

# Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



## Opieka farmaceutyczna

TEMAT NUMERU | S. 6-13

**POLSKA PREZYDENCJA W UE**

**Nie zmarnujemy  
szansy**

| S. 36-37

**PROFILAKTYKA**

**POChP – choroba  
palaczy**

| S. 38-39

**ZMIANY W PRAWIE**

**Nowa  
praktyka**

| S. 44-45



MIGAWKA



FOT.: STANISŁAW MYŚIAK

*Siedemdziesiąt lat temu na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie hitlerowcy zamordowali kilkudziesięciu lwowskich profesorów. Wśród nich było kilkunastu lekarzy, ordynatorów i kierowników klinik Uniwersytetu Jana Kazimierza. 19 czerwca br. w krypcie Katedry Chrystusa Króla w Katowicach odsłonięto pamiątkową tablicę ku ich czci.*

## Wielka niewiada



**Do dziś pamiętam, jakie wrażenie zrobiły na mnie pierwsze kontakty ze szpitalami w krajach Europy Zachodniej.** Kiedy pracowałem w nich pod koniec studiów i na początku mojej drogi zawodowej, różniły się znacznie od tych, które znałem w rodzinnym mieście. Jednak nie ich wygląd i wyposażenie były dla mnie najważniejsze, dominującą różnicą był spokój, w jakim pracowali lekarze, pielęgniarki i bardzo liczny personel pomocniczy oraz to, że niczego w tych szpitalach nie brakowało i wszystko było na swoim miejscu.

ci tzw. Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Wiele osób uważa, że znacząco zwiększy się przez to ilość papierkowej roboty, którą musi wykonać lekarz, przez co będzie miał jeszcze mniej czasu dla pacjenta. Niepewne są także skutki finansowe nowej regulacji. Jedni wyliczają, że przychody zmniejszą się o kilkanaście procent, drudzy radzą, by poczekać z szacunkami, bo rozliczanie według JGP wielu szpitalom zapewniło dodatkowe fundusze. W życie weszły niektóre przepisy ustawy o działalności leczniczej. Pierwsze szpitale zaczyna-

*Przemianom towarzyszy często obawa o utratę miejsca pracy. Trudno w takiej sytuacji myśleć o stawianiu żądań płacowych.*

Minęło wiele lat, Polska bardzo się zmieniła, zmieniły się też niektóre polskie szpitale, ale w wielu z nich nadal możemy zobaczyć łóżka stojące na korytarzach oraz biegający i mówiący podniesionym głosem personel. Wiele rzeczy brakuje, ale nie dlatego, że tak jak przed laty są niedostępne. Po prostu nie ma na nie pieniędzy, rosną długi wobec dostawców. Tak pożądanego przeze mnie spokoju nie ma także ze względu na ciągłe zmiany przepisów. 1 lipca był kolejnym szczególnie ważnym dniem. W poradniach zaczęły obowiązywać nowe zasady rozliczania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w posta-

ją w oparciu o nie przekształcać się w spółki prawa handlowego. Część naszego środowiska wiązała z tymi zmianami nadzieje na podwyższenie lekarskich wynagrodzeń. Tymczasem z informacji, które docierają do mnie wynika, że Koleżanki i Koledzy nie są przygotowani do rozmów z zarządem nowej spółki o warunkach zatrudnienia i wynagrodzenia. Przemianom towarzyszy często obawa o utratę miejsca pracy. Trudno w takiej sytuacji myśleć o stawianiu żądań płacowych.

**Ryszard Golański**  
naczelnny@gazetalekarska.pl



## OKIEM PREZESA

**Za każdym razem, kiedy zbliża się wrzesień, zaczynam myśleć o tych wszystkich, którzy wybierają się do szkół, w październiku – na studia, w tym na wydziały lekarskie i lekarsko-dentystyczne. I rokrocznie mam nieodparte wrażenie, że studentów uniwersytetów medycznych jest mało, zbyt mało.**

Drzę na myśl o tym, kto będzie nas leczył w przyszłości. Jaka będzie jakość tego leczenia? Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez rząd, już od października 2012 r. studia rozpoczną studenci, dla których nie przewiduje się stażu. Dla nich przygotowywany jest obecnie nowy program studiów, gdzie praktyka ma wejść pomiędzy teorię, wciśnięta w te same sześć lat edukacji. Zastanawiam się, jaki będzie skutek zmniejszenia limitów na studia, patrz wypuszczania coraz mniejszej liczby absolwentów medycyny, przy jednoczesnym eksperymentowaniu z programem studiów? Piszę „eksperymentowaniu”, bo wiem już teraz trudno jest młodemu człowiekowi znaleźć miejsce w szpitalu, żeby odbyć

praktykę zawodową. A co dopiero przyjęcie grupy studentów bez jakiegokolwiek prawa do wykonywania zawodu. Komu będzie na tym zależało, aby ich przyjąć? Szpitalom przekształconym w spółki? Na pewno nie.

**Pozostaniemy przy temacie studiów, ale tym razem nielekarskich. Mając na uwadze obecne prace Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego nad standardami kształcenia,** Prezydium NRL sprzeciwiło się dotychczasowym zapisom rozporządzenia ministra edukacji i szkolnictwa wyższego, przewidującym nabywanie przez studentów kierunku kosmetologia umiejętności rozpoznawania stanów przednowotworowych i nowotworowych skór. Taki zapis doprowadził bowiem do umieszczania w programach studiów nielekarskich... leczenia. Tymczasem leczyć mogą wyłącznie lekarze i lekarze dentyści. Podobna rzecz dzieje się w ratownictwie medycznym. Ratownik medyczny ma uprawnienia do podjęcia decyzji o odstąpieniu od reanimacji! Czyli stwierdza zgon. Pytam: jakim prawem?

**Ostatnie zarządzenie prezesa NFZ w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozbawiło mnie złudzeń, że fundusz skonsultuje z nami cokolwiek przed wprowadzeniem szeregu nowości.** Oczywiście mam świadomość, że NFZ skorzystał po raz kolejny z bystrości i inteligencji naszego środowiska, ale mam wrażenie, że tym razem bardzo się pospieszył i nawet najlepszy specjalista nie zdążył się jeszcze zorientować, w których szczegółach tkwi diabeł.

**Dwa lata temu eutanazję popierała prawie połowa Polaków. W 2010 r. niemiecki Sąd Najwyższy uniewinnił adwokata, który doradził klientce udzielenie „pomocy w umieraniu”.** Na początku lipca tego roku ogłoszono wyniki sondażu Instytutu Socjologii Czeskiej Akademii Nauk, z których wynika, że ponad 60 proc. Czechów domaga się przywrócenia eutanazji. Wydawałoby się, że prawo do eutanazji będzie u nas i u naszych sąsiadów ulegało liberalizacji wobec nacisków społecznych. Nic bardziej mylnego. W naszym kodeksie mamy jasno zapisane, że lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa. Według czeskiego prawa eutanazja to morderstwo i nic nie wskazuje na to, żeby

ktoś chciał to zmieniać. W Niemczech w czerwcu tego roku Zjazd Lekarzy nadał nowe uprawnienie samorządowi lekarskiemu – wszelka pomoc w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa, polegająca jedynie na instruktażu bądź dostarczeniu śmiertelnej substancji, będzie karana przez samorząd lekarski pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. To pokazuje, że pewne wartości obronią się same. Zastanówmy się nad tym w codziennej pracy.

**Na ostatniej przed wakacjami Naczelnej Rady Lekarskiej zajmowaliśmy się – wśród wielu innych spraw – zmianami protokołu dodatkowego do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie, dotyczącego transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego. Temat sprawozdawał Jacek Czarkowski, szef Ośrodka ds. Bioetyki NRL.** Piszę o tym, gdyż na tym samym posiedzeniu wybraliśmy doktora Czarkowskiego przewodniczącym na kolejną, drugą kadencję. Gratuluję jemu, a także osobom po raz pierwszy wybranym do Rady ośrodka: Krystynowi Sosadzie z Katowic i Eugeniuszowi Małafiejowi z Łodzi. Gratuluję również wiceprezesowi NRL Romualdowi Krajewskiemu, który został członkiem nowo utworzonego Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk.

**Maciej Hamankiewicz**





- 3..... Wstępniak  
**Migawka**
- 4..... Okiem Prezesa  
**Maciej Hamankiewicz**
- 6-13..... Temat miesiąca  
**Pod opieką farmaceuty**
- 14-15..... Rozmowa o zdrowiu  
**Wojciech Matusiewicz**
- 16..... Z notatnika rzecznika NIL  
**Katarzyna Strzałkowska**
- 17..... Nasi w Europie  
**Romuald Krajewski**
- 18-19..... Rozmowa o samorządzie  
**Karawana idzie dalej**
- 20..... Moim zdaniem  
**Czy można żyć bez miłości?**
- 22-23..... Odpowiedzialność zawodowa  
**Postępowanie mediacyjne**
- 24-25..... Indeks korzyści  
**Czy jeszcze jesteśmy lekarzami?**
- 26-27..... Lekarze seniorzy  
**Jak dobrze mieć sąsiada...**
- 28..... Debaty eksperckie  
**Kreowanie rzeczywistości**
- 30-31..... **BIULETYN NRL**
- 32..... Kształcenie  
**Egzamin na piątkę**
- 33-35..... Wydarzenia  
**Nie chcą być intruzami**  
**Transplantologia wychodzi z kryzysu**
- 36-37..... Polska prezydencja w UE  
**Nie zmarnujemy naszej szansy**
- 38-39..... Profilaktyka  
**POCHP - choroba palaczy**
- 40-41..... Listy do redakcji
- 42-43..... Raport  
**Stop zakażeniom szpitalnym**
- 44-45..... Zmiany w prawie  
**Nowa praktyka**
- 46-47..... Przychodzi lekarz do prawnika  
**Prawo lekarza czy niedopuszczalna praktyka?**
- 48-49..... Felieton  
**Zapłatani w sieć**
- 50-57..... Ogłoszenia, reklama
- 58-59..... Kultura i medycyna  
**Kameralnie pod Tatrami**  
**Recenzje**
- 60..... Listy do redakcji
- 61-63..... Sport i medycyna  
**Obyło się bez „moczenia”**  
**Rywalizacja w klasie „Puck”**  
**Tenis na DeSki w Warszawie**  
**Z Hubalem na leśnych duktach**
- 64..... Komunikaty
- 65..... Epikryza  
**Język giętki**
- 66..... Jolka lekarska

# Pod



# opieką farmaceuty



89 proc. Polaków nigdy nie słyszało o opiece farmaceutycznej. Tymczasem w wielu krajach jest to przedmiot, który od wielu lat jest wykładany na uczelniach medycznych.

== **Lucyna Krysiak** ==

**I**dea opieki farmaceutycznej jest usprawnienie leczenia, poprawa jego efektywności i bezpieczeństwa oraz racjonalizacja wydatków. Aby udało się osiągnąć ten cel, trzeba zbudować pomost współpracy pomiędzy farmaceutą a lekarzem.

Wielu pacjentów przyjmuje leki na wiele schorzeń, przepisywane przez lekarzy różnych specjalności, nie zawsze ich o tym informując. Farmaceuta może być koordynato-

---

***Każdego roku aptekę odwiedza 90 procent Polaków, a więc znacznie więcej niż przychodnię.***

---

rem terapii i opiekunem pacjenta. Na podstawie założonej w aptece karty choroby może doradzać, edukować, wspierać i kontrolować terapię, a w razie potrzeby sugerować przeprowadzenie dodatkowych badań i kontakt z lekarzem specjalistą.

W obliczu zmian, jakie będą zachodziły w ochronie zdrowia, apteka stanie się świadczeniodawcą usług kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach



***W Niemczech nikt nie uzyska pozwolenia na otwarcie apteki, jeśli nie ma wydzielonego miejsca na rozmowy z pacjentami.***

świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

### **Konieczne są zmiany**

Podstawową rolą apteki jest dyspensowanie leków. Jednak coraz częściej wizyta w niej zastępuje wizytę lekarską. Każdego roku aptekę odwiedza 90 proc. Polaków, a więc znacznie więcej niż przychodnię. We Włoszech, Portugalii i Szwajcarii apteka jest placówką ochrony zdrowia,

a aptekarz – źródłem informacji nie tylko na temat leków, ale i zachowań prozdrowotnych. Osoby przewlekle chore i wypisane ze szpitala mają w aptece zapewnioną dalszą opiekę. W aptekach wykonuje się nieinwazyjne badania diagnostyczne: pomiar ciśnienia tętniczego, poziomu cukru, testy ciążowe. W Niemczech nikt nie uzyska pozwolenia na otwarcie apteki, jeśli nie posiada wydzielonego miejsca przeznaczonego na rozmowy

## Punkt widzenia farmaceuty

**Agnieszka Skowron**

### **Co to jest opieka farmaceutyczna i czy jest potrzebna w Polsce?**

Idea opieki farmaceutycznej narodziła się w latach 70. XX wieku, a jej intensywny rozwój rozpoczął się w latach 90. Wtedy zaczęto o niej mówić i pisać także w Polsce, a od kilku lat jest nauczana na wydziałach farmaceutycznych polskich uczelni medycznych. W 2008 r. w ustawie o izbach aptekarskich zapisano, że prowadzenie opieki farmaceutycznej może być formą wykonywania zawodu farmaceuty. Zdefiniowano ją jako proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów, poprawiających jakość życia pacjenta. Podanie leku nie zawsze jednak przynosi oczekiwany efekt. Zdarzenie lub okoliczności dotyczące farmakoterapii, które rzeczywiście lub potencjalnie przeszkadzają w uzyskaniu pożądaných

efektów zdrowotnych, określa się mianem problemu lekowego (drug related problem, DRP). W procesie opieki farmaceutycznej farmaceuta skupia się na wykrywaniu, ustalaniu przyczyn i rozwiązywaniu takich problemów.

### **Jaką korzyść mogą odnieść pacjenci z wprowadzenia opieki farmaceutycznej?**

Działania farmaceuty w ramach opieki w Polsce obejmują głównie edukację pacjenta w zakresie prawidłowego przygotowania, podania i przechowywania leku oraz współpracę z lekarzem w celu rozwiązywania problemów lekowych. W przypadku leków wydawanych na receptę, do lekarza należy ostateczna decyzja o zmianie substancji, postaci czy dawki leku. Farmaceuta może

natomiast zadbać o to, aby pacjent nie stosował przeciwwskazanych u niego lub niepotrzebnych leków OTC, czy tak modnych ostatnio suplementów diety.

Pacjent objęty opieką farmaceutyczną zwiększa więc swoje szanse na uzyskanie optymalnego efektu farmakoterapii w najkrótszym możliwym czasie i przy najmniej-

szych nakładach finansowych, unikając stosowania niepotrzebnych lub niewskazanych leków OTC oraz ma szansę uzyskać poprawę wiedzy i umiejętności związanych z własną chorobą (np. nauczyć się pomiaru glikemii).

### **Jaką korzyść mogą odnieść farmaceutyci z wprowadzenia opieki farmaceutycznej?**

Obecnie jedyną korzyścią z opieki farmaceutycznej jest poprawa wizerunku farmaceuty w społeczeństwie, wskazanie go jako osoby wykształconej i kompetentnej w zakresie stosowania leków oraz podniesienie jego satysfakcji zawodowej. Farmaceutyci nie spodziewają się teraz żadnych profitów finansowych, ale liczą na zwiększenie lojalności pacjentów i ich przywiązania do apteki.

### **Czego farmaceutyci obawiają się, myśląc o opiece farmaceutycznej?**

Trudności i obawy związane z opieką farmaceutyczną, to przede wszystkim konieczność przechowywania danych wrażliwych pacjentów, co wymaga uzyskania zgody GODO oraz poniesienia wydatków na przygotowanie i wyposażenie pomieszczenia do spotkań z pacjentem. Obawy wzbudza także brak jasnego rozdzielenia kompetencji lekarzy i farmaceutów. Farmaceutyci nie chcą, aby ich działania były postrzegane jako zawłaszczanie, ale wspomaganie lekarzy.

### **Co najbardziej hamuje rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce?**

Na całym świecie organizacje lekarzy i farmaceutów zacieśniają współpracę, opracowując wspólne zalecenia i wytyczne w zakresie



Autorka jest dr. n. farm. Kieruje Pracownią Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki CM UJ



wy z pacjentami. Do tego, aby polska apteka mogła zapewniać opiekę farmaceutyczną pacjentom, konieczne są zmiany, i to zarówno dotyczące jej wizerunku, jak i w systemie kształcenia przyszłych farmaceutów.

### **Wiele zajęć praktycznych**

Nauczanie farmacji opierano dotąd głównie na naukach chemicznych, obecnie punkt ciężkości powoli przesuwa się w kierunku



użytkowania leków przez pacjentów. Wydaje się więc, że poszerzenie i zacieśnienie współpracy pomiędzy lekarzami i farmaceutami pozwoliłoby na racjonalizację stosowania leków przez pacjentów, zmniejszyło ilość problemów i błędów lekowych, a w przyszłości doprowadziło do poprawy wskaźników zdrowotności polskiego społeczeństwa. Rozwinięcie takiej współpracy pozwoliłoby przekonać lekarzy, że rolą farmaceutów w systemie zdrowotnym jest wspomaganie lekarzy w monitorowaniu zachowań pacjentów związanych z lekiem. Zwłaszcza że farmaceuta jest ostatnim ogniwem w systemie dystrybucji leków, a co za tym idzie, ma szansę wykryć i rozwiązać problemy lekowe, zanim ich skutki ujawnią się w procesie terapii.

#### **Jak opieka farmaceutyczna ma się do wprowadzanego właśnie w Polsce systemu elektronicznego konta pacjenta i e-recept?**

Doskonałym punktem wyjścia do wdrażania opieki farmaceutycznej może stać się system e-recept, jeśli dostarczy informacji o zleconych i wykupionych przez pacjenta lekach. Farmaceuta, śledząc historię farmakoterapii, będzie mógł zapobiec chociażby zjawisku nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Warto byłoby przy tej okazji rozpocząć pracę nad zintegrowaniem systemu e-recept z systemami dokumentacji farmaceutycznej, co ułatwi wymianę informacji między lekarzami i farmaceutami. ☉

ku opieki farmaceutycznej i zindywidualizowanej farmakoterapii. Dzisiejszy absolwent wydziału farmaceutycznego nie jest już aptekarzem-sprzedawcą leków, ale aptekarzem-doradcą w farmakoterapii. Chce wiedzieć więcej na temat farmacji praktycznej, uważa, że więcej uwagi powinno się poświęcać praktykom zawodowym (zarówno wakacyjnym, jak i tym po studiach, na stażu) oraz rozwijać wzorcowe apteki szkoleniowe. Niepokojąca jest ten-

dencja wzrostu zatrudnienia średniego personelu aptecznego kosztem farmaceutów, ponieważ opieka farmaceutyczna możliwa jest tylko z udziałem absolwentów wyższych uczelni medycznych. Polska jest jedynym krajem UE, gdzie ponad połowa personelu aptecznego nie ma studiów wyższych.

### *Nie są przygotowani*

Absolwenci farmacji obawiają się pełnienia roli opiekuna far-

maceutycznego. Sygnalizują, że obecny system kształcenia nie dał im dostatecznego przygotowania w zakresie farmakoterapii, działań niepożądanych leków, opieki farmaceutycznej, a także partnerskiej współpracy z lekarzami. Według nich studia farmaceutyczne przeładowane są przedmiotami, które nie przydają się w praktyce aptecznej. Za najmniej przydatne uważają przedmioty chemiczne, należące do gru-

# Punkt widzenia lekarza

Przemysław Kardas

### **Co to jest opieka farmaceutyczna i czy jest potrzebna w Polsce?**

Dobrze rozumiana opieka farmaceutyczna to dodatkowa pomoc farmaceuty w planowaniu i realizacji farmakoterapii przez pacjentów. Biorąc pod uwagę fakt, że Polacy należą do nacji konsumujących najwięcej leków w Europie, a wydatki na refundację leków pochłaniają niemalże procent budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, ta dodatkowa pomoc wydaje się w pełni uzasadniona. Tym bardziej że obecnie żaden lekarz nie ma pełnej wiedzy o wszystkich lekach przepisywanych pacjentowi przez różnych specjalistów. Jeśli dołożyć do tego coraz większą liczbę leków dostępnych bez recepty oraz paraleków i suplementów diety, obraz staje się jeszcze bardziej zagmatwany. W tej sytuacji byłoby dobrze, żeby pacjent mógł skorzystać z kompetentnej pomocy farmaceuty, którego – tak jak lekarza – obowiązują normy etyczne. Nie jest on wyłącznie sprzedawcą, którego jedynym celem jest zysk.

**Jaką korzyść mogą odnieść pacjenci z wprowadzenia opieki farmaceutycznej?**

Polskie społeczeństwo starzeje się, przybywa osób chorujących na choroby przewlekłe. W efekcie coraz liczniejsza grupa ludzi musi mierzyć się z problemami, wynikającymi z konieczności wieloletniego leczenia nierzadko wieloma lekami. Trudno się dziwić, że wielu pacjentów gubi się i nie kontynuuje leczenia zgodnie z zaleceniami. Agresywny marketing firm farmaceutycznych sprawia, że niejedynemu pacjentowi rezygnuje ze względów finansowych z wykupienia najważniejszych dla życia leków (np. krążeniowych), natomiast decyduje się na zakup reklamowanego preparatu wielowitaminowego. Dodatkowa pomoc, jaką mogą takiemu pacjentowi zaoferować farmaceuci, jest zatem nie do przecenienia. Dodajmy do tego możliwość indywidualnej nauki stosowania leku (a takich umiejętności wymaga coraz więcej leków, by wspomnieć choćby rozmaite formy leków wziewnych), czy zadbania o systematyczność leczenia i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a pojawi się obraz realnych korzyści,

jakie z opieki farmaceutycznej mogą odnieść pacjenci.

### **Jaką korzyść mogą odnieść lekarze z wprowadzenia opieki farmaceutycznej?**

Wbrew pozorom, opieka farmaceutyczna może przynieść lekarzom konkretne korzyści. Obecnie są oni najczęściej całkowicie nieświadomi, jakie pacjenci przyjmują leki OTC i suplementy diety, a ma to często istotny wpływ na wyniki prowadzonego przez nich leczenia. Wśród nich są bowiem leki o silnym działaniu,

jak choćby niesterydowe leki przeciwzapalne, które nie tylko mogą prowadzić do znanych działań niepożądanych, ale także do istotnych interakcji (np. z lekami przeciwcukrzycowymi!). Farmaceuta może tu być swoistą „ostatnią linią obrony” przed zastosowaniem leków, które tę terapię mogą istotnie zaburzyć. Dodatkowa korzyść wynika z tego, że ulotki umieszczane w opako-



Autor jest dr. hab. med., prof. nadzw. UM. Kieruje I Zakładem Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

waniach leków mają często w Polsce działanie zniechęcające pacjenta do leczenia. Jeśli pacjent napotka w nich informacje o licznych, potencjalnie niebezpiecznych działaniach niepożądanych, może zniechęcić się do leczenia do tego stopnia, że go w ogóle nie rozpocznie. I tu rola farmaceuty, który język nieprzyjaznych ulotek lekowych może „przetłumaczyć” pacjentowi na zrozumiały język polski.

---

## ***Studia farmaceutyczne przetadowane są przedmiotami, które nie przydają się w praktyce aptecznej.***

---

### **Czego lekarze obawiają się, myśląc o opiece farmaceutycznej?**

Obawiają się dwóch rzeczy. Przede wszystkim ich niepokój budzi fakt, że ktoś – nawet jeśli ma to być farmaceuta – będzie na swój sposób recenzował ich pracę. Mówiąc wprost, nie chcą, żeby ktoś skomentował ich receptę w stylu „Co za nieuk to panu przepisał!”. A o taki komentarz nie trudno, jeśli weźmie się pod uwagę, że niejeden pacjent, z racji swoich licznych schorzeń, musi przyjmować wiele leków, które mogą przecież wchodzić ze sobą w jakieś interakcje. Drugie, potencjalne źródło obaw lekarzy, to kwestie finansowe. W niektórych krajach Europy opieka farmaceutyczna opłacana jest ze środków systemu opieki zdrowotnej. Gdyby takie rozwiązania przyjął NFZ, lekarze mogliby to odebrać jako zabieranie im funduszy na korzyść farmaceutów.

