednak przezornie zadbano o uzyskanie zgody na ową procedurę, w której treści jak kpina pobrzmiwał wytłuszczony poniżej fragment:

*Po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzony o jego możliwych powikłaniach w trakcie zabiegu oraz po nim, z niebezpieczeństwem ciężkiego kalectwa oraz zagrożenia życia, wyrażam zgodę na proponowany zabieg... Zostałem poinformowany, że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. (Z formularza zgody na wykonanie zabiegu)*

Pełna treść cytowanego wyżej dokumentu została odczytana panu Wiktorowi i jego podpis uzyskany przez obecnego przy nim członka rodziny, zaś żadna „rozmowa wyjaśniająca” naturalnie nie miała miejsca.

Zabieg się udał, gorzej z pacjentem. Wpadł w obrzęk płuc, stan ogólny zaczął się gwałtownie pogarszać, a kiedy dołączyło się splątanie, podjęto decyzję o wprowadzeniu go w stan śpiączki farmakologicznej i przekazano na OIOM.

Ponieważ stan przez kilka kolejnych dni nadal ulegał pogorszeniu i nie rokował przeżycia podjęto decyzję o... odeślaniu pana Wiktora do owego małego szpitala powiatowego, z którego przybył.

W przeddzień owego transportu o godzinie 22.30 dyżurny anestezjolog zapisał: *Chory w stanie ciężkim, płytko sedowany wlewem morfiny, nie wybudza się. Ciśnienie stabilizowane wlewem lewonoru.*

Dotychczas myślałem, że pacjentów w takim stanie transportuje się tylko w razie alarmu bombowego. Jak się okazało byłem w błędzie, gdyż nazajutrz o 9.17 pacjent był gotów do transportu!

Pan Wiktor zmarł po kilku dniach, nie odzyskując w pełni przytomności nawet na chwilę.

Mniej więcej 2 tygodnie po uroczystościach pogrzebowych poznański szpital telefonicznie zażądał wyjaśnień, dlaczego pan Wiktor nie stawiał się na kolejnej angioplastyce, którą przecież przy wypisie mu zalecono, a termin wyznaczono...

\*\*\*

*O 40% obniżono inwazyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych, a o ponad 60% – angioplastykę wieńcową z implantacją jednego stentu DES. Do tej pory było to 12 740 zł, a według projektu – 4690 złotych. (RFM24)*

Może teraz jakiś inny starszy człowiek będzie miał szansę na baczniejsze rozważenie faktycznych za i przeciw zastosowania dotąd tak opłacalnej dla placówki medycznej i nie zawsze nieopłacalnej dla niego procedury 36.070.

Kolegom zaś – starającym się „właściwie zarządzać kontraktem” – dedykuję poniższą modlitwę:

*Dobry Boże rozpoczynam kolejny dzień pracy. Tobie oddaję siebie i tych, do któ-*

*rych Ty mnie posyłasz. Ty jesteś pierwszym Lekarzem.*

*Pomóż mi jak najlepiej wypełnić misję lekarza.*

*Daj mi pokorę wobec chorego i jego dolegliwości, abym pychą i zbytnią pewnością siebie nie zranił jego uczuć. Uchron mnie przed błędną, szkodliwą decyzją. Naucz mnie słuchać tego, co pacjent ma mi do powiedzenia.*

*Uwolnij mnie od pośpiechu. Daj, abym pamiętał o tym, że ja lekarz jestem dla chorego.*

*Nie dopuść, aby pragnienie zysku, sława, zaszczyty czy inne korzyści kierowały moim postępowaniem. Niech dobro chorego będzie na pierwszym miejscu. Ty, Panie, przeszedłeś przez ziemię, wszystkim dobrze czyniąc i uzdrawiając chorych. Chcę Ciebie naśladować.*

*Udziel mi łagodności, cierpliwości oraz życzliwości wobec chorych i współpracowników.*

*Powiedziałeś: „Cokolwiek uczyniliście jednemu z braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili”. Dziękuję Ci za to, że obdarzyłeś mnie tak wielkim zaufaniem.*

*Zrobię wszystko, żeby Cię nie zawieść. Amen.*

Zaś niewierzącym przypominam niniejszy fragment Kodeksu etyki lekarskiej:

*Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – salus aegroti supra lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. (art. 2 ust. 2).*

IRENEUSZ KIZER

PS. Opisana historia pana Wiktora jest oparta na autentycznej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu autora.



#### Szanowni Państwo!

*Zapraszamy do Poznania na pierwszą konferencję organizowaną przez EFORT i PTOiTr. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat najważniejszych zagadnień ortopedycznych, takich jak endoprotezoplastyka biodra i kolana, artroskopia, ortopedia dziecięca, traumatologia, chirurgia kończyny górnej i inne. Przedstawimy również sprawozdanie z kongresu EFORT w Genewie. Wykładowcami będą uznani ortopedzi europejscy wytypowani przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej wytypowani przez towarzystwa narodowe.*

*Zapraszamy do wysłuchania wykładów i do dyskusji. Planujemy również warsztaty organizowane przez firmy oraz warsztaty kadawrowe. Jesteśmy przekonani, że nie zabraknie też czasu na spotkania towarzyskie i wspólną kolację.*

#### Do zobaczenia w Poznaniu!

prof. Klaus-Peter Günther, prof. Per Kjaersgaard-Andersen,  
prof. Leszek Romanowski, prof. Marek Synder

## Z medycznej wokandy

# Postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

**A**naliza praktyki funkcjonowania sądów lekarskich wskazuje, że pojawiają się niekiedy zarzuty wobec lekarzy naruszenia art. 1 ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej. Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Jak widać, brzmienie tej normy jest bardzo ogólne i może powodować wątpliwości, jakie zachowania mogą w istocie mieścić się w sformułowaniu „postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Najczęściej dotyczy to przypadków, kiedy lekarz w związku z wykonywaniem zawodu zostaje skazany, np. przez sąd karny za popełnienie przestępstwa. Wówczas taka kwalifikacja prawna przyjęta przez sąd powszechny uzupełniona właśnie o art. 1 ust. 3 KEL staje się podstawą ukarania lekarza przez sąd lekarski. Nikt chyba nie ma wątpliwości, że dopuszczenie się przestępstwa przez lekarza, zwłaszcza jeżeli takiego czynu dopuścił się w związku z wykonywaniem zawodu, będzie podważać zaufanie do zawodu, przynajmniej jeżeli chodzi o powszechny odbiór społeczny.

Więcej kontrowersji budzą przypadki, gdy przestępstwo (albo inne problematyczne postępowanie) zostało popełnione przez lekarza bez żadnego związku z wy-

konywaniem swoich powinności zawodowych, np. kradzież w sklepie. Bo czyż można zgodzić się, aby zawód lekarza, nawet najlepiej z technicznego i merytorycznego punktu widzenia, wykonywał ktoś, kto nie ma kwalifikacji moralnych? Co prawda, art. 53 ustawy o izbach lekarskich przekonuje, że przewinieniem zawodowym jest naruszenie zasad etyki lekarskiej, ale właśnie ów art. 1 ust. 3 stanowi, że „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Sprawa będzie się jeszcze komplikować, jeżeli zaczniemy się zastanawiać nad zachowaniami, które nie są stypizowane jako przestępstwa, ale mogą podważać zaufanie do zawodu, np. postawy antyzdrowotne albo wizyty w miejscach o wątpliwej reputacji itp. Ale może to do dobry temat na odrębny tekst.

Teraz skoncentrujemy się na pierwszej sytuacji, a pretekstem niech będzie orzeczenie NSL z 29 kwietnia 2015 r. (sygn. akt Wu-2/2015) podjęte przez ten sąd odwoławczy w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 157/OWU/15. Otóż jeden z okręgowych sądów lekarskich (OSL) po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. JJT, obwinionej o to, że od stycznia 2009 r. do lutego 2011 r. poświadczyła nieprawdę na wypisywanych przez siebie receptach na leki Tramadol i Poltram, wystawianych na pacjenta księdza X, których pacjent nie otrzymał, a które zostały zrealizowane przez inną osobę, czym doprowadziła Narodowy Fundusz Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mie-niem stanowiącym refundację za wyżej wymienione leki, tj. o naruszenie art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 1 ust. 3 KEL. Okręgowy sąd lekarski uznał obwinioną lek. JJT winną popełnienia czy-

nu stanowiącego naruszenie art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 1 ust. 3 KEL i za to wymierzył jej karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres roku. Od powyższego orzeczenia pismem z 24 lipca 2015 r. odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) złożył obrońca obwinionej, w całości na korzyść obwinionej. Zdaniem NSL odwołanie nie było jednak zasadne. W ocenie NSL sąd I instancji dokonał swobodnej, a nie dowolnej oceny materiału dowodowego i w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny. Analiza treści uzasadnienia skarżonego orzeczenia oraz zawartego w aktach materiału dowodowego potwierdziła dokonanie przez sąd I instancji prawidłowej oceny dowodów z wyjaśnień obwinionej oraz zeznań świadków. Sąd I instancji w sposób właściwy dokonał analizy okoliczności wpływających na ocenę tych dowodów – zwrócił uwagę na dwa aspekty oceny tych dowodów: ocenę treści wypowiedzi i podmiotu wypowiedzi, a inaczej mówiąc, potrzebę uwzględnienia przy ocenie tego środka dowodowego także oceny źródła dowodowego. Naczelny Sąd Lekarski wskazał, że analiza tych dwóch aspektów oceny dowodów została właściwie przeprowadzona również w świetle całości zgromadzonego w aktach materiału dowodowego, przez co zostały spełnione wszystkie warunki swobodnej oceny dowodów. Takie działanie pozwoliło sądowi I instancji na dokonanie prawidłowych ustaleń faktycznych. Zebrane dowody w sposób jednoznaczny wskazują na winę obwinionej. Niewiarogodne w ocenie NSL były wyjaśnienia obwinionej wskazujące na działania innych lekarzy. Obwiniona musiała jako lekarz mieć wiedzę, jaki jest charakter leków, które przepisywała – były to prze-

cież silnie działające leki narkotyczne z grupy opioidów. Powinna mieć też wiedzę o skutkach ich systematycznego zażywania w dużych dawkach przez pacjenta przez dwa lata. Wypisywany przez obwinioną sposób dawkowania praktycznie przekraczał jakiegokolwiek zalecenia terapeutyczne w obowiązującym postępowaniu dotyczącym leczenia przeciwbólowego w stanach paliatywnych. Wiedza o tym, że taki sposób kuracji jest co najmniej wątpliwy, jest wiedzą wymaganą od studenta trzeciego roku medycyny po ukończeniu nauki z zakresu farmakologii. Tymczasem wypisywana liczba recept i sposób dawkowania ponadczterokrotnie przekraczający dozwoloną dawkę stanowiły realne zagrożenie nie tylko dla zdrowia, lecz także dla ży-

wynika, że organami prowadzącymi to postępowanie są rzecznik i sąd lekarski, zatem ocena, czy w danym przypadku doszło do popełnienia przewinienia zawodowego, nie leży w kompetencji prezesa okręgowej rady lekarskiej. Ksiądz X został przesłuchany w tej sprawie i zaprzeczył, aby cierpiał na chorobę nowotworową. Nie sposób przyjąć, że dokument ten był wiarygodny dla obwinionej, gdyż w sytuacji, gdy nie była ona specjalistą od leczenia bólu, a bezkrytycznie wypisywała przez tak długi okres silne leki przeciwbólowe w tak dużych dawkach dla jednego pacjenta, z którym się nigdy nie kontaktowała, jej postępowanie należałoby ocenić jako skrajnie bezmyślne, wręcz irracjonalne. Tym bardziej że ów ksiądz to bardzo znany hie-

organu samorządu zawodowego lekarzy, który na mocy art. 17 konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązany jest do sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego. Zgodnie bowiem z treścią art. 53 ustawy o izbach lekarskich lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Przepisy tej ustawy wyraźnie wskazują podmioty uprawnione do podejmowania czynności w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów. Są nimi NROZ i OROZ oraz NSL i OSL. Należy podkreślić, że ustawodawca zagwarantował tym organom samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów niezależność w wykonywaniu tych zadań. Okręgowy rzecznik zatem miał pełne prawo podjąć zawieszono postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, wskazując w uzasadnieniu postanowienia z 7 listopada 2014 r. racjonalne przesłanki jego podjęcia w postaci: braku możliwości ustalenia daty wszczęcia postępowania karnego, jak również zbliżających się terminów procesowych, zwłaszcza terminu określającego karalność przewinień zawodowych pozwalającego na pociągnięcie obwinionej do odpowiedzialności zawodowej.

Konkludując, w świetle całości zgromadzonego materiału dowodowego, zdaniem NSL wina obwinionej była niezaprzeczalna. W ocenie NSL działaniem swoim obwiniona w sposób drastycznie ciężki przekroczyła zasady etyki i deontologii lekarskiej. Czyny jej były popełniane wielokrotnie i należy uznać, że z niskich finansowych pobudek, narażając na szkodę NFZ poprzez wykorzystanie nieprzysługującej refundacji – co zostało dowiedzione w postępowaniu karnym. Stąd też uznano, że orzeczona kara, choć surowa, jest adekwatna do wagi przypisanych obwinionej czynów. Naganność i karygodność działań obwinionej są, jak dla osoby wykonującej zawód lekarza, bardzo wysokie. W ocenie NSL wymierzona obwinionej kara jest więc karą w pełni sprawiedliwą, uzasadnioną i w pełni zasłużoną, a przypadek ten należy uznać za takie postępowanie lekarza, które z pewnością podważa zaufanie do zawodu.

Więcej kontrowersji budzą przypadki, gdy przestępstwo (albo inne problematyczne postępowanie) zostało popełnione przez lekarza bez żadnego związku z wykonywaniem swoich powinności zawodowych, np. kradzież w sklepie.

cia pacjenta, jak to wskazała w swojej opinii biegła dr X – konsultant wojewódzki dla województwa X w zakresie medycyny paliatywnej. Wiarygodność wyjaśnień obwinionej w sposób kategoryczny wyklucza też fakt kontynuowania leczenia pacjenta (nawet jeśli był to ksiądz X) przez dwa lata bez jakiegokolwiek z nim kontaktu – trudno to przypisać tylko niefrasobliwości obwinionej. Niezaprzeczalny jest fakt, że wystawionych recept nigdy nie otrzymał pacjent, czyli ów ksiądz X. Potwierdziło to także postępowanie karne zakończone prawomocnym wyrokiem sądu apelacyjnego. Nie były również zasadne zarzuty dotyczące nieprzeprowadzenia dowodów z zeznań świadków wskazanych przez obronę na okoliczność wspólnej pracy obwinionej ze świadkami oraz jej kontaktów z rzekomym sekretarzem księdza – okoliczności te nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia istoty sprawy. Jak ocenił NSL, nie był również zasadny zarzut nieprzeprowadzenia dowodu z zeznań byłego prezesa izby lekarskiej w X, który podczas dwukrotnych rozmów miałby stwierdzić – wg słów lekarki – że postępowanie obwinionej nie budzi wątpliwości, już wprost tylko z zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy zawartych w ustawie o izbach lekarskich

rarcha kościelny w mieście X. Dlatego zdaniem NSL trudno było dać wiarę, aby obwiniona nie była świadoma znaczenia swego postępowania. Wyjaśnienia obwinionej – jak uznano – stanowiły obronę przez nią linię obrony. Sąd I instancji słusznie jednak ocenił je jako całkowicie niewiarygodne. Niezasadny był również zarzut dotyczący podjęcia przez OROZ postanowieniem z 7 listopada 2014 r. zawieszono postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, pomimo wcześniejszego zawieszenia tego postępowania 8 marca 2013 r. do czasu zakończenia postępowania karnego.