### **Co najbardziej hamuje rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce?**

Dobra wola licznych farmaceutów nie wystarczy w sytuacji, gdy opiece farmaceutycznej nie sprzyja prawodawstwo. Kolejną istotną barierą jest brak w wielu aptekach warunków lokalowych do tego, by w niekřepujący dla pacjenta sposób farmaceuta mógł z nim prowadzić dyskusję. Opiece farmaceutycznej nie sprzyjają również rozwiązania finansowe – wiele aptek woli obniżyć ceny wybranych preparatów, niż oferować swoim pacjentom dodatkową usługę, za którą ani pacjent, ani NFZ nie chcą obecnie płacić.

py przedmiotów podstawowych, natomiast za najbardziej przydatne takie przedmioty jak: postaci leków, podstawy technologii, receptura, podstawy farmakologii, farmakoekonomika, fizjologia i anatomia, a więc te, które są niezbędne w opiece farmaceutycznej. Nie widzą uzasadnienia dla utrzymywania egzaminów z chemii analitycznej czy biochemii. Opiekę farmaceutyczną wiążą więc z daleko idącymi zmianami w kształceniu. ●

### **Jak opieka farmaceutyczna ma się do wprowadzanego właśnie w Polsce systemu elektronicznego konta pacjenta i e-recept?**

W związku z dużą liczbą aptek w Polsce, pacjenci rzadko korzystają wyłącznie z jednej, nawet jeśli jest to apteka najbliższa miejscu ich zamieszkania. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów, którzy muszą wykupić większą ilość leków. Porównują ceny w wielu aptekach i część recept realizują w jednej, a część w innej. W takiej sytuacji nawet najlepsze chęci farmaceutów nie wystarczą, aby sprawnie prowadzić opiekę farmaceutyczną, jeśli nie zostanie wprowadzony jednolity system elektronicznego konta pacjenta, umożliwiający za jego zgodą podgląd recept wypisanych przez wszystkich lekarzy oraz zrealizowanych we wszystkich aptekach. To również pozwoli farmaceutom uniknąć żmudnego wypełniania karty pacjenta, poczynając na standardowych informacjach demograficznych, a skupić się na meritum opieki farmaceutycznej. Korzystny efekt może dać również powszechne wykorzystanie e-recept, które przyspieszą wydawanie leków z apteki i pozwolą uniknąć wielu niepotrzebnych pomyłek. Nie od dziś wiadomo, że charakter pisma lekarskiego pozostawia wiele do życzenia, czego zresztą dowodzą liczne przykłady publikowane na łamach „Gazety Lekarskiej”. ●

## KOMENTARZE



**DR HAB. N. FARM.**  
**KAZIMIERA H. BODEK,**  
**KIEROWNIK ZAKŁADU**  
**FARMACJI APTECZNEJ**  
**KATEDRY FARMACJI**  
**STOSOWANEJ UM W ŁODZI**  
**Doświadczenia wielu kra-**  
**jów w prowadzeniu opieki**  
**farmaceutycznej potwier-**  
**dzają znaczący wpływ far-**  
**maceuty zarówno na po-**  
**prawę bezpieczeństwa, jak**  
**i skuteczności farmakote-**  
**rapii.** Wykazano istnienie wy-  
 raźnych korzyści z prowadze-  
 nia opieki farmaceutycznej.  
 Dlatego opracowanie za-  
 sad jej funkcjonowania oraz  
 ocena możliwości wdrażania  
 w Polsce jest ostatnio bardzo  
 szeroko omawianym zagad-  
 nieniem, głównie w środowi-  
 sku farmaceutów. Założenia  
 opieki farmaceutycznej  
 obejmują konieczność stałe-  
 go kontaktu z lekarzem, któ-  
 ry ma możliwość modyfikacji  
 farmakoterapii na podsta-  
 wie analizy i wskazówek far-  
 maceuty. Prawidłowy pro-  
 ces opieki farmaceutycznej  
 sprowadza się do wytworze-  
 nia partnerskiej współpra-  
 cy między pacjentem, far-  
 maceutą i lekarzem. Jest to  
 największe wyzwanie, mają-  
 ce na celu zmianę atmosfery  
 konkurencji panującej od lat  
 między środowiskami lekar-  
 skim i farmaceutycznym. Pró-  
 by wprowadzenia opieki far-  
 maceutycznej w Polsce trwają  
 już kilka lat i ciągle napoty-  
 kają wiele przeszkód. Więk-  
 szość z nich wynika z niechęci  
 środowiska farmaceutyczne-

go do zmian. Wprowadzenie  
 tej usługi do apteki wymaga  
 bowiem dodatkowych szko-  
 leń, zmiany sposobu pracy,  
 zapewnienia osobnego po-  
 mieszczenia do spotkań z pa-  
 cjentami. Wielu farmaceutów  
 uważa też, że opieka farma-  
 ceutyczna pogorszy ich rela-  
 cje z lekarzami, którzy mogą  
 uznać to za ingerencję w tera-  
 pię pacjenta i podważanie ich  
 kompetencji. Badania wz-  
 ajemnych relacji między zawo-  
 dami medycznymi wskazały  
 na dominującą rolę lekarza, co  
 wpływa na brak możliwości  
 podjęcia partnerskiej współ-  
 pracy między lekarzem i far-  
 maceutą dla dobra pacjenta.  
 Inne badania wskazują z kolei,  
 że lekarze nie do końca wie-  
 dzą, czego mogą oczekiwać  
 po współpracy z farmaceuta-  
 mi. Według autorów większą  
 świadomość potrzeby współ-  
 działania wykazuje młod-  
 sze pokolenie lekarzy i farma-  
 ceutów. Dlatego niezwykle  
 ważną rolę w kształtowa-  
 niu właściwych relacji między  
 przedstawicielami zawodów  
 medycznych odgrywa od-  
 powiednia edukacja, która  
 na przestrzeni lat ulega wielu  
 zmianom, również w zakresie  
 wyznaczania kompetencji po-  
 szczególnych zawodów. Na-  
 dal nierozwiązanym po-  
 zostaje problem poufno-  
 ści zebranych danych, ich  
 przechowywania oraz sys-  
 tematycznego uzupełnia-  
 nia. Obecny stan prawny nie  
 określa jednoznacznie zasad  
 zbierania informacji o stanie  
 zdrowia pacjenta, stąd rozwią-  
 zaniem byłby odpowied-  
 ni zapis w ustawie, określa-  
 jący opiekę farmaceutyczną  
 jako usługę medyczną. Kwe-  
 stia gromadzenia informa-  
 cji o stanie zdrowia pacjenta  
 jest bardzo skomplikowa-  
 nym procesem. Wymaga on

uproszczenia, aby opieka far-  
 maceutyczna mogła być sku-  
 teczna i rozpowszechniona.  
 Uważam za słuszne podjęcie  
 starań o wprowadzenie jed-  
 nolitego systemu elektronicz-  
 nego konta pacjenta, jak rów-  
 nież rozpoczęcie pracy nad  
 zintegrowaniem systemu e-  
 -recept z systemem doku-  
 mentacji farmaceutycznej, co  
 ułatwiłoby wymianę informa-  
 cji między lekarzami i farma-  
 ceutami.



**DR N. MED. KONSTANTY**  
**RADZIWIŁŁ, LEKARZ**  
**RODZINNY Z WARSZAWY**  
**Daleko nam do powszech-**  
**nej zgody, czym jest opie-**  
**ka farmaceutyczna. Zapis**  
**ustawy o izbach aptekar-**  
**skich jest nieprecyzyjny,**  
**a praktyczne jego rozumie-**  
**nie bardzo różne.** Przykła-  
 dowo, na stronach „Aptekarza  
 Polskiego” (pismo NIA) moż-  
 na znaleźć propozycje szko-  
 leń w zakresie opieki farma-  
 ceutycznej w cukrzycy, astmie  
 i POChP. Jest tam mowa o na-  
 bywaniu przez farmaceutów  
 umiejętności monitorowania  
 stanu zdrowia pacjenta oraz  
 wykrywania i rozwiązywania  
 problemów lekowych. Moż-  
 na by zadać pytanie o miej-  
 sce i sposób podejmowa-  
 nia takich działań w aptekach.  
 Zasady wykonywania zawo-  
 du lekarza wymagają od nie-  
 go przeprowadzenia badania  
 podmiotowego, przedmio-  
 towego i ewentualnie badań  
 dodatkowych (wszystko we-  
 dług rozbudowanych algo-



rytmów), zanim podejmie on decyzję o leczeniu. Czy zadanie pytania przez lekarza, ewentualnie pomiar glikemii czy PEF w warunkach dalekich od wymaganych od gabinetu lekarskiego wystarczy, aby zalecić odpowiednie postępowanie? Pytania o korzyści, jakie z wprowadzania opieki farmaceutycznej mogą wynieść lekarze i farmaceuci, należy zastąpić pytaniem, czy podejmowanie się samodzielnego (choć ograniczonego) diagnozowania i leczenia przez farmaceutę w aptece poprawi jakość leczenia i bezpieczeństwo chorych oraz czy wpłynie korzystnie na uznane wskaźniki zdrowia? A jeśli tak, to jakiej opieki farmaceutycznej należałoby oczekiwać? Na pewno należy działać na rzecz bliższej współpracy lekarza i farmaceuty w zakresie dostępności określonych preparatów, dawek i dawkowania przepisanych leków oraz możliwych interakcji między nimi. Między apteką i gabinetem lekarskim powinna istnieć „gorąca linia”, umożliwiająca natychmiastową konsultację. Z całą pewnością znakomita większość aptekarzy posiada ogromną wiedzę na temat leków. Wiedza ta jest gwarantem bezpieczeństwa farmakoterapii w lecznictwie otwartym. Istnieje jednak obawa, że dodanie farmaceuty do krótszej lub dłuższej listy lekarzy zlecających farmakoterapię jednemu pacjentowi, nie poprawi jej jakości. Nowoczesne rozwiązania z zakresu e-zdrowia, takie jak internetowe konto pacjenta lub elektroniczna recepta (wraz z dostępnym dla lekarza on-line systemem wsparcia ordynacji) pozwolą zmniejszyć ryzyko błędów, jednak z całą pewnością profesjonalny i odpowiedzialny farmaceuta w aptece pozostanie niezbędnym uczestnikiem bezpiecznego procesu farmakoterapii. Na koniec refleksja natury bardziej ogólnej: widoczne

od pewnego czasu próby „zawłaszczania” pól tradycyjnie strzeżonych dla lekarzy przez inne zawody medyczne nie zagrażają samym lekarzom, ale chorym. Wydaje się, że słuszniejsze niż administracyjne przekazywanie lekarskich pól odpowiedzialności innym zawodom, byłoby lepsze opisanie obszarów koniecznej współpracy. Dla dobra chorych.



**PROF. JACEK SPLAWIŃSKI,  
NARODOWY INSTYTUT  
LEKÓW**

**Na świecie opieka farmaceutyczna jest znana i stosowana od 20 lat, w Polsce od niedawna. Można więc powiedzieć, że dla Polaków oznacza nowe podejście do leczenia, mimo że mamy dostęp do tych samych leków i tych samych metod terapeutycznych, co cały świat.**

Dotyczy to zarówno opieki farmaceutycznej w aptekach, jak i szpitalach, w których np. w USA farmaceuta kliniczny uczestniczy w obchodzie lekarskim i współdecyduje z kadrą medyczną o doborze leków i ich dawkach. W obecnych czasach, kiedy mamy do czynienia z pacjentami, u których często współistnieje kilka chorób – np. alergia, cukrzyca, miażdżyca – bezpieczna, skuteczna terapia wymaga dogłębnej znajomości farmakokinetyki leków, która nie jest lekarzom tak dobrze znana. Lekarz ma się skupić na diagnozie i wytyczeniu metody leczenia. O interakcjach między lekami podawanymi choremu na różne, współistniejące ze sobą schorzenia, czasie pół-

trwania leków, eliminacji, więcej wie farmaceuta. Kiedy chory przychodzi do apteki z receptami od różnych specjalistów, farmaceuta może przyjrzeć się dawkowaniu leków, zastanowić nad reakcjami niepożądanymi i – w razie podejrzeń, że leczenie nie jest w pełni bezpieczne i skuteczne – zaproponować modyfikację leczenia. Wymaga to jednak ścisłej współpracy farmaceuty z lekarzem. Obawiam się, że w naszym kraju lekarze nie są jeszcze w pełni przekonani, a także przyzwyczajeni do takiego stylu pracy i być może na początku będą niechętnym okiem patrzeć na opiekę farmaceutyczną, widząc w niej chęć zbyt dużego ingerowania w terapię. Jednak z doświadczeń państw, w których opieka farmaceutyczna jest bardzo rozwinięta, takich jak Nowa Zelandia, wynika, że ten model leczenia jest bardziej bezpieczny dla pacjenta, mniej obciążający finansowo i zdecydowanie bardziej satysfakcjonujący dla lekarza, który osiąga lepsze wyniki. Największe znaczenie opieki farmaceutycznej w aptece ma w leczeniu ludzi starszych, przewlekle chorych, którzy potrzebują nie tylko porady lekarskiej i wypisania recepty, ale rozmowy i doradztwa. Dobra opieka farmaceutyczna musi spowodować, że pacjent będzie lepiej leczony. Lekarz nie musi znać wszystkich działań niepożądanych leków. Farmaceute, który ma przed oczami kilka recept na kilkanaście leków, od razu zapala się w głowie czerwone światło, czy taki pakiet jest bezpieczny dla chorego. Jeżeli lekarzowi zależy na zdrowiu pacjenta, a myślę, że zależy, choćby ze względów etycznych i finansowych, to ze współpracy z farmaceutą wyniesie oczywiste korzyści. Sukcesy w leczeniu zawsze przekładają się na opinię wśród chorych i lekarzy oraz na status zawodowy leczącego. ●

## » Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo «

Z Wojciechem Matusewiczem, prezesem Agencji Oceny Technologii Medycznych, rozmawiają Ryszard Golański i Lucyna Krysiak

**Wielu lekarzom nazwa AOTM nie wiele mówi, mimo że pełni ona znaczącą rolę w systemie lecznictwa. Co o pracy agencji powinien wiedzieć każdy lekarz?**

Mamy stronę internetową i może warto tam zajrzeć, bo w swojej dziedzinie jesteśmy liderem w Europie Środkowo-Wschodniej. Pierwsze agencje powstały 30 lat temu, i to w krajach bogatych, takich jak Holandia i Szwecja. Zaczęto dostrzegać, że technologie medyczne szybko się rozwijają i budżety nie nadążają z ich finansowaniem. Dlatego uznano tam za konieczne utworzenie instytucji, która będzie podpowiadała decydentom, czy procedury medyczne i leki są na tyle innowacyjne, skuteczne i bezpieczne, że warto je refundować. W następstwie tych działań powstała unijna dyrektywa tzw. przejrzystości zasad podejmowania decyzji co do finansowania leków i procedur medycznych.

**To sugeruje, że o wydawaniu opinii decydują finanse. Czy nie zachodzi tu sprzeczność interesów systemów ochrony zdrowia i pacjentów...?**

Od tamtego czasu agencje ewoluowały. Wszędzie zmieniły się zasady rejestracji leków. Na pierwszy plan wyłoniły się aspekty kliniczne – skuteczność i bezpieczeństwo nowych technologii, choć w tle zawsze będą pieniądze, których brakuje wszystkim systemom. Tylko w Europie jest 13 agencji oceniających technologie medyczne, mających formalny, ustawowy wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących ich finansowania ze środków publicznych. W Polsce proces ten rozpoczyna się od Ministerstwa Zdrowia, któremu AOTM podlega i do którego – od firm farmaceutycznych, konsultantów krajowych i prezesa NFZ – wpływają wnioski o refundację nowych leków,



FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI

czy procedur medycznych. Po rozpatrzeniu i wstępnej weryfikacji resort przesłał je do agencji, która wystawia swoją pozytywną lub negatywną opinię, po czym wracają do Ministerstwa Zdrowia. Dopiero na tej podstawie NFZ może finansować nowe leki lub procedury medyczne ze środków publicznych.

### Czy rekomendacja AOTM jest wiążąca?

Ostateczna decyzja o refundacji należy do ministra zdrowia. W ciągu sześciu lat działania agencji wydaliśmy 289 rekomendacji, w tym 144 na leki ubiegające się o refundację w ramach wykazu, 42 na leki innowacyjne, 81 na wysokospecjalistyczne oraz 22 na wyroby medyczne i procedury diagnostyczne. Ostatnio pojawiło się mnóstwo leków innowacyjnych na tzw. choroby rzadkie, których zdiagnozowano około 5 tysięcy. Tak naprawdę dziś każda choroba onkologiczna jest chorobą rzadką – rak płuca, jelita grubego, piersi, ponieważ pacjentów typuje się genetycznie. Siłą rzeczy leki te testuje się na małej populacji, ale je rejestrujemy, choć w leczeniu skutkują u nielicznych chorych. Pacjenci i ich rodziny tego nie rozumieją i domagają się wprowadzenia tych leków na listy ogólnie dostępnych. Są to niewyobrażalnie drogie terapie. Ich innowacyjność wykorzystują często producenci i windują ceny. Dlatego z producentami rozmawia się dziś inaczej – o dzieleniu ryzyka, współpłaceniu za pewne procedury, negocjacji cenowych. W przypadku niepewnych technologii, ale bardzo nowoczesnych, firma daje środki na leczenie, a jeśli jest skuteczne, płatnik je refunduje.

### Czy są naciski ze strony resortu, aby ze względów finansowych bardziej restrykcyjnie traktować wnioski refundacyjne?

Nie było i nie ma żadnych nacisków. Oceniając świadczenia opieki zdrowotnej, opieramy się na dowodach naukowych (EBM), zbieramy dane, robimy wyliczenia ekonomiczne, obliczamy wskaźniki inkrementalne i ma to odzwierciedlenie w naszych analizach, stanowiskach Rady Kon-

sultacyjnej i rekomendacjach prezesa AOTM. Od 2009 r. AOTM jest agencją niezależną, ustawowo zapisaną, posiada osobowość prawną, ale spełnia rolę doradczą, opiniotwórczą dla ministra zdrowia. Rządzimy się własnymi zasadami, dla nas najważniejsza jest transparentność podejmowanych decyzji dotyczących leków i procedur medycznych. Wydajemy też opinie o samorządowych programach zdrowotnych – w 2010 r. wydaliśmy 67 takich opinii – i to jest dla nas problem. Agencja zatrudnia zaledwie 60 osób, ma budżet 10 milionów złotych rocznie, a jej opinie są nieodpłatne – taki jest ustawowy wymóg. Obecnie mamy około 400 zleceń (część z nich została już oceniona), a termin wydania opinii jest trzymiesięczny. Samorządy mają na programy zdrowotne 2 miliardy złotych, ale różnie je wykorzystują. Często nie potrafią nawet napisać poprawnie programu, nie mówiąc już o tym, że nie mają pomysłu, jak racjonalnie wydać te pieniądze. Co gorsze, nasza negatywna opinia niczym nie skutkuje, choć jest wymagana. Samorząd może realizować swój program.

### Kto pracuje w AOTM?

Większość pracowników ma wykształcenie medyczne, ale są także biotechnolodzy, biolodzy, ekonomiści. HTA to interdyscyplinarna dziedzina, dlatego kształcimy naszych pracowników w renomowanych ośrodkach na kursach zagranicznych. Składają oświadczenia, że ich praca w AOTM nie wchodzi w konflikt interesów z działalnością poza agencją. O ich wysokich kwalifikacjach świadczy fakt, że często firmy farmaceutyczne werbowały ich do pracy. Taki wykształcony fachowiec był dla nich cennym nabytkiem. Obecnie rotacja jest znacznie mniejsza, firmy farmaceutyczne zwalniają pracowników i – paradoksalnie – szukają oni pracy w AOTM.

### Współpracujący z agencją narzekają, że zbyt długo czeka się na wydanie rekomendacji. Jakie są terminy?

Na opinię dotyczącą leków, które pretendują do tego, by znaleźć się na listach leków refundowanych, czeka się

60 dni, ponieważ resort zdrowia wprowadza zmiany na listach cztery razy w roku. Terminy oceny innych leków i procedur medycznych są 6-8-miesięczne. Oczywiście, są priorytety pilności, ale tak naprawdę wszystko jest pilne. Mamy zbyt mały zespół, aby te terminy skrócić. Niektóre zlecenia przekazujemy ekspertom z zewnątrz, zatrudnianym na podstawie umów cywilnoprawnych. Zwłaszcza te złożone lub dotyczące programów samorządowych. Proszę też wziąć pod uwagę fakt, że wnioski – zanim trafią do AOTM – najpierw są składane w Ministerstwie Zdrowia, gdzie są omawiane i modyfikowane, co trwa czasem kilkanaście tygodni.

### Jakie kompetencje ma AOTM? Czyje kontroli podlega?

Pod kątem finansowym i merytorycznym kontroluje nas Ministerstwo Zdrowia. Przygotowywane bądź weryfikowane przez AOTM raporty firm farmaceutycznych przedstawiane są na posiedzeniach Rady Konsultacyjnej, która jest ciałem apolitycznym, niezależnym zarówno od agencji, jak i od resortu. Ustawa „koszykowa” wprowadziła zasadę, zgodnie z którą w przypadku listy leków refundowanych proces decyzyjny w agencji kończy się na stanowisku Rady Konsultacyjnej. Jej opinia jest ostateczna. W Ministerstwie Zdrowia działa zespół gospodarki lekiem, który opiera się na stanowisku Rady Konsultacyjnej i jego członkowie decydują, czy lek będzie refundowany, czy nie. Przy programach zdrowotnych i usuwaniu świadczeń gwarantowanych, a także przy zmianie ich finansowania wymagane są stanowisko Rady Konsultacyjnej i rekomendacja prezesa AOTM. Zazwyczaj oba dokumenty są zbieżne. Zdarzało się jednak, że po zapoznaniu się ze stanowiskiem rady wydałem inną opinię, która w tych wypadkach jest ostateczna. Mówię o tym, aby uzmysłowić lekarzom, że oceniamy wnioski o finansowanie technologii medycznych ze środków publicznych i ta skrupulatność jest niezbędna. Ponad 90 proc. naszych rekomendacji jest uznawanych przez Ministerstwo Zdrowia. ●



# Z notatnika rzecznika prasowego



Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

## Sprzeciw wobec zarządzenia

Naczelna Rada Lekarska skrytykowała zarządzenie prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wyrażając sprzeciw wobec trybu wprowadzania nowych zasad rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak zaznaczyła NRL, wprowadzenie systemu rozliczeń opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów w lecznictwie zamkniętym było związane z przeznaczeniem dodatkowych środków finansowych na realizację tego przedsięwzięcia oraz poprzedzone kilkumiesięcznymi konsultacjami i pilotażem. Analogiczne rozwiązania powinny zatem – zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej – towarzyszyć zmianom wprowadzanym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

## W działalności leczniczej

1 lipca br. weszła w życie ustawa o działalności leczniczej. Wprowadziła ona m.in. nowe zasady prowadzenia praktyk lekarskich i nowy rodzaj praktyki – w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – oraz nowe zasady ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Co istotne, termin dostosowania praktyk upływa 1 lipca 2012 roku, a termin nowych zasad ubezpieczeniowych 1 stycznia 2012 roku. Obie kwestie zostały szerzej omówione w tym numerze „Gazety Lekarskiej”, znajdują się również w komunikatach Komisji Legislacyjnej NRL i Zespołu Radców Prawnych NIL.

## Konsultanci krajowi

W nawiązaniu do doniesień medialnych, prezes NRL zwrócił się do ministra zdrowia z prośbą o podanie listy odwołanych konsultantów krajowych oraz ewentualnych przyczyn ich odwołania.

W odpowiedzi ministerstwo podało listę odwołanych konsultantów w dziedzinach: chirurgia plastyczna, kardiochirurgia, medycyna ratunkowa, otolaryngologia, patomorfologia, radiologia i diagnostyka obrazowa, rehabilitacja medyczna, zdrowie publiczne, chirurgia naczyńowa, immunologia kliniczna, otolaryngologia dziecięca, analityka farmaceutyczna, epidemiologia, medycyna rodzinna i genetyka kliniczna, nie podając przyczyn ich odwołania.

## Wynagrodzenia – prace zespołu

Odbłyło się pierwsze posiedzenie zespołu ds. monitorowania sytuacji pracowniczej w ochronie zdrowia i został wydany pierwszy komunikat dotyczący działań w związku z przekształceniem SPZOZ-ów w spółki handlowe oraz negocjowaniem warunków umów przez lekarzy i lekarzy dentyistów. Zespół uznał, że wynagrodzenia zasadnicze np. lekarzy z drugim stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty nie powinny być niższe niż trzykrotność średniej krajowej. Uznał również, że lekarzom-pracownikom powinien przysługiwać dodatek stażowy na zasadach takich, jakie obowiązują obecnie w SPZOZ-ach, a ponadto każdemu lekarzowi powinien przysługiwać płatny, coroczny urlop szkoleniowy w wymiarze 14 dni roboczych.

## Pod nadzorem lekarza

Naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej wystosowała do ministra zdrowia zapytanie o interpretację ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Zapytanie dotyczyło wykonywania przez ratownika medycznego czynności medycznych pod nadzorem lekarza systemu w sytuacji, gdy lekarz nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem, a w szczególności, czy lekarz ma w takiej sytuacji prawo do odmowy zlecenia podania przez ratownika określonych leków. „Nadzór ten wiąże się z bezpośrednią obecnością lekarza na miejscu zdarzenia” – czytamy w odpowiedzi ministra zdrowia.

## Ośrodek Bioetyki – druga kadencja

Naczelna Rada Lekarska powołała 17 czerwca 2011 roku Marka Czarkowskiego na stanowisko przewodniczącego Ośrodka Bioetyki NRL drugiej kadencji. Do Rady ośrodka w drugiej kadencji wybrani zostali: Zdzisław Annusewicz, Romuald Krajewski, Eugeniusz Małafiej, Konstanty Radziwiłł, Krystyn Sosada. Ośrodek Bioetyki został powołany na podstawie uchwały Nr 4/07/V NRL z dnia 16 lutego 2007 roku. Dr Marek Czarkowski pełnił funkcję przewodniczącego od początku jego istnienia.

**Pełna treść wszystkich opisywanych dokumentów znajduje się na stronie internetowej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)**

[k.stralkowska@hipokrates.org](mailto:k.stralkowska@hipokrates.org)

Więcej informacji w Newsletterze NIL. Uprzejmie informuje, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)



## Dom europejskich lekarzy

**W końcu czerwca prezes i sekretarz generalny Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) podpisali umowę kupna siedziby UEMS.** Po-

łożony w pobliżu Parlamentu Europejskiego budynek należał wcześniej do belgijskiego samorządu notariuszy. Ma około 800 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej i jest w dobrym stanie. Po niewielkich adaptacjach już za trzy-cztery miesiące przeniosą się do niego biura UEMS i innych organizacji europejskich lekarzy. Zainteresowane wynajmowaniem powierzchni biurowej i ułatwieniem komunikacji z innymi organizacjami są także niektóre krajowe organiza-



cje lekarzy, mające swoje biura w Brukseli. Wkrótce pod jednym dachem ulokuje się duże zgromadzenie europejskich organizacji lekarzy.

Potrzeba współpracy licznych organizacji lekarskich w Europie jest oczywista, ale jej zasady są ciągle dyskuto-

wane. Obok wielkich organizacji, wśród których UEMS jest najstarszą i zdecydowanie największą, istnieją organizacje niewielkie, reprezentujące mniejsze grupy (np. lekarzy zatrudnionych na umowach pracowniczych, lekarzy szpitalnych). Każda ma swoją tradycję i obszar działania, chce zachować niezależność, a współpracować z innymi na zasadzie partnerskiej. Propozycje „jednej, silnej i wszechobejmującej” organizacji europejskiej nie znajdują poparcia większości.

Dzięki działaniom UEMS, codzienne kontakty pomiędzy organizacjami bę-

dą łatwiejsze w domu europejskich lekarzy. Mógł on powstać dzięki intensywnej i wieloletniej pracy UEMS w zakresie akredytacji doskonalenia zawodowego. Pomimo że opłaty za akredytację są niewielkie, dzięki wzrastającej liczbie organizatorów zdarzeń edukacyjnych, którzy ubiegają się o akredytację europejską, udało się zaoszczędzić środki i uzyskać zdolność kredytową na zakup nieruchomości. Ze składek wpłacanych przez członków nie byłoby to nigdy możliwe ani w UEMS, ani w żadnej innej organizacji europejskiej. Współpraca europejskich lekarzy będzie teraz łatwiejsza i bardziej skuteczna.

**Romuald Krajewski**

Ze Zbigniewem  
Brzezinem,  
przewodniczącym  
Komisji Legislacyjnej  
NRL, rozmawia  
Lucyna Krysiak

# Karawana idzie dalej

**Komisja Legislacyjna NRL obecnej kadencji ukonstytuowała się w kwietniu minionego roku, więc ma niewielki staż. Czy zdołała już okrzepnąć?**

Działają w niej jedni z najbardziej doświadczonych i aktywnych samorządowców, jak choćby były prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, byli i obecni prezesi okręgowych rad lekarskich, szefowie komisji legislacyjnych okręgowych rad lekarskich oraz lekarze zajmujący się legislacją w izbach okręgowych. Nie potrzebowali więc czasu, aby zaznajamiać się z tematyką pracy komisji. Weszli od razu w wir obowiązków.

**Czy wcześniej brał pan udział w pracach legislacyjnych samorządu lekarskiego?**

W Naczelnej Radzie Lekarskiej jestem od momentu jej reaktywowania, czyli od 1989 r. Pracowałem w różnych komisjach związanych z legislacją. Przez ostatnie osiem lat w Naczelnej Izbie Lekarskiej nie działała komisja legislacyjna, a problemy legislacyjne były podzielone tematycznie pomiędzy inne komisje. W pierwszych trzech kadencjach odrodzonego samorządu komisja legislacyjna wniosła znaczący wkład w stworzenie ustawy o zawodzie lekarza, która z niewielkimi poprawkami została przyjęta przez Sejm. Jej treść była wysoko oceniana przez ekspertów w dziedzinie prawa. Z początkiem nowej kadencji prezes NRL zdecydował o reaktywowaniu Komisji Legislacyjnej.

**Ile dokumentów przeszło przez ręce członków komisji w ciągu tego roku?**

Komisja Legislacyjna nie jest organem Naczelnej Rady Lekarskiej, w związku z czym przygotowuje jedynie projekty, które później przyjmuje NRL bądź Prezydium. Każdy wniosek jest konsultowany z komisjami legislacyjnymi rad okręgowych, a później jest opracowywany w trakcie posiedzenia komisji i w formie projektu uchwały lub stanowiska trafia do NRL bądź Prezydium. W ciągu kadencji do Naczelnej Rady Lekarskiej wpływa kilkaset projektów różnych aktów prawnych: ustaw,

---

*Sukces ma wielu ojców,  
a porażka jest sierotą.*

---

rozporządzeń, zarządzeń. Komisja zajmuje się tylko niewielką ich częścią. Akty niższego rzędu są najczęściej rozpatrywane przez Prezydium NRL. W niektórych przypadkach pracami nad opiniowaniem aktów prawnych zajmuje się kilka komisji.

**Działalność komisji przypadła w trudnym okresie – wprowadzania przez rząd tzw. pakietu ustaw zdrowotnych. Czy ze strony samorządu było dużo uwag? Ile z nich resort zdrowia uwzględnił w trakcie prac legislacyjnych?**

Poprawek było dużo, ale niewiele z nich uwzględniono, mimo że były znaczące, bo dotyczyły funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Największym sukcesem, osiągniętym z udziałem prezesa NRL, było preforsowanie zmiany w ustawie o refundacji leków, która w projek-

cie była zbyt restrykcyjna dla środowiska lekarskiego. Wiązała się z dużą odpowiedzialnością finansową, również lekarzy wykonujących zawód tylko na podstawie umowy o pracę. Udało się zachować rejestr gabinetów lekarskich w izbach, a w ustawie o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zamienić termin „błąd medyczny” na „zdarzenie medyczne”. Uzyskano również zapis o możliwości zatrudniania lekarzy w indywidualnych praktykach lekarskich na czas ich kształcenia specjalizacyjnego. Nie udało się obronić stażu podyplomowego i wielu innych niekorzystnych zapisów, które w mojej ocenie niosą zagrożenie dla środowiska i funkcjonowania ochrony zdrowia.

**Co pana zdaniem należałoby zrobić, aby rząd liczył się ze zdaniem NRL?**

W jednym z posiedzeń NRL uczestniczyła prof. Irena Lipowicz, rzecznik praw obywatelskich, która z naciskiem podkreślała, że samorządność zawodowa jest jednym z fundamentów demokratycznego państwa, ale jak widać, rządzący czy politycy niechętnie dzielą się kompetencjami, a nawet je ograniczają. Trudno powiedzieć, dlaczego samorządy zawodowe *in gremio* nie zdobyły sobie takiej pozycji jak samorządy terytorialne. Może dlatego, że obrona interesów pacjenta niesłusznie jest stawiana w konfrontacji z interesami lekarzy. Jak traktowany jest samorząd lekarski, widać po projektach, które są nadsyłane do zaopiniowania „na wczoraj”. Każdy z nas, oprócz pełnienia funkcji w samorządzie, pracuje zawodowo i mi-



**Jestem przekonany, że jeśli wszyscy lekarze się zjednoczą, to potrafią osiągnąć swój cel.**

mo dużej mobilizacji sprostanie takim zadaniom jest bardzo trudne. Nawet drobne zmiany legislacyjne wymagają niesłyszanego wysiłku ze strony komisji, ale i sprawnego lobby na szczeblu okręgowym i centralnym, które jest słabe.

**Lekarze twierdzą, że samorząd lekarski nie ma wpływu na kształt prawa regulującego system ochrony zdrowia. Czy zgadza się pan z tym zarzutem?**

I tak, i nie. Jedną z przyczyn jest kontestowanie samorządu lekarskiego przez część środowiska, co jest sprawą dostrzegalną. Drugą, nie mniej istotną, jest solidarność zawodowa, o którą jest coraz trudniej. Brak zaangażowania w poprzedniej kadencji spowodował, że obywatelska ini-

***Na pytanie kolegów, co robi izba, odpowiadam, że sama nie robi nic. Robi tyle, ile pracy wykonają jej członkowie.***

cjatywa ustawodawcza samorządu, mimo że była korzystna dla lekarzy, przepadła, bo nie udało się pod nią zebrać odpowiedniej liczby podpisów. Dlatego często na pytanie kolegów, co robi izba, odpowiadam, że sama nie robi nic. Robi tyle, ile pracy wykonają jej członkowie. Jestem przekonany, że jeśli lekarze się zjednoczą, potrafią osiągnąć swój cel.

**Czy nie ma pan poczucia frustracji, wynikającej z faktu, że to, co robi komisja, to często „para w gwizdek”?**

Frustracja wynika z oczekiwań sukcesów, a te coraz trudniej się osiąga. Wymagają jeszcze większego wysiłku i profesjonalizmu. W latach 90. ubiegłego wieku było łatwiej. Posłowie często poprawki zgłaszane przez samorząd lekarski forsowali jako swoje i udawało się je zamieniać na ustawowe zapisy. Na tej zasadzie zespół, którym kierowałem w tamtych czasach, po wielomiesięcznych bojach wywalczył możliwość wystawiania recept refundowanych i skierowań do szpitali w praktykach lekarskich, które nie miały umów z kasą chorych. Ale nawet wtedy, gdy funkcje ministrów zdrowia pełnili prominentni działacze izb lekarskich, nie udało się przeforsować wszystkiego. Obecnie projekty wychodzące z Ministerstwa Zdrowia, po wejściu na ścieżkę legislacyjną bardzo trud-

no zmienić, ponieważ obowiązuje dyscyplina partyjna i mimo że niektórzy parlamentarzyści zgadzają się z naszymi argumentami, zamierzonych celów nie osiągamy. To prawda, że wpływ samorządu lekarskiego mógłby być większy, ale jestem przekonany, że bez samorządu sytuacja byłaby jeszcze trudniejsza. No cóż, „karawana idzie dalej”.

**Do obowiązków komisji należy też podejmowanie inicjatyw legislacyjnych w sprawach wchodzących w zakres działalności samorządu lekarskiego. Co w praktyce oznacza ten zapis?**

Chodzi o przygotowywanie projektów uchwał dotyczących regulacji spraw wewnątrzkorporacyjnych. Komisja zajmowała się sprawami, które dotyczyły między innymi lekarzy patomorfologów i ich sytuacji w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, czy problemem lekarzy, którzy zaprzestali wykonywania zawodu i mają trudności z wystawianiem recept.

***Jak traktowany jest samorząd lekarski, widać po projektach, które są nadsyłane do zaopiniowania „na wczoraj”.***

**Sukcesy i porażki?**

Praca Komisji Legislacyjnej polega na podpowiadaniu rozwiązań, tworzeniu projektów, które potem przyjmuje Naczelna Rada Lekarska bądź Prezydium, a jeszcze inna grupa osób, uczestnicząc w spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, parlamencie, próbuje poprzez lobbying je przeforsować. Dopiero działania na wielu szczeblach, nie tylko centralnym, ale i okręgowych izb lekarskich, mogą przełożyć się na końcowe zapisy w aktach prawnych. Trudno więc wymienić konkretne porażki i sukcesy, bo sukces ma wielu ojców, a porażka jest sierotą. ●

FOT.: ARCHIWUM



# Czy można żyć bez miłości?

*Jednak istnieją w życiu sprawy, które – bez względu na to, z której strony byśmy na nie patrzyli – są zawsze tak samo ważne dla wszystkich. Miłość jest jedną z nich.*

Paulo Coelho

JOLANTA MAŁMYGA

**W**ybrałam miłość na temat wakacyjno-urlopowy. Zatrzymajmy się chociaż na chwilę, przestańmy się spieszyć, przecież lato to czas odpoczynku. Możemy spokojnie pomyśleć i przypomnieć sobie wszystkie miłe chwile. Zastanówmy się, co dobrego nas spotkało w ostatnim czasie.

Czy możliwe jest życie bez miłości i prawdziwych przyjaźni? Życie stwarza nam tyle możliwości i przepisów na szczęście, musimy tylko chcieć

z nich skorzystać i wybrać to, co odpowiada nam najbardziej.

Żadni władzy i kariery, kiedy już osiągniemy sukces i zdobędziemy wszystko, o czym marzyliśmy i bez czego nie wyobrażaliśmy sobie życia, tak naprawdę nie mamy nic.



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

Po drodze zapomnieliśmy o szczęściu i miłości. Miłości przez duże M. Do najbliższych, ale także do siebie. Bo moim zdaniem, trudno jest kochać innych ludzi,

jeżeli nie kocha się siebie samego. Kocha się nie tylko raz, miłość ma przecież różne oblicza. To piękne uczucie, ale bywa ślepe i bezkrytyczne. Kochamy szaleńczo, nie oczekując nic w zamian albo chcemy za dużo.

Jednak moim zdaniem ważniejsze jest dążenie do miłości i jej pielęgnowanie. A tak niewiele potrzeba. Ważny jest każdy szczegół i każda chwila, z której możemy się cieszyć. Wszystkie drobne rze-

czy składają się w jedną całość i zapisują na kartach naszej pamięci. Takimi drobnymi rzeczami jest uśmiech nieznanej osoby, przyjazne pozdrowienie na przystanku lub w windzie, odzyskanie swetra, który upuściłam, idąc do sklepu (a znalazca czekał na mój powrót, by mi go zwrócić).

***Ważny jest każdy szczegół i każda chwila, z której możemy się cieszyć.***

***Wszystkie drobne rzeczy zapisują się w pamięci.***

Niekiedy nic nieznaczący gest pozwala uwierzyć w ludzi i ich dobre chęci. Powoduje, że zaczynamy dostrzegać bądź inaczej postrzegać otoczenie. Dlatego bądźmy dla siebie dobrzy, uśmiechajmy się do świata, a on odplaci nam tym samym. Zbierajmy cegiełki szczęścia.

Przy okazji natchodzi nas refleksja. Czy potrafimy się cieszyć? Czy potrafimy być szczęśliwi? Czy miłość jest tym, za czym tęsknimy? ☉

***(...) miłość po prostu jest. Bez definicji. Kochaj i nie żądaj zbyt wiele. Po prostu kochaj.***

Paulo Coelho





# Postępowanie med

\* | Postępowanie mediacyjne może być doskonałym narzędziem służącym do rozwiązywania konfliktów. | \*

===== EWA NOWOSIELSKA, MAŁGORZATA RAJCA =====



**U**stawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wprowadziła (art. 113) mediację do postępowania w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Z uwagi na fakt odwołania się w kwestiach nieuregulowanych do przepisów kodeksu postępowania karnego, mediacje w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy należy traktować analogicznie do mediacji w sprawach karnych.

Mediacja jest alternatywną formą rozwiązywania konfliktów między stronami przy udziale osoby trzeciej – akceptowanego przez obie strony, neutralnego, a więc

nienarzucającego rozwiązań i bezstronnego mediatora, opartą na dobrowolnym porozumieniu stron. Mediator nie reprezentuje interesów pokrzywdzonego ani obwinionego, wspiera przebieg negocjacji, łagodzi powstające napięcia i pomaga w wypracowaniu rozwiązania.

## *Mediacje w ramach odpowiedzialności zawodowej*

Mediacje w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy kierują się takimi samymi zasadami jak wszystkie pozostałe mediacje, czyli:

- zasadą akceptowalności – wyrażenia

zgody na osobę mediatora i zasady mediacji,

- zasadą dobrowolności – wyrażenia zgody przez strony na uczestniczenie w mediacji,
- zasadą poufności – zachowania tajemnicy przez strony i mediatora,
- zasadą neutralności – nienarzucania rozwiązań,
- zasadą bezstronności – równego traktowania stron, nieopowiadania się po żadnej z nich.

*Pozytywny wynik mediacji satysfakcjonuje każdą ze stron, nie eskaluje konfliktu, rozwiązuje go, a nie rozstrzyga.*

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej ma jednak swoją specyfikę. Stronami są w nim: pokrzywdzony, czyli „osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe” (art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich) oraz obwiniony, czyli „lekarz, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie” (art. 58 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich). Z definicji tych jasno wynika, że w sprawach kierowanych do postępowania mediacyjnego musi być wyodrębniona osoba, która doznała szkody oraz osoba, której zarzucono czyn naruszający przepisy prawa.

Mediacja w sprawach karnych ma na celu wypracowanie przez pokrzywdzonego i obwinionego satys-

# iacyjne

fakcjonującego obie strony rozwiązania. Nie koncentruje się na ustaleniu winy czy też przebiegu zdarzenia. Specyfiką tego rodzaju mediacji jest element zadośćuczynienia za wyrządzoną krzywdę, traktowany jako forma sprawiedliwości naprawczej.

## *Korzyści dla stron*

Mediacja stwarza bezpieczny obszar do prowadzenia rozmów, wyrażania własnych emocji, oczekiwań, odczuć. Daje możliwość wzajemnego poznania racji obu stron i przyczyn zaistniałej sytuacji. Osoby anonimowe stają się konkretnymi osobami, które czują i przeżywają. Strony konfliktu mają możliwość uważnego, wzajemnego wysłuchania się, wypracowania satysfakcjonującego je rozwiązania oraz wzięcia odpowiedzialności za rozstrzygnięcie problemu i treść zawartej przez nich ugody.

W trakcie spotkania mediacyjnego osoba pokrzywdzona może wyrazić to, co czuje i zdecydować, jaka forma naprawienia szkody będzie dla niej satysfakcjonująca. Ma poczucie, że jest kimś ważnym. Natomiast obwiniony ma okazję, by zrozumieć skutki popełnionego przez siebie czynu i wziąć za niego odpowiedzialność. Ma także możliwość zdecydowania o formie zadośćuczynienia.

## *Zażegnywanie konfliktu*

Mediacja jest formą przywrócenia ładu społecznego i niedopuszczenia do eskalacji konfliktu. Mogą zaistnieć dwie różne sytuacje.

Pierwsza dotyczy jednorazowego, przypadkowego zdarzenia, które do-

---

*Mediacja daje możliwość wzajemnego poznania racji stron konfliktu i przyczyn zaistniałej sytuacji.*

---

prowadziło do konfliktu między stronami niepozostającymi ze sobą w bliższej relacji. W takiej sytuacji należy przyjąć, że pozytywny wynik postępowania mediacyjnego usatysfakcjonuje strony, zakończy konflikt i zminimalizuje traumatyczne przeżycia wynikające ze zdarzenia. Istnieje szansa, że wysłuchany i usatysfakcjonowany pokrzywdzony nie będzie eskalował konfliktu poprzez np. nagłaśnianie sprawy w mediach czy kierowanie sprawy na drogę sądową, co stanowi niewymierną korzyść dla obwinionego lekarza i całego środowiska lekarskiego.

W drugim przypadku konflikt pojawia się między osobami, które pozostają ze sobą w długiej relacji osobistej bądź służbowej. Zażegnanie konfliktu czy zawarcie satysfakcjonującej ugody ma kluczowe znaczenie nie tylko dla polepszenia relacji między stronami, ale wpływa także na stosunki i atmosferę w środowisku czy społeczności, z których strony się wywodzą. Może się zdarzyć, że w takich przypadkach faktyczna przyczyna konfliktu będzie wybiegała poza zarzuty przedstawione lekarzowi, wskazane w postanowieniu o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego. W takim wypadku sprawa wymaga przeprowadzenia drugiej, oddzielnej mediacji – cywilnej, która pozwoli dojść do istoty problemu i rozwiązać faktyczny konflikt. Pozytywny wynik mediacji cywilnej będzie mógł mieć wpływ na wynik mediacji prowadzonej w ramach odpowiedzialności zawodowej. ☉

AUTORKI SĄ PRACOWNICAMI BIURA  
NACZELNEGO RZECZNIKA  
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

---

*Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy ma swoją specyfikę.*

---

# Czy jeszcze jesteśmy

Z pewnym  
zażenowaniem  
odkryłyśmy  
z koleżanką lekarką,  
że wykonujemy  
zawód z misją.  
O, jaki wstyd! Takie  
duże, a mentalnie  
ciągle w krainie Lucy  
Maud Montgomery!  
Nienawidzę  
Ani z Zielonego  
Wzgórza!!!



**Joanna Sokołowska**

**Z**amiast postrzegać się w kategoriach przedsiębiorcy i/lub bizneswoman, one o misji. I że pieniądze ważne, ale nie najważniejsze. A jak to przeczyta rodzina i znajomi?! Towarzystwie harakiri... Może wytłumaczyć się nadmiernym spożyciem? Ale koleżanka jest niepijąca.

Nasza, moja i koleżanki, medycyna cierpi. Jak chory w trakcie chemioterapii, któremu wszyscy powtarzają (choć nie wiedzą zazwyczaj, kto jest autorem sentencji), że to, co go nie zabije – niewątpliwie wzmocni i zbliży do szczęśliwego ozdrowienia.

Nasza medycyna jest dziedziną humanistyczną, w której statystyka i biologia molekularna są naukami pomocniczymi. Chyba nikt nas tego nie uczył, ale wiedziałyśmy, rozpoczynając pierwsze dyżury lekarskie, że człowiek składa się z tkanek i czegoś jeszcze. – Duszy – podpowiada koleżanka. – Myśli, emocji i uczuć – tłumaczę sobie nie do końca materialistycznie. – To tylko efekt wahanja stężenia dopaminy i oksytocyny – podpowiada autor naukowego

artykułu, który czytam z zainteresowaniem i wiarą w „szkiełko i oko”.

Staram się wykonywać swój zawód w zgodzie ze współczesnymi standardami, chętnie sięgam po zdobycze technologii medycznych i informatycznych. Równie chętnie robią to, z podobną lub większą od mojej łatwością, pacjenci, których leczę. I choć słyszałam ostatnio, że komputer zagraża zdrowiu i życiu chorego, gdy jest podłączony do sieci, wiem, że dr Google jest konkurencją o tyle poważną, że dostępną całodobowo i bez konieczności wcześniejszego rejestrowania się na wizytę.

***Doktor Google jest dla nas konkurencją o tyle poważną, że dostępną całodobowo i bez konieczności wcześniejszego rejestrowania się na wizytę.***

Do konkurencji podchodzę z szcunkiem, a za linię obrony przyjmuję... staroświecką rozmowę. To po nią często przychodzą do gabinetu pełni internetowej wiedzy rodzice moich bardzo małych pacjentów. Po rozmowę przychodzą również starsi i samotni. Wiem, nie ma takiej procedury w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9, a za rozpowszechnianie tezy, że przesiadywanie w poczekalni przychodni jest swoistego rodzaju rozrywką, można doświadczyć publicznego wykluczenia. Przekonała się o tym posłanka Joanna Mucha.

Zaryzykuję. Publicznie przyznaję się do rozmawiania z pacjentami w czasie, za który płaci Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozmawiamy o zdrowiu, tkankach i chromosomach, ale czasem także o uczuciach. To w trakcie takiej rozmowy jeden z opiekunów moich pacjentów opowiedział mi o swoim „bliskim spotkaniu trzeciego stopnia” z wysokospecjalistyczną diagnostyką medyczną.

Było sterylnie i fachowo, bez zbędnych słów i gestów. Podpisana zgoda na leczenie. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych. Informacja, że wykonywana procedura jest



# lekarzami?

inwazyjna i niesie ze sobą ryzyko. Zgoda na wszystko, o czym zdecydują w trakcie zabiegu osoby, które go wykonują. Zgoda na udzielenie informacji i wydanie... tego, co zostanie. Mierzenie, ważenie, golenie, dezynfekowanie, pobieranie krwi i nie tylko, wstrzyknięcie, pstryknięcie, szum maszyn, aparat, który robi „pink”. „Jak nie umrze, to żyć będzie” – tak doktorzy powiedzieli i wypisali do dalszej opieki ambulatoryjnej.

– Czułem się jak laboratoryjna żaba – z gorzkim poczuciem humoru stwierdził zaprzyjaźniony pacjent.

Kto jest bez winy? Pewnie sama niejednokrotnie uczestniczę w takiej szpitalnej pantomimie. Potem tłumaczę się przed samą sobą nawałem obowiązków, nadmiarem medycznej biurokracji, brakiem czasu, brakiem

wykształcenia w zakresie komunikacji. I szczerze wierzę w te tłumaczenia. W najgłębszy zakamarek chowam to, co tak ładnie w polskiej mowie nazywa się współodczuwaniem.