Autor odwołania – obrońca obwinionej – mimo że wykonuje zawód adwokata, zdaniem NSL nie dostrzegając oczywistej, wynikającej z treści ustawy o izbach lekarskich, zasady niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej od innych rodzajów odpowiedzialności, do których może zostać pociągnięty lekarz za ten sam czyn. Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkowym rodzajem odpowiedzialności lekarzy, nienależącym do prawa powszechnego. Uprawnienia do dokonywania oceny, czy lekarz wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej, pozostają wyłącznie w gestii właściwego

## Prawo w pigułce

**PAWELCZYK  
KOZIK** KANCELARIA  
RADCÓW  
PRAWNYCH

**Krzysztof Kozik**  
radca prawny  
e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl



**Bartosz Pawelczyk**  
radca prawny  
e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl



# Kontrole prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Kontrole prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) mogą dotyczyć bardzo wielu aspektów funkcjonowania świadczeniodawców. W tym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL” chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na wybrane kwestie dotyczące uprawnień kontrolnych NFZ.

## W jaki sposób przebiega postępowanie kontrolne?

**P**ostępowanie kontrolne prowadzone przez NFZ co do zasady rozpoczyna się po uprzednim zawiadomieniu świadczeniodawcy o zamiarze jej przeprowadzenia. Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę jest wprawdzie zobowiązana o niej zawiadomić, jednakże wystarczy, że takie zawiadomienie zostanie doręczone w chwili rozpoczęcia kontroli.

Co do zasady postępowanie kontrolne może być prowadzone tylko w dniach i godzinach pracy personelu medycznego. Przepisy przewidują jednak, że jest dopuszczalne również w dniach wolnych od pracy i poza godzinami pracy – „jeżeli dobro kontroli tego wymaga”. Wydaje się, że to kryterium jest zbyt ogólne. Trudno sprecyzować, co mieści się w pojęciu „dobra kontroli” – o jakie konkretnie wartości tu chodzi. Wobec powyższego, kryterium to powinno zostać doprecyzowane i zawężone do ściśle określonych przypadków.

Rozpoczynając kontrolę, osoba ją przeprowadzająca ma obowiązek okazania upoważnienia do przeprowadzenia kontroli wraz z legitymacją służbową. Kontrolę przeprowadzać mogą zarówno osoby będące pracownikami NFZ, jak i inne osoby, którym zadanie to zostało przez NFZ zlecone. Zawsze jednak konieczne jest, aby kontrolę dokumentacji medycznej oraz zasadności i jakości udzielanych świadczeń przeprowadzała osoba mająca wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. Dzięki nałożonemu wobec kontrolera obowiązkowi świadczeniodawca nie może skutecznie zarzucić, że kontrola prowadzona była przez lekarza niebędącego specjalistą z dziedziny medycyny, której dotyczy kontrola.

Kontroler sporządza protokół z przebiegu kontroli. Musi on być szczegółowy, napisany w sposób jasny, logiczny i zawierać m.in. opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli oraz ustalenia kontroli, a także wnioski wynikające z kontroli. Protokół sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje podmiot kontrolowany. Protokół jest podpisywany przez kontrolera i pracownika podmiotu leczniczego.

## Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości podczas przeprowadzonej kontroli

Warto zauważyć, że najczęściej stwierdzane nieprawidłowości są podobne w wielu rodzajach i zakresach świadczeń. Na podstawie m.in. danych z Biuletynu Informacji Publicznej NFZ można stwierdzić, że dotyczą one w szczególności:

- nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, w tym brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury lub rozpoznania,
- rozliczania w tzw. ruchu międzyoddziałowym,
- wykazywania jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych,
- braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń lub porad,
- braku skierowania do objęcia opieką,
- braku medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury,
- braku określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- braków w wymaganym sprzęcie,
- braku wymaganych kwalifikacji personelu,
- nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- braku aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram – zasoby).

Jak widać, stwierdzone przez kontrolerów nieprawidłowości w znacznej mierze dotyczą prowadzenia dokumentacji medycznej. Często popełnianym błędem przy prowadzeniu dokumentacji medycznej są zbyt lakoniczne i niezrozumiałe informacje w niej zawarte, na podstawie których NFZ ma uzasadniać rozliczenie danego świadczenia. Niewłaściwie prowadzona dokumentacja medyczna może spowodować brak zapłaty ze strony NFZ (lub obowiązek zwrotu zapłaconych środków), nawet jeżeli świadczenie zostało udzielone.

## Uprawnienia świadczeniodawcy

W trakcie kontroli świadczeniodawca uprawniony jest do składania ustnych lub pisemnych oświadczeń dotyczących przedmiotu kontroli. Kontroler nie może odmówić przyjęcia takich oświadczeń, co oznacza, że świadczeniodawca może domagać się odnotowania ich w protokole. Jeżeli świadczeniodawca nie ma żadnych zastrzeżeń co do przebiegu kontroli i treści protokołu to zobowiązany jest go podpisać. W przypadku zaś, gdy świadczeniodawca nie zgadza się z ustaleniami zawartymi w protokole, nie powinien go podpisywać, lecz zgłosić zastrzeżenia do protokołu – należy to zrobić na piśmie, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia otrzymania protokołu.

Zastrzeżenia do protokołu rozpatrywane są przez kontrolera w terminie 14 dni. W przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń – kontroler zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń – kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko świadczeniodawcy.

Po przeprowadzeniu kontroli dyrektor oddziału NFZ sporządza w terminie 28 dni i przekazuje podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Jeżeli kontrola wykaże, że świadczeniodawca nie wykonał albo wykonał niewłaściwie zobowiązania wynikające z umowy zawartej z NFZ, w wystąpieniu pokontrolnym należy, między innymi, określić kwotowo wysokość należności świadczeniodawcy względem NFZ powstałej w wyniku tych nieprawidłowości (wezwanie do zapłaty) oraz wysokość nałożonej z tego tytułu kary umownej. Gdy świadczeniodawca nie zgadza się z treścią wystąpienia, wówczas – analogicznie jak w przypadku kwestionowania protokołu – może zgłosić zastrzeżenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, w piśmie skierowanym do dyrektora właściwego oddziału NFZ. Zastrzeżenia rozpatrywane są w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym na piśmie świadczeniodawcę.

Podmiot leczniczy jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego (jeżeli nie wniósł zastrzeżeń) albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Jeżeli – w przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń – w dalszym ciągu świadczeniodawca nie zgadza się z treścią wystąpienia pokontrolnego i nie uważa za celowe jego wykonania, może złożyć zażalenie na wezwanie go do zapłaty żądanej przez NFZ kwoty oraz na nałożenie kary umownej. Zażalenie takie, koniecznie wraz z uzasadnieniem, należy złożyć w terminie 14 dni od dnia doręczenia wystąpienia pokontrolnego, do prezesa NFZ, jednak za pośrednictwem dyrektora oddziału NFZ. Prezes NFZ ma 14 dni na rozpatrzenie zażalenia. Jeżeli zażalenie nie zostanie uwzględnione, świadczeniodawca może jeszcze złożyć do prezesa NFZ – w terminie 14 dni – wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia. Jeśli zażalenie nadal nie zostanie uwzględnione, świadczeniodawcy pozostaje toczenie sporu z NFZ na drodze cywilnego postępowania sądowego w sprawie o zapłatę kwot żądanych przez NFZ.

Wydaje się, że niektóre przepisy dotyczące postępowań kontrolnych sformułowane są nieprecyzyjnie lub „zbyt szeroko”, co daje możliwość nieuzasadnionych nadinterpretacji. Pożądane byłoby wprowadzenie w tym zakresie stosownych zmian legislacyjnych.

### Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. z 2004, Nr 274, poz. 2723;
- Zarządzenie nr 55/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 21 sierpnia 2014 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców.

## Blaski i cienie bezpłatnych leków

Z jednej strony trzeba się cieszyć, że przełamana została pewna niemożność, która utrudniała wielu starszym, często niezamierzonym, osobom nabywanie leków niezbędnych dla ich funkcjonowania. Lekarze opiekujący się ubogimi przyznają, że rzeczywistość olbrzymia część starszych pacjentów nie wykupuje leków bądź używa ich w sposób „oszczędny”. Propozycja jest więc nietuzinkowa i przełamująca schematy skomercjalizowanego myślenia.

Jednocześnie staje się przyczynkiem do zastanowienia, czy bezpłatne leki zostaną uszanowane. Pamiętamy sytuacje sprzed niemalże trzydziestu lat (leki były wtedy zasadniczo tańsze niż współcześnie), na jakie marnotrawstwo narażał łatwy dostęp do leków, za które nie trzeba było płacić. Legendarne są szafki i szafy z górami leków pobieranych na zapas, w dużej części przeterminowanych, składowanych bez należytego respektu. Powstaje pytanie, czy jednak symboliczna opłata nie przyczyniłaby się do większego szacunku do ofiarowanego dobra i nie wzmogłaby mechanizmu większej ekonomicznej odpowiedzialności. Miałyby też pewien aspekt edukacyjny. Akcja: „Leki za złotówkę” wcale nie brzmiałaby gorzej niż obecna.

Drugi aspekt wątpliwości związany jest z tym, kto bezpłatne leki będzie przepisywał. Przekazanie tej kompetencji lekarzom rodzinnym pozwoli podkreślić ich szczególną rolę, która powinna być rzeczywiście ukazywana i musi się stawać osią istniejącego systemu. Należy jednak pamiętać, że przekazanie tej dyspozycji tylko tej grupie lekarzy ryzykuje umniejszeniem uprawnień innych lekarskich grup, które zostaną wyłączone (a więc niewykorzystane) z możliwości udzielenia pomocy. A przecież o tę pomoc właśnie chodzi. I niby martwimy się, że lekarzy jest mało, a jeszcze znaczącą część z systemu wyłączamy. Także szpitalników. Oczywiście nie wspomnę, że część z naszego grona, także działających prywatnie, wcale nie obrazi się z utraty pacjentów 75+, którzy nie są zazwyczaj pacjentami „wygodnymi” i potentatami finansowymi będącymi głównym motorem ekonomicznym gabinetów.

Proponowane rozwiązanie nie podważa stosowania jednej niezrozumiałej i nielogicznej zasady, że przepisywanie bezpłatnych leków jest uprawnieniem nie pacjenta (a o niego przecież chodzi i to jest jego właśnie personalne uprawnienie jako obywatela, a na dodatek często płatnika składek zdrowotnych), lecz wybranej grupy lekarskiej stającej się wykonawcą koncesjonowania w systemie. Przepisywanie leków jest uprawnieniem pacjenta, a nie wynikiem koncesji części lekarskiego grona.

Nie wspomnę już nawet o problemie dodatkowych wizyt lekarskich u lekarzy rodzinnych w celu powielania pożądanego uprzywilejowanego recept. Na pewno sytuacja ta zwiokrotni wizyty u lekarzy rodzinnych, już i tak dziś obciążonych nadmiernymi obciążeniami wynikającymi z uczynienia ich przede wszystkim „bramkarzami” systemu.

Jestem głęboko i jednoznacznie przekonany, że zaproponowana regulacja – choć w założeniach godna uznania – wymaga niezwykle pilnej weryfikacji, by ocalić w tym pomysle to, co cenne. Może się okazać, że logiczne zmiany wcale zbyt drogo nie będą kosztowały.

W taki oto sposób miesza się wielkoduszność z małodusznością.

SZCZEPAN COFTA

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek  
(doniesienia opracowane  
na podstawie internetu z serwisu  
– [www.rp.pl](http://www.rp.pl))

## Coraz więcej pacjentów żyje z rakiem nawet 40 lat

Wydłużają się wieloletnie przeżycia chorych na nowotwory, w Wielkiej Brytanii jest już 170 tys. pacjentów, u których wykryto chorobę w latach 70. i 80. XX w. – wynika z raportu Macmillan Cancer Support, organizacji wspierającej pacjentów onkologicznych.

Według raportu „Cancer Then and Now”, obejmującego lata 1970–2016, chorzy z wykrytym dziś nowotworem mają dwukrotnie większe szanse przeżycia 10 lat aniżeli w latach 70. XX w. – *To zasługa wcześniejszego wykrywania nowotworów, jak również bardziej skutecznego leczenia* – podkreśla dyrektor medyczna Macmillan Cancer Support prof. Jane Maher.

Specjalistka przyznaje jednak, że coraz większym problemem są działania uboczne terapii oraz skutki samej choroby, z jakimi borykają się pacjenci onkologiczni. Rzadziej niż w latach 70. i 90. XX w. zdarzają się związane z leczeniem zawały serca i udary mózgu, ale wielu chorych ma depresję oraz – na co coraz częściej zwraca się uwagę – kłopoty finansowe.

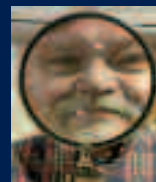
Z raportu wynika, że co czwarty chory na raka może liczyć na to, że będzie żył co najmniej 5 lat, ale wielu z nich wymaga wsparcia. Według Macmillan Cancer Support, w Wielkiej Brytanii 625 tys. pacjentów onkologicznych zmagają się z depresją.

„BBC News” przytacza rozmowę z Helen Taskiran, u której w 1991 r. wykryto raka jelita grubego, a potem zachorowała jeszcze na raka piersi, skóry i trzonu macicy. – *Miałam opuchnięte ręce i nogi, byłam ciągle zmęczona i wpadłam w depresję* – zwierza się.

Opowiada, że straciła pracę i z powodu choroby miała trudności ze

# SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI  
PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE  
Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI\*



## A kiedy przyjdą nocą i kolbami w drzwi załomocą...

We wtorek, nomen omen 13 września, media podały, że o godzinie szóstej rano do drzwi mieszkań kilkunastu biegłych lekarzy, w tym profesorów ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, załomotała policja. Nie wiem, czy kolbami, ale odgłosy tego łomotu wywołały oddźwięk w całym kraju i to nie tylko w środowisku lekarzy. Cóż było przyczyną tej bezprecedensowej akcji policji?! Czyżby lekarze ci byli członkami zorganizowanej grupy przestępczej produkującej narkotyki lub handlującej nielegalnie narkotykami ludzkimi i groziło, że uciekną za granicę, gdy dowiedzą się, że interesuje się nimi policja?