Dzięki technologicznym zdobyczom XXI wieku zagłębiamy w głąb najpilniej strzeżonych przez naturę tajemnic. Rejestrujemy, obrazujemy, tłumaczymy wzorami. Gromadzimy w jednorodne grupy, klasyfikujemy, tworzymy bazy danych, dygitalizujemy (słowo tak straszne, jak proces, który opisuje). Sprawdzamy za pomocą testów laboratoryjnych i badań przesiewowych, weryfikujemy za pomocą oznaczeń biochemicznych. Staliśmy się pracownikami spółek, wypracowujemy zysk, oszczędzamy, kontraktujemy. Tworzymy procedury, protokoły, standardy, liczymy

---

---

*Staliśmy się pracownikami spółek, wypracowujemy zysk, oszczędzamy, kontraktujemy. Tworzymy procedury, protokoły, standardy, liczymy punkty.*

---

---

punkty. I wiemy wszystko. A resztę możemy przeczytać w medycznych bazach danych.

Jeśli mówimy pacjentom, jak rodzić i karmić dzieci, jak się odżywiać, jak odpoczywać, jak pracować i umierać, to właśnie z pozycji tych, którzy, opierając się na faktach, wiedzą lepiej. Dziwi i złości, że ktoś ma swoje „lepiej” i przychodzi do nas po to, by zapytać o drogę, a nie o cel. I tylko czasem przychodzi refleksja: czy jeszcze jesteśmy lekarzami? ●

# Jak dobrze mieć sąsiada...



FOT.: PATRYK MASŁANKOWSKI

Zawsze jest dużo zamieszania z przyjmowaniem gości albo kiedy samemu trzeba się gdzieś udać z kurtuazyjną wizytą. Jednak podróże kształcą i warto się odwiedzać, poznawać, zaprzyjaźniać.

JAROSŁAW WANECKI

**J**ak się ubrać, gdy zaplanowano i część oficjalną, i turystyczną? Obcasy czy może jednak płaskie buty? Garnitur, ale w taki upał?! A zresztą, nie to przecież jest najważniejsze! Ruszamy.

Równo o ósmej rano kierowca busa ruszył spod zabytkowej kamienicy przy ul. Kościuszki w Płocku w stronę starego mostu na Wiśle. Kilkunastu pasażerów głośno dyskutowało, opowiadając o przeżyciach z ostatnich dni, bólowych nogach, wizytach u lekarzy, kłopotach i radościach z dziećmi, wnuczętami, a nawet prawnuczętami. Niespełna dwie godziny później przed wszystkimi otworzyły się drzwi Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Nieznani sobie ludzie, w wieku od niespełna 60 do 80 lat, przywitali się hałaśliwie, podając sobie ręce i z zaciekawie-

niem oczekując, czy wszystko potoczy się zgodnie z planem.

## *Toruń, 12 maja*

– Przywitał nas z największymi honorami pan doktor Kazimierz Bryndał – relacjonuje Marianna Rybicka, pediatra i rehabilitant, nadal czynnie uprawiająca medycynę, mimo przejścia na rentę ponad 20 lat temu, szefowa Komisji Seniorów płockiej izby lekarskiej, z zamiłowania organizatorka wypraw turystycznych i sportowych. I dodaje: – Wysłuchaliśmy z zainteresowaniem informacji na temat działalności koleżanek i kolegów na rzecz różnych środowisk lekarskich. Zwiedziliśmy zakamarki izbowe, poznając pracowników i dopytując o szczegóły funkcjonowania organów samorządu. Z zaciekawieniem obejrzelismy zdjęcia i pamiątki powieszzone na ścianach.

– Zajrzałam w każdy kąt, aby móc wyrobić sobie zdanie, jak to wszystko

funkcjonuje u innych. Odwiedziłam już izby: naczelną i śląską, ale to wielkie instytucje, ta w Toruniu była pierwszą, która choćby w przybliżeniu mogła być podobna do naszej – zwierza się Barbara Kacer, dentystka, „Królowa Seniorów”, jak mawiają o niej płocki lekarze, założycielka Komisji Lekarzy Emerytów i Rencistów przed 17 laty. Na koniec poprzedniej kadencji w sprawozdaniu Naczelnej Rady Lekarskiej uznano ją za jedną z najlepiej wypełniających swoją rolę w Polsce.

Stery przewodnika po mieście przejął Jerzy Hermanowski, na co dzień przewodniczący Komisji Rewizyjnej, ginekolog-położnik, od dziewięciu lat na emeryturze. Z dumą pokazywał zbiory toruńskiej biblioteki lekarskiej z czytelnią oraz salę papieską, poświęconą wizytom torunian w Watykanie i papieża Polaka w Toruniu.

Pogoda dopisała. Duch Mikołaja Kopernika towarzyszył nam w drodze po staromiejskich uliczkach, przy bramach, basztach i słynnej Krzywej Wieży. Ceglana, średniowieczna ar-

***Duch Mikołaja  
Kopernika towarzyszył  
nam w drodze po  
staromiejskich uliczkach,  
przy bramach, basztach  
i słynnej Krzywej Wieży.***

chitektura cieszyła oczy, a dyskusja o sprawach lekarskich mieszała się już z licznymi wspomnieniami ze szkolnych wycieczek, weekendowych wypadów lub krótkich odwiedzin w czasie wakacyjnych powrotów znad morza. Trwały juwenalia i żacy przypominali radosny, tak nieodległy, wydawałoby się, studencki czas.

## *Płock, 16 czerwca*

Sala Kolumnowa odnowionej w ubiegłym roku Okręgowej Izby

Lekarskiej w Płocku rozświetliła się dziesiątkami żarówek. Stoły ustawione w prostokąt ozdobiły margerytki. Wybiła dziesiąta.

– Chcielibyśmy, aby samorząd lekarski był miejscem wymiany doświadczeń i rozwiązywania zwykłych, codziennych problemów. Aby móc odnajdywać w sztafecie pokoleń autorytety, z których można czerpać wzorce. Stąd inicjatywa prezesów naszych izb: Łukasza Wojnowskiego i moja, aby rozpocząć od turystycznej wymiany lekarzy seniorów – powiedziałem, witając gości.

Małgorzata Kędzierska, pediatra, od dziewięciu lat na emeryturze, członek rady, delegat na okręgowe zjazdy lekarzy, przewodnicząca Komisji Senioratu i Samopomocy z Torunia, mówiła o obronie interesów korporacji lekarskiej, dbałości o rangę zawodu oraz o codziennym organizowaniu się na przykład w formie wspólnych wyjazdów rehabilitacyjnych, z których korzysta coraz większa liczba chętnych. Na marginesie dodaje, że po zmianie grafiki i treści „Gazety Lekarskiej” czyta ją prawie w całości.

– A jakie są państwa oczekiwania wobec samorządu zawodowego? – zapytałem.

– Jestem bardzo zadowolona, wszystko jest OK – stwierdziła Jadwiga Gruszczyńska, dentystka z 12-letnim stażem emerytki, sędzia płockiego Sądu Lekarskiego. Z kolei Maria Skrzypek, kardiolożka, która od 16 lat mogłaby cieszyć się wyłącznie wolnym czasem, a nadal ciężko pracuje aż pięć razy w tygodniu w poradniach Torunia i okolic, chciałyby, aby za pośrednictwem izb zwiększyły się możliwości prawidłowego leczenia chorych. Czekają także na powrót do „GL” felietonów poetyckich Jolanty Zaremby-Wronkowskiej. Dentystka Teresa Jaworska-Pioś, odkąd została sześć lat temu emerytką, aktywnie działa w płockim Sądzie Lekarskim. Według niej korporacja powinna „wspierać emocjonalnie”, zwłaszcza tych, którzy po wielu latach pracy czują się zapomniani i niepotrzebni. Również Danuta Skorupska-Budzyń, której przejście na emeryturę zbiegło się z odrodzeniem izb lekarskich w 1989 r., liczy na pomoc w różnych sprawach, „tak po prostu, po ludzku”.

## *Najważniejsza jest dbałość o interes lekarzy i lekarzy dentystów, inicjowanie aktywności kulturalnej i społecznej oraz integracja środowiska.*

Po oficjalnych przemówieniach dyskusja rozgorzała wokół opieki lekarskiej nad seniorami zawodu. Wacława Broniowska-Elert, pediatra, reumatolog, od dziewięciu lat na emeryturze, mówiła: „Mój lekarz rodzinny nigdy nie odmawia mi pomocy. Jest kulturalny, okazuje mi szacunek, nie mam problemów ze skierowaniami na badania specjalistyczne”. Większość podkreślała jednak, że „murem są rejestratorki” i że „zachowanie zależy od człowieka, od lekarza prowadzącego”. Niektórzy zwracali uwagę na problemy z korzystaniem z usług specjalistów. Inni chodzą do lekarza prywatnie, nie mówiąc nic o swoich związkach z medycyną.

Internista Andrzej Kunkel, emeryt od czterech lat, wiceprzewodniczący Komisji Senioratu i członek ORL w Toruniu, podsumował, że najważniejsza jest „dbałość o interes lekarzy i lekarzy dentystów oraz inicjowanie aktywności kulturalnej i społecznej, wspólna prezentacja postulatów wobec władzy i integracja środowiska, choćby w formie wzajemnego poznawania się sąsiadów”.

Zza chmur wyszło słońce. Wiceprezes płockiej izby Paweł Sobieski opowiadał o historii miasta, prowadząc do katedry z romańskimi drzwiami, na Palatium Hermana i przez skarby Muzeum Diecezjalnego. Dalej spacer Tumami w kierunku najstarszej polskiej szkoły średniej „Małachowianki”. Sanktuarium św. Faustyny, gdzie miało miejsce pierwsze widzenie obrazu „Jezusa Miłosiernego” i Stary Rynek z fontanną i restauracją „Esterą”, gdzie czekał wszystkich wykład na temat żydowskiej kuchni koszernej i pożegnalny obiad. Na deser spragnieni zajrzeli jeszcze do Muzeum Mazowieckiego, aby podziwiać tam największe zbiory secesji.



# Kreowanie rzeczywistości

| Samorząd zawodowy lekarzy, poza działalnością  
\* korporacyjną, może i powinien spełniać rolę  
| eksperta w dziedzinie ochrony zdrowia.

**Roman Budziński, Tomasz Zdrojewski**



FOT. WISŁAWA KUMIEN

**T**aką rolę niejednokrotnie samorząd już spełniał, m.in. kiedy Komisja Legislacyjna Naczelnej Rady Lekarskiej przygotowywała projekt ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Jednak w ostatnim czasie ta naturalna rola ekspercka przygasa. W powszechnym odczuciu członków izby lekarskie za mało zajmują się kreowaniem rzeczywistości w ochronie zdrowia w sposób konstruktywny. Poza tym zbyt często, zajmując się szczegółowymi problemami systemu, tracimy z pola widzenia jego ogólny obraz.

Te rozważania zainspirowały Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku do zainicjowania serii debat z udziałem

wybitnych ekspertów zajmujących się organizacją, finansowaniem i ekonomiką zdrowia. Pierwszą z nich zorganizowano 7 kwietnia br. w siedzibie OIL w Gdańsku. Jej tematem był „System zdrowia w Polsce na tle rozwiązań w innych krajach”.

## Nowoczesny, czyli jaki?

Pierwszą część debaty otworzył dr Adam Kozierekiewicz, ekspert w dziedzinie ekonomiki zdrowia, który w syntetyczny sposób przedstawił różne modele organizacji systemów opieki zdrowotnej w Europie, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Był wiceprezes NFZ, a obecnie kanclerz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dr Jacek Grabowski podjął próbę opisanie systemu obowiązującego w Polsce. W kolejnym wystąpieniu, transmitowanym z Warszawy, dr Paulina Miśkiewicz, dyrektor biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, przedstawiła kryteria, które według WHO powinien spełniać nowoczesny system ochrony zdrowia. Z kolei prof. Tomasz Zdrojewski z Gdańskiego Uniwersyte-

tu Medycznego mówił o społecznych, demograficznych i finansowych determinantach naprawy polskiego systemu, ilustrując swój wykład licznymi, bardzo ciekawymi, a niekiedy zaskakującymi danymi statystycznymi.

## Diagnoza zalet i wad

Drugą część debaty otworzył prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Przedstawił genezę problemów ochrony zdrowia w Polsce i zapoczątkował dyskusję na trzy zaproponowane przez organizatorów tematy („Napięcie pomiędzy liberalizmem a solidaryzmem społecznym – jak pogodzić twardą ekonomię z problemami niedostatku, nieszczęścia i nieudolności ludzkiej?”, „Jak zdefiniować priorytety w ochronie zdrowia, jak je wbudować w system?” oraz „Czy w Polsce istnieje polityka zdrowotna? Kto uczestniczy w jej kreowaniu? W jakiej skali? Czy są potrzebne narzędzia do jej racjonalnego prowadzenia?”).

W dyskusji panelowej, prowadzonej przez wiceprezes NRL Annę Lelę, jako pierwsza głos zabrała Teresa Kamińska, prezes Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej (była minister w rządzie AWS i współtwórczyni reformy wprowadzającej system kas chorych), która przedstawiła zarys ewolucji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Poseł Marek Balicki, nawiązując do wieloletnich doświadczeń w pracy w Ministerstwie Zdrowia i sejmowej Komisji Zdrowia, podjął próbę identyfikacji zalet i wad obecnego systemu. Poseł Tadeusz Naguszewski skupił się na przyczynach wprowadzanych zmian prawnych i omówił ich spodziewane korzyści dla systemu. Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł przedstawił pokrótce działania i stanowiska podjęte do tej pory przez samorząd lekarski. Ostatni z uczestników panelu, prof. Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, współtwórca Narodowego Programu Zdrowia, położył nacisk na konieczność racjonalniejszego wykorzystania środków na opiekę zdrowotną.

Zapis tej i następnych debat zostanie opublikowany i stanie się kompendium aktualnej wiedzy na temat podstaw „ustrojowych” systemu opieki zdrowotnej w Polsce. ●

***Zbyt często, zajmując się szczegółowymi problemami systemu, tracimy z pola widzenia jego ogólny obraz.***





# BIULETYN

Nr 5 (136) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Warszawa, VIII 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

## Posiedzenie NRL – 17 czerwca 2011 roku

### UCHWAŁA Nr 13/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.

w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu  
i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2010

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

#### § 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2010, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 16 200 858,93 PLN.

2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 1 250 110,47 PLN na działalność ustawową Naczelnej Izby Lekarskiej.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Mariusz Janikowski

PREZES  
Maciej Hamankiewicz

### UCHWAŁA Nr 14/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.

w sprawie powołania Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki  
Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oraz w zw. z § 3 ust. 1 uchwały Nr 4/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 lutego 2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

#### § 1.

Na stanowisko Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się dr. Marka Czarkowskiego.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Mariusz Janikowski

PREZES  
Maciej Hamankiewicz

### UCHWAŁA Nr 15/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.

w sprawie powołania Rady Ośrodka Bioetyki Naczelnej  
Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oraz w zw. z § 5 uchwały Nr 4/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 lutego 2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

#### § 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej w składzie:

- 1) dr Zdzisław Annusewicz
- 2) dr Romuald Krajewski
- 3) dr Eugeniusz Małafiej
- 4) dr Konstanty Radziwiłł
- 5) dr Krystian Sosada

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Mariusz Janikowski

PREZES  
Maciej Hamankiewicz

### UCHWAŁA Nr 16/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy –  
Prawo ochrony środowiska

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

#### § 1.

1. Ustala się projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo ochrony środowiska
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu ustawy.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Mariusz Janikowski

PREZES  
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały NRL nr 16/11/VI z dnia 17 czerwca 2011 r.

### USTAWA o zmianie ustawy – Prawo ochrony środowiska

#### Art. 1.

W ustawie z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska wprowadza się następującą zmianę:

- w art. 289 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Nie wnosi się opłat z tytułu tych rodzajów korzystania ze środowiska spośród wymienionych w art. 273 ust. 1 oraz nie składa się wykazu, o którym mowa w art. 286 ust. 1-2, jeśli półroczna wysokość opłat wnoszona na rachunek urzędu marszałkowskiego nie przekracza 400 zł.”

#### Art. 2.

Ustawa wchodzi w życie z dniem...

#### Uzasadnienie

W świetle obecnie obowiązującego prawa wszystkie podmioty gospodarcze i osoby fizyczne korzystające ze środowiska w sposób ujęty w ustawie są zobowiązane do przedstawienia Marszałkowi Województwa wykazu zawierającego informacje i dane, o których mowa w art. 287, wykorzystane do ustalenia wysokości opłat oraz wysokość tych opłat. Drugi komplet tychże dokumentów jest również przedkładany Wojewódzkiemu Inspektorowi Ochrony Środowiska. Trzeci komplet pozostawia sobie w/w podmiot dla potwierdzenia dopełnienia tego obowiązku. W odniesieniu do niewielkich podmiotów gospodarczych ilość emisji do środowiska jest tak niewielka, iż podatek naliczony z tego tytułu jest często poniżej obowiązującej granicy 400 zł na okres 6 mc. Przeważnie kształtuje się na poziomie kilku lub kilkunastu zł. Jednak ilość wymaganej dokumentacji papierowej sięga często kilkudziesięciu stron. Egzekwowanie więc takiego obowiązku sprawozdawczego, ze względu na ogromne w skali kraju zużycie papieru, jest wręcz nieekologiczne, a więc całkowicie sprzeczne z duchem wspomnianej ustawy.

### STANOWISKO Nr 12/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.

w sprawie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia  
warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  
ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Naczelna Rada Lekarska wyraża sprzeciw wobec trybu wprowadzania nowych zasad rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wprowadzenie systemu rozliczeń opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów w lecznictwie zamkniętym było związane

z przeznaczeniem dodatkowych środków finansowych na realizację tego przedsięwzięcia a także było poprzedzone kilkumiesięcznymi konsultacjami i pilotażem. Analogiczne rozwiązania powinny zatem towarzyszyć zmianom wprowadzanym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

**SEKRETARZ**  
Mariusz Janikowski

**PREZES**  
Maciej Hamankiewicz

### **STANOWISKO Nr 13/11/ VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.**

**w sprawie używania języka polskiego w ochronie zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska wyraża głębokie zaniepokojenie widoczną tendencją do wprowadzania do systemu ochrony zdrowia nowomowy administracyjnej zmieniającej podstawowe zrozumiałe dla społeczeństwa pojęcia.

Jednoznaczne określenie obowiązków lekarza i praw pacjenta ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej, iż:

„Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – Salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” zastąpiono nowymi pojęciami.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzenie w coraz szerszym zakresie do języka polskiego nowych określeń, takich jak:

- świadczeniobiorca lub nawet usługobiorca zamiast chory,
  - świadczeniodawca lub nawet usługodawca zamiast lekarz,
  - udzielanie świadczeń zdrowotnych, wykonywanie procedur zamiast leczenia,
  - limitowanie świadczeń i wprowadzenie pojęcia nadwykonania maskujące odmowę leczenia,
  - nieśnięcie za sobą negatywnych skutki, bowiem:
  - prowadzi do dehumanizacji zawodu lekarza,
  - powoduje zagubienie się chorego człowieka w labiryncie niezrozumiałych pojęć i nazw jednostek ochrony zdrowia ( np. przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego),
  - stoi w sprzeczności z zapewnieniem należytych warunków do godnego wykonywania zawodu lekarza,
  - utrudnia leczenie i otaczanie właściwą opieką wszystkich potrzebujących.
- Taki kierunek zmian podstawowych pojęć nie stanowi żadnego postępu reform i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zwracamy się do Koleżanek i Kolegów Lekarzy i Lekarzy Dentystów, aby w kontaktach z chorymi nadal posługiwali się powszechnie przyjętymi i zrozumiałymi dla nich pojęciami.

**SEKRETARZ**  
Mariusz Janikowski

**PREZES**  
Maciej Hamankiewicz

### **STANOWISKO Nr 14/11/ VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.**

**w sprawie zmian Protokołu Dodatkowego do Konwencji  
o Prawach Człowieka i Biomedycynie dotyczącego  
transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego**

Naczelna Rada Lekarska, w związku z pismem z dnia 19 maja 2011 r. Dyrektora Departamentu Praw Człowieka Ministerstwa Sprawiedliwości, znak: DPC I 0825-22/11/1, informującym o zbliżającym się terminie pierwszej okresowej oceny obowiązywania Protokołu Dodatkowego do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie dotyczącego transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego Protokołu:

- 1) ad. preambuły drugi akapit - niedokładnie przytoczono treść art. 1a Statutu Rady Europy: zamiast wyrazów „jej członków” powinny być wyrazy „między jej członkami, aby chronić i wcielać w życie ideały i zasady stanowiące ich wspólne dziedzictwo oraz aby ułatwić ich postęp ekonomiczny i społeczny”;
- 2) ad. art. 2 ust. 1 – należy rozszerzyć zakres przeszczepiania do „narządów, tkanek i komórek”, podobnie jak sam tytuł Protokołu;
- 3) ad. art. 3:
  - a) w pierwszym akapicie - zamiast wyrazu „usług” powinien być wyraz „świadczeń”,
  - b) w trzecim akapicie na końcu zdania należy dodać wyrazy „oraz istniejące w nich listy osób oczekujących”;
- 4) ad. art. 9 - konieczne jest zastanowienie się nad właściwym określeniem „żyjącego dawcy”, którego narząd lub tkanka jest ofiarowana biorcy. Nie należy używać określenia „dawca” tylko „ofiarodawca”, ponieważ to określenie lepiej oddaje rzeczywisty obraz sytuacji. Biorca musi mieć świadomość, że ofiarodawca przekazuje mu swój narząd lub tkankę całkowicie bezinteresownie, ofiarowując mu swój narząd lub tkankę. Transplantacja opiera się bowiem na modelu ofiarowania potrzebującej osobie (biorcy) narządu lub tkanki od innej osoby. Funkcjonować zatem powinien model ofiarowania a nie „dawstwa”, ponieważ:
  - a) dar wymaga odwzajemnienia a ofiarowanie – nie,
  - b) odwzajemnienie nie jest praktycznie możliwe, a ponadto nie powinno być zalecane ani nie powinno stwarzać u biorcy potrzeby rekompensaty,

c) biorca, któremu się coś daje a nie ofiaruje staje przed zagrożeniem „tyranią daru”, która może wymuszać bezwzględne posłuszeństwo w stosunku do lekarzy, którzy mu ten dar „załatwili”.

Z powyższego płynie następujący wniosek: określenie „dawca” sprzyja ujawnieniu się zjawiska podobnego do „therapeutic misconception” występującego w przypadku badań klinicznych (clinical trias), można je określić jako „transplantational misconception”. Problem ten dotyczy raczej polskiego tłumaczenia tekstu niż uwag do wersji angielskojęzycznej (po angielsku „donor” jest raczej rozumiane w znaczeniu „benefactor”, a po polsku dawca nie jest równoznaczne z terminem ofiarodawca);

- 5) ad. art. 10 – po wyrazie „narządów” należy dodać wyrazy „lub tkanek”;
- 6) ad. art. 12 w drugim akapicie - zamiast wyrazów „pracownika ochrony zdrowia” powinien być wyraz „lekarza”;
- 7) ad. art. 14 ust. 2 pkt iii - należy skreślić wyraz „potencjalną” („potencjalna możliwość” to tautologia);
- 8) ad. art. 15 – przepis ten opisuje element procesu przeszczepiania komórek, jakim jest ich pobieranie. Cały protokół mówi zaś o przeszczepianiu narządów i tkanek. Jest to niespójność, która wymaga poprawienia albo poprzez usunięcie art. 15, albo poprzez rozszerzenie zakresu protokołu (wówczas wszędzie, gdzie mowa o przeszczepianiu narządów i/lub tkanek, należy dodać „i/lub komórek”). Sugestia ta jest już zawarta w pkt 2;
- 9) ad art. 16 drugi akapit - należy skreślić wyraz „bezpośrednio”;
- 10) ad. art. 19 - należy promować nie „dawstwo”, ale „ofiarnowanie” narządów itd.;
- 11) ad art. 23 ust. 1 – w zdaniu pierwszy po wyrazie „osobowe” należy dodać wyrazy „i medyczne” oraz na końcu zdania drugiego należy dodać wyrazy „szczególnie wrażliwych”;
- 12) w licznych miejscach w polskiej wersji językowej dokumentu zamiast wyrazu „transplantacja” powinien być użyty wyraz „przeszczepianie” (w odpowiednim przypadku). Czasem wymaga to przeformułowania całych zdań. Generalnie należałoby promować polski termin „przeszczepianie” zamiast zapożyczenia „transplantacja”.

**SEKRETARZ**  
Mariusz Janikowski

**PREZES**  
Maciej Hamankiewicz

### **STANOWISKO Nr 15/11/ VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.**

**w sprawie projektu ustawy o kontroli w administracji  
rządowej**

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu ww. projektu, nadesłanego przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 25 maja 2011 r., znak: GMS-WP-173-110/11, zgłasza następujące uwagi:

- 1/ w art. 16 ust. 2 wskazuje na możliwości wystąpienia do każdego organu w Polsce „o niezwłoczne udostępnienie dokumentów”, związanych z przeprowadzaną w określonej jednostce kontrolą. Jak się wydaje, zapis winien być uściślony, bowiem należy się spodziewać przepływu dokumentów, pomiędzy różnymi organami, w granicach przekraczających zasady działania „oszczerdnego państwa”.
- 2/ w art. 21 należy określić, w jakim czasie przed kontrolą winna być informacja o niej.
- 3/ w art. 77 – błędnie przywołano propozycje poprawek w ustawie o działalności leczniczej: zamiast art. 120 winien być art. 121 (zm. 3), zamiast art. 121 winien być art. 122 (zm. 4), a w treści zamiast art. 117 i 118 winno być art. 118 i 119.