Otóż nie, okazało się, że lekarze ci wydadli opinię uzupełniającą w procesie, który toczył się w sprawie śmierci Jerzego Ziobry, ojca ministra sprawiedliwości. Mimo że prokuratura już dwa razy umarzała śledztwo w tej sprawie, żona zmarłego wraz z synami wytoczyła kolejny proces, tym razem z oskarżenia prywatnego. Co ciekawe, do procesu przyłączył się prokurator małopolskiego wydziału zamiejscowego Prokuratury Krajowej, ale zapewne czyni to zawsze, a nie tylko dlatego, że rodzina jego zwierzchnika jest stroną. I w ramach właśnie tego procesu nastąpiły przeszukania, ponieważ prokurator zakwestionował (sic!) wysokość kosztów tej opinii, które w przypadku przegranej w procesie musiałyby ponieść rodzina zmarłego. Nie wnikam w meritum sprawy, a także w to, czy minister Ziobro rzeczywiście się z niej wyłączył, tak jak to powiedział w sejmie, a działania policji i prokuratury wynikają tylko i wyłącznie z jej inicjatywy i byłyby także podjęte, gdyby sprawa dotyczyła szarego obywatela, a nie ojca ministra. Zainteresowała mnie natomiast reakcja szeroko rozumianego środowiska lekarskiego, a szczególnie jego najwyższych przedstawicieli, w Internecie pojawiło się bowiem mnóstwo komentarzy i nie

były to komentarze przychylnie działaniom policji i prokuratury, a także podające w wątpliwość bezstronność ministra sprawiedliwości. I co z tą reakcją? W zasadzie prawie nic, jeśli nie liczyć bardzo wyważonego, ale też i ostrego wystąpienia w sejmie byłego ministra zdrowia profesora Mariana Zembali. Na wystąpienie to odpowiedział sam minister, mówiąc, że wobec prawa wszyscy są równi i że dotyczy to także wybitnych lekarzy. Nie wiem dlaczego, słowa te wywołały wesołość części posłów obecnych na sali sejmowej. Co ciekawe, nie byli to koledzy partyjni ministra. Jednakże nadal miałem pewien niedosyt, ponieważ nikt z władz Naczelnej Izby Lekarskiej nie wydał nawet jednego dźwięku w tej sprawie. Prezes NIL także milczał, choć wielokrotnie uaktywniał się w bardziej błahych sprawach, wydając oświadczenia lub pisząc listy. Wobec tego milczenia, pozwoliłem sobie napisać w tej sprawie do prezesa maila – niestety do dziś nie dostałem odpowiedzi.

Następną koncepcją było, że prezes milczy, ponieważ w piątek jest posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i zapewne ono wyda oświadczenie w tej sprawie, które będzie mocniejszym głosem niż wypowiedź samego prezesa. Piątek minął i na stronie internetowej NIL pojawiło się sprawozdanie z posiedzenia Prezydium NRL zatytułowane: „Stanowisko i apele Prezydium NRL podjęte 16 września 2016 r.”. I co?! I nic! W sprawozdaniu mamy stanowisko w sprawie reklamy leków i dwa apele – pierwszy w sprawie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i drugi w sprawie udziału lekarzy w pracach AOTMiT. I to wszystko. Zero reakcji na bulwersujące działania prokuratury i policji. Nie wiem, czy to tchórzostwo członków NRL, czy tylko bezmyślność i oderwanie od szarych lekarskich mas, dla których te działania policji były bardzo bulwersujące i dziwnie przypominające postępowanie organów państwa podczas poprzednich rządów obecnego ministra sprawiedli-

wości, które z tą ostatnią niewiele miały wspólnego. Co prawda, tym razem nie było filmików z porannych przeszukań. Nie prezentowano zakuwania w kajdany, ale kto wie, czy takie filmiki nie istnieją i w odpowiednim momencie nie będą w publicznej telewizji zaprezentowane. Trudno więc się dziwić, że duża część środowiska lekarskiego ciągle kontestuje władze NRL, skoro te nie mają cywilnej odwagi, by wypowiedzieć się w tak bulwersującej sprawie, natomiast tracą czas na mało istotne, z punktu widzenia przeciętnego lekarza, sprawy. Dlatego powiem: Wstyd panowie i panie członkowie Prezydium NRL. Pora zstąpić z tej wieży z kości słoniowej i wsłuchać się choć trochę w nastroje szarych lekarzy, którzy nie mają ambicji politycznych i chcą tylko, by władze izby pokazały, że są z nimi, a nie tylko myślą o przypodobaniu się władzy i braniu udziału w różnych oficjalnych celebrach.

### Kukułcze jajo

Minister zdrowia zapowiedział, że rozwijana będzie koordynowana opieka zdrowotna. Niestety, nie do końca wyjaśnił, na czym konkretnie ma to polegać. Pierwszym etapem, poza realizowaną już gdzieś niegdzie opieką nad kobietą ciężarną, jest pilotażowe zwiększenie obowiązków lub – jak chcą inni – uprawnień podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach której lekarz rodzinny ma dysponować bliżej niedoprecyzowanym budżetem na diagnostykę oraz niektórych specjalistów. Problem w tym, że nie podano, przynajmniej do powszechnej wiadomości, w jaki sposób mają być wydawane pieniądze na diagnostykę oraz specjalistów. Z wypowiedzi ministerialnych wynika, że fundusze te mają rozwiązać problem z dostępem do diagnostyki oraz jeśli nie zlikwidować, to przynajmniej zmniejszyć kolejki do specjalistów. Co prawda, nadal nie wiadomo, o jaką część diagnostyki chodzi oraz o których specjalistów. Być może wiedzą to przedstawiciele organizacji lekarzy POZ, ale jak już pisałem, powszechnie, poza różnymi plotkami, nadal nic nie wiadomo na pewno. Wszystko jest okryte aurą tajemnicy. Jeśli jeszcze na to nałożymy zapowiedź likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, sytuacja prezentuje się zupełnie nieciekawie.

Oczywiście już pojawiły się głosy, że to właściwy kierunek, że w paru krajach tak to funkcjonuje itp., itd. Szczególnie aktywne w pochwałach jest środowisko lekarzy rodzinnych, ale – co ciekawe – w zasadzie tylko z obszaru tych województw, gdzie nadal dominuje organizacja opieki oparta na publicznych zakładach opieki zdrowotnej i gdzie nigdy nie było takich rozwiązań. Tymczasem w Wielkopolsce podobne (?) rozwiązania już przerabialiśmy. I opinie są co najmniej mało entuzjastyczne, tym bardziej że i społeczeństwo się zmieniło, i jest bardziej roszczeniowe niż to było dwadzieścia lat temu. Nie będę się rozwodził nad problemami współpracy pomiędzy lekarzami, problemami rozliczeń i tym podobnymi sprawami. Zajmę się tylko miną (lub jak kto woli – kukułczym jajem), którą niewątpliwie obecny rząd podkłada lekarzom pracującym w podstawowej opiece zdrowotnej. Otóż do tej pory pretensje o limitowanie diagnostyki, choć kierowane do lekarzy, tak naprawdę dotyczyły NFZ i w ten sposób niejednokrotnie lekarze się bronili. Zresztą postulat dużej części lekarzy, by to NFZ bezpośrednio płacił za całą diagnostykę i ją kontraktował, nigdy nie doczekał się realizacji. Tym razem również nie widać, by władze chciały pójść tą drogą. Kolejnym kukułczym jajem jest scedowanie decydowania, kto, gdzie i kiedy skorzysta z konsultacji specjalistycznej, na lekarzy POZ. Tym prostym zabiegiem, tak naprawdę niezwiększającym dostępu do lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ministerstwo i NFZ chcą przerzucić odpowiedzialność za kolejki z siebie, na lekarzy rodzinnych. Już słyszę te obłudne wypowiedzi różnej maści urzędników: Skarżycie się na kolejki, ale to nie nasza wina, to PAZERNI lekarze rodzeni nie chcą kierować na konsultacje do innych specjalistów, ponieważ chcą mieć więcej pieniędzy dla siebie. I będzie to głos, z którym trudno się polemizuje, gdyż już obecnie duża część społeczeństwa jest przekonana, że ich problemy z dostępem do diagnostyki i specjalistów to wina pazernych lekarzy. A tłumaczenie, że zmiana sposobu mieszania herbaty nie zwiększa jej słodkości, do większości tzw. elektoratu nie dociera, ponieważ suwren swoje wie, a takie stwierdzenia to tylko propaganda gorszego sortu obywateli tego państwa.

### PERYSKOP

znalezieniem kolejnej. Podczas rozmowy kwalifikacyjnej odrzucano jej kandydaturę, gdy tylko przyznała, że chorowała na raka. – *Spadło moje poczucie własnej wartości i zaczęłam wątpić, czy ludzie kiedykolwiek znowu docenią* – dodała.

Trzydziestosiedmioletni Greig Trout z Londynu powiedział w wywiadzie dla BBC Radio 4 Today, że od najmłodszych lat żyje z chorobą nowotworową. Pierwszy nowotwór wykryto u niego już w wieku 7 lat, a potem ponownie, kiedy skończył 30 lat. Od wykrycia ostatniej choroby żyje w lęku, że dojdzie do nawrotu albo że zachoruje na kolejny nowotwór.

Nell Barrie z Cancer Research UK twierdzi, że choroby nowotworowe coraz częściej są wykrywane, ale stale zwiększyła się grupa chorych uzyskujących co najmniej pięcioletnie przeżycia. W Wielkiej Brytanii ich liczba zwiększyła się z obecnych 2,5 mln do 4 mln w 2030 r.

Podobnie jak w Wielkiej Brytanii jest w innych krajach uprzemysłowionych. W Stanach Zjednoczonych liczba osób żyjących z chorobą nowotworową zwiększyła się do 15 mln – wynika z najnowszego raportu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO).

### Mapa pomoże w walce z chorobami mózgu

Blisko 100 nieznanymi wcześniej obszarów zidentyfikowali naukowcy pracujący nad nową, precyzyjną mapą ludzkiego mózgu.

– *Dotychczasowe schematy połączeń nie były zbyt dokładne, opierały się na badaniach niewielkich grup, a ich przydatność nie była duża* – uważa Matthew Glasser, który wraz z zespołem z Washington University pracował nad nową mapą.

Do jej stworzenia wykorzystano 210 zdrowych ochotników poddanych licznym badaniom. Wykorzystano m.in. skanowanie rezonansem magnetycznym, funkcjonalny rezonans magnetyczny podczas wykonywania określonych czynności, magnetoencefalografię oraz elektro-

**PERYSKOP** onet.pl

encefalografię. Dzięki tym wysiłkom badaczom udało się podzielić każdą półkulę aż na 180 istotnych regionów funkcjonalnych, z których 97 nie było wcześniej opisywanych. Ich istnienie, funkcje i położenie naukowcy potwierdzili później na kolejnej próbie ochotników.

Nowa mapa mózgu to efekt pięcioletniego programu badawczego Human Connectome Project, który finansuje amerykański National Institutes of Health. Washington University w Saint Louis otrzymał na te badania 30 mln dolarów. Schemat ma pomóc w diagnozowaniu i leczeniu takich zaburzeń, jak autyzm czy dysleksja, a także choroby Alzheimera czy schizofrenii.

### Cholesterol zabija polskie rodziny

Nawet 150 tys. Polaków grozi przedwczesna śmierć lub kalectwo w wyniku hipercholesterolemii rodzinnej. Brakuje diagnostyki i leczenia tej groźnej choroby. Nie ma kompleksowej opieki nad dotkniętymi jedną z najczęstszych chorób genetycznych. Hipercholesterolemia rodzinna występuje z częstością jeden na 250 urodzeń w przypadku, gdy dziedziczona jest po jednym rodzicu, i jeden na milion urodzeń, gdy geny pochodzą od ojca i matki. Na leczenie skrojone do potrzeb najczęściej chorzy mogą liczyć tylko w kilku miejscach w Polsce.

Diagnozę pacjent poznaje najczęściej, gdy jest już za późno, by zapobiec najgroźniejszym skutkom choroby – po zawale serca lub udarze mózgu. Potwierdza ją badanie genetyczne, które lekarze ordynują, gdy epizod naczyniowy przytrafia się osobie w młodym wieku: 30- lub 40-latkowi, a z wywiadu rodzinnego wynika, że ktoś z rodziców wcześniej zachorował na serce lub zmarło młodo na udar lub zawał.

– *Wówczas badaniem obejmujemy całą rodzinę, bo w przypadku dzieci istnieje aż 50-procentowe prawdopodobieństwo, że rodzic przekazał im to schorzenie. W hipercholesterolemii rodzinnej liczy się jak najszybsze wdrożenie leczenia i zapobieganie*

Wojewoda wielkopolski

oraz Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu  
serdecznie zapraszają do udziału w sympozjum pt.

## Profilaktyka, rozpoznanie przyczyn i leczenie niepłodności, którego celem jest omówienie metod prokreacji w opozycji do reprodukcji, w tym *in vitro*.

Data: 21 października 2016 r.

Miejsce: Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Al. Niepodległości 16/18

Organizatorzy: Wojewoda wielkopolski

oraz Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Komitet Naukowy: przewodniczący: prof. Janusz Gadzinowski,

członkowie: prof. Bogdan Chazan,

prof. Jan Oleszczuk, prof. Tomasz Ochędalski, prof. Tadeusz Pietrucha, prof. Marek Ruchała

PROGRAM	
8.00–9.00 Rejestracja uczestników	11.20–12.00 Przerwa na lunch
9.00–9.10 Otwarcie Sympozjum (Zbigniew Hoffmann – wojewoda wielkopolski)	12.00–12.25 Metoda rozpoznawania płodności – istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego (mgr Mirosława Szymaniak)
9.10–9.15 Wprowadzenie (prof. Janusz Gadzinowski)	12.25–12.55 CREIGHTON MODEL Fertility Care System – klucz do rozpoznania stanu płodności kobiety (dr Agnieszka Białecka)
9.15–9.45 Rodzicielstwo zdrowe od początku – profilaktyka niepłodności (prof. Bogdan Chazan)	12.55–13.40 Assessing the approaches and the outcomes of restorative procreative medicine and conventional reproductive medicine (prof. Joseph Stanford)
9.45–10.15 Endokrynologiczne przyczyny niepłodności (prof. Marek Ruchała)	13.40–14.10 Niepłodność jako problem wieloczynnikowej choroby przewlekłej. Diagnostyka i leczenie w oparciu o metody naprawcze w medycynie prokreacji (dr Maciej Barczentewicz)
10.15–10.45 Przyczynowe leczenie niepłodności (prof. Tomasz Ochędalski)	14.10–14.40 Dyskusja
10.45–11.05 Przepochwowe udrażnianie jajowodów w leczeniu niepłodności (dr Krzysztof Pyra)	14.40–14.50 Zakończenie Sympozjum
11.05–11.20 Dyskusja	

**Uczestnicy otrzymają za udział w Sympozjum 5 punktów edukacyjnych**  
**Szczegółowe informacje: <http://sympozjum-niepłodnosc.pl/>**

## Akcja Senior

W dniu 26 listopada (sobota) zapraszamy na konsultacje wielospecjalistyczne, badania USG, ocenę gęstości kości do NZOZ „Medicus – A.A. Pajdowscy” w Jarocinie.