**SEKRETARZ**  
Mariusz Janikowski

**PREZES**  
Maciej Hamankiewicz

### **STANOWISKO Nr 16/11/ VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2011 r.**

**w sprawie zmiany ustawy o planowaniu  
rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach  
dopuszczalności przerywania ciąży oraz  
niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz niektórych innych ustaw, nadesłanym przez Szefa Kancelarii Sejmu przy piśmie z dnia 23 maja 2011 r., znak: GMS-WP-173-108/11, wnosi o odrzucenie projektu.

**SEKRETARZ**  
Mariusz Janikowski

**PREZES**  
Maciej Hamankiewicz

46 lekarzy, którzy z najlepszym wynikiem zdali w wiosennej sesji Państwowy Egzamin Specjalizacyjny, otrzymało listy gratulacyjne od szefowej resortu zdrowia.



Gratulacje odebrali m.in. Małgorzata Kulis i kierownik jej specjalizacji dr Bogusław Rudel.

# Egzamin na piątkę

**Mariola Markłowska-Dzierżak**

**W** zorganizowanej po raz pierwszy przez Ministerstwo Zdrowia uroczystości, zatytułowanej „Specjalista 2011” gratulacje od minister Ewy Kopacz i jej zastępcy Andrzeja Włodarczyka oprócz wyróżnionych lekarzy odebrali również kierownicy ich specjalizacji.

### *Nie bójcie się walczyć*

– Jestem dumna, że mogę wam pogratulować tak wspaniałych wyników – zwróciła się do lekarzy Ewa Kopacz i zaapelowała do nich, aby swoją wiedzę „przełożyli na satysfakcję pacjentów”. – Nie zapominajcie, że pacjentów trzeba traktować tak samo, jak swoich pracodawców, muszą wam ufać. I nie bójcie się walczyć ze złą opinią o systemie ochrony zdrowia. Jesteście w tym systemie najważniejsi, bo to wy decydujecie o tym, jak realizowana jest reforma – dodała.

Do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przystąpiło w wiosennej sesji 1422 lekarzy w 36 specjalizacjach podstawowych, 450 lekarzy w 26 specjalizacjach szczegółowych oraz 99 lekarzy dentystów w sześciu specjalizacjach dentystrycznych.

W gronie tych, którzy uzyskali najwyższe noty, dostrzegliśmy m.in. Małgorzatę Kulis, która z bardzo dobrym wynikiem zdała egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych. Zapytaliśmy ją, czy warto było aż tak

się starać. – Warto było, choćby dla własnej satysfakcji. Jednak czy przełoży się to na moją dalszą karierę zawodową, to się dopiero okaże – powiedział „Gazecie Lekarskiej”.

Małgorzata Kulis pracuje w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie, ale specjalizację robiła w Szpitalu Bonifratrów, w którym była rezydentką Oddziału Chorób Wewnętrznych i Angiologii. Kierownik jej specjalizacji, dr Bogusław Rudel, boleje nad tym, że jego podopieczna nie znalazła zatrudnienia w szpitalu.

– To ironia losu – pani doktor skończyła u nas rezydenturę, a ja nie mogłem jej zaproponować etatu... – przyznał w rozmowie z „GL”.

### *Specjalista bliżej pacjenta*

Znowelizowana ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która weszła w życie 1 lipca br., wprowadziła wiele zmian w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Dotyczą one również zdobywania specjalizacji. Podstawą zakwalifikowania lekarza do szkolenia specjalizacyjnego będzie już niebawem pozytywny wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, które zastąpią Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy. Po raz pierwszy egzaminy na nowych zasadach zostaną przeprowadzone w 2013 r.

Nowelizacja zlikwidowała dotychczasowy podział specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Wprowadziła modułowy system szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie. Po ukończeniu podstawowego modułu, który odpowiada podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny bądź wspólnemu zakresowi

***Pacjentów trzeba traktować tak samo, jak swoich pracodawców, muszą ufać lekarzom.***

wi dla pokrewnych dziedzin, lekarz będzie mógł kontynuować szkolenie specjalizacyjne, wybierając moduł specjalistyczny.

W opinii ministerstwa, zmiany w systemie kształcenia mają na celu wyeliminowanie problemu deficytu i tzw. luki pokoleniowej lekarzy, zwłaszcza specjalistów (średnia ich wieku wynosi powyżej 55 lat) oraz zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń medycznych. Temu samemu celowi ma służyć ustawa o umiejętnościach, która – jak informuje resort zdrowia – została już poddana konsultacjom zewnętrznym. Minister Ewa Kopacz ma nadzieję, że projekt ustawy o umiejętnościach trafi pod obrady Sejmu jeszcze przed końcem jego kadencji. ●



# Nie chcą być intruzami

Właściciele prywatnych placówek medycznych chcą, aby traktowano je tak samo jak publiczne.

CELINA LISIECKA

**W**edług Andrzeja Mądrali, wiceprezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, prywatne lecznice mają ogromny potencjał. Jednak do tego, aby mogły go w pełni wykorzystać i zająć przynależne im miejsce w systemie opieki zdrowotnej potrzebne są odpowiednie mechanizmy: wprowadzenie konkurencji między płatnikami, ustanowienie silnego, centralnego regulatora systemu ubezpieczeń zdrowotnych, zrównanie praw podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wyeliminowanie uznaniowości w kontraktowaniu świadczeń medycznych. – Sektor szpitali prywatnych bardzo się rozwinął. Powstały nowoczesne, wieloprofilowe i działające całą dobę lecznice oraz wysokospecjalistyczne ośrodki chirurgii jednego dnia. Jednak obok nich, w pomieszczeniach wynajmowanych czasowo w szpitalach publicznych, działa również tzw. chirurgia obwoźna, co jest niedopuszczalne – mówi Andrzej Mądrala.

## Jakość, a nie własność

Uczestnicy I Kongresu Szpitali Prywatnych, który odbył się w maju w Warszawie, byli zgodni: w Polsce nie powinno się dzielić szpitali na publiczne i prywatne. Według nich jedynym kryterium decydującym o kontraktowaniu przez NFZ powinna być jakość świadczeń, poparta analizą poziomu satysfakcji pacjentów i liczby zdarzeń niepożądanych (powikłania, ponowne hospitalizacje itd.).

Są przekonani, że wprowadzenie pakietu ustaw zdrowotnych nie doprowadzi do zrównania sektorów – prywatnego i publicznego. Potrzebna jest ustawa, w której zostałyby nakreślone zintegrowany system planowania potrzeb zdrowotnych, od poziomu powiatu do całego państwa.

## Decydującym kryterium przy kontraktowaniu powinna być jakość świadczeń.

Zaniepokojeni brakiem docelowych rozwiązań, wystosowali apel do premiera Donalda Tuska. Jednym z zawartych w nim postulatów jest „ustanowienie parytetów dla poszczególnych trybów w leczeniu szpitalnym”. Taki system miałby umożliwić podejmowanie z wyprzedzeniem decyzji dotyczących infrastruktury, edukacji i organizacji ochrony zdrowia.

Wiceminister zdrowia Marek Haber zapewnił, że resort stara się eliminować podziały szpitali na publiczne i niepubliczne, a wyrazem tych starań jest ustawa o działalności leczniczej.

– W świetle tej ustawy NFZ ma kierować się jakością świadczeń i spełnieniem wymaganych kryteriów, a nie tym, czy jest to szpital publiczny czy prywatny – tłumaczył. I zapowiedział, że w przygotowywanej przez ministerstwo ustawie o jakości w ochronie zdrowia zostaną określone mechanizmy, na podstawie których publiczne środki trafią do lecznic funkcjonujących na najwyższym poziomie.

## Jednakowe reguły gry

Andrzej Malinowski, prezydent Pracodawców RP, podkreślił, że szpitale prywatne są coraz lepiej postrzegane zarówno przez pacjentów, którzy cenią sobie warunki, w jakich są leczeni i życzliwe traktowanie przez personel medyczny, jak i przez polityków, samorządy lokalne, środowiska eksperckie. Zaapelował więc, aby raz na zawsze odejść od terminologii „publiczne i prywatne” na rzecz „dobrych i złych”. Uczestniczący w kongresie poseł Bolesław Piecha, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, jest jednak innego zdania. Według niego powinien być precyzyjny rozdział między tym, co publiczne i prywatne, a szpitale prywatne powinny być jedynie uzupełnieniem sektora publicznego.

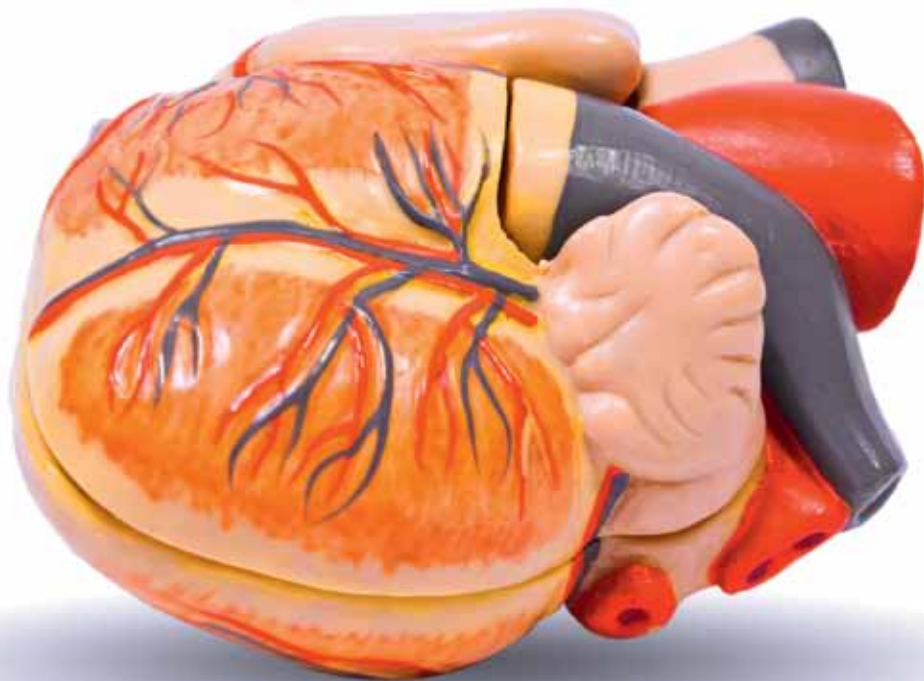
Dla poseł Beaty Małeckiej-Libery, wiceprzewodniczącej sejmowej Komisji Zdrowia, nie ma znaczenia, kto jest właścicielem szpitala, jeśli dobrze służy on chorym. Według niej powinny obowiązywać jednakowe reguły gry dla wszystkich podmiotów, zarówno w kwestii zasad funkcjonowania, jak i finansowania. ◎

## FAKTY I LICZBY

- Prywatne usługi medyczne oferuje w Polsce 1065 szpitali posiadających około 78 tys. łóżek.
- W 2010 r. NFZ zawarł umowy o wartości ponad 2,17 mld zł z ponad 5,5 tys. niepublicznych placówek świadczących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Wartość kontraktów z publicznymi placówkami wyniosła ponad 2 mld zł
- Na realizację umów w zakresie lecznictwa szpitalnego, zawartych z 593 niepublicznymi szpitalami, NFZ przeznaczył ponad 2,9 mld zł. Na świadczenia zakontraktowane u 571 publicznych szpitali wydał 23,3 mld zł

# Transplantologia wychodzi z kryzysu

W ubiegłym roku przeprowadzono w Polsce 1376 przeszczepów. To o jedną trzecią więcej niż w feralnym 2007 roku, kiedy doszło do zapaści w transplantologii.



**LUCYNA KRYSIAK**

**K**iedy w 1966 r. przeszczepiono w Polsce pierwszą nerkę, a dwa lata później pierwsze serce, stało się jasne, że narodziła się nowa dziedzina medycyny. Od tej pory transplantologia przeszła długą drogę. Stała się specjalnością zarówno ratującą życie, jak i znacząco poprawiającą jego komfort. Obecnie przeszczepia się nie tylko nerki i serca, ale również wątrobę, trzustkę i wyspy trzustkowe, płuca, skórę, rogówki, a nawet ręce i twarz.

## *Lekarze i koordynatorzy*

Na X Jubileuszowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w Rawie Mazowieckiej spotkało się w czerwcu 540 transplantologów. Wśród 115 wykładowców byli także goście z zagranicy, m.in. prof. Maria Siemionow, dyrektor zespołu badawczego chirurgii plastycznej z Cleveland Clinic, która w grudniu 2008 r. przeprowadziła pierwszą w USA operację przeszczepienia

twarzy, a także prof. Kathryn Wood z Uniwersytetu w Oxfordzie, zajmująca się immunologicznymi aspektami przeszczepów narządów.

Prof. Magdalena Durlik, prezes PTT, nie kryła zadowolenia z wysokiego poziomu merytorycznego

konferencji, który według niej przekłada się na poziom dyskusji o transplantologii. – Jest to dziedzina interdyscyplinarna, skupia chirurgów, internistów, immunologów, anestezyjologów, ale też osoby, które koordynują cały proces postępowania – od

*Obecnie przeszczepia się nie tylko nerki i serca, ale również wątrobę, trzustkę i wyspy trzustkowe, płuca, skórę, rogówki, a nawet ręce i twarz.*

pobrania narządów po ich wszczepienie, a później zapobieganie powikłaniom – tłumaczyła prof. Durlik. Dodała, że powodzenie tego typu leczenia w dużej mierze zależy od współpracy lekarzy. Dlatego na kongresy PTT zapraszani są także lekarze niezabiegowi, specjalizujący się w immunosupresji i leczeniu wczesnych i odległych powikłań po przeszczepach, a także pielęgniarki.

### ***Komórki macierzyste i regulatorowe***

Zdaniem prof. Magdaleny Durlik społeczeństwo się starzeje, więc zwiększa się zapotrzebowanie na narządy do przeszczepiania, nato-

życia leków zapobiegających odrzuceniu przeszczepionego narządu.

W opinii prof. Wojciecha Rowińskiego, konsultanta krajowego ds. transplantologii, osiągnięcia naukowe i kliniczne wytyczają kierunki leczenia, ale możliwości ich wdrożenia są uzależnione od sytuacji, w jakiej znajduje się polska transplantologia. Mimo nagłaśnianych przez media afer, które w 2007 r. doprowadziły do kryzysu (zaledwie 393 pobrania i 983 przeszczepy), nastawienie do przeszczepiania narządów jest pozytywne. W 2010 r. wzrósł średni wskaźnik pobrań narządów (13,5 na 1 mln mieszkańców). Najlepiej jest

### ***Przyszłością transplantologii jest poszukiwanie nowych dróg pozyskiwania narządów i metod zapobiegania ich odrzuceniu.***

miast liczba dawców jest ograniczona. Przyszłością jest więc poszukiwanie nowych dróg pozyskiwania narządów do przeszczepiania (np. hodowle z komórek macierzystych) oraz metod zapobiegania ich odrzuceniu (indukcja tolerancji immunologicznej). Obecnie ryzyko odrzucenia narządu zmniejsza optymalizacja doboru biorcy, ale być może już w niedalekiej przyszłości możliwa będzie terapia genowa. Za tolerancję przeszczepu będą odpowiadać komórki regulatorowe, które uwolnią pacjenta od obowiązku zażywania do końca

w Wielkopolsce i w województwie zachodniopomorskim (30-34 pobrania na 1 mln mieszkańców), najgorzej na Podkarpaciu, Lubelszczyźnie i w Małopolsce (2-5 pobrań na 1 mln mieszkańców). Prof. Rowiński ma nadzieję, że sytuacja jeszcze bardziej się poprawi, kiedy widoczne staną się efekty projektu „Partnerstwo dla Transplantacji”, wdrożonego w ośmiu województwach. W ramach tego programu organizowane są szkolenia dla personelu medycznego, spotkania z dyrektorami szpitali, samorządowcami i licealistami. ☉

# Nie zmarnujemy naszej szansy

Z prof. Bolesławem Samolińskim, przewodniczącym podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia publicznego polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, rozmawia Mariola Markłowska-Dzierżak

**1 lipca Polska objęła na sześć miesięcy przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej. Jakie cele chcemy w tym czasie zrealizować w dziedzinie zdrowia?**

Przede wszystkim chcemy zwrócić uwagę na przewlekłe, niezakaźne choroby, które są główną przyczyną zgonów oraz na rolę zdrowia publicznego w budowaniu zdrowego społeczeństwa i zdrowej starości. W przyjętych przez nas priorytetach zawarte są dwa główne obszary. Jednym z nich jest wyrównywanie różnic w zdrowiu mieszkańców różnych krajów Europy, oczywiście przy użyciu narzędzi, którymi posługuje się zdrowie publiczne. Drugim priorytetem jest zapobieganie chorobom degeneracyjnym ośrodkowego układu nerwowego.

**W jaki sposób można wyrównywać różnice w zdrowiu obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej? Czy to w ogóle jest możliwe?**

Z całą pewnością determinantem zdrowia społeczeństwa jest nadwaga i walka z nadwagą i otyłością może prowadzić do poprawy tego stanu rzeczy, podobnie jak odpowiednia aktywność fizyczna. Chcemy również zwrócić uwagę na inny ważny element, który nie był do tej pory wystarczająco zaakcentowany w UE, a mianowicie na to, że o bezpieczeństwie zdrowotnym osób

w średnim i starszym wieku decydują choroby wieku dziecięcego. Inaczej mówiąc, zdrowa starość zaczyna się już w dzieciństwie.

**Które choroby wieku dziecięcego mają na myśli, przypisując im wpływ na zdrowie późniejszych czterdziesto- czy siedemdziesięciolatków?**

Przewlekłe choroby układu oddechowego, w tym głównie alergię i astmę. Są to absolutnie dominujące schorzenia wieku dziecięcego, mające bardzo istotny wpływ na to, co będzie się działo z człowiekiem w późniejszym okresie jego życia, ponieważ nie tylko upośledzają go społecznie, ale również zdrowotnie. Skutkują różnymi innymi schorzeniami w starszym wieku, przede wszystkim jednak mają olbrzymi wymiar socjoekonomiczny i determinują bezpieczeństwo otoczenia chorych. Niektóre postaci zaawansowanych chorób układu oddechowego

---

***O bezpieczeństwie zdrowotnym osób w średnim i starszym wieku decydują choroby wieku dziecięcego.***

---

wego prowadzą do alienacji, a nawet wykluczenia społecznego.

Istotnym problemem, którym również będziemy się zajmować w czasie prezydencji, są zaburzenia komunikacyjne u dzieci, rozumiane jako upośledzenie wzroku, słuchu i mowy. To z powodu tych właśnie zaburzeń dzieci gorzej się rozwijają, dostają gorsze oceny w szkole i często mają problemy z nawiązywaniem relacji rówieśniczych. Zaburzenia komunikacyjne mają takie samo znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego i socjoekonomicznego w późniejszym okresie u osób dorosłych, jak przewlekłe choroby układu oddechowego.

**Jakimi narzędziami do wyrównywania różnic w zdrowiu społeczeństw europejskich dysponuje zdrowie publiczne?**

Innymi niż medycyna kliniczna, która posługuje się diagnostyką i leczeniem. Zdrowie publiczne zarządza zdrowiem populacyjnym za pomocą odpowiednich kampanii społecznych i promowania zdrowego stylu życia. To zadania, które stoją przed nami i według mnie jesteśmy do nich bardzo dobrze przygotowani. Ministerstwo Zdrowia przygotowuje projekt ustawy o zdro-







FOR.: ARCHIWUM

**Prof. nadzw. dr hab. Bolesław Samoliński jest kierownikiem Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz prezydentem elektem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.**

wiu publicznym, która stworzy systemowe rozwiązania w tym zakresie. Przedyskutowaliśmy nasze priorytety i konkluzje prezydenckie w Komisji Europejskiej. Przedstawiliśmy je wstępnie także państwom członkowskim – spotkały się z życzliwym przyjęciem. Jestem przekonany, że weszliśmy w okres naszej prezydencji w Radzie UE z dużym optymizmem i przeświadczeniem, że uda nam się zrealizować wszystkie założenia i cele.

#### **A co chcemy osiągnąć?**

Chcemy pokazać, że Polska jest krajem, który widzi pewne problemy w Europie, wynikające przede wszystkim z faktu, że kraje członkowskie Unii Europejskiej mają różny status ekonomiczny, różne tradycje związane z różnym okresem rozwoju społeczno-ekonomicznego i politycznego. Zdajemy sobie sprawę, w jaki sposób przekłada się to na zdrowie i że wielką troską Europy powinno być młode pokolenie. Jeśli uda nam się wyrównać

różnice w zdrowiu młodego pokolenia i nauczyć je zdrowego stylu życia, będziemy mieli w przyszłości zdrowsze starsze pokolenie. Młodzi ludzie będą promować to, czego się sami nauczyli – wysiłek fizyczny i prawidłowy sposób odżywiania. Naszym celem jest również zwrócenie uwagi na aspekty socjoekonomiczne chorób degeneracyjnych ośrodkowego układu nerwowego, w tym choroby Alzheimera. Trzeba zbudować sprawny system opieki nad osobami z tego typu zaburzeniami. Choć nie należy to do naszych priorytetów, w czasie polskiej prezydencji w UE chcemy się zająć problemami palenia tytoniu, alkoholizmu, a także e-zdrowiem, e-receptą oraz systemem identyfikacji ubezpieczonych. To tematy, które już wcześniej trafiały pod obrady Unii Europejskiej, nie są więc nowe, ale chcemy je kontynuować. Mamy wiele ciekawych propozycji, które świadczą o dojrzałym podejściu do problemów w Europie.

#### **Jakie korzyści możemy osiągnąć przy okazji polskiej prezydencji w UE?**

Nie ma czegoś takiego jak korzyści dla Polski w czasie prezydencji. Polska zarządza Radą Unii Europejskiej w sposób bezstronny. Proponując zajęcie się konkretnymi problemami,

### ***Mamy wiele ciekawych propozycji, które świadczą o dojrzałym podejściu do problemów w Europie.***

udowadniamy, że jesteśmy świadomi ich wagi i konieczności znalezienia dla nich rozwiązań. Jako państwo członkowskie Unii Europejskiej chcielibyśmy zainicjować proces budowania systemu wzajemnej współpracy w niektórych obszarach. Zależy nam przede wszystkim na stworzeniu w poszczególnych krajach sieci centrów zajmujących się koordynacją i monitorowaniem najczęstszych problemów zdrowotnych. Byłyby to miejsca wymiany poglądów, doświad-

czeń, wzajemnej pomocy i współpracy. Do tej pory takie centra były budowane dla rzadkich chorób.

#### **Nie chce mi się wierzyć, że nie wykorzystamy szansy na pochwalenie się naszymi osiągnięciami.**

Rzeczywiście, mamy się czym pochwalić. Fantastycznym osiągnięciem jest między innymi stworzony przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach system wczesnego wykrywania oraz wdrażania programów terapii i rehabilitacji zaburzeń komunikacyjnych u dzieci. Pełen uznania dla osiągnięć tego ośrodka był również wizytujący go niedawno unijny komisarz ds. zdrowia John Dali. Spróbujemy przekonać inne państwa unijne do zbudowania na bazie tego instytutu centrum koordynującego i monitorującego programy badań przesiewowych oraz sieci współpracujących z nim ośrodków zlokalizowanych w poszczególnych krajach europejskich. Chcemy również zainicjować współpracę w innych dziedzinach. W Europie jest wiele ośrodków, które mogłyby koordynować różne ważne zadania.

#### **Możemy również zaprezentować wyniki badania „Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce” (ECAP), wykonanego pod pana kierownictwem. Może uda się nakłonić inne kraje europejskie do skorzystania z naszych doświadczeń?**

Na pewno będziemy próbować. ECAP to jedno z największych badań przeprowadzonych do tej pory w Europie. Jego skala jest nie do przecenienia. Nie tylko pokazuje, jaka jest częstość występowania alergii i astmy w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi, ale zawiera również wiele dodatkowych elementów, co sprawia, że wyniki tego badania można wykorzystać do różnorodnych analiz. Na ich podstawie można dowiedzieć istnienia sporych różnic, i to nie tylko między różnymi krajami, ale także wewnątrz jednego kraju. Między regionami i środowiskami – miejskim i wiejskim. Zaprezentujemy również Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy POLASTMA, jeden z najlepszych systemów opieki nad chorymi z astmą oskrzelową. Na pewno nie zmarnujemy naszej szansy, jaką jest prezydencja w Radzie Unii Europejskiej. ●

# POChP

## choroba palaczy

Według prognoz WHO, w 2020 r. przewlekła obturacyjna choroba płuc stanie się piątą przyczyną zachorowań i trzecią przyczyną zgonów.