**Dojazd autobusem (organizowanym przez WIL) lub indywidualny. Na zakończenie spotkanie integracyjne przy grillu oraz koncert. Szczegóły tej akcji podamy w listopadowym Biuletynie WIL**

**Andrzej Pajdowski**

**przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów**

**Okręgowej Rady Lekarskiej WIL**

**S.M. Dzieciuchowicz**

**Informacje dodatkowe:**

**A. Pajdowski – tel. 502 51 73 25,**

**S.M. Dzieciuchowicz – tel. +48 61 867 46 09.**



# Kalos Kagathos poznajskich medyków

Kalos Kagathos (z greckiego brzmi bardzo dumnie) to wyróżnienie przyznawane osobom, które oprócz uznanych osiągnięć zawodowych odniosły również sukces sportowy co najmniej na poziomie mistrzostwa sportowego w kraju, a często także za granicą.

**L** laureat nagrody jest osobą równie znakomitą podczas startów, jak i później, za metą – jak mawiają twórcy tej nagrody. To połączenie osiągnięć ciała i ducha znalazło swój wyraz w powszechnie znanym powiedzeniu mens sana in corpore sano (w zdrowym ciele zdrowy duch), co można także sparafrazować, iż „w ciele sportowca zdrowy duch rywalizacji”. Idea nagrody zrodziła się w 1985 r. pod patronatem rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego i prezesa Polskiego Komitetu Olimpijskiego, nawiązując do starożytnego ideału kalokagatii. W tym roku poznańska kapituła tego wyróżnienia podczas Dnia Sportu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przyznała honorowy uczelniany tytuł Kalos Kagathos Pawłowi Daszkiewiczowi i Ryszardowi Koczorowskiemu. Obaj wielokrotnie wygrywali turnieje mistrzostw Polski lekarzy (Daszkiewicz w tenisie stołowym, a Koczorowski m.in. w tenisie ziemnym), a także angażowali się organizacyjnie w propagowanie sportu w środowisku medycznym. Dotychczas z poznańskiego środowiska medycznego tytuł ten otrzymały cztery osoby: profesorowie Bernard Kobielski (w 2002 r.), Zygmunt Przybylski (2003 r.), Ewa Wender-Ożegowska (2004 r.) i Krystyna Zawilska (2005 r.). Warto podkreślić, że dr Paweł Daszkiewicz jest sprawnym nie tylko sportowo dyrektorem poznańskiego Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera, wygrywającym wielokrotnie mistrzostwa Polski lekarzy, ale także wiele innych turniejów w tenisie stołowym, z igrzyskami lekarskimi włącznie. Profesor Ryszard Koczorowski, twórca jedynej w kraju Kliniki Gerostomatologii, był natomiast wielokrotnym mistrzem Polski lekarzy w różnych kategoriach wiekowych, a także mistrzem świata lekarzy w hali i wicemistrzem świata na kortach otwartych. Laureaci Kalos Kagathos potwierdzają więc, jak można skutecznie łączyć medyczną działalność zawodową z szeroko pojętym uprawianiem sportu.

Gratulujemy!

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Nina Szmyt

## Jesienny wiejski erotyk

dla R.i.K.

Wrzósów aż gęsto na leśnych rowach,  
jesień się zacznie niedługo,  
leniwe chmury płyną nad głową,  
wiatr babie lato ciągnie wstęgą długą.

Jeszcze boso pochodzimy po radlinach,  
jeszcze nogę skaleczymy o rżysko,  
a wieczorem: mój jedyny, jedyny  
i ognisko...  
i zdarzy się wszystko...

A rano po trawie boso i boso  
Ty i ja, we dwoje, sami,  
ranną rosą, chłodną stopą na tej łące  
dotykać będziemy ustami.

**Nina Szmyt ur. w 1944 r. w Śremie.  
Całe życie związana ze Śremem, gdzie  
przez 35 lat uczyła języka polskiego.**

## PERYSKOP **onet.pl**

*groźnym skutkiem odkładania się cholesterolu w naczyniach krwionośnych* – tłumaczy prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i kierownik tamtejszej I Katedry i Kliniki Kardiologii. Jednostka jako jedna z niewielu w Polsce prowadzi poradnię hipercholesterolemii rodzinnej, której pacjenci mogą liczyć nie tylko na diagnostykę genetyczną i poradę lekarską, lecz także skomplikowane zabiegi w przypadkach niepoddających się standardowemu leczeniu farmakoterapią. Dziesięciu pacjentów co dwa tygodnie przyjeżdża tu na LDL-aferezę, czyli rodzaj dializy oczyszczającej krew z nadmiaru cholesterolu.

Hipercholesterolemia polega na nadprodukcji cholesterolu, który potrafi osiągać poziom znacznie przekraczający normy dla ludzi zdrowych (w skrajnych wypadkach nawet 800 i 1000 mg/dl przy normie do 190 mg/dl). Jego nadmiar już u dzieci odkłada się w naczyniach krwionośnych w postaci blaszek miażdżycowych.

*– Dlatego tak ważne jest, by badaniem cholesterolu we krwi objąć już uczniów szkoły podstawowej, np. włączając lipidogram do bilansu dziesięcioletka* – uważa prof. Marcin Gruchała. I dodaje, że specjalistom leczącym hipercholesterolemię rodzinną zależy na tym, by Narodowy Fundusz Zdrowia wyodrębnił świadczenie kompleksowego leczenia, dzięki któremu opieką będzie można objąć całe rodziny.

## Jesteśmy blisko rewolucji w walce z malarią?

Eksperymentalny lek zatrzymuje rozwój pasożytów powodujących chorobę. To na razie tylko wyniki badań na zwierzętach. Jeżeli specyfik okaże się równie przydatny dla ludzi, będzie to oznaczało rewolucję w walce z chorobą, która dotyka 214 mln osób rocznie i powoduje ponad 400 tys. zgonów.

Badania są dziełem dr. Nobutaki Kato z MIT. Jego zespół sprawdził ponad 100 tys. cząsteczek, poszukując takiej, która byłaby skuteczna w walce z malarią. Wreszcie znaleziono – blokuje ona jeden z natu-

## PERYSKOP

onet.pl

ralnie występujących enzymów – i w efekcie niszczy pasożyty w wątrobie i we krwi. Jednorazowa dawka chroni przed skutkami infekcji przez 30 dni. W przypadku nowej cząsteczki problemem może być jednak toksyczność – przyznają naukowcy. Badania finansowała Fundacja Billa i Melindy Gatesów.

### Cząsteczki ze spalin mogą zwiększać ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera

Cząsteczki z zanieczyszczonego powietrza trafiają do mózgu. Te drobinki mogą podnosić ryzyko zachorowania na alzheimera – uważają naukowcy. Zaskakujące ustalenia naukowców z Lancaster University opierają się na badaniu mózgow osób z Manchesteru i miasta Meksyk. Wcześniej ci sami badacze zauważyli, że na najbardziej zatłoczonych ulicach w pobliżu przystanków komunikacji miejskiej występuje podwyższony poziom tlenków żelaza w powietrzu. Teraz postanowili sprawdzić, czy przenikają one do organizmów ludzi.

– *To po prostu szokujące. Kiedy badaliśmy tkanki, odkryliśmy te nanocząsteczki rozłożone równomiernie praktycznie wszędzie* – mówi prof. Barbara Maher z Lancaster University. – *A kiedy spróbowałam je wydobyć, okazało się, że są ich miliony. Miliony w jednym gramie tkanki mózgowej.*

– *Cząsteczki, które znaleźliśmy, są uderzająco podobne do kulek magnetytu znajdujących się w powietrzu w miastach. Zwłaszcza tam, gdzie jest największe natężenie ruchu ulicznego. Tworzą się one jako produkt spalania, na skutek tarcia w silnikach spalinowych oraz w układach hamulcowych* – mówi prof. Maher. – *Nasze badania wskazują, że te nanocząsteczki mogą wnikać do mózgu, gdzie stwarzają zagrożenie dla zdrowia człowieka, w tym przyczyniają się do rozwoju alzheimera.*

– *Magnetyt, forma tlenku żelaza, już wcześniej został zidentyfikowany w złogach amyloidowych w mózгах osób zmarłych z powodu*

# Obiecujące i nowoczesne leczenie

Rozmowa z prof. dr. hab. Rodrygiem Ramlau, kierownikiem Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



### Gdy rozmawialiśmy cztery lata temu, diagnostykę molekularną i terapię celowaną zaliczał pan do najszybciej rozwijających się dziedzin onkologii.

Czas, jaki upłynął od tego spotkania, był wyjątkowy szczególnie w wypadku chorych z rozpoznaniem rakiem płuca, zwłaszcza w postaci zaawansowanej bądź uogólnionej, chorych, u których postępowanie radykalne nie wchodzi w rachubę. Tym bardziej że nadal możemy zaoferować operację torakochirurgiczną tylko co szóstemu pacjentowi z nowotworem złośliwym płuca. W większości wypadków jest on rozpoznawany stosunkowo późno. Sytuacja pacjenta z chorobą, niestety, często już nieuleczalną, bez możliwości leczenia chirurgicznego, jest bardzo poważna. I właśnie dla takich chorych, nie tylko w Polsce, ale i w licznych krajach, poszukuje się alternatywnych metod leczenia, które dałyby szansę opanowania procesu nowotworowego i znaczącego wydłużenia życia.

### Tę szansę daje leczenie ukierunkowane molekularnie?

Zdecydowanie tak. I jest to wielki sukces nas, lekarzy prowadzących badania kliniczne, farmaceutów i specjalistów, którzy stworzyli nowe cząsteczki. W tej chwili zaburzenia molekularne nasi wybitni diagności są stanie określać w materiale cytologicznym, a nie tylko tkankowym. Nie potrzeba zatem tkanki nowotworowej, wystarczy określona liczba komórek, aby biolog molekularny lub immunolog mógł w sposób jednoznaczny rozpoznać występowanie różnych typów mutacji. Jest to znacząca terapia, ale kierowana do nielicznej grupy pacjentów. Dotyczy chorych z rozpoznaniem rakiem o utkaniu gruczołowym, czyli gruczolakorakiem. I to jest pierwsza bariera, gdyż najczęstszymi nowotworami złośliwymi, tak zwanymi niedrobnokomórkowymi, są raki gruczołowe i raki płaskonabłonkowe. W Polsce od kilku lat liczba rozpoznawania obu jest porównywalna. Tymczasem diagnostyka molekularna ma uzasadnienie tylko w wypadku raka gruczołowego. To odbiera szansę nowoczesnego leczenia niemal co drugiemu choremu.

### A druga bariera?

Jest jeszcze istotniejsza. Mutacje, których poszukujemy, i to bez względu na to, czy są one częste, czy rzadkie, występują u niewielu chorych. Zdefiniowaliśmy to na podstawie szeroko zakrojonych badań w kilku ośrodkach w Polsce – w Lublinie, Warszawie, Poznaniu i Gdańsku. Stwierdziliśmy, że najczęstsze mutacje występują jedynie u 8–10% zdiagnozowanych pacjentów. Na dziesięć materiałów biologicznych wysłanych do analizy czasami u jednego chorego występuje typ mutacji, który umożliwia wdrożenie leczenia ukierunkowanego molekularnie. W tej chwili mamy trzy inhibitory zarejestrowane w Unii Europejskiej i dostępne także w Polsce w ramach programu terapeutycznego. Minione dwa lata ujawniły kolejną nadzieję, wspartą w trakcie badań klinicznych dowodami naukowymi. Jest ona związana z możliwościami zastosowania leków immunokompetentnych. Szeroko mówi się o tym w świecie medycyny.

## Co to za leki?

Z tak zwanej terapii immunologicznej, również w odniesieniu do nowotworów złośliwych płuca. Co ciekawe, okazało się, że te, które zostały zarejestrowane w onkologii w leczeniu chorych na czerniaka, są skuteczne także w terapii niedrobnokomórkowego raka płuca. W wyniku wielu badań klinicznych w różnych krajach, także w Polsce, w tym roku w Unii Europejskiej zarejestrowane zostały dwie podstawowe cząsteczki. Szczególnie ważne jest to, że są one efektywne i mają korzystne oddziaływanie w leczeniu chorych bez względu na typ histologiczny nowotworu. A to oznacza, iż nie ma już znaczenia, czy u pacjenta rozpoznany został rak gruczołowy czy płaskonabłonkowy.

## Jakie są zatem w związku z tym kryteria kwalifikacji do terapii lekami immunokompetentnymi?

Tutaj liczą się tak zwane czynniki predykcyjne, analizowane i omawiane na całym świecie. Myślę, że najistotniejszym elementem, który definiuje, czy dany chory odniesie korzyść z takiego leczenia immunologicznego, jest poszukiwanie ekspresji określonych receptorów na powierzchni komórki. Mam na uwadze receptory tak zwanej planowanej czy też kontrolowanej śmierci komórki. W tym momencie możemy mówić o wpływie tych cząsteczek na układ odpornościowy chorego. Przeciwnowotworowe działanie tych leków polega bowiem głównie na uaktywnieniu układu immunologicznego, a co za tym idzie, wytworzeniu własnych mechanizmów obronnych organizmu. Dotyczy to głównie wpływu na limfocyty T, gdyż poprzez zablokowanie przez leki immunokompetentne tak zwanych ligandów PDL-1 i PDL-2 dochodzi do blokowania receptorów owej programowanej śmierci komórki. W ślad za tym pojawia się możliwość uaktywnienia i podniesienia efektywności oddziaływania limfocytów T. System immunologiczny zostaje wprowadzony na zupełnie inny tor i od tego momentu już sam powinien prowadzić do walki z procesem nowotworowym.

Dwa główne leki, pembrolizumab i niwolumab, mają wielką szansę dokonania przełomu w leczeniu chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca. Są to dwa przeciwciała monoklonalne, które w sposób jednoznaczny wpływają na układ odpornościowy organizmu.

## Czy leki te są już zarejestrowane w Polsce?

Prowadzone są analizy możliwości ich dopuszczenia do zastosowania w klinikach w ramach programów terapeutycznych. Mam nadzieję, że nie będzie tak, jak z innymi cząsteczkami onkologicznymi, że nie pozostaniemy w ogonie Europy i w ciągu najdalej roku określonej grupie chorych proponujemy tego typu obiecujące i nowoczesne leczenie. Tym bardziej że potwierdzona jest już, a piszą o tym renomowane czasopisma onkologiczne o zasięgu światowym, ich skuteczność w odniesieniu do czasu przeżycia całkowitego oraz, w drugiej kolejności, czasu wolnego od progresji procesu nowotworowego. Nadchodzi przełomowy moment, o czym mówiliśmy też na niedawnym 19. Kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, że o raku płuca będziemy mogli mówić jak o chorobie przewlekłej.

ROZMAWIAŁ ANDRZEJ PIECHOCKI

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI



## 1050 Rocznicą Chrztu Polski Sylwetki Lekarzy Wielkopolski

Sesja organizowana przez Komisję Historyczną i Komisję Kultury WIL  
28.10.2016 godz. 17-19, Sala Konferencyjna PTPN – ul. Mielżyńskiego 27/29

Część naukowa

Prof. Andrzej Cieśliński: „Józef Struś- Pierwszy Nowoczesny Kardiolog”

Prof. Andrzej Grzybowski: „Emil von Behring – pierwszy laureat Nagrody Nobla w Medycynie w Poznaniu

Dr Włodzimierz Witczak: „Dr Rman Konkiewicz – wybitny działacz samorządowy”

Dr Krzysztof Pietrzak : „ Profesor Wiktor Dega

Przerwa kawowa

Koncert Kwartetu Smyczkowego WIL

Serdecznie zapraszamy

PERYSKOP **onet.pl**

*alzheimera – przynajmniej Clare Walton z Alzheimer Society. – Magnetyt w tym przypadku uważany był jednak za naturalnie występujący w mózgu. Nie ma żadnych dowodów na to, że powoduje chorobę Alzheimera albo przyspiesza jej postępy.*

Tym razem jednak naukowcy są pewni, że to efekt zanieczyszczonego powietrza. Jak opisują na łamach „Proceedings of the National Academy of Sciences”, cząsteczki odkryte w mózgach ludzi odpowiadają kształtem tym, które powstają w silnikach spalinowych. Są okrągłe i gładkie, co świadczy, że powstały w wysokiej temperaturze, np. w silniku. Te naturalnie występujące wyglądają inaczej.

Wcześniejsze badania, również brytyjskie, potwierdziły związek między życiem na obszarach z zanieczyszczonym powietrzem a zapadalnością na choroby układu oddechowego, serca, cukrzycę oraz nowotwory.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, zanieczyszczenie atmosfery przyczynia się do co najmniej 3 mln przedwczesnych zgonów rocznie.

## Eksperymentalny lek daje nadzieję na wyleczenie alzheimera

Eksperymentalny lek na chorobę Alzheimera usuwa złoży w mózgu. – Wyniki tych badań klinicznych pozwalają z optymizmem myśleć o leku na alzheimera – mówi prof. Roger M. Nitsch z Instytutu Medycyny Regeneracyjnej Uniwersytetu w Zurychu. Szwajcarzy testowali lek najpierw na genetycznie modyfikowanych myszach, a później z udziałem 165 pacjentów cierpiących na łagodną postać choroby Alzheimera. U części z nich udało się powstrzymać demencję.

Naukowcy z Uniwersytetu w Zurychu zajęli się jednym z mechanizmów mogących odpowiadać za alzheimera – złożami  $\beta$ -amyloidu. Udało im się odkryć cząsteczkę, która przykleja się do nich, pozwalając komórkom pacjenta je zniszczyć. Aby tego dokonać, pobrali krew od starszych osób – niektóre z nich miały ponad 100 lat – niechorujących

PERYSKOP **onet.pl**

na żadną postać demencji. Wyizolowali komórki, które miały zdolność rozpoznawania toksycznych złogów  $\beta$ -amyloidu. Na tej podstawie stworzyli tzw. przeciwciała monoklonalne, które przykleja się do złogów. Wtedy stają się one celem dla komórek mikrogleju – systemu obronnego ośrodkowego układu nerwowego.

Produkcją aducanumabu zajęła się założona przez naukowców firma Neuroimmune. Testy zorganizowała biotechnologiczna amerykańska firma Biogen.

Test trwał 54 tygodnie. Pacjentów podzielono na dwie grupy – jedna otrzymywała raz w miesiącu zastrzyki aducanumabu, druga – obojętnego placebo. Próba była ślepa – nawet lekarze nie wiedzieli, który preparat wstrzykują.

Najważniejszym celem naukowców było sprawdzenie, czy nowy lek jest bezpieczny. Eksperyment przerwano w 40 przypadkach, 20 pacjentów zgłaszało działania niepożądane na tyle silne, że nie chcieli dalszych prób.

U pozostałych efekty były jednak bardzo dobre. – Po roku leczenia u pacjentów otrzymujących najwyższą dawkę praktycznie nie było złogów  $\beta$ -amyloidu. Te rezultaty robią wrażenie – mówi prof. Nitsch.

Dodatkowo sprawdzono też ich stan za pomocą standardowych kwestionariuszy. – *Aducanumab miał również pozytywne efekty dla obrazu klinicznego* – mówi prof. Nitsch. – *Pacjenci z grupy placebo wykazywali znaczne pogorszenie zdolności poznawczych, natomiast ci leczeni byli dość stabilni.*

„Potwierdzenie tego efektu byłoby rewolucją w tym, jak rozumiemy i jak leczymy chorobę Alzheimera” – pisze w komentarzu w „Nature” Eric Reiman z Instytutu Alzheimera w Phoenix.

Ruszyły już kolejne dwa testy kliniczne leku. Obejmują 300 ośrodków w 20 krajach. Bierze w nich udział 2700 pacjentów.

# Za kulisami kongresu

W tegorocznym Kongresie FDI uczestniczyło 3860 delegatów ze 126 krajów, a wystawę sprzętu stomatologicznego odwiedziło 9307 osób. Zjedzono 2500 kg jabłek z podpozańskich sadów.



**W** spotkaniu koleżeńskim Dzień Otwarty w Centrum Stomatologii Uniwersytetu Medycznego – Get Together Party w Poznaniu 8 września 2016 r. wzięło udział 130 stomatologów, muzyków, artystów malarzy oraz entuzjastów „get together”. Zjedzono 150 zminiaturyzowanych rogali świątomarcińskich, wypito kilka litrów soków, wody, kawy, wysłuchano koncertu lekarskiego zespołu Operacja Muzyka, który grał Komedę, i sprowadzo-

nej z południa Polski harfistki, która grała Debussy’ego. Obejrzano plakaty opisujące pracę klinik stomatologicznych, które cieszą się nową siedzibą już 10 lat, a zachwycają najnowocześniejszymi w Polsce salami fantomowymi od roku. Kliniki były otwarte dla ciekawych zmian dawnych absolwentów oraz gości z całego świata. Zwiedzono poznańskie Muzeum Medycyny i Stomatologii,



rzucano okiem na dorobek Wydawnictwa Naukowego Uniwersytetu Medycznego a także obejrzano wystawę dzieł lekarzy malujących (32 obrazy skrupulatnie, codziennie przelicza Maciej Rola-Szadkowski, administrator Centrum Stomatologii). Stojące w hallu rośliny podlano obficie i ręką artystki, Katarzyny Bartz-Dylewicz, umyto, fontanny niestety nie udało się zreanimować. Obejrzeliśmy też ciekawy zbiór fotografii ze zbiorów fundacji Redemptoris Missio zrobionych podczas pracy naszych kolegów w Kamerunie.

Pragniemy najserdeczniej podziękować znamienitym gościom z prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego profesorem Bartłojem Losterem i profesorem Stephenem Williamsem na czele, pani profesor Marii Kobyłańskiej znamienitej reprezentantce grona profesorów seniorów, profesorom i wykładowcom z wielu uczelni polskich i zagranicznych, studentom stomatologii,

którzy zaprezentowali fotografie z akcji „Spotkajmy się z uśmiechem” z okazji Dnia Zdrowia Jamy Ustnej FDI, Jonathanowi z Tajwanu i IV DDS, który ratował zęby dzieci w Birmie i zechciał pokazać ciekawy zbiór fotografii. Dziękujemy profesor Annie Surdackiej, prodziekanowi ds. Stomatologii i Panu dr Andrzejowi Ciśle za organizacyjne ogarnięcie wydarzenia i doprowadzenie go do szczęśliwego zakończenia.

Przepraszamy osoby przybyłe z Australii, które ugrzęzły na poziomie jeden przy lokalnym przysmaku za przedczesne zamknięcie sal fantomowych na B3 – wszystkie windy były sprawne, trzeba będzie raz jeszcze przyjechać. Dziękujemy pani doktor z Uniwersytetu Lwowskiego za pytanie: „Dlaczego ci Polacy studiuja we Lwowie skoro mają tu taką piękną szkołę?”. Dziękujemy doktorom nauk medycznych Stanisławowi Grajewskiemu i Andrzejowi Wąsikowi za fotogramy z dziedziny ornito-

logii i astronomii. Bardzo serdecznie dziękujemy też Wydawnictwu Uczelnianemu, pani dyrektor Dromireckiej, za pomoc w przygotowaniu posterów na bazie Albumu XX-lecia Drugiego Wydziału Lekarskiego, Studiu Viz-Line za ekspozycję, panu kanclerzowi Bogdanowi Poniedziałkowi i panu prezesowi Radosławowi Krawczykowskemu za umożliwienie, szerokim gestem, korzystania z przestrzeni Centrum Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Dziękujemy przełożonej pielęgniarce pani Ewie Knapp i wszystkim paniom o dobrych sercach, które nam po prostu pomogły, a panu Markowi Sajowi, dyrektorowi Biura WIL i pani Dominice Bazan z Działu Promocji UM dziękujemy „za wszystko”. I zapraszamy za rok na spotkanie w Centrum Stomatologii...

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA  
I KATARZYNA BARTZ-DYLEWICZ  
FOT. ŁUKASZ NOWICKI



## Dawka informacji

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych.

### Nowe władze w *Collegium Maius*



**Prof. dr hab. Andrzej Tykarski dziękuje przekazującemu obowiązek rektora prof. dr hab. Jackowi Wysockiemu.**

W obecności nowo wybranych prorektorów, kanclerza i rzecznika prasowego odbyło się uroczyste pożegnanie JM Rektora prof. dr hab. Jacka Wysockiego oraz formalne przekazanie obowiązków rektora jego następcy, prof. dr hab. Andrzejowi Tykarskiemu, rektorowi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na kadencję 2016–2020. Tym samym od 1 września 2016 r. nowe władze uczelni rozpoczynają urzędowanie w gmachu *Collegium Maius*:

- rektor – prof. dr hab. Andrzej Tykarski,
- prorektor ds. studenckich – prof. dr hab. Edmund Grzeško-wiak,
- prorektor ds. dydaktyki i kształcenia podyplomowego – prof. dr hab. Ryszard Marciniak,
- prorektor ds. organizacji, promocji i współpracy z regionem – prof. dr hab. Michał Musielak,
- prorektor ds. nauki i rozwoju uczelni – prof. dr hab. Michał Nowicki,
- prorektor ds. kadr i współpracy z zagranicą – prof. dr hab. Jarosław Walkowiak.

WWW.UMPEDU.PL

### 152 zł nie wystarcza

Narodowy Fundusz Zdrowia zbyt nisko wycenia leczenie onkologiczne – alarmują lekarze. Wielkopolskie Centrum Onkologii znów zakończy rok na minusie. Czy pacjenci mają powody do obaw? Po wejściu w życie pakietu onkologicznego na leczenie raka przeznaczane jest zbyt mało pieniędzy – to wnioski płynące z raportu wykonanego na zlecenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Lekarze podkreślają, że po zmianach duże placówki mają mniej pieniędzy na działalność. To stwarza zagrożenie dla prawidłowego przebiegu leczenia. Doba spędzona przez pacjenta w szpitalu wyceniania jest na 152 zł. – Nie możemy ciągle brnąć w stratę, a to drugi rok z ko-

lei, gdy to nam grozi. Każdy rozumie, co to oznacza: musimy gdzieś szukać oszczędności – mówił prof. Julian Malicki, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Wielkopolski Oddział NFZ tłumaczy, że wolne fundusze przesuwane są tam, gdzie tylko jest to możliwe.

SK

WWW.EPOZNAN.PL

### Apel NIL do ministra

2 września 2016 r. Naczelna Rada Lekarska wystosowała apel do ministra zdrowia w sprawie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i wzrostu wynagrodzeń. Czytamy w nim między innymi: Naczelna Rada Lekarska apeluje do ministra zdrowia o rewizję przedstawionych koncepcji wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz propozycji dotyczących minimalnego poziomu wynagradzania pracowników medycznych. Dziesięcioletnia perspektywa osiągnięcia nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 6% PKB budzi poważne obawy o bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Powszechnie wiadomo, że system opieki zdrowotnej w Polsce jest niedofinansowany, co w zestawieniach ukazujących poziom nakładów na ochronę zdrowia oraz średnie wydatki na leczenie w krajach Unii Europejskiej lokuje nasz kraj w niechlubnej końcówce. Samorząd lekarski od wielu lat nie-

Samorząd lekarski od wielu lat niezmiennie apeluje do rządzących o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Ochrona zdrowia w Polsce wymaga zdecydowanie szybszego wzrostu poziomu finansowania, gdyż w obecnej chwili system balansuje na granicy wydolności, co obniża poziom bezpieczeństwa całego systemu, zagrażając pacjentom i lekarzom.

zmiennie apeluje do rządzących o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Ochrona zdrowia w Polsce wymaga zdecydowanie szybszego wzrostu poziomu finansowania, gdyż w obecnej chwili system balansuje na granicy wydolności, co obniża poziom bezpieczeństwa całego systemu, zagrażając pacjentom i lekarzom. Dalszą konsekwencją tego stanu rzeczy jest odpływ wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych do innych krajów europejskich, gdzie warunki pracy oraz wynagrodzenia są lepsze niż w Polsce.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do ministra zdrowia o przygotowanie planu szybszego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz regulacji, które gwarantując minimalne wynagrodzenie za pracę pracowników medycznych, zapewnią, że będzie to wynagrodzenie na godnym poziomie, odpowiadającym wysokim kompetencjom tych pracowników oraz ich odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

WWW.NIL.ORG.PL

## Andrzej Piechocki

### Charakter eksperymentalny

Stanowisko onkologicznych towarzyszy naukowych i konsultantów krajowych w dziedzinie onkologii dotyczące stosowania pochodnych marihuany w leczeniu nowotworów: „W związku z toczącą się w Polsce dyskusją nad możliwością leczniczego zastosowania pochodnych marihuany w chorobach nowotworowych, pragniemy przekazać nasze stanowisko w tej sprawie. Badania sugerujące przeciwnowotworowe działanie tych preparatów miały wyłącznie charakter eksperymentalny, a ich wyniki nie zostały potwierdzone w warunkach klinicznych. Preparaty te nie są zarejestrowane w tym wskazaniu w jakimkolwiek kraju na świecie. Dotychczasowe doświadczenia w ich stosowaniu dotyczą wyłącznie niepożądanych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej i jej leczeniu, takich jak nudności i wymioty związane z chemioterapią lub radioterapią, bóle, duszność i brak apetytu”.