IWONA GRZELEWSKA-RZYMOWSKA

**L**iczba zgonów z powodu POChP na świecie wynosi średnio około 2,9 mln rocznie. W zależności od nasilenia objawów, w ciągu pięciu lat od rozpoznania umiera od 40 do 70 proc. chorych. Rokowanie jest szczególnie złe, gdy wystąpi zaostrenie choroby – 10-35 proc. chorych umiera w pierwszym roku po kolejnym zaostreniu, a 40-60 proc. po ciężkim zaostreniu. W Polsce zapadalność na POChP kształtuje się na średnim poziomie europejskim (około 15 chorych/100 000/rok), co sprawia, że choruje około 2 mln osób. W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost liczby zachorowań wśród kobiet i osób w wieku 25-44 lat.



Autorka jest prof. dr. hab. n. med., pracuje w Klinice Pneumonologii i Alergologii UM w Łodzi

która w 2001 r. opracowała i opublikowała raport „Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji POChP”. Jego celem jest zwiększenie świadomości na temat tej choroby,

zmniejszenie zapadalności i umieralności oraz poprawa w zakresie zapobiegania i leczenia. Od 2003 r. publikowane są nowe wersje raportu GOLD, które – opierając się na aktualnych, szerokich badaniach – wprowadzają nowe zasady postępowania z chorymi na POChP. W roku 2004 dwa międzynarodowe towarzystwa, zajmujące się chorobami układu oddechowego – American Thoracic Society (ATS) i European Respiratory Society (ERS) podały nową definicję POChP. Zgodnie z nią jest to cho-



roba, której można zapobiegać i którą można leczyć. I chociaż dotyczy płuc, to powoduje również znaczące następstwa systemowe.

### *Palenie a rozwój POChP*

Główną przyczyną rozwoju POChP jest palenie tytoniu, które według szacunków odpowiada za co najmniej 85 proc. przypadków tej choroby. Kilka lat temu zwrócono uwagę, że „bierne palenie”, czyli przebywanie w środowisku zanieczyszczonym przez dym tytoniowy, także może być przyczyną POChP. Wśród innych przyczyn wymienia się: zanieczyszczenia środowiskowe i w miejscu pracy, głównie tlenkiem siarki i cząstkami stałymi, infekcje (zwłaszcza przebyte w dzieciństwie), złe warunki socjoekonomiczne, płęć, niewłaściwe odżywianie, a szczególnie niską zawartość w diecie witamin o właściwościach antyoksydacyjnych (witaminy A, C, E).

Niekorzystny wpływ palenia papierosów na czynność płuc, głównie  $FEV_1$ , został po raz pierwszy przedstawiony w 1977 r. przez Fletchera i Peto, którzy wykazali w 8-letniej obserwacji londyńskich pracowników transportu, że roczny spadek  $FEV_1$  u osób niepalących dochodzi do 30 ml, a u palaczy tytoniu do 70 ml,

### *Raport GOLD*

Wobec alarmujących danych epidemiologicznych, z inicjatywy Narodowego Instytutu Zdrowia USA i Światowej Organizacji Zdrowia powstała Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD),

***Głównym objawem POChP, który budzi lęk i skłania pacjentów do szukania pomocy, jest duszność.***



przy czym u niektórych z nich może dochodzić nawet do 120 ml rocznie. Zaprzestanie palenia papierosów powoduje, że roczny spadek FEV<sub>1</sub> u tych osób zmniejsza się, a nawet osiąga wartości jak u osób zdrowych. Obserwacja ta została potwierdzona w kanadyjsko-amerykańskim badaniu, nazywanym badaniem zdrowia płuc (The Lung Health Study I – LHS). W badaniu tym wzięło udział 5887 chorych na POChP palaczy papierosów w wieku 35-60 lat.

Obserwację prowadzono przez pięć lat, przy czym u około 4000 osób zastosowano intensywny program odzwyczajania od papierosów, który obejmował stosowanie gumy z nikotyną i 12 sesji mających na celu zmianę zachowań. Do końca programu 22 proc. tak leczonych chorych porzuciło nałóg palenia, podczas gdy z grupy niepoddanej leczeniu przeciwnikotynowemu tylko 6 proc. U pacjentów, którzy nadal palili papierosy po pięciu latach obserwacji spadek FEV<sub>1</sub> był większy o 300 ml, niż w grupie osób niepalących. U osób, które porzuciły nałóg palenia roczny spadek FEV<sub>1</sub> równał się temu, który obserwowano u osób zdrowych.

Opublikowane w 2004 r. 50-letnie badania brytyjskich lekarzy wykazały, że długotrwałe palenie tytoniu już

od młodych lat aż trzykrotnie zwiększa ryzyko przedwczesnego zgonu. Ryzyko to zmniejsza się o połowę, gdy nałóg palenia zostanie zarzucony przed 50. rokiem życia. Jeśli palenie tytoniu zostanie zaprzestane przed 30. rokiem życia, ryzyko zgonu jest podobne do tego, jakie stwierdza się u osób zdrowych.

### ***Choroba ogólnoustrojowa***

Dla rozpoznania POChP konieczne jest ustalenie, czy chory był narażony na czynniki rozwoju tej choroby. Do jej klinicznych objawów należą kaszel z odkrztuszaniem i duszność. Chorzy na POChP bardzo późno zgłaszają się do lekarza. Głównym objawem, który budzi lęk i skłania do szukania pomocy jest znacznie pogarszająca się jakość życia i duszność. Złotym standardem w rozpoznawaniu POChP jest badanie spirometryczne.

---

### ***Palenie tytoniu jest odpowiedzialne za co najmniej 85 proc. przypadków POChP.***

---

W ostatnich latach ustalono, że POChP jest chorobą ogólnoustrojową, będącą następstwem systemowej choroby zapalnej, która jest wynikiem działania prozapalnych cytokin. Do systemowych powikłań tego schorzenia należą:

- utrata masy beztłuszczowej, która wynika głównie z zaniku mięśni szkieletowych, oddechowych i przepony; zanik tych mięśni prowadzi do zaburzeń fizjologii oddychania z nasileniem zjawiska „pułapki powietrza” i zwiększeniem duszności oraz obniżaniem tolerancji wysiłku,
- niedokrwistość – dotyczy 22 proc. chorych, jej istnienie utrudnia leczenie POChP, a zwłaszcza jej zaostrzeń,
- osteopenia – stwierdza się ją u wszystkich chorych na ciężką postać POChP,
- osteoporoza – do jej rozwoju dochodzi u wielu chorych ze stwierdzoną osteopenią,

- kacheksja (wyniszczenie organizmu) – dochodzi do niej u 20-40 proc. chorych (zaburzenia stanu odżywienia wiążą się z zapaleniem i pogłębiają się wraz ze stopniem zaawansowania POChP),
- choroba zakrzepowo-zatorowa – u podstaw jej rozwoju leży hipoksemia i brak ruchu,
- zaburzenia depresyjno-lękowe,
- choroby towarzyszące, np. choroba niedokrwienna serca, udar mózgu.

Szczególnie niebezpieczne są zaostrzenia POChP, które wywołują bakterie, wirusy lub zanieczyszczenia powietrza.

### ***Przy wsparciu lekarza***

Postępowanie z chorymi na POChP zależy od stopnia jej zaawansowania. W każdym stopniu jej ciężkości konieczne jest unikanie czynników ryzyka, a zwłaszcza zaprzestanie palenia tytoniu. Pacjent powinien wypełnić kwestionariusz Fagerströma, pozwalający ustalić stopień uzależnienia od nikotyny. Walkę z nałogiem należy prowadzić niezależnie od wieku pacjenta. Lekarz powinien go zachęcać podczas każdej wizyty do rzucenia palenia i wspierać go, gdy już tego dokona. Dużą rolę odgrywa edukacja chorego, pod warunkiem, że jest zrozumiała, interaktywna i praktyczna.

Leczenie uzależnienia od nikotyny powinni prowadzić lekarze większości specjalności, a zwłaszcza lekarze POZ. Obejmuje ono nikotynową terapię zastępczą (plastry, gumy do żucia, tabletki do ssania) oraz leczenie antagonistami nikotyny (bupropion, wareniklina, cetyzyna). Niepowodzenie w leczeniu nałogu palenia tytoniu nie może obciążać ani pacjenta, ani lekarza. W takiej sytuacji należy polecić podjęcie nowej próby walki z nikotynizmem.

Aby zapobiec zaostrzeniom infekcyjnym POChP, warto polecić chorym, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, coroczne szczepienia przeciwko grypie. Należy również rozważyć u nich szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae* oraz doustne szczepionki, będące lizatami antygenów bakterii najczęściej odpowiadających za zaostrzenia POChP. ●



## Uwaga na bubel!

**B**ardzo uważnie prowadźmy rozmowy telefoniczne z konsultantami firm ogłoszeniowych, reklamodawcami itd. Wielu z nich dzwoni do nas, chcąc potwierdzenia naszych danych zawartych w ich zbiorach. Niektóre firmy, jak wydawca Polskich Książek Telefonicznych, łączą to z zawarciem nowej umowy na usługi. Jedno słowo „potwierdzam”, a klamka już zapadła. Nie tylko potwierdziłeś prawidłowość swoich danych, ale jednocześnie zawarłeś nową umowę na reklamę. W ciągu najbliższych tygodni otrzymasz niezbędne pisemne potwierdzenia, faktury itd., ale zgodnie z regulaminem miałeś tylko 24 godziny na pisemne zgłoszenie odwołania. W praktyce to niewykonalne.

Ja już w trakcie rozmowy z konsultantką zgłaszałem, że nie chcę się u nich ogłaszać. Z tak fatalną obsługą nie spotkałem się w dotychczasowej praktyce. W ogłoszeniu były błędy. Chciałem dodać dwa słowa:

***Skuteczność reklamy była porażająca – w ciągu roku dwie próby wejścia na stronę, które nie przełożyły się na wizyty.***

przypadki nagłe, ale nie mogłem dozwonić się do kompetentnego pracownika, często w ogóle nie mogłem dodzwonić się do tej firmy. Na wysłanego maila po miesiącu dostałem odpowiedź z instrukcją, jak mam to zrobić sam (pisownia oryginalna): „Po zalogowaniu się można dodawać produkty/usługi, klikając na pole DODAJ NOWY PRODUKT – tam należy wypełnić wszystkie pola opisujące wystawiany produkt/usługę (obowiązkowo należy wypełnić pola oznaczone gwiazdką). Przy wystawianiu produktów proszę poprawnie wypełnić pola TYP MARKA



MODEL, tak by opisywały produkt lub usługę (proszę nie podawać nazwy miasta, województwa bądź nazwy firmy, dane te będą automatycznie dodawane do produktu/usługi)”.  
Czy „przypadki nagłe” są TYPEM MARKĄ MODELEM – nie wiem do dzisiaj, ale skuteczność tej formy reklamy była porażająca – w ciągu roku dwie próby wejścia na stronę, które nie przełożyły się na wizyty. Kosztowało to ponad 600 zł.

Niestety, konsultantce potwierdziłem posiadane przez nich dane, choć zaznaczyłem, że nie chcę z nimi współpracować. Następnego dnia otrzymałem maila z potwierdzeniem zamówienia i zawarcia umowy. Odpowiedziałem mailem, że rezygnuję, później listownie. Ale to było już po 24 godzinach (ich wewnętrzny regulamin!) i nieważne. Dalsza korespondencja z PKTel. nie przyniosła efektów, rosły tylko odsetki od niezapłaconej kwoty i sprawa została przekazana do firmy windykacyjnej, co jeszcze bardziej podniosło koszty. Mogłyby wzrosnąć wielokrotnie, gdybym czekał dalej, licząc na przychylenie się do mojego stanowiska i rozwiązanie tak zawartej „umowy”, bo sprawa trafiłaby do sądu.

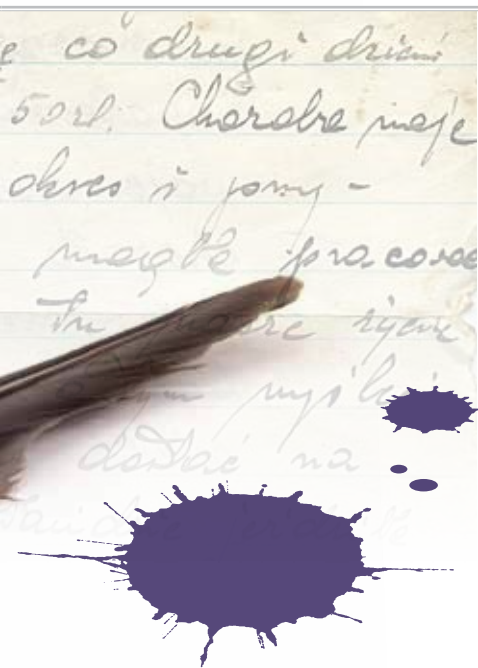
Zacytuję autorkę listu opublikowanego w „GL” nr 05/2011 pod takim samym jak mój tytułem: „Jak widać nawet firma, wydawałoby się, renomowana nie jest gwarantem jakości. To kolejny przykład na to, jak bardzo musimy być uważni przy zakupach (rozmowach), by nie pozwolić wcisnąć sobie bubla. Bo na rzetelność sprzedających nie ma co liczyć”.

LEK. STOM. ARTUR NIDZGORSKI

## Odpowiedź na list otwarty

**W**nawiazaniu do opublikowanego w numerze 04/2011 „Gazety Lekarskiej” listu otwartego przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi prof. Kazimierza Niemczyka oraz zawartej w nim sugestii, że Ministerstwo Zdrowia powinno konsultować istotne sprawy z lekarskimi towarzystwami naukowymi, tym samym zarzucając brak przeprowadzonych konsultacji w za-





tworzeniu priorytetów Ministerstwa Zdrowia na czas polskiej prezydentury, kiedy współpraca została nawiązana z konsultantem krajowym w dziedzinie audiologii i foniatrii.

PIOTR OLECHNO  
RZECZNIK PRASOWY MINISTRA ZDROWIA

## Szczepienia przeciwko HPV

(...) W wywiadzie, którego udzielił na temat szczepień przeciwko zakażeniom HPV pan doktor Artur Prusaczyk („Szczepienia przeciwko wirusowi HPV”, „GL” nr 07/2011), jest szereg błędów.

1. „Szczepionka jest skierowana przeciwko czterem typom wirusa HPV...” jest stwierdzeniem nieprawdziwym, ponieważ są dwie szczepionki: jedna dwuwalentna – przeciwko HPV 16 i 18, druga czterowalentna – przeciwko HPV 16, 18, 6 i 11, ale HPV 6 i 11 nie mają nic wspólnego z rozwojem raka szyjki macicy (są przyczyną kłykcin na sromie).

2. Nieprawdziwe jest również stwierdzenie „(...) po zaszczepieniu organizm nabiera immunogenności na blisko sto podtypów tych wirusów (...)”, ponieważ badania przeprowadzono tylko na 10 typów HPV nieobecnych w szczepionkach.

3. Stwierdzenie „Szczepionka jest tylko dla kobiet, które jeszcze nie rozpoczęły współżycia” jest także nieprawdziwe, ponieważ obie szczepionki są zarejestrowane także dla kobiet, które już rozpoczęły współżycie (wg charakterystyki produktu – dwuwalentna od 10. r.ż. do 25. r.ż., a czterowalentna od 9. r.ż. bez podania górnej granicy wieku). W publikowanych wynikach badań klinicznych wykazano dużą skuteczność szczepień także u kobiet aktywnych seksualnie. (...)

PROF. EWA NOWAK-MARKWITZ  
KLINIKA ONKOLOGII GINEKOLOGICZNEJ  
UM W POZNANIU

## Stoimy w miejscu

**D**użo zostało zrobione. Wywalczono dla lekarzy podwyżki, duże stawki dyżurowe, 48-godzinny tydzień pracy, 11 godzin wypoczynku w ciągu doby, klauzulę opt-out. Stworzono zabezpieczenia finansowe, pomoc prawną dla protestujących lekarzy. Izby lekarskie współdziałają ze związkami. Ale stan na dzisiaj nie pozwala na świętowanie. Klauzula opt-out została przez lekarzy niedoceniona i odrzucona w zamian za dorabianie na dyżurach. To samo z 48-godzinny tygodniem pracy i 11 godzinami wypoczynku.

Lekarze dokonali złego wyboru. Kolejny raz dali się wmanewrować w dorabianie przy niskich płacach za 8-godzinny dzień pracy. Zrezygnowali dla dorabiania z umów etatowych i przeszli na umowy śmieciowe. (...) Zarobki wysokie są dla wąskiej grupy lekarzy, dla większości pozostaje średnia krajowa lub półtożej średniej. O dwóch i trzech średnich krajowych już nikt nie mówi. Koło się zamknęło. Niskie zarobki za 8 godzin to przymus ekonomiczny do dorabiania, niskie emerytury, wyniszczająca praca, życie szpitalne, korupcja, alkoholizm.

Trzeba przed podjęciem decyzji o masowych działaniach tłumaczyć kolegom i koleżankom, że bez zbiorowego działania nasz los jest w rękach urzędników. Mogą z nami robić, co chcą, bo jesteśmy nastawieni na indywidualne, a nie zespołowe działanie. Trzeba wspierać naszych działaczy związkowych i izbowych. Trzeba ściągnąć do działań naszych liderów. Trzeba rozpocząć profesjonalną kampanię informacyjną i wizerunkową skierowaną do społeczeństwa w celu poprawienia naszej opinii i zaufania u obywateli w Polsce. Lekarz pozbawiony zaufania nie może wypełniać dobrze swojej profesji, nie ma wpływu na poprawę sytuacji materialnej i poprawę warunków wykonywania zawodu lekarza.

LUDWIK OBARA

kresie wyboru priorytetów ministra zdrowia na czas polskiej prezydentury w II połowie 2011 r., uprzejmie informuję, iż nie ma uzasadnienia, aby Ministerstwo Zdrowia konsultowało proces tworzenia zagranicznej polityki zdrowotnej, w szczególności Unii Europejskiej, z towarzyszami naukowymi.

Kreowanie polityki międzynarodowej jest suwerennym prawem rządu, należy jednak zaznaczyć, że przy ustalaniu listy priorytetów prezydentury rząd polski kierował się nie tylko sposobem prowadzenia polityki kraju na arenie międzynarodowej, ale przede wszystkim określał kierunki działania samej Unii Europejskiej. Określając zatem priorytety, rząd polski musi również brać pod uwagę szerszy kontekst i wpisać się w wieloletnią politykę Unii Europejskiej. Określone priorytety powinny zatem odwoływać się również do wcześniej rozpoczętych i toczących się działań akceptowanych przez wszystkie państwa członkowskie.

Ponadto pragnę podkreślić fakt, iż Ministerstwo Zdrowia współpracuje z konsultantami krajowymi w różnych dziedzinach zdrowia. Podobna sytuacja miała miejsce przy

# Stop zakażeniom szpitalnym

\* Blisko 800 mln zł rocznie kosztuje w Polsce leczenie zakażeń szpitalnych, na które według szacunków narażonych jest co najmniej 5-10 proc. hospitalizowanych.

LUCYNA KRYSIAK

**Z**myślą o edukacji środowiska medycznego i pacjentów uruchomiono „Stop zakażeniom szpitalnym. Program promocji higieny szpitalnej”. Jego celem jest szerzenie wiedzy na temat właściwych zachowań i nawyków higienicznych, pomagających uniknąć ciężkich i trudno leczących się powikłań oraz uświadamianie pacjentom, że mają takie samo prawo do leczenia w bezpiecznych warunkach, jak do fachowej opieki medycznej.

## *Czyste ręce, maseczka i fartuch*

Zakażenia szpitalne są niechlubnym świadectwem jakości usług medycznych. Bezpośrednie koszty ich

leczenia sięgają 800 mln zł rocznie, natomiast koszty pośrednie są jeszcze wyższe, bo przekładają się na przedwczesne zgony. Według Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych ograniczenie częstości zakażeń tylko o 1 proc. obniżyłoby koszty ich leczenia aż o 7-10 proc. Tymczasem zagrożenie zakażeniami rośnie, m.in.

***Ograniczenie częstości zakażeń szpitalnych tylko o 1 proc. obniżyłoby koszty ich leczenia aż o 7-10 proc.***

dlatego, że coraz więcej szczepów bakterii szpitalnych jest opornych na działanie leków. Najbardziej są na nie narażone rany pooperacyjne, układ oddechowy i układ moczowo-płciowy.

Dr hab. Małgorzata Bulanda, prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, przekonuje, że w ich eliminowaniu największe znaczenie ma przestrzeganie zasad higieny. Trzeba często odkażać ręce, stosować maseczki chirurgiczne oraz używać jednorazowych rękawiczek i fartuchów. Aby spełnić te, wydawać by się mogło, proste wymagania, potrzebny jest kompetentny i kompletny personel medyczny. Tymczasem polskie szpitale zmagają się z niedoborem personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek, nadmiarem pracy administracyjnej i przepełnieniem (chorzy często leżą na dostawkach ustawionych na korytarzach).

Wątpliwości wzbudza odpłatne udostępnianie odwiedzającym jednorazowych ochraniaczy na obuwie i fartuchów. Zdaniem Małgorzaty Bulandy nie zapewniają one ochrony przed zakażeniem,



zwłaszcza że wiele osób używa ich wielokrotnie.

## ***Kontrolować i monitorować***

Sytuację mogą poprawić pielęgniarki epidemiologiczne, które powinny zidentyfikować źródła zakażeń szpitalnych i zrobić wszystko, by nie dopuścić do ich rozprzestrzeniania się. Kilkaset pielęgniarek epidemiologicznych zostało już przeszkolonych, jednak dopiero przyszłość pokaże, jaki będzie efekt ich działań.

Problem zakażeń w Polsce reguluje ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Nakłada ona na szpitale m.in. obowiązek monitorowania tego rodzaju zdarzeń, stosowania odpowiednich procedur zapobiegających ich występowaniu oraz wprowadzenia kompleksowego programu nadzoru epidemiologicznego. Zgodnie z zapisami ustawy, w programie tym powinny się znaleźć dane dotyczące badań epidemiologicznych oraz zachorowalności i zgonów z powodu zakażeń szpitalnych. Jednak mimo że szpitale mają obowiązek prowadzenia takich rejestrów, są one mało przydatne. Zdaniem dr. n. med. Pawła Grzesiowskiego z Instytutu Profilaktyki Zakażeń, rejestry nie są wiarygodne, ponieważ opierają się na wynikach badań mikrobiologicznych, a tego typu badania wykonuje się w Polsce rzadko. Większość przypadków zakażeń szpitalnych umyka więc statystyce.

## ***Prawo swoje, a życie swoje***

Dane na temat zakażeń szpitalnych, nawet jeśli są rejestrowane, często są ukrywane (700 szpitali nie przyznało się do ani jednego takiego zdarzenia). Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia doskonale zdaje sobie z tego sprawę, ale może zobowiązać do rejestrowania i monitorowania zakażeń szpitalnych tylko te szpitale, które ubiegają się o jego certyfikat akredytacyjny. Żeby otrzymać taki certy-

fikat, szpitale muszą wdrożyć wiele procedur mających na celu poprawę jakości opieki.

Wizytatorów z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia interesuje m.in., w jaki sposób radzą sobie one z problemem infekcji szpitalnych, w jakim zakresie stosują antybiotykoterapię, w jaki sposób kontrolują rozchód leków i realizują receptariusz szpitalny, ile posiewów wykonują i co jest przyczyną zakażeń. Jeżeli na oddziale pojawiają się np. gronkowce wielopoporne (MRSA), wizytatorzy chcą

---

## ***Największe znaczenie ma przestrzeganie zasad higieny: częste odkażanie rąk, stosowanie maseczek chirurgicznych oraz używanie jednorazowych rękawiczek i fartuchów.***

---

wiedzieć, kto je przenosi – pacjenci czy personel, czy w szpitalu nie używa się zbyt dużo antybiotyków, które stymulują powstawanie tych szczepów, czy zastosowano właściwą profilaktykę i co zrobiono, żeby uniknąć podobnych zdarzeń w przyszłości.

Mimo obowiązku udostępnienia skrupulatnych informacji, szpitale starające się o certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przyznają się zwykle tylko do 2 proc. zakażeń. Dopiero gdy wizytatorzy bardziej wnikliwie przyglądają się wszystkim danym, wychodzi na jaw, że zakażenia dotyczą czasem nawet 15-20 proc. pacjentów.

## ***Rejestry i raporty***

Oprócz ustawy określającej zasady kontroli zakażeń szpitalnych, obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia z 18 maja 2010 r., które określa sposób prowadzenia rejestru zakażeń oraz wzory i terminy prze-

kazywania raportów na ten temat. Raporty przekazywane przez szpital Państwowej Inspekcji Sanitarnej powinny zawierać m.in. informacje na temat wykonanych badań mikrobiologicznych w poszczególnych oddziałach, zarejestrowanych drobnoustrojów, a także ocenę zagrożeń epidemiologicznych i podjętych działań profilaktycznych.

Niestety, dowolność w sposobie sporządzania raportów przez poszczególne szpitale powoduje, że na ich podstawie nie da się porównać sytuacji w wybranych placówkach, ani wykonać analizy zakażeń w skali miasta, regionu czy kraju. Dlatego mimo obowiązku rejestrowania zakażeń szpitalnych, w Polsce nie ma wiarygodnych danych dotyczących ich zarejestrowanych postaci klinicznych. Na próżno także szukać szczegółowych, ujednoliconych instrukcji dotyczących interpretacji uzyskanych informacji w sposób, który nie budzi wątpliwości.