WWW.PTO.MED.PL

### Tylko Sativex

Aby leki mogły być stosowane w Polsce (również te na bazie ziela konopi indyjskich), muszą uzyskać pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Jest ono wydawane na podstawie wyników badań chemiczno-farmaceutycznych, przedklinicznych i klinicznych, których celem jest wykazanie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leku w proponowanych wskazaniach. Pozwolenie wydaje prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na wniosek zainteresowanego podmiotu. W Polsce jest dopuszczony do obrotu jeden produkt leczniczy zawierający w swoim składzie kannabinoidy – jest to lek o nazwie Sativex, stosowany w łagodzeniu objawów spastyczności u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Inne produkty lecznicze na bazie ziela konopi indyjskich, które są niedostępne w Polsce, mogą być sprowadzone z zagranicy w ramach tzw. importu docelowego – z kraju, w którym są dopuszczone do obrotu.

WWW.MZ.GOV.PL

## Pożegnania

### Aleksander Górny 26.02.1924 r. – 12.07.2016 r.

Specjalista chirurgii dziecięcej urodził się 26 lutego 1924 r. w Świecku Wsi pod Grudziądem. Siedem klas szkoły podstawowej ukończył w Jabłonowie Pomorskim. W czasie okupacji wywieziony został na prace przymusowe do Niemiec. Zaraz po wojnie przez rok służył w Marynarce Wojennej w Anglii. Po powrocie do Polski ukończył Gimnazjum i Liceum im. Żeromskiego w Toruniu. W 1949 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, które ukończył w 1954 r. Następnie rozpoczął pracę w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Poznaniu. Tam uzyskał II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii dziecięcej. Już jako doświadczony lekarz w 1965 r. przeniósł się na stałe do Gostynia i objął stanowisko dyrektora szpitala, a zarazem ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej. To właśnie w gostyńskiej placówce utworzył pierwszy w województwie poznańskim Oddział Chirurgii Dziecięcej, gdzie leczył dzieci z całego województwa. Przy Oddziale uruchomił Poradnię Chirurgii Dziecięcej.

Na emeryturę przeszedł w wieku 70 lat. Udzielał się również społecznie. Pracował w PCK, gdzie pełnił funkcję prezesa. Aleksander Górny otrzymał liczne odznaczenia i wyróżnienia – łącznie 36. W maju 2015 r. uczestniczył w jubileuszu 50-lecia istnienia Oddziału Chirurgii Dziecięcej gostyńskiego szpitala. Zmarł we wtorek 12 lipca 2016 r. Spoczął w środę 20 lipca na cmentarzu przy ul. Nowina 1 w Poznaniu. (za portalem *Gostyń24*)



### Był taki ktoś...

Historia naszego życia składa się w dużej mierze z okrucich wspomnień o ludziach, których spotkaliśmy, z którymi przyszło nam żyć, pracować, śmiać się, może płakać...

Kiedy w 1980 r. jako absolwent poznańskiej AM podjąłem pracę w gostyńskim szpitalu, dr Górny od wielu lat szefował tamtejszemu Oddziałowi Chirurgii Dziecięcej.

Spotykaliśmy się niemal codziennie na szpitalnych korytarzach, zebraniach, dyżurach. Bardzo energiczny, ale zarazem spokojny i zawsze życzliwy nigdy nie stwarzał wobec młodszych kolegów bariery wynikającej z doświadczenia i pozycji, jaką zajmował.

Był barwną postacią gostyńskiego szpitala nadającą tej lecznicy szczególnego uroku i kolorytu.

Wspominałem i będę wspominał Go ciepło, żałując minionego czasu, który zamknął się za nami na zawsze.

IRENEUSZ KIZER

## Zaproszenie do udziału we Mszy Świętej z okazji 1050-lecia Chrztu Polski

Naczelna Izba Lekarska oraz Wielkopolska Izba Lekarska mają zaszczyt zaprosić do udziału w uroczystej Mszy Świętej z okazji obchodów 1050-lecia Chrztu Polski przez samorząd lekarzy i lekarzy dentystów.

Msza Święta, której przewodniczyć będzie Prymas Polski Wojciech Polak, odbędzie się w dniu 7 października 2016 r. o godz. 12.00 w Katedrze Gnieźnieńskiej.

Szczegółowe informacje:

Jan Skrobisz – [biuro@wil.org.pl](mailto:biuro@wil.org.pl) lub 783 993 900.

## Zarządzanie profesjonalne

# Metody bycia szefem i lekarzem, czyli... lubimy i stosujemy to, co rozumiemy

Część 2.

W części 1 artykułu zostały omówione metody zarządzania w medycynie takie jak: zarządzanie przez cele, zarządzanie przez obchód, zarządzanie przez coaching. W części 2 zostaną omówione kolejne metody zarządzania: zarządzanie przez wyjątki i zarządzanie przez partycypację, a także korzyści i negatywy wynikające ze stosowania znanych metod zarządzania.

### Zarządzanie przez wyjątki

Ta metoda zarządzania jest jedną z nielicznych, polegających na transferze informacji „z dołu do góry”, czyli od pracowników i współpracowników do szefa. Zarządzający tak kieruje zespołami i działaniami, aby móc rozwiązywać wyłącznie problemy i być obecnym tylko w kluczowych momentach działania organizacji. Oszczędza dzięki temu czas, może realnie prowadzić własną praktykę, nie poświęcając znaczącej ilości czasu na pełną kontrolę wszystkich jednostek i każdego z procesów (np. poprawności realizacji procedur). Dzięki tej metodzie szef otrzymuje informacje skondensowane i tylko takie, które są odchyleniami. Jest to metoda bardzo użyteczna w medycynie, lecz rodzi wiele niebezpieczeństw przy zarządzaniu organizacją. Zarządzanie przez wyjątki jest cenną metodą przy wypracowywaniu nowych procedur czy wszelkich reorganizacjach.

### Przykład

Profesor przyjmuje pacjentów, pomimo że jest szefem zespołu 23 lekarzy. Przyjmuje zasadę, że jeśli wszystko przebiega prawidłowo, nie ma potrzeby, by go o tym informować. Raz w tygodniu księgowa i marketing składają mu raporty i to jest dostatecznym źródłem informacji zarządczych, gdy wszystko przebiega planowo. Lecz jeśli pojawiają się jakiegokolwiek odchylenia, profesor jest informowany o nich natychmiast i może decydować lub tylko pilnie obserwować, co w danej sytuacji będzie się działo. W przeszłości została ustanowiona struktura organizacyjna oraz procedury postępowania w taki sposób, że codzienna praca nie wymaga nadzoru najwyższego przełożonego.

### Zarządzanie przez partycypację

Jest to jedna z bardziej lubianych metod zarządzania istniejąca naturalnie w medycynie, kiedy szef widzi potencjalnego następcę lub następców i uczy współdecydowania. Zarządzanie przez partycypację zakłada, że jeden lub kilku współpracowników (lub też wszyscy) są włączani w procesy zarządzania, czyli w planowanie, organizację zasobów do pracy, motywowanie i kontrolę. Dzięki temu personel doskonale rozumie ograniczenia firmy, może współkształtować rozwój zarówno swój, jak i organizacji, bezpiecznie komunikować się w obrębie całych zespołów medycznych lub między nimi. Ta metoda jest niebezpieczna dla

Doktor n. ekon. Magdalena Szumska od 2001 r. współzarządza jednostkami medycznymi. Badawczo i wdrożeniowo interesuje się problematyką zarządzania i marketingu oraz relacjami w usługach medycznych, z nastawieniem na prawolubność i doskonałe wyniki jednostek medycznych. Ukończyła z najwyższą oceną studia na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu na Wydziale Zarządzania, a następnie Institut de Gestion de Rennes IGR-IAE na Université de Rennes we Francji; doktoryzowała się w 2004 r. Autorka kilkudziesięciu publikacji, w tym książek i podręczników dla lekarzy, zarządzających i personelu średniego. Wprowadziła pojęcie trudnego pacjenta w medycynie. Ekspert w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi.



firmy wówczas, gdy wśród członków zespołów jest za dużo osób chcących zostać liderami, tworzących zamieszanie, krytykantów i niechętnych do pracy ponad typowe czynności wynikające z zadań medycznych.

### Podsumowanie

Każdy szef, a w szczególności szef-lekarz, powinien zwrócić szczególną uwagę na fakt doboru metody zarządzania do konkretnej sytuacji, swoich umiejętności, czasu, którym dysponuje i spodziewanych efektów. Wśród metod zarządzania wyróżnić można kilkanaście, które są z powodzeniem stosowane podczas codziennej pracy w placówkach medycznych. Najbardziej popularne to: zarządzanie przez cele, zarządzanie przez obchód, zarządzanie przez coaching, zarządzanie przez wyjątki, zarządzanie przez partycypację. Wszystkie metody można łączyć, mieszać lub stosować naprzemiennie w stosunku do całych zespołów lub pojedynczych osób.

ARTYKUŁ PIERWSZY RAZ WYDRUKOWANY W MEDICAL MAESTRO MAGAZINE, VOL. 16/2016 WWW.MEDICALMAESTRO.PL

### Korzyści ze stosowania znanych metod zarządzania:

- znając wcześniej wady i zalety danej metody, można dobrać takie spośród nich, które najlepiej odpowiadają sytuacji panującej w firmie oraz samemu zarządzającemu;
- jest możliwość analizy słabych punktów i wypracowania własnych metod minimalizacji ryzyk związanych z zastosowaniem ich w swojej firmie;
- opisane metody powstały na skutek doświadczeń wielu firm, ich działanie jest już sprawdzone i nie trzeba powtarzać cudzych błędów.

### Negatywy (ryzyka) wynikające ze stosowania znanych metod zarządzania:

- wybrana metoda może nie pasować do sytuacji w naszej firmie;
- jest wiele metod zarządzania i najczęściej stosuje się metody mieszane, a nie te opisane modelowo;
- korzystanie z jednej metody zarządzania to zwykle za mało; na co dzień stosuje się mieszankę odpowiednio dobranych metod do różnych zespołów, grup zawodowych, a nawet konkretnych osób;
- niektóre z metod wymagają dużej ilości czasu, a więc w wypadku lekarza prowadzącego firmę może pojawić się konieczność ograniczenia praktyki lekarskiej na rzecz pracy w roli zarządzającego.



## Lekarze – patroni wielkopolskich szpitali

### Oskar Bielawski (1891–1973)

**W**ojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie od lat 90. XX w. nosi imię Oskara Stanisława Bielawskiego. Patron szpitala urodził się 20 lutego 1891 r. w Homlu na Polesiu. Pochodził ze zubożałej rodziny szlacheckiej, jego ojciec był konduktorem. Oskar Bielawski miał sześćio-rodzeństwa: siostra Ewelina była stomatologiem, brat Józef – księdzem katolickim, Edwin ekonomistą, dwoje z rodzeństwa zginęło podczas wojny – Henryk w Rosji, a Zofia w Oświęcimiu.

Oskar Bielawski zdał maturę po ukończeniu V Gimnazjum w Warszawie. Studia lekarskie rozpoczął na Uniwersytecie w Dorpacie. 8 sierpnia 1914 r. został powołany jako podlekarz do armii rosyjskiej. Podczas służby był ordynatorem szpitala polowego nr 79 oraz pociągu sanitarnego 1024. Walczył na froncie rumuńskim, gdzie 18 sierpnia 1916 r. został ranny. Odznaczono go Orderami Świętego Stanisława II i III klasy oraz Orderem Świętej Anny III klasy.

W latach 1917–1918 w Odessie kontynuował studia na uniwersytecie i uzyskał dyplom lekarza. Wstąpił tam do III Korpusu Polskiego. 26 listopada 1921 r. został zwolniony do rezerwy w stopniu podporucznika. Po wojnie polsko-bolszewickiej rozpoczął pracę w Zakładzie Psychiatrycznym w Dziekance. Objął stanowisko starszego ordynatora. W 1924 r. został zastępcą redaktora naczelnego „Nowin Psychiatrycznych”. W 1929 r. powierzono mu stanowisko dyrektora kościańskiego zakładu psychiatrycznego. Podczas zarządzania szpitalem stworzył z niego nowoczesny zakład leczniczy. Reformował opiekę nad chorymi, zlikwidował kilkadziesiąt separatek, wprowadził system otwartych drzwi, usunął wysokie mury i zlikwidował kraty w oknach. Stał się pionierem przekształcania zakładów zamkniętych na instytucje o charakterze sanatoryjnym. Był przeciwnikiem stosowania kaftanów bezpieczeństwa. Zasłynął ze stwierdzenia, że: „im gorzej śpi lekarz, tym lepiej ma chory”. Był zwolennikiem wykorzystywania podczas terapii boiska piłkarskiego, warsztatów rzemieślniczych (ergoterapia), sali gimnastycznej oraz teatralnej.

Oskar Bielawski zorganizował w 1935 r. drukarnię na terenie szpitala i rozpoczął wydawanie „Nowin Psychiatrycznych” oraz założył czasopismo naukowe „Higiena Psychiczna”. Pismo propagowało ideę eugeniczną, ze sterylizacją i eutanazją włącznie. W pierwszym numerze „Higieny Psychicznej” Bielawski opublikował „Projekt ustawy eugenicznej z zakresu eugeniki zapobiegawczej”. Projekt ten został odczytany rok wcześniej przez Wernica na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, a następnie zgłoszony do najwyższej Rady Lekarskiej Departamentu Służby Zdrowia. Zakładał on sterylizację jednostek ułomnych. Programem narodowej sterylizacji miały być bezwarunkowo objęte osoby chore fizycznie, psychicznie, obciążone genetycznie, które jednak mogłyby przebywać na wolności, a nawet zawierać małżeństwa, lecz nie powinny mieć potomstwa.

Po wybuchu II wojny 24 sierpnia 1939 r. jako kapitan rezerwy Bielawski został powołany do Batalionu Obrony Narodowej „Kościan”. Podczas kampanii wrześniowej został ranny. Kolejne lata wojny spędził w niemieckiej niewoli. Swoje doświadczenie zawodowe wykorzystywał, pomagając więźniom obozów w przetrwaniu okresu niewoli.



Po wojnie stworzył w Wonieściu zakład leczenia nerwic, utworzył pierwsze sanatorium dla dzieci z problemami psychiatrycznymi i neurologicznymi w Splawiu. W 1950 r. utworzył oddział odwykowy dla alkoholików w Siekowie, w 1954 r. oddział dla chłopców w Mościskach, a w 1955 r. oddział dla dziewcząt w Cichowie. Dzięki jego wsparciu powstała w 1953 r. Szkoła Pielęgniarstwa Neuropsychiatrycznego. Po śmierci córki Joanny we wrześniu 1954 r. na polecenie Jakuba Bermana, ówczesnego wicepremiera, pod pretekstem alkoholizmu do kościańskiego szpitala trafił przymusowo Władysław Broniewski. Podczas pełnienia obowiązków dyrektora Bielawski wspomagał prześladowanych przedwojennych oficerów i żołnierzy konspiracji, odmawiał współpracy z UB, ograniczał wszelkie próby mieszania się w sprawy sanatorium lokalnych działaczy partyjnych. W wyniku tego 1 kwietnia 1957 r. na wniosek PZPR Oskara Bielawskiego zwolniono z pracy w Kościanie. Mimo nieprzychylnego stanowiska Partii stworzył on w Poznaniu Wojewódzką Radę Zdrowia Psychicznego, w której to objął stanowisko kierownika. Z końcem 1964 r. przeszedł na emeryturę. W 1965 r. był kierownikiem i lekarzem specjalistą Poradni Zdrowia Psychicznego dzielnicy Wilda w Poznaniu, a po przeniesieniu do Warszawy w latach 1968–1971 pracował w poradniach specjalistycznych w Otwocku.

Oskar Bielawski był dwukrotnie żonaty. W 1916 r. ożenił się z Jadwigą Zofią Milianowicz, z którą miał córkę Irenę Krystynę (ur. 1922) – prawniczkę, oraz syna Zdzisława (1925–1959), inżyniera. Ponowny związek małżeński zawarł w 1948 r. z lekarką Elżbietą Imierowską. Z małżeństwa tego urodziło się trzech synów: Maciej Zaremba Bielawski (ur. 1951 r.), Jacek (ur. 1953 r.), chemik, i Jarema (ur. 1955 r.), konserwator. W 1969 r. żona z dziećmi wyjechała do Szwecji. Oskar Bielawski zmarł 14 listopada 1973 r. Został pochowany w Warszawie.

DR N. MED. TOMASZ KAZAŁO  
 PROF. NADZW. DR HAB. ANDRZEJ GRZYBOWSKI

## Harmonogram kursów na jesień 2016 r.

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Oплата	Sposób zapisu
1	Stres, empatia, asertywność. Wypalenie zawodowe w służbie zdrowia – Małgorzata Swojak	1.10.2016 (I dzień) godz. 9:00–17:00 8.10.2016 (II dzień) godz. 9:00–17:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wypalenie zawodowe i sposoby jego unikania</li> <li>Stres – rozpoznawanie, skalowanie, przeciwdziałanie</li> <li>Psychologiczne aspekty eliminowania wypalenia zawodowego i redukcji stresu</li> <li>Rodzaje/typologia zachowań ludzkich</li> <li>Podjęcie decyzji – potrzeby racjonalne i emocjonalne</li> <li>Empatia, asertywność, agresja, uległość</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
2	Dokumentacja medyczna w ujęciu prawnym – mec. Anna Piotrowska-Musiol, mgr Marek Saj	19.10.2016 godz. 18:00–20:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zasady i okresy przechowywania dokumentacji medycznej</li> <li>Dokumentacja medyczna a prawa pacjenta</li> <li>Prawne aspekty elektronicznej dokumentacji medycznej</li> <li>Udostępnianie dokumentacji medycznej</li> <li>Dane osobowe a dokumentacja medyczna – ochrona danych osobowych w gabinecie lekarskim</li> </ul>	2	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
3	Rekonstrukcja protetyczna zębów po leczeniu endodontycznym – dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	21.10.2016 godz. 18:00–20:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biomechanika zębów leczonych endodontycznie</li> <li>Rodzaje wkładów koronowych</li> <li>Przygotowanie tkanek twardych zębów pod wkłady koronowo-korzeniowe</li> <li>Zasady postępowania kliniczno-laboratoryjnego</li> <li>Materiały i techniki zabiegowe</li> <li>Niepowodzenia w leczeniu protetycznym</li> </ul>	2	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
4	Kurs komputerowy	24.10.2016 (I dzień) godz. 9:00–13:00 25.10.2016 (II dzień) godz. 9:00–13:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 w.220 lub 601 799 706
5	Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia – dr n. med. Rafał Surmacz, dr n. med. Paweł Panieński, mgr Ryszard Szpunar, mgr Tomasz Magdziak, mgr Karol Juszkowski, mgr Marcin Rybakowski, lek. Michał Szemień	28.10.2016 godz. 10:00–16:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: <ul style="list-style-type: none"> <li>zapobieganie zatrzymaniu krążenia</li> <li>stany zagrożenia życia w gabinecie</li> <li>algorytm ALS</li> <li>resuscytacja i defibrylacja</li> <li>stymulowane przypadki kliniczne</li> </ul>	5	200 zł	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
6	Ekonomia w działalności leczniczej IPL i IPD. Warsztat dla lekarzy prowadzących prywatne gabinety – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	29.10.2016 godz. 10:00–14:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskaźniki</li> <li>Przejrzystość w układzie księgowy – właściciel gabinetu</li> <li>Wynagradzanie lekarzy współpracujących</li> <li>Recepcja i personel medyczny</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
7	ALS – ADVANCE LIFE SUPPORT. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne dla osób dorosłych – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, mgr Ryszard Szpunar, mgr Karol Juszkowski	5.11.2016 (I dzień) godz. 8:30–18:30 6.11.2016 (II dzień) godz. 8:00–16:30 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: <ul style="list-style-type: none"> <li>dostęp dożylny</li> <li>wentylacja przyrządowa</li> <li>intubacja</li> <li>możliwość generowania zaburzeń rytmu serca</li> <li>wykonanie defibrylacji</li> </ul>	12	950 zł (WIL) 1150 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
8	Mowa ciała lekarza – relacje z pacjentami – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	7.11.2016 godz. 10:00–14:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mowa ciała</li> <li>Powitanie z pacjentem</li> <li>Jak ukryć emocje</li> <li>Mowa ciała człowieka akceptowanego, lubianego</li> <li>Mowa ciała sukcesu komunikacyjnego</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
9	Negocjacje w medycynie dla lekarzy prowadzących gabinety i przychodnie – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	7.11.2016 godz. 14:30–18:30 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przypadki wygranych negocjacji w medycynie</li> <li>Metody negocjacji</li> <li>Negocjacje ze stałym pracownikiem</li> <li>Zamykanie negocjacji</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
10	Kurs komputerowy	8.11.2016 (I dzień) godz. 9:00–13:00 9.11.2016 (II dzień) godz. 9:00–13:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom średnio zaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 w.220 lub 601 799 706
11	Kurs komputerowy	19.11.2016 (I dzień) godz. 9:00–13:00 26.11.2016 (II dzień) godz. 9:00–13:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 w.220 lub 601 799 706
12	Kliniczno-laboratoryjne przyczyny uszkodzeń uzupełnień ceramicznych oraz możliwości ich wewnątrzustnej naprawy – dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	25.11.2016 godz. 18:00–20:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przyczyny uszkodzeń metalowo-ceramicznych</li> <li>Przyczyny uszkodzeń uzupełnień jednolicie ceramicznych</li> <li>Wewnątrzustna naprawa uzupełnień ceramicznych</li> <li>Trybochemiczne przygotowanie powierzchni podbudowy ceramiki i stopu metalu</li> </ul>	2	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
13	Zarządzanie dla liderów w medycynie. Kierownik skuteczny w zespołach medycznych. Techniki i metody – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	30.11.2016 godz. 10:00–14:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jakość zarządzania i kierowania ludźmi</li> <li>Metody zarządzania</li> <li>Techniki kierowania zespołami medycznymi</li> <li>Metody wpływania na personel</li> <li>Lider i szef to nie to samo</li> <li>Skuteczna krytyka</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
14	Trudny pacjent w gabinecie lekarza rodzinnego – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	30.11.2016 godz. 17:00–21:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wieloosobowe wizyty u lekarza rodzinnego</li> <li>Problematyka pacjenta przedłużającego wizytę</li> <li>Choroby całej rodziny, a zarządzanie czasem</li> <li>Trudny pacjent – typy i sposoby radzenia sobie</li> <li>Case study – przykłady prawidłowych rozwiązań w pracy z trudnymi pacjentami</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
15	Stopy metali w praktyce klinicznej – nadzieje i zagrożenia – dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	2.12.2016 godz. 18:00–20:00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podział stopów metali wg klasyfikacji ADA nr 5</li> <li>Przyczyny oraz rodzaje korozji w jamie ustnej</li> <li>Działania cytotoksyczne i alergizujące produktów korozji</li> <li>Test Melisa</li> <li>Tlenek cyrkonu jako alternatywa dla stopów metali</li> </ul>	2	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozostał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Oплата	Sposób zapisu
16	Stomatologia i trudny pacjent – dr n. ekon. Magdalena Szumska	2.12.2016 godz. 13.00–18.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trudny pacjent w prywatnym gabinecie stomatologicznym</li> <li>• Zarządzanie wizytami, reklamacjami</li> <li>• Typy trudnych pacjentów</li> <li>• Case study – przykłady prawidłowych rozwiązań w pracy z trudnymi pacjentami</li> <li>• Czynności, jakie lekarz może zlecić recepcjonście/asystentowi</li> </ul>	–	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozo- stał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
17	Kurs komputerowy	7.12.2016 (I dzień) godz. 9.00–13.00 8.12.2016 (II dzień) godz. 9.00–13.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom średniozaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 w.220 lub 601 799 706
18	Funkcjonalne i estetyczne uzupełnienia protetyczne o minimalnej inwazyjności – dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	9.12.2016 godz. 18.00–21.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estetyka przedniego odcinka łuku zębowego</li> <li>• Kompozycja twarzowa, twarzowo-zębowa, zębowa i dziąsłowa</li> <li>• Metody wizualizacji nowego uśmiechu</li> <li>• Rodzaje licówek i mostów adhezyjnych</li> <li>• Kondycjonowanie dożebowej powierzchni licówek mostów adhezyjnych</li> </ul>	3	50 zł kaucja (WIL) 50 zł (pozo- stał)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706

# Rzecz nie w nowym prawie

O tym tragicznym wydarzeniu szeroko pisały i mówiły media. W dyżurce lekarskiej pracownicy szpitala w Białogardzie zastali zwłoki 44-letniej anestezjolog. Według informacji rzecznika prasowego miała ona nie opuszczać szpitala przez cztery doby. Policja wykluczyła udział osób trzecich.

**W** informacjach na ten temat wskazywano, że nagły zgon jest ryzykiem, które dotyczy osób wykonujących różne zawody. I to nawet bez większego związku z przemęczeniem. Równocześnie pojawiła się teza, że śmierć nastąpiła wskutek przepracowania. „Nie można oczywiście wykluczyć – pisze Paweł Walewski na stronie [www.polityka.pl](http://www.polityka.pl) – że tragiczna śmierć podczas dyżuru trwającego czwartą dobę została wywołana długotrwałym stresem i krańcowym wycieńczeniem. Wprawdzie trudno mi sobie wyobrazić, by lekarz bez choćby kilkugodzinnego odpoczynku czuwał przez tyle godzin (po to w szpitalach są umeblowane dyżurki, by było tam łóżko, gdzie dyżuranci mogą się choć trochę przespać), ale niewątpliwie skrajne zmęczenie jest czynnikiem mogącym sprowokować zapaść. Nie jest jednak tak, by był to czynnik jedy. W doniesieniach medialnych – kontynuuje Walewski – dominuje zdziwienie, że szpital nie ma sobie nic do zarzucenia. Ale dziwić się nie ma czemu, bo jak wynika z relacji, pani doktor pełniła dyżury na podstawie zawartego kontraktu – sama była jednoosobową firmą, która bez przymusu zgadzała się na to, by pracować niezgodnie z zasadami bezpieczeństwa. Najwyższa Izba Kontroli już kilkakrotnie zwracała uwagę na nagminne przekraczanie dopuszczalnych norm czasu pracy w polskich szpitalach. Zgodnie z prawem jest to w tygodniu najwyżej 80 godzin, ale lekarze przedsiębiorcy (związani z zakładem pracy nie etatem, lecz umową cywilnoprawną) mogą zgadzać się na pracę ponad ten limit i czynią to na własną odpowiedzialność, kiedy chcą więcej zarobić. Lekarza kontraktowego zgodnie z prawem nikt nie rozlicza z przepracowanych godzin i może on pracować bez obowiązkowej 11-godzinnej przerwy na odpoczynek (a stawki za dyżury są w większości szpitali spore). Tak wyniszczająca praca nie pozostaje bez wpły-



wu na bezpieczeństwo pacjentów, ale jak widać, może boleśnie uderzyć w pracownika”.

Naczelna Izba Kontroli sugeruje, aby wprowadzić przepisy uniemożliwiające dyrektorom szpitali zawieranie umów kontraktowych bez zachowania unijnych norm. Mówił o tym portalowi Termedia.pl także Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej: „Nie ma potrzeby tworzenia nowych regulacji czy ustaw, wystarczy pełne przyjęcie obowiązujących regulacji europejskich, bez tricków umożliwiających ich obejście. Regulacje europejskie są bardzo elastyczne i praktyczne, i w praktyce pozostawiają spore pole manewru zarówno lekarzom, jak i ich pracodawcom. Przyjęte zostały w wyniku długiej i wyczerpującej debaty. I wzięto podczas niej pod uwagę wszystkie wątpliwości sceptyków. Z debaty jednoznacznie wynikało, że mimo wszystko są potrzebne, że jednak poleganie wyłącznie na zdrowym rozsądku nie zawsze zdaje egzamin. Boleśnie przekonujemy się o tym także teraz w Polsce. Jednak ograniczenia są niezbędne, a ich zakres i procedura w dużej mierze już wypracowana. I choć nowe prawo jest niepotrzebne, potrzebna jest lepsza kontrola nad wykonaniem obowiązujących przepisów”.

(AP)

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

# Ruszył pilotaż DDOM-ów

Domy te mają być przeznaczone przede wszystkim dla osób powyżej 65. roku życia, które w ostatnich dwunastu miesiącach korzystały z leczenia szpitalnego, a ich stan zdrowia wymaga stałej i wzmożonej opieki pielęgnacyjnej, kontroli terapii farmakologicznej oraz specjalistycznych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności. Mają być ważnym elementem środowiskowych form opieki medycznej. Wpisane są w politykę senioralną.

**K**onkurs na tworzenie dziennych domów opieki medycznej (DDOM) został rozpisany ponad rok temu w ramach unijnego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Powstał on w odpowiedzi na „potrzeby reform w obszarach zatrudnienia, włączenia społecznego, edukacji, szkolnictwa wyższego, zdrowia i dobrego rządzenia. Będzie też wspierał innowacje społeczne i współpracę ponadnarodową w wymienionych obszarach oraz wdrażanie w Polsce inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych”. Jego beneficjentami mogą być fundacje, stowarzyszenia, organizacje kościelne, publiczne i niepubliczne placówki, które mają kontrakt z oddziałem wojewódzkim NFZ.

Według założeń programu, miałyby powstać 54 takie domy. Ministerstwo Zdrowia właśnie podpisało pierwszych sześć umów na dofinansowanie utworzenia DDOM. Docelowo przeznaczony na to 52 mln zł. Etap pilotażu będzie ważny i rozstrzygający dla powodzenia tego przedsięwzięcia, które adresowane jest do osób starszych. Powinien on pozwolić

na sprecyzowanie odpowiedniego standardu tak sprawowanej opieki medycznej. Od 2018 r. zaakceptowany model miałyby być wdrażany w ramach regionalnych programów operacyjnych. Dienne domy opieki medycznej przeznaczone są głównie dla osób niesamodzielnych po 65. roku życia. Korzystałyby one z zabiegów zdrowotnych, pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych, których nie można wykonać w miejscu ich zamieszkania. Zdaniem autorów projektu, z czasem podopieczni powinni samodzielnie wykonywać więcej codziennych czynności.