## ***Codzienna aktualizacja danych***

Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych opracowało system czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych, dający kierownictwu szpitala pełen obraz epidemiologiczny własnej placówki. Codzienne aktualizowanie danych w postaci analiz epidemiologicznych pozwala kontrolować to zjawisko, a tym samym poprawić bezpieczeństwo personelu i pacjentów oraz podnieść standard leczenia. Być może wdrożenie systemu ułatwiłoby zapanowanie nad zakażeniami. Dzięki analizie danych, możliwe będzie stałe udoskonalanie procedur zwalczania zakażeń szpitalnych oraz zwrotne przekazywanie informacji na ten temat do szpitali.

Istotną korzyścią ze stosowania systemu czynnej rejestracji zakażeń jest możliwość przygotowania dokumentacji, pozwalającej szpitalowi na skuteczną obronę prawną w przypadku postawienia roszczeń finansowych przez pacjentów i personel w związku ze stwierdzeniem zakażenia. ●



# Nowa praktyka

Umowy cywilnoprawne zawierane w zakładach opieki zdrowotnej np. z praktyką „na wezwanie”, teraz będą zawarte w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego z praktyką „wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”.

Co powinien zrobić lekarz, aby dostosować się do nowych zasad?

- Jeśli lekarz, lekarz dentysta prowadzi praktykę tzw. stacjonarną i zawarł umowę cywilnoprawną z zakładem opieki zdrowotnej – nie ma obowiązku zakładania nowej praktyki, jeżeli zamierza równocześnie prowadzić tzw. praktykę stacjonarną i wykonywać zawód w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.
- Jeśli lekarz, lekarz dentysta prowadzi praktykę „na wezwanie” i zawarł umowę cywilnoprawną z zakładem opieki zdrowotnej – ma obowiązek zarejestrowania

**KATARZYNA STRZAŁKOWSKA**

**K**iedy kilka lat temu wprowadzono pierwsze umowy cywilnoprawne na przykład na dyżury, wielu lekarzy i lekarzy dentystów podpisało je jako praktyki stacjonarne indywidualne, specjalistyczne lub zawierało jako praktyki wyłącznie w miejscu wezwania. Ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca br., zmieniła zasady wykonywania praktyk lekarskich i określiła formy

prowadzenia przez lekarza i lekarza dentystę działalności leczniczej w ramach praktyki zawodowej. Zakład opieki zdrowotnej został nazwany w tej ustawie przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego. Nowością jest też dopisanie do dotychczasowej listy nowego rodzaju praktyki – „wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” oraz umożliwienie wykonywania grupowej praktyki lekarskiej w formie spółki jawnej.

***Zakład opieki zdrowotnej został nazwany w ustawie przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego.***





### *Do dotychczasowej listy dopisano nowy rodzaj praktyki – „wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”.*

praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, ale ma na to rok, czyli do 1 lipca 2012 r. Jeżeli lekarz posiadał praktykę „na wezwanie” tylko w celu zawarcia umowy cywilnoprawnej z zakładem – wraz z wnioskiem o zarejestrowanie praktyki „na wezwanie” powinien złożyć wniosek o wykreślenie praktyki „na wezwanie”. Jeżeli jednak wykonywał praktykę „na wezwanie”, wykonując również czynności w miejscu wezwania przez chorego poza umową cywilnoprawną z zakładem – będzie posiadał dwie praktyki: „na wezwanie” – aby dalej udzielać tych świadczeń przy wezwaniu przez chorego i praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – dla zawarcia umowy cywilnoprawnej z przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego.

- Jeśli lekarz po 1 lipca 2011 r. decyduje się na zawarcie umowy cywilnoprawnej z zakładem opieki zdrowotnej i swą aktywność zawodową zamierza skupić wyłącznie na tym, nie posiadał dotychczas żadnej praktyki i nie chce zakładać praktyki stacjonarnej – rejestruje praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.
- Jeśli lekarz po 1 lipca 2011 r. decyduje się na zawarcie umowy cywilnoprawnej z zakładem opieki zdrowotnej i swą aktywność zawodową zamierza prowadzić również w formie praktyki stacjonarnej – wystarczy, że zarejestruje praktykę stacjonarną indywidualną lub specjalistyczną i nie będzie musiał zawierać praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Umowę cywilnoprawną z przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego zawrze wówczas jako praktyka stacjonarna.



Autorka jest rzecznikiem prasowym NIL

Reasumując, ustawa o działalności leczniczej nie pozwala na wykonywanie praktyki wyłącznie na wezwanie w szpitalu. Ustawodawca pozwolił jednak działać tym praktykom na zasadach dotychczasowych do 1 lipca 2012 r., wskazując, że data ta jest końcem okresu przeznaczonego na dostosowanie prowadzonej działalności do wymogów ustawy.

Informacje dotyczące nowych zasad można znaleźć w Komunikacie Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej, znajdującym się na stronie [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)

Otwarcie nowej praktyki czy zamiana dotychczasowej odbywa się w okręgowych izbach lekarskich.

Dane objęte wnioskiem o wpis do rejestru praktyk oraz tryb postępowania w tych sprawach określi rozporządzenie, które w czasie zamykania tego numeru „Gazety Lekarskiej” nie zostało jeszcze wydane. ☉

*Konsultacja: Wojciech Idaszak, Zespół Radców Prawnych NIL*

## POLISY

### Jedno ubezpieczenie OC

**Zawierane dotychczas aż trzy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej mają zostać zastąpione tylko jedną – tak mówi ustawa o działalności leczniczej.** Jednak pomimo faktu, iż usta-

wa weszła w życie 1 lipca 2011 r., zawieranie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej według nowych zasad nastąpi dopiero poczynawszy od 1 stycznia 2012 r. Dotychczas obowiązek posiadania trzech różnych polis ubezpieczenia OC spoczywał na lekarzach i lekarzach dentystach:

- wykonujących zawód w zakładzie opieki zdrowotnej lub w ramach stacjonarnej praktyki lekarskiej,
- udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zawartej z zakładem opieki zdrowotnej,

- będących świadczeniodawcami, czyli udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Od 1 stycznia 2012 r. obowiązek ten będzie nałożony na lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej i będzie dotyczył szkód wyrządzonych w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opinia Zespołu Radców Prawnych NIL na ten temat została umieszczona na stronie internetowej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)

*Katarzyna Strzałkowska, rzecznik prasowy NIL  
Konsultacja: Małgorzata Brzozowska-Kruczek,  
Zespół Radców Prawnych NIL*

# Prawo lekarza czy nied

W ostatnim czasie powstało wiele kontrowersji wokół pytania, czy lekarz może powtarzać receptę bez osobistego zbadania pacjenta, czyli mówiąc potocznie, wystawiać receptę „zaocznie”.

JUSTYNA ZAJDEL

Nieodłącznym elementem udzielania świadczeń zdrowotnych jest wystawianie recepty nierozłącznie z przepisywaniem produktów leczniczych dostępnych wyłącznie na receptę. Uprawnienie do wypisywania recepty realizowane jest najczęściej przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. W rozumieniu art. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej UoŚSP) przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć „lekarza będącego świadczeniodawcą, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

**UWAGA!** Prawo do wystawiania recepty ma również lekarz, który sam nie jest świadczeniodawcą, a także nie jest zatrudniony u pracodawcy będącego świadczeniodawcą, czyli nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo lekarza w tym zakresie zostało określone w art. 34 ust. 2 UoŚSP, zgodnie z którym „zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem

ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept”.



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

W ostatnim czasie powstało wiele kontrowersji wokół pytania, czy lekarz może powtarzać receptę bez osobistego zbadania pacjenta, czyli mówiąc potocznie, wystawiać receptę „zaocznie”. Aktualne regulacje prawne nie odnoszą się do tej kwestii w sposób jasny i jednoznaczny. Interpretację przepisów dodatkowo utrudnia brzmienie art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej UoZL), zgodnie z którym „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu (...)”.

**UWAGA!** Oczywiście jest, że lekarz nie ma prawa wystawić recepty zaocznie, jeżeli pacjent nie był wcześniej diagnozowany i leczony przez danego leka-

**Prawo do kontynuowania leczenia zaordynowanego przez specjalistę mają wyłącznie lekarze będący lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego.**

rza. Wątpliwości dotyczą sytuacji, gdy pacjent jest chory przewlekłe, a kolejna recepta na wcześniej zaordynowane produkty lecznicze jest niezbędna do nieprzerwanego kontynuowania leczenia.

Kwestie dotyczące wystawiania recepty „zaocznie” należy rozpatrzyć w odniesieniu do pacjentów, którzy przyjmują leki zaordynowane przez specjalistę oraz pacjentów, którzy nie korzystali wcześniej ze specjalistycznej konsultacji.

## **Powtarzanie leków przepisanych przez specjalistę**

Prawo do kontynuowania leczenia zaordynowanego przez lekarza specjalistę mają wyłącznie lekarze będący lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego. Regulacje odnoszące się do ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (dalej OWU)<sup>1</sup> mają zastosowanie wyłącznie do lekarzy mających status „świadczeniodawców”. Zgodnie z par. 12 ust. 6 OWU „lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informacje, o której mowa w ust. 5”. Oznacza to, że lekarz POZ ma prawo kontynuować leczenie zlecone przez lekarza specjalistę (np. kardiologa, neurologa), jeżeli dysponuje odpowiednimi informacjami na temat specjalistycznego procesu leczenia. Do informacji tych należy zaliczyć:

- rozpoznanie,
- informacje o przyjętym sposobie leczenia,
- informacje o zaordynowanych produktach leczniczych, schemacie i sposobie ich dawkowania,
- informacje dotyczące rokowania,
- informacje o terminach wizyt kontrolnych.

<sup>1</sup> Rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z 6.05.2008 r. (Dz. U. 2008 r., nr 81, poz. 484).

# opuszczalna praktyka?

**UWAGA!** Prawo do skorzystania z możliwości powtarzania zleconych leków uzależnione jest od wywiązania się przez lekarza specjalistę z obowiązku informowania o prowadzonym procesie leczenia, w tym przekazywania informacji wymienionych wyżej. Informacje powinny być przekazywane lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej najrzadziej raz na 12 miesięcy.

Prawo do „powtarzania” recept ma na celu usprawnienie procesu leczenia i ochronę pacjenta przed ewentualnymi negatywnymi następstwami, które mogłyby wynikać z nagłej przerwy w leczeniu (np. w związku z ograniczonym dostępem do specjalisty, zgubieniem leków).

## *Powtarzanie leków przepisanych wcześniej*

Pytanie, na które postaram się odpowiedzieć brzmi: czy lekarz (np. lekarz POZ) może powtórzyć zaocznie receptę na leki, które przepisał pacjentowi wcześniej sam? Zgodnie z art. 42 UoZL „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach”. Treść tego przepisu rodzi wątpliwości, czy lekarz może wystawić kolejną receptę na te same produkty lecznicze bez osobistego zbadania pacjenta, czy też samo wystawienie recepty wymaga osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Podstawą jest wyjaśnienie znaczenia słowa „orzeka”, które zostało użyte w treści art. 42 UoZL.

**UWAGA!** Termin „lekarz orzeka” należy rozumieć jako działanie lekarza zmierzające do wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta, które musi zostać poprzedzone przeprowadzeniem badania fizykalnego, zapoznaniem się przez lekarza z wynikami badań, a także zaświadczeniami wydanymi przez innych lekarzy. Oznacza to, że art. 42 UoZL nakazuje lekarzowi osobiste przeprowadzenie badania

w celu wydania zaświadczenia o stanie zdrowia pacjenta. Należy zaznaczyć, że możliwe jest wydanie orzeczenia bez przeprowadzenia uprzedniego badania przez lekarza. Przypadki te zostały ściśle określone przez przepisy prawa wymienione niżej:

**a.** rozporządzenie ministra polityki społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy z 14 grudnia 2004 r. W myśl par. 4 ust. 2 wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy bez wykonania badania jest możliwe, jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca,

**b.** rozporządzenie ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej z 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. W myśl par. 8 ust. 4, jeżeli lekarz – przewodniczący składu orzekającego uzna posiadaną dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny stanu zdrowia, ocena może zostać wydana bez badania,

## *Lekarz POZ ma prawo kontynuować leczenie zlecone przez specjalistę, jeżeli dysponuje odpowiednimi informacjami na temat specjalistycznego procesu leczenia.*

**c.** rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu z 27 grudnia 2007 r. Zgodnie z par. 6 ust. 6-9 konsultant wojewódzki we właściwej dziedzinie medycyny wydaje opinię o zasadności skierowania pacjenta na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju jedynie na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej.

Wielu specjalistów podkreśla, że nawiązanie osobistego kontaktu lekarza z pacjentem nie jest konieczne, jeżeli podejmowane czynności lecz-

nicze nie są wykonywane w celu wydania zaświadczenia lekarskiego<sup>2</sup>. Z treści art. 42 UoZL nie wynika bowiem, że osobiste zbadanie pacjenta jest koniecznym elementem każdego procesu leczniczego. Zgodnie z art. 42 UoZL osobisty kontakt lekarza z pacjentem konieczny jest wówczas, kiedy lekarz ma wydać pacjentowi zaświadczenie lub orzeczenie o stanie zdrowia. Od tej zasady istnieją jednak wyjątki, które wymieniono wyżej w pkt. a-c.

Brzmienie art. 42 UoZL pozwala na przyjęcie twierdzenia, że wiele czynności medycznych, w tym wystawienie recepty na leki, które zostały przepisane pacjentowi w oparciu o wcześniejsze, osobiście przeprowadzone przez lekarza czynności lecznicze jest dopuszczalne z pominięciem osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Należy podkreślić, że żaden z aktualnie obowiązujących przepisów nie zakazuje wprost wypisania recepty „zaocznie”, jeżeli lekarz przepisuje te same leki, które pacjent przyjmuje w związku z chorobą przewlekłą od dłuższego czasu.

**UWAGA!** „Zaoczne” wystawienie recepty jest możliwe w sytuacji, gdy pacjent, który cyklicznie przyjmuje leki przepisane na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza, nie zgłasza pogorszenia stanu zdrowia, dodatkowych dolegliwości oraz stosuje się do zaleceń lekarza dotyczących wykonania badań diagnostycznych i odbycia wizyt kontrolnych. W przypadku, gdy stan zdrowia pacjenta nie ulega zmianie, a pacjent stosuje się do zaleceń lekarza związanych z „kontrolowaniem” przebiegu procesu terapeutycznego, „zaoczne” wystawienie recepty jest dopuszczalne i nie naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności prawnej. ○

<sup>2</sup> Kapko M., [w]: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz., red. Zielińska E., ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008 r.



# Zaplątani w sieć

Warto, abyśmy zainwestowali w obecność w internecie naszej grupy zawodowej.

KRYSZYNA KNYPL

**G**dyby przybysz z innej planety chciał wybrać się w Polsce do lekarza i szukał w internecie informacji, do kogo powi-

nien się udać, popadłby w poważny kłopot. Bijemy bowiem na głowę chyba wszystkie kraje świata pod względem liczby wpisów osób rzekomo niezadowolonych z jakości usług medycznych. Dlaczego tak się dzieje?

Sądzę, że dlatego, iż prawo do bycia niezadowolonym bez powodu jest ulubionym prawem polskiego pacjenta.

Wyjątkowo podkreślał narodowość wpisujących internetowe opinie, bo jest to niewątpliwie nasza, polska cecha. Kąśliwe uwagi, obraźliwe i wymyślne epitety przy braku ocen merytorycznych są nieodłączną składową tej specyficznej epistolografii.

## Warto zainwestować

Myślę, że warto, abyśmy bardziej intensywnie i świadomie zainwestowali w obecność w internecie naszej grupy zawodowej. Jak powszechnie wiadomo natura nie lubi próżni i skoro sami nie zadbałszy na czas o właściwe kreowanie naszego wizerunku w sieci, zrobili to za nas niezadowoleni pacjenci, internetowe trolle, a nierzadko posługujący się nie zawsze etycznymi zasadami nasi konkurenci zawodowi.

Bycie w internecie warto zacząć od uruchomienia własnej strony. Najprostszą drogą jest skorzystanie z możliwości oferowanych bezpłatnie przez popularne portale internetowe. Taka

strona może mieć kilka podstron i to zupełnie wystarczy na indywidualne potrzeby. Decydując się na upowszechnienie swojej strony w internecie, należy zadbać o dobre i aktualne zdjęcie oraz przemyślaną treść zamieszczonego tekstu. Tworząc tę treść, nie zapominajmy o podstawowej zasadzie marketingowej: nigdy nie łączymy ze sobą dwóch marek lub znaków firmowych. Nie świećmy też blaskiem odbitym pochodzącym z innych firm, niezależnie od tego, jak są znane lub wielkie oraz w jakiej konfiguracji w stosunku do nich jesteśmy ulokowani.

Gwiazdy, nawet małe, mają swoją urodę właśnie dlatego, że świecą same.

## Jak przeciwdziałać pomówieniom?

Dość częstym problemem związanym z obecnością w internecie jest natrafienie na nieprawdziwy i nieprzychylny wpis na temat naszej lekarskiej pracy. Autorzy są zawsze anonimowi oraz ubrani w płaszczyk pacjentów, którzy odwiedzili naszą praktykę. Mogą oczywiście zdarzyć się tacy pacjenci realnie istniejący, ale wcale nierzadko są to osoby, które nigdy nie miały z nami styczności, lecz z racji problemów charakterologicznych zajmują się taką właśnie aktywnością w sieci. Szeptane źródła informacji mówią też o firmach świadczących usługi w postaci tworzenia odpowiednich wpisów w internecie na temat lekarzy.

Co robić, gdy pojawi się nieprzychylny wpis w sieci na nasz temat? Przede wszystkim reagować rzeczowo. Udawanie, że nie się nie stało oraz

zamykanie oczu nie jest dobrym pomysłem. Życie w sieci istnieje, będzie istniało i jest takim samym fragmentem rzeczywistości, jak wszystko inne, co nas otacza. Z pewnością podjęlibyśmy radykalne kroki, gdyby ktoś rozwiślał nieprzychylną treść plakatu na nasz temat w całym mieście. Tak samo reakcji wymaga wpis w internecie.

Optymalną formą interwencji jest zwrócenie się w oficjalnej korespondencji do administratora portalu z prośbą o udostępnienie danych osoby wpisującej się. Motywujemy prośbę chęcią rzeczowego odniesienia się do wpisu i zamiarem przeprowadzenia analizy sytuacji. Odradzam żądanie natychmiastowego usunięcia wpisu, zwykle bowiem taki ton jest nieskuteczny i powoduje jedynie psychologiczne przejście administratora na stronę trolla. Natomiast deklaracja rzeczowego ustosunkowania się do wpisu często kończy się jego usunięciem.

Trzeba mieć świadomość, że wpisy w internecie mają długi żywot i powinny doczekać się reakcji między innymi z tego powodu, że każdy następny internauta odwiedzający daną stronę powinien zobaczyć naszą spokojną i rzeczową reakcję na negatywną opinię. Często spotykam się z głosami, że nie należy reagować na negatywne wpisy w internecie. Nie podzielał takiego stanowiska. Już starożytni Rzymianie mówili: *qui tacet consentire videtur*, czyli ci, którzy milczą, przyzwalają. Przyzwalenie na bezpodstawne szarganie opinii nigdy nie powinno mieć miejsca.

Pomocny wzór pisma pokazujący, jak można reagować na nieprzychylnie wpisy w internecie opracowała Komisja Stomatologiczna NRL. Jest on dostępny pod adresem <http://www.stomatologia.nil.org.pl/xml/nil/tematy/komisje/0609/stomat> (wśród zbioru dokumentów z datą 7.04.2011).

Internet ma potężną siłę oddziaływania w zakresie kształtowania opinii i w żadnym wypadku nie powinniśmy

**Bycie w internecie warto zacząć od uruchomienia własnej strony.**



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem



ani lekceważyć tej siły, ani uważać staromodnie, że dobra jakość obroni się sama. Warto też mieć świadomość, że bardzo często pacjenci nie odróżniają porady dobrej od porady złej,

### **Gdy pojawi się nieprzychylny wpis w sieci, należy zwrócić się do administratora portalu z prośbą o udostępnienie danych osoby wpisującej się.**

usługi fachowej od niekompetentnej. Nie wszyscy mają jednakowy wzorzec oceny jakości usług i porad, często decydują o tych ocenach emocje oraz brak profesjonalnej wiedzy.

Na szczęście internet to nie tylko przykrości i kłopoty – na co dzień przeważają miłe aspekty użytkowania tego medium.

### **Realne wsparcie**

Najwyższa pora oswoić się z tym, że nasze życie składa się z części realnej i wirtualnej, a w niektórych przypadkach składowa wirtualna zaczyna przybierać postać dominującą. Dla wielu osób to, co dzieje się w internecie jest ważniejsze od tego, co dzieje się w świecie realnym, a jeżeli kogoś nie ma w sieci, to prawie jakby nie istniał.

Badania internetu pokazują, że medium to jest darzone przez wielu czytelników wysokim stopniem zaufania. W odniesieniu do medycyny jeszcze nie jest tak, aby wszyscy zgodnie wysoko oceniali zasoby internetowe, ale niewątpliwie znaczenie i możliwości nowych zastosowań internetu rosną każdego dnia. Dobrze wiedzą o tym liczni użytkownicy tego medium reprezentujący i lekarzy, i pacjentów. Zarówno jedni, jak i drudzy mogą zasięgać wzajemnych konsultacji, wymieniać się opiniami, czy wreszcie informować o nowych spostrzeżeniach na temat działania leków, skuteczności zabiegów czy przydatności sprzętu określonej marki.

W wielu krajach działają portale o ograniczonym dostępie, przeznaczone wyłącznie dla lekarzy. Zjawisko jest na tyle rozpowszechnione, że doczekało się specjalnego kongresu (<http://www.doctors20.com/>) w Paryżu w dniach 22-23 czerwca br., na którym omawiano różne aspekty relacji między lekarzami, a także relacji z pacjentami, rządami, płatnikami, przemysłem farmaceutycznym. Tak więc wszystkie aspekty naszego ciągle zmieniającego się zawodowego funkcjonowania znalazły się w programie kongresu.

Ilustracją tego, jak dalece zmieniają się nasze relacje z pacjentami był odbywający się w tym samym czasie kongres na temat niedoborów odpornościowych, zorganizowany w Phoenix przez The Immune Deficiency Foundation (więcej na temat tej organizacji na stronie <http://209.251.35.238/idf.asp/>). Z lektury zasobów internetowych dowiedziałam się, że pacjenci byli integralną częścią kongresowej publiczności oraz mogli uczestniczyć w licznych sesjach przygotowanych dla tej grupy i poświęconych schorzeniom charakterystycznym dla różnych przedziałów wiekowych. Lekarze podejrzewający u swojego pacjenta schorzenie z grupy pierwotnych niedoborów odpornościowych mogą z tej internetowej strony wysłać prośbę o konsultację do ekspertów, co niejednokrotnie przyspiesza diagnozę, a dzięki temu racjonalizuje koszty. Dostępna jest również ciekawa strona w języku polskim (<http://www.niedoboryodpornosci.pl/>), uruchomiona w związku z akcją „Postaw na Odporność”. Wszystkie te starania przybliżają wiedzę zarówno lekarzom, jak i pacjentom oraz ich rodzinom na temat rzadkich stanów klinicznych, jakimi są niedobory odpornościowe.

W analizie internetu powszechnie podkreśla się korzyści finansowe, jakie

płyną z zastosowania tego medium. Można sobie wyobrazić, że jakiś fragment naszych medycznych usług może także odbywać się przez internet, co znacząco zmniejszy ich koszt. Niezależnie od tego, jak silnie jesteśmy przywiązani do tradycyjnego modelu uprawiania medycyny, musimy mieć świadomość, że konsumpcja rośnie z każdym rokiem i koszty także rosną.

Być może właśnie internet pomoże w racjonalizacji kosztów i reorganizacji korzystania z usług medycznych. ○

## **ROZSZYFRUJ RECEPTĘ**

**Stosunkowo niewielka liczba rozwiązań, jakie nadesłano po opublikowaniu recepty ginekologa praktykującego w kraju francuskojęzycznym, skłania mnie do konstatacji, że w rozszyfrowywaniu recept liczą się nie tylko talenty grafologiczne, ale i praktyczna znajomość tematu. Gdy przedstawiam recepty z naszymi, krajowymi specyfikami, liczba nadesłanych rozwiązań jest nieporównanie większa.**

Jak sądzę, prawdziwym talentem grafologicznym jest dr Beata Dębska, laryngolog, która bezbłędnie rozszyfrowała receptę napisaną przez ginekologa. Dr Dębska zostaje więc naszą kolejną laureatką; proszę o nadesłanie e-mailem adresu, na który prześlemy nagrodę książkową. Po zagadkach wakacyjnych i z innych krajów, pora na coś polskiego, ale żeby nie było zbyt łatwo, skomplikujemy rozwiązanie zadania dodatkiem historycznym. Już mało kto pamięta recepty na leki złożone sporządzane w aptece. Oto jedna z takich recept do rozszyfrowania. Warto przypomnieć, że znajomość kilkudziesięciu podstawowych recept to był kiedyś obowiązujący kanon do egzaminu specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych. Dziś, w dobie standaryzacji terapii i gotowych leków, wszystko wygląda inaczej. Do zmierzenia się

z zagadką zapraszam wszystkich Kolegów, zarówno tych, dla których przedstawiona w tym numerze recepta jest wspomnieniem młodych lat, jak i tych, dla których jest ona czymś nieznanym. Czekam na rozwiązania pod adresem: [krystyna.knypl@compil.net.pl](mailto:krystyna.knypl@compil.net.pl)

*Rp.  
Acidi acetylsalicylici 0,5  
Mefenidolici 0,3  
Codeini phosphatis 0,02  
Phenobarbitali 0,015  
M. f. pulv.*

# Kameralnie pod Tatrami



Podczas poprzednich edycji Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Kameralnej „Muzyka na Szczytach” rozbrzmiewały wspaniałe dzieła wybitnych kompozytorów.