Przewiduje się różnorodne formy DDOM-ów: odrębny i samodzielny podmiot leczniczy, wyodrębniona część placówki POZ, zespołu szpitalnego, poradni geriatrycznej. Liczbę pacjentów szacuje się na 10–15. Ministerstwo Zdrowia zakłada, że w pierwszym miesiącu będą oni przebywać w domu 8–10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, następnie liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń mogłyby być stopniowo zmniejszane do 4 godzin dziennie. Udomowione warunki szpitalne powinny mieć wpływ na obniżenie u osób starszych poziomu stresu w następstwie obecności w nowym otoczeniu.

Przyjęcie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel). Skierowanie wydaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz udzielający świadczeń w szpitalu.

Zdaniem wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wollontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” dr Anny Jakrzewskiej-Sawińskiej, zasady tworzenia tych domów są mało elastyczne. A powinny takie być, gdyż – jej zdaniem – starsi pacjenci są bardzo różni i każdy z nich wymaga indywidualnego podejścia. – *Wydaje mi się, że tego nie przygotowali fachowcy. Do dziennego domu za granicą najpierw pacjent przychodzi na próbę, na krótko, a dopiero w kolejnych etapach spędza w nim więcej dni. Tymczasem u nas jest odwrotnie* – powiedziała redaktorowi Jackowi Wykowskiemu ([www.rynekseniora.pl](http://www.rynekseniora.pl), „Pierwszeienne domy opieki medycznej: szanse powodzenia są duże, ale...”). Jej wątpliwości dotyczą także czasu pobytu w DDOM-ach: – *Podopieczni po 6 miesiącach idą do domu i co dalej? Według mnie, warto byłoby objąć takich pacjentów chociażby teleopieką czy tak przystosować ich miejsce zamieszkania, by potrafili sobie poradzić poza systemem opieki dziennej. Osobiście brakuje mi zarówno „mapy drogowej”, jak i całościowej wizji działań w zakresie opieki dziennej. Na dodatek zarówno organizacje na szczeblu lokalnym, jak i krajowym, nie współpracują z sobą. Nie ma wymiany doświadczeń, koordynacji między resortami.*

W „Hospicjum Domowym” zaawansowany jest projekt monitoringu medycznego w specjalnie przystosowanych mieszkaniach jego podopiecznych. Stowarzyszenie ma wiele osiągnięć i doświadczeń, od lat opiekuje się bowiem nieuleczalnie chorymi dorosłymi i dziećmi w ich domach, dba o zdrowie oraz lepsze samopoczucie seniorów, zarówno aktywnych, jak i tych, którzy mają problemy zdrowotne.



**Dr Anna Jakrzeska-Sawińska: Brakuje mi zarówno „mapy drogowej”, jak i całościowej wizji działań w zakresie opieki dziennej.**

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

ANDRZEJ PIECHOCKI

## W ZMIENIAJĄCYM SIĘ ŚWIECIE SPECJALIŚCI ZASŁUGUJĄ NA KREDYT NA SPECJALNYCH WARUNKACH

### KREDYT BIZNES LIDER

Warunki specjalne dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej:

- marża od 1,5%
- prowizja za udzielenie kredytu od 0 zł
- szybka decyzja kredytowa
- minimum formalności



## BGŻ BNP PARIBAS

Bank  
zmieniającego się  
świata

### Masz pytania? Prosimy o kontakt

Joanna Dymarkowska, tel. +48 603 055 040 ■ Monika Wolińska, tel. +48 665 381 514 ■ Lidia Walkowiak, tel. +48 667 895 816 ■ Beata Janczewska, tel. +48 601 364 104

Kredyt Biznes Lider przeznaczony na cele działalności bieżącej przedsiębiorstwa, skierowany jest do osób prowadzących działalność gospodarczą, będących jednocześnie członkami WIL. Członek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - lekarz, stomatolog, osoba fizyczna identyfikująca się dokumentem nadającym Prawo Wykonywania Zawodu lub legitymacją lekarską wydaną przez Wielkopolską Izbę Lekarską lub podmiot (osoba) znajdujący się w Centralnym Rejestrze Lekarzy (<http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejiek/hurtid>). Niniejszy materiał ma charakter wyłącznie reklamowy i informacyjny - nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Promocja trwa od 1.10.2016 r. do 31.12.2016 r. Skierowana jest do nowych i obecnych Klientów BGŻ BNP Paribas S.A. zaklasyfikowanych do segmentu Klientów Biznesowych (mikroprzedsiębiorstw) niepodlegających ustawie o rachunkowości (Księżka przychodów i rozchodów, ryczałt ewidencjonowany, karta podatkowa). Oferta cenowa uzależniona jest od decyzji Klienta i jego chęci przystąpienia do ubezpieczenia typu A lub B. Informacje dotyczące ubezpieczenia typu A lub B dostępne są na stronie internetowej Banku [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl) oraz w Oddziałach Banku. Szczegółowe informacje dotyczące warunków udzielenia kredytu, oprocentowania, spłat i prowizji dostępne są w Oddziałach Banku oraz na stronie [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl). Kredyt udzielony jest bez zabezpieczeń na warunkach i zasadach szczegółowo określonych w umowie z Klientem. Dostępność produktu oraz warunki kredytowania uzależnione są od wyniku przeprowadzonej przez Bank analizy zdolności kredytowej Klienta na podstawie przekazanych przez niego informacji. Dotrzymanie wskazanych powyżej terminów jest uzależnione m.in. od dostarczenia przez Klienta niezbędnych informacji oraz dokumentów. Świadczenie reklamowanych usług i produktów bankowych następuje na warunkach szczegółowo określonych w umowie zawartej z Klientem oraz w Regulaminach i Taryfie prowizji i opłat dostępnych w Oddziałach Banku BGŻ BNP Paribas S.A. oraz na stronie [www.bgzbnpparibas.pl](http://www.bgzbnpparibas.pl). Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000011571, posiadający NIP 526-10-08-546 oraz kapitał zakładowy w wysokości 64 238 318 zł w całości wpłacony.



Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy  
w Poznaniu  
ul. Poznańska 55A

**zatrudni  
specjalistów  
w zakresie  
okulistyki**

Posiadamy dwa odrębne gabinety lekarskie  
wyposażone w sprzęt diagnostyczny.  
Praca w godzinach 8.00–13.00.

Zainteresowanych prosimy o kontakt  
pod nr tel. 61 8467 132, e-mail: [medycyna.pracy@wcmp.pl](mailto:medycyna.pracy@wcmp.pl)



# LOKALE

NA GABINET  
PRZYCHODNIĘ  
KLINIKĘ

Możliwość adaptacji wnętrza.

Lokale od **69-163 m<sup>2</sup>** (łącznie ponad **600 m<sup>2</sup>**).  
512 757 220 [www.zurawiniecpoint.pl](http://www.zurawiniecpoint.pl) 512 757 350

## Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

## Niemierzalne bajdurzenia

Jesień to dla wielu symbol przemijania  
Czasu. Kiedy we wrześniu się zaczyna,  
Skłania do przemyśleń i analizowania:  
Zastanawiam się ile, i co to jest krztyna?

Szukam jej w Google i słownikach,  
Książkach, baśniach oraz skryptach...  
Pewnie niedługo dostanę już bzika:  
Bo czy krztyna to może być szczypta?

Myślałem, że to jakby szczęścia łut  
Potrzebny do ożenku lub zamęścia.  
Lecz jeśli to jest nieco lub ciut-ciut,  
To – czy dużo będzie tego szczęścia?

Rozmyślałam i dumam po całych dniach  
Czy krztyną może być na przykład cno?  
(W przysłowiu zło mierzymy w cnach).  
Nie, krztyna jest dobra, to nie jest to!

Sprawa z pewnością jest kuriozalna  
Lecz dzięki wnukom wnet się wyjaśniło!  
Powiedziały: krztyna jest niemierzalna  
Dziadku, jak smutek, dobroć albo miłość...

Nieoznaczalna szczypta pieprzu, soli  
Korzystnie smak potraw nam zmienia,  
A krztyna pogody ducha wnet pozwoli  
Problemy zmieniać w nanozmartwienia.



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

## BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

**siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51**

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;  
praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;  
księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66

e-mail: [izba@wil.org.pl](mailto:izba@wil.org.pl) [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

**Konto WIL: PKO BP SA  
4. Oddział w Poznaniu  
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

### ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

#### DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64  
przewodniczący – lek. Mariusz Pluciński  
tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908  
sekretarki – Maria Linkowska, Elżbieta Konopiata  
[kalisz@wil.org.pl](mailto:kalisz@wil.org.pl)

#### DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2  
przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska  
tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909  
sekretarka – Izabela Tomaszewska  
[konin@wil.org.pl](mailto:konin@wil.org.pl), [www.wil.konin.pl](http://www.wil.konin.pl)

#### DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47  
przewodnicząca – lek. Lidia Dymalska-Kubasik  
tel. 65 526 67 44, tel./faks 65 526 65 59, tel. kom. 783 993 911  
sekretarka – Hanna Krukowiecka  
[leszno@wil.org.pl](mailto:leszno@wil.org.pl), [www.wil.leszno.pl](http://www.wil.leszno.pl)

#### DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2  
przewodnicząca – dr n. med. Aldona Pietrysiak  
sekretarka – Małgorzata Szyliniec  
tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910  
[pila@wil.org.pl](mailto:pila@wil.org.pl), [www.delegaturapilska.poznet.pl](http://www.delegaturapilska.poznet.pl)

#### DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14  
przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak  
tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907  
[delost@wp.pl](mailto:delost@wp.pl)

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,  
Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki

#### Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl), <http://www.termedia.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.



znajdź nas na Facebooku

**BIURO RACHUNKOWE****mgr Zofia Szczerkowska**60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14  
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255  
e-mail: [biuro@filobiuro.pl](mailto:biuro@filobiuro.pl), [www.filobiuro.pl](http://www.filobiuro.pl)Prywatna Lecznica  
CERTUS zatrudni**INTERNISTĘ  
I RADIOLOGA**Prosimy o kontakt pod  
nr telefonu 507 003 855,  
[kierownik.dp@certus.med.pl](mailto:kierownik.dp@certus.med.pl)**OGŁOSZENIE**  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**DADENT**

w Środzie Wielkopolskiej,

**zatrudni  
lekarzy  
stomatologów.**Informacje można uzyskać  
pod numerem telefonu 61 285 81 40  
lub telefon komórkowy 507 046 500,  
e-mail: [dadent@wp.pl](mailto:dadent@wp.pl).**Praca z mieszkaniem****KLINIKA  
PROMIENISTA**NZOZ  
KLINIKA PROMIENISTA  
w Poznaniu  
nawiąże współpracę  
z lekarzami specjalistami● chirurgii ● endokrynologii  
● kardiologii ● laryngologii ● ortopedii  
w zakresie PRYWATNEGO AMBULATORIUM  
oraz wykonywania ZABIEGÓW OPERACYJNYCH,  
w tym LASEROWYCHtel. 61 862 20 15; [info@promienista.pl](mailto:info@promienista.pl)**GABINET****STOMATOLOGICZNY****z pacjentami z szesnastu lat,  
z powodu przeprowadzki.**[www.tinyurl.com/gabinet-stomatologiczny](http://www.tinyurl.com/gabinet-stomatologiczny)**KLINIKA TY I DZIECKO**62-002 Suchy Las,  
ul. Poziomkowa 64Zaprasza  
do współpracy  
lekarzy specjalistówKlinika dysponuje  
ambulatorium,  
blokiem operacyjnym  
i oddziałem szpitalnym

Tel. 602 677 057



w Poznaniu

**W związku z dynamicznym  
rozwojem poszukujemy****lekarza do pracy  
w badaniach klinicznych  
(godziny przedpołudniowe).**CV i list motywacyjny prosimy przysyłać:  
[badania.kliniczne@centrum-hetmanska.pl](mailto:badania.kliniczne@centrum-hetmanska.pl)  
[www.centrum-hetmanska.pl](http://www.centrum-hetmanska.pl)Odstąpię  
lub wynajmę  
przychodnię  
lekarzką  
(4 gabinety)w Poznaniu  
ściśle centrum  
ul. Dąbrowskiego

tel. 602 372 258

Funkcjonujące Centrum Medyczne  
w Poznaniu  
(okolice Areny)**wynajmie gabinety  
bądź podejmie współpracę  
z lekarzami  
różnych specjalizacji.****Dogodna lokalizacja,  
komfortowo wyposażone gabinety,  
elastyczne warunki współpracy.  
Serdecznie zapraszamy.**Kontakt: tel. 792 296 250  
lub [magdalenaszyborska.manager@interia.pl](mailto:magdalenaszyborska.manager@interia.pl)**ZATRUDNIĘ LEKARZA****DO PRACY W POZ**

NA TERENIE

MIASTA POZNANIA.

LISTA AKTYWNA

tel. 577 797 946

Szpital Wojewódzki w Poznaniu  
zatrudni  
lekarza specjalistę  
w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii  
w Ośrodku Rehabilitacyjnym dla Dzieci

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia

Oferty prosimy składać na adres:

Szpital Wojewódzki w Poznaniu  
ul. Juraszów7/19, 60-479 Poznańlub w formie elektronicznej na adres: [rogozinska@lutycka.pl](mailto:rogozinska@lutycka.pl)  
tel. kontaktowy 61 8212 328, 61 8212 324Prosimy o dopisanie klauzuli: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych  
dla potrzeb niezbędnych przy realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r.  
o Ochronie Danych Osobowych ( t.j.: Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

ODSPRZEDAM LUB WYNAJMĘ

**GABINET  
STOMATOLOGICZNY/  
ORTODONTYCZNY**przygotowany do pracy  
i umowy z NFZ  
602 662 992**Lekarza stomatologa  
z minimum 3-letnim stażem pracy  
zatrudnię  
Lekarza endodontę  
z doświadczeniem w pracy  
z mikroskopem zabiegowym  
zatrudnię**tel. kom. 509 579 160  
e-mail: [gabinet@stomatologiaoptimo.pl](mailto:gabinet@stomatologiaoptimo.pl)Wynajmę  
**lokal użytkowy  
na gabiey lekarskie**w Poznaniu  
tel. 608 465 896ogłoszenia także na  
[www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

Komisja ds. Integracji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej  
serdecznie zaprasza na koncert zespołu

## „KUBA SIENKIEWICZ TRIO”

oraz imprezę taneczną z DJ



**14.10.2016 start o 20:00 (piątek)**

Sala Bankietowa VICTORIA ul. Św. Antoniego 61 Poznań

**Bilety w cenie 30 zł. do nabycia w KASIE WIL.**

Więcej informacji pod numerem telefonu: 726 222 012

Zapewniamy świetną zabawę oraz poczęstunek dla gości.