FOT.: REGINA WATYCHA

Od 17 do 24 września w Zakopanem odbędzie się trzecia edycja Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Kameralnej „Muzyka na Szczytach”.

**G**wiazdami tegorocznego festiwalu będą: brytyjska grupa The King's Singers – jeden z najwybitniejszych zespołów śpiewających a cappella na świecie, Mirosław Kultyshev – zwycięzca Międzynarodowego Konkursu im. Piotra Czajkowskiego w Moskwie i finalista ostatniego konkursu chopinowskiego oraz Mayuko Kamio – światowej sławy japońska skrzypaczka. Wystąpią również: Stefan Schmidt wraz z Royal String Quartet, międzynarodowy kwartet gitarowy Guitar4mation oraz Olga i Natalia Pasiecznik. Zapowiadane są również dwa koncerty *In memoriam*, poświęcone prof. Henrykowi Mikołajowi Góreckiemu, który przez dwie poprzednie edycje festiwalu przewodniczył jego komitetowi honorowemu oraz prof. Stanisławowi Wisłockiemu w 90. rocznicę urodzin.

Wydarzeniem festiwalu będzie widowisko poetycko-baletowe Igora Strawińskiego „Historia Żołnierza” z tekstem Charlesa Ferdinanda Ramuza. Do jego wykonania organizatorzy – Stowarzyszenie im. Mieczysława Karłowicza – zaprosili dyrygenta Jean-Luc

Tingauda oraz aktorów Oliviera Balażuca i Vladimira Serre'a.

Misją organizatora Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Kameralnej „Muzyka na Szczytach” jest przywrócenie Zakopanemu, stolicy polskich gór, dawnej świetności. Nazywane już w połowie XIX wieku „polską Szwajcarią”, było miejscem inspirującym artystów. Tutaj tworzyli i uczestniczyli w życiu kulturalnym i społecznym malarze, poeci, rzeźbiarze, muzycy, lutnicy, pisarze, architekci.

Stowarzyszenie im. Mieczysława Karłowicza chce realizować ideę przywrócenia Zakopanemu dawnej świetności, organizując wydarzenia kulturalne na najwyższym poziomie. Co roku zaprasza pod Tatry wybitnych muzyków i przedstawicieli innych sztuk. Podczas poprzednich edycji Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Kameralnej „Muzyka na Szczytach” rozbrzmiewały wspaniałe dzieła wybitnych kompozytorów, również tych niesłusznie zapomnianych. Słuchano utworów Beethovena, Mozarta, Schumann, Chopina, Szymanowskiego, ale również Mieczysława Karłowicza,

Zygmunta Noskowskiego, Juliusza Zarębskiego, Ignacego F. Dobrzyńskiego, Józefa Krogulskiego, Romana Maciejewskiego czy Hanny Kulenty. Festiwal gościł już jeden z najwybitniejszych zespołów kameralnych na świecie Kronos Quartet, wybitnych pianistów Jonathana Płowrighta i Ewę Marię Żuk, skrzypków Vadima Gluzmana i Eyal Klessa. W tym roku do panteonu gwiazd dołączają: The King's Singers, Mirosław Kultyshev i Mayuko Kamio. Koncerty i imprezy towarzyszące festiwalowi będą się odbywać w Zakopanem (Kościół św. Krzyża, hotel „Willa Merilor”, DW „Jasny Pałac”, Hotel Grand Nosalowy Dwór, Dworzec Tatrzański, Klub „Morskie Oko”, Grand Hotel Starmary), Bukowinie Tatrzańskiej (Hotel Bukovina), Nowym Targu (Szkoła Muzyczna im. F. Chopina) oraz Szczawnicy Zdroju („Dworek Gościnny”).

Jedną z atrakcji tegorocznego festiwalu będzie pokaz mody koncertowo-operowej, któremu towarzyszyć będzie koncert muzyki kameralnej. Kolekcję przygotował znany krakowski projektant mody pochodzący z Zakopanego Plich, natomiast kreacje fryzjerskie modelek będą dziełem warszawskiego mistrza fryzjerstwa Leszka Czajki, również pochodzącego z Zakopanego. ☉

OPRACOWAŁA: MM



# Dwadzieścia lat okiem „emeryta”

Najważniejszym hormonem jest... humor. Ma on siłę tysiąca endorfin.

**RYSZARD GOLAŃSKI**

**A**utor prezentowanej książki, Włodzimierz Bednorz, jest doskonale znany w samorządzie lekarskim. Po 1989 r. był współorganizatorem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, od 1991 do 2001 r. przewodniczącym jej rady, w latach 1998-2001 wiceprezesem NRL. Jeden z twórców gazety DIL o tytule „Biuletyn”, „Remedium”, a ostatnio „Medium”, przez kilka lat jej redaktor naczelny.

„Kolorowe tabletki” to zbiór felietonów, publikowanych w tym wydawnictwie co miesiąc od 1991 r. pod pseudonimem dr Józef emeryt. Czytelnicy przez wiele lat sądzili, że pisze je osoba w zaawansowanym wieku. Początkowo daleki od emerytury, z upływem lat – do czego przyznaje się w przedmowie – mocno przybliżył się do stosownego dla emeryta wieku. Nie czuje się tego jednak podczas lektury książki.

Zarówno teksty pochodzące z 1991 r., jak i te z 2010 r. pisane są ze swadą i zaangażowaniem, dowodzącymi jak bliskie są Autorowi sprawy środowiska lekarskiego. Felietony pisane przed 20 laty, szczególnie te, które traktują o reformie ochrony zdrowia czy zmianach w systemie kształcenia lekarzy, nadal są bardzo aktualne. Zatrzymał się czas, czy od dwóch dziesięcioleci przeżywamy *déjà vu*? A może opieka zdrowotna w Polsce wpadła w jakąś pętlę czasową? Czytelnik zrozumie moje wątpliwości po przeczytaniu felietonów z lat 1991-1992.

Z kart książki emanuje tęsknota Autora (jak łatwo się domyślić, często celowo przesadzona) za odchodzącymi w przeszłość relacjami mistrz – uczeń między lekarzami. Wiele z nas zastanowi się nad pytaniem o zapomnianych nauczycieli zawodu. Dla wielu będzie to czas na chwilę refleksji: czy mnie jakiś lekarz może przywołać w tej roli? Młodym lekarzom, zwłaszcza zwolennikom wysublimowanych metod diagnostycznych, polecam felieton „Obwacam pana”, o sposobach rozpoznawania chorób po wyglądzie i – o zgrozo – po zapachu moczu pacjenta. O tym, jakich doznań węchowych dostarczają lekarzowi pacjenci,



można by porozmawiać także z lekarzami dyżurnymi izb przyjąć czy SOR-ów. Natomiast konkluzja tego tekstu pozostaje niezmiennie aktualna. Autor książki jest endokrynologiem, dlatego z respektem należy podejść do stwierdzenia, że najważniejszym i najpotężniejszym hormonem, o siłę tysiąca endorfin, jest... humor. Spotkacie go często podczas lektury tego wydawnictwa. Zalecam ją w czasie urlopowym i po wakacjach także. ☉

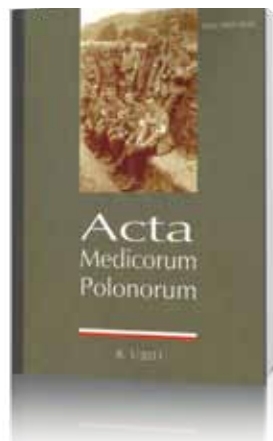
## Ocalić od zapomnienia

Nakładem Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu ukazał się pierwszy numer rocznika „Acta Medicorum Polonorum”.

**JAROSŁAW WANECKI**

**P**riorytetem nowego czasopisma jest wzbogacenie biografistyki i ożywienie badań z zakresu historii medycyny poprzez utrwalanie życia i działalności lekarzy polskich na tle wydarzeń politycznych i społecznych. Au-

torzy chcą pokazać, w jaki sposób istotne procesy historyczne wpływały na szeroko pojętą organizację opieki zdrowotnej i rozwój medycyny akademickiej w Polsce. Dlatego zapraszają wszystkich do nadsyłania artykułów, dzienników, pamiętni-



ków, listów, wspomnień oraz recenzji książek autobiograficznych o lekarzach.

Tematem dominującym pierwszego numeru AMP są wojny widziane z perspek-

tywy lekarzy, a każdy z opisanych epizodów jest inny. Znajdziemy zapiski lekarza polowego armii niemieckiej, dziennik prowadzony podczas wojny bolszewickiej, wspomnienie z kampanii wrześniowej. Anita Magowska i Marcin Moskaiewicz przekonują we wstępie, że dramatyczne losy jednostek sumują się w obraz trudnych doświadczeń pokoleniowych lekarzy urodzonych w końcu XIX i na początku XX w. Aby obraz ten dopełniał się, trzeba pieczołowicie zbierać ślady działalności naszych poprzedników, do czego wraz z wielkopolską izbą namawiam. ☉





## We właściwym czasie

**P**o przeczytaniu listu „Jak przekonać mamę do emerytury” („GL” nr 06/2011) chciałam opisać historię bardziej mrozącą krew w żyłach, która zdarzyła się niedawno w małym, prowincjonalnym szpitalu w Wielkopolsce. Otóż przez dwa lata (do marca bieżącego roku) pracował w szpitalu i pełnił dyżury lekarz, który po ciężkiej operacji tętniaka aorty, przeprowadzonej zresztą w Berlińskim Centrum Serca, doznał ciężkiego udaru pooperacyjnego, a więc afazja z dużymi zaburzeniami mowy, mowa bełkotliwa, niedowład ręki (nie mógł się nawet podpisać), zaburzenia widzenia skójarzonego oraz zaburzenia równowagi, niewątpliwie ciężkie kalectwo.

Paradoks tej sytuacji polega na tym, że człowiek ten wcześniej był dyrektorem tego szpitala oraz ordynatorem oddziału wewnętrznego. Jego pracą sterowała lekarka, asystentka oddziału wewnętrznego, która była jego konkubina i była zainteresowana korzyściami wynikającymi z jego pracy; poza aspektem materialnym (pensja menedżerska + ordynatorska) była możliwość ste-

rowania swoją karierą i manipulacji kolegami lekarzami, którzy masowo zaczęli zwalniać się z pracy w oddziale i szpitalu.

Najpierw zdolność do pracy podpisał lekarz pracujący w szpitalu i zajmujący się medycyną pracy. Później były protesty kolegów lekarzy do starostwa. Odesłano chorego lekarza na badania do ośrodka klinicznego, tam trafił się kolega orzecznik, który wydał zgodę na pracę częściowo. Trudno było zrozumieć, jakie czynności mógł wykonywać w szpitalu lekarz, który nie mógł się porozumiewać z pacjentami, nie widział dobrze z kim rozmawia, oczy miał zawsze skierowane poza rozmówcę, chodził po szpitalu zygakiem z rozwiązanymi sznurowadłami od butów i nie mógł trafić kluczem do drzwi dyżurki lekarskiej.

Pacjenci przeżywali ogromny stres związany z pracą, a raczej symulacją pracy tego lekarza, personel również, zwłaszcza personel średni, pielęgniarki, które pracując w trakcie dyżurów tegoż lekarza, nie rozumiały wydawanych przez niego poleceń. (...) Obchody odbywały się w ten sposób, że kroczył najpierw chory pan doktor, notabene prawie 60-letni, a za nim jego młoda konkubina, która tłumaczyła reszcie, co pan doktor-ordynator powiedział. Była to interpretacja dowolna, co budziło masę zastrzeżeń zarów-

no lekarzy, personelu medycznego, jak też pacjentów. Sytuacja ta spowodowała odejście z oddziału i szpitala wielu dobrych lekarzy, a pacjenci uciekali do okolicznych szpitali (...).

Pierwsza zasada pracy lekarskiej głosi „Primum non nocere”, a tu ewidentnie zostały naruszone wszelkie zasady bezpieczeństwa pacjentów i normy moralne.

Nawiązując do listu czytelniczki „Jak przekonać mamę do emerytury”, przytoczyłam przykład bardziej drastycznej sytuacji, która wydarzyła się nie w prywatnym gabinecie lekarskim, ale w publicznym szpitalu. Narzuca się pytanie, czy odpowiedzialność za 32 zęby (...) jest taka sama, jak odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie? Obie sytuacje są naganne, jakkolwiek będą miały swoją powtarzalność, ponieważ społeczność lekarska się starzeje, choruje, ale żeby godziwie żyć, nie wystarczy emerytura lekarska. (...) Znam przypadek lekarza 80-letniego, który pracował w pogotowiu i pewnego razu, gdy miał mieć dyżur, zadzwonił do dyspozytorki, że się nie zgłosi, bo chyba się dokonuje u niego udar, gdyż ma niedowład ręki. Na moim terenie pracuje wielu lekarzy w wieku 70-80 lat i więcej, często są to ludzie niesprawni i chorzy, może bardziej niż ich pacjenci. (...)

Może warto rozpocząć dyskusję w „Gazecie Lekarskiej” nie tylko o początku kariery lekarskiej, ale też o kryteriach przechodzenia na emeryturę lekarzy, zwłaszcza tych o specjalnościach zabiegowych, pracujących w lecznictwie zamkniętym, gdzie często sprawność lekarzy, również fizyczna, decyduje o życiu ludzkim. Sama jestem lekarzem o specjalizacji zabiegowej, jakkolwiek od czasu reorganizacji służby zdrowia i powstania kas chorych, a później NFZ-u pracuję w lecznictwie otwartym. Zbliżam się powoli do wieku emerytalnego i życzę sobie, żeby zdrowie mi dopisało przez najbliższe lata, bo mam dzieci w wieku szkolnym i żebym nie znalazła się w opisywanej sytuacji, która upokarza lekarza (...).

(IMIĘ I NAZWISKO DO WIADOMOŚCI REDAKCJI)



W Ogólnopolskich Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim wystartowało 10 załóg reprezentujących osiem okręgowych izb lekarskich. Pierwsze miejsce i puchar prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej zdobyli zawodnicy z Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

# Obyło się bez „moczenia”

Mistrzostwa to nie tylko żeglarsko, ale przede wszystkim dobra zabawa dla wszystkich uczestników.

HALINA TEODORCZYK

**J**uż po raz ósmy odbyły się w Szczecinie Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim o puchar prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. W ramach mistrzostw propagowane jest nie tylko samo żeglarsko, ale i morskie tradycje. Przede wszystkim jest to jednak okazja do dobrej zabawy.

Regaty rozegrano w dniach 24-26 czerwca na Jeziorze Dąbskim. Załogi startowały na jachtach klasy „Omega” w średnio trudnych i bezwietrznych (dzień finałowy) warunkach atmosferycznych. Imprezę zorganizowała Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie (sekcja żeglarska) przy współpracy z Jacht Klubem AZS w Szczecinie. Honorowy mecenat objął nad nią prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, a patronami medialnymi były „Gazeta Lekarska” i „Vox Medici” – biuletyn OIL w Szczecinie.

W mistrzostwach wystartowało 10 załóg reprezentujących Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską w Olsztynie, Dolnośląską Izbę Lekarską we Wrocławiu, Śląską Izbę Lekarską, Beskidzką Izbę Lekarską w Białymstoku, Okręgową Izbę Lekarską w Opolu, Okręgową Izbę Lekarską w Koszalinie, Wojskową Izbę Lekarską oraz Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie. W tym roku obyło się bez „moczenia”, co pokazało, że załogi potrafią żeglować zgodnie z przepisami, a protesty przeszły do historii. Pierwsze miejsce i puchar prezesa NRL zdobyła załoga reprezentująca Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie.

Po emocjonujących wyścigach zawodnicy i zaproszeni goście spotykali się na imprezach integracyjnych, wymieniając się wrażeniami oraz dokonując oceny przebiegu regat.

Wyjątkowo uroczyste było podczas zakończenia mistrzostw, kiedy wręczano piękne puchary, medale, dyplomy i nagrody ufundowane przez sponsorów dla wszystkich uczestników. Swoją obecnością zaszczylił nas prezydent Szczecina Piotr Krzystek. ☺



FOT.: MICHAŁ ORŁOWSKI

Regaty rozegrano na Jeziorze Dąbskim w niezbyt sprzyjających warunkach atmosferycznych. Zorganizowała je Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

## Wyniki:

**I miejsce i puchar prezesa NRL** – załoga reprezentująca Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie w składzie: Jarosław Gołembiewski – sternik, Tomasz Bubela, Bartosz Sławiński

**II miejsce** – załoga ze Śląskiej Izby Lekarskiej w składzie: Jacek Madejski – sternik, Jacek Węglorz, Ryszard Michalik

**III miejsce** – załoga z Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie w składzie: Marcin Śledź – sternik, Tomasz Kacperski, Karol Teichman

**IV miejsce** – załoga z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie: Stanisław Danieluk – sternik, Zbigniew Gugnowski, Marian Szczepański





## Rywalizacja w klasie „Puck”

Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie „Puck” cieszyły się większym powodzeniem niż w roku ubiegłym.

**P**o wodach Zatoki Puckiej ścigały się 28 maja aż 22 załogi reprezentujące nie tylko naszą, gdańską izbę lekarską, ale również dość odległe izby. Zawody (w Harcerskim Ośrodku Morskim w Pucku) rozpoczęły się rejestracją załóg, a o godz. 10.30 odbyła się odprawa sterników, podczas której sędziowie omówili trasę, procedurę startową i przypomniano podstawowe przepisy prawa drogi morskiej.

Wszyscy liczyli na sprzyjającą pogodę i trzeba przyznać, iż rzeczywiście wiało dość mocno. Z powodu sil-

nego wiatru, przekraczającego nawet 6 stopni w skali Beauforta, podczas dwóch pierwszych wyścigów załogi miały obowiązek zrefowania żagli (dla niewtajemniczonych – zmniejszenia ich powierzchni).

W sumie odbyły się cztery z pięciu zaplanowanych wyścigów. Rywalizacja była zacięta, ale kapitan załogi, która okazała się najlepsza w ubiegłym roku, lek. Przemysław Rzepecki z Oddziału Urologii Szpitala w Wejherowie, również i w tym roku poprowadził ją do zwycięstwa. Na drugim miejscu uplasowała się grupa pod dowództwem

Irminy Śmietańskiej, a trzecie miejsce zajęli przedstawiciele OIL w Gdańsku: Maciej Pawlak z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Wejherowie wraz z załogą.

Wszyscy uczestnicy otrzymali z rąk prezesa naszej izby, Romana Budzińskiego, dyplomy i mogli się podzielić wrażeniami z regat podczas poczęstunku przygotowanego przez organizatorów.

Mamy nadzieję, że również w przyszłym roku Ogólnopolskie Regaty Lekarzy będą się cieszyły podobnym zainteresowaniem. (A.K.)



FOT.: AGATA KARPIS

## Tenis na DeSki w Warszawie

— JOANNA SZAFRANEK —

**N**a kortach Klubu Tenisowego DeSki oraz Solec w Warszawie, pod patronatem ministra sportu Adama Giersza oraz Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowych Izb Lekarskich w Warszawie i Krakowie, odbyły się w dniach 23-26 czerwca XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup”. W turnieju wzięło udział 100 lekarzy z kraju i zagranicy.

Zwycięzcy w poszczególnych kategoriach wiekowych: open kobiet – Joanna Szafranek, +45 kobiety – Krystyna Drzewicka, open mężczyzn

– Jan Paradowski, +35 – Marcin Krywiak, +45 – Romuald Czerwiński, +50 – Marek Pudełko, +55 – Andrzej Chendyński, +60 – Stanisław Chruszczyk, +65 – Janusz Malarski, +70 – Wiesław Pająk, +75 – Bogdan Ostapowicz, debel open kobiet – Krystyna Drzewicka/Joanna Szafranek, debel open mężczyzn – Telega/Wawrzynek, debel +45 – Szelągowicz/Wroński, +55 – Filipek/Chruszczyk, +65 – Safian/Solarski.

W przyszłym roku Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie odbędą się w Zabrzu, jak zwykle w okresie Bożego Ciała. Wszystkich lekarzy tenisistów serdecznie na nie zapraszamy!



W tegorocznych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup” w Warszawie wzięło udział stu lekarzy z kraju i zagranicy. Przyszłoroczny turniej zostanie rozegrany w Zabrzu.

FOT. JOANNA SZAFRANEK





W V Ogólnopolskim Rajdzie Konnym im. Majora Hubala wzięło udział 25 jeźdźców, głównie lekarzy i ich dzieci.

# Z Hubalem na leśnych duktach

WOJCIECH SĘDZICKI

Wspólne śpiewanie piosenek ułańskich i wspomnienia z poprzednich rajdów trwały do późnych godzin.

**T**rasa V Ogólnopolskiego Rajdu Konnego im. Majora Hubala, który odbył się w dniach 17-19 czerwca pod patronatem OIL w Łodzi, prowadziła przez kompleks lasów spalsko-rogowskich i okoliczne pola oraz odcinki szlaku konnego wyznaczonego przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Uczestniczyło w nim 25 jeźdźców, głównie lekarzy i ich dzieci oraz 29 koni (dla gości przygotowano dwie dwukonne, ośmioosobowe bryczki). Tuż po obiedzie ruszyliśmy w teren duktami leśnymi i okolicznymi łąkami. Piękna pogoda i relaksowy 20-kilometrowy

odcinek sprawiły, że nastroje jeźdźców i koni były znakomite.

Po uroczystej kolacji, w czasie której przekazałem uczestnikom rajdu pozdrowienia od córki Hubala, pani Krystyny Dobrzańskiej-Sobierajskiej, udaliśmy się na koncert w wykonaniu artysty operowego, Romualda Spychalskiego juniora i towarzyszącej mu śpiewaczki, Anny Jurczyńskiej. Występ artystów został nagrodzony owacją na stojąco. Jestem przekonany, że podobał się też gościom z Warszawy, bowiem naszą imprezę uświetnili swoją obecnością członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej: Krzysztof Makuch i redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Ryszard Gołański.

Drugi odcinek rajdu był znacznie trudniejszy i dłuższy (około 40-45 km), prowadził przez najurokliwsze zakątki regionu. Jechaliśmy przez lasy i pola z falującymi łąkami dojrzewających zbóż. Napawaliśmy nasze oczy widokiem wstęg niebieskich chabrow i czerwonych maków. Nieco dalej, na obrzeżach rezerwatu jodłowego w Ła-



drugi odcinek rajdu był znacznie trudniejszy i dłuższy od pierwszego, ale prowadził przez najurokliwsze zakątki regionu. Na obrzeżach rezerwatu jodłowego w Łaznowie widać było ponadstuletnie drzewa.

znowie, podziwialiśmy potężne, stukilkudziesięcioletnie drzewa. Później bardziej zaawansowani jeźdźcy pocwałowali szerokim, dwukilometrowym duktem. Po napojeniu koni spokojnie wróciliśmy do naszej bazy. Wspólne śpiewanie piosenek ułańskich przy akompaniamencie dwóch gitar, opowieści koniarzy i wspomnienia z poprzednich rajdów trwały do późnych godzin.

Następnego dnia gospodarz obiektu, dr Jarosław Suwalski, dał pokaz przejazdu czwórką koni po torze przeszkodowym, a jest to widok niezapomniany. Właśnie tutaj odbywają się coroczne ogólnopolskie zawody pojazdów zaprzęgowych. Najbardziej wytrwali goście bryczkami, a jeźdźcy w siodłach zwiedzali najbliższą okolicę. Rajd zakończył się bez upadków i innych kłopotów. Do zobaczenia za rok! ☉

## ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

### Absolwenci PAM w Szczecinie, rocznik 1970-1975

W dniach 30 września–2 października organizujemy w Pałacu Maciejewo k. Goleniowa zjazd koleżeński z okazji 35. rocznicy uzyskania dyplomów. Przewidywany koszt uczestnictwa: 660 zł. Wpłaty do 10 września na konto: 181600146218439 71580000001 (wpłaty z zagranicy: PL 18160014621843971580 000001 + KOD BIK SWIFT PPAPPL PK), z dopiskiem „zjazd koleżeński”. Opłata obejmuje: dwa noclegi i śniadania, grill w piątek, obiad w sobotę, bankiet w sobotę wieczorem. Zapraszamy Koleżanki i Kolegów z Wydziału Stomatologii rocznik 1970-1975. Kontakt: Bożena Gorzędowska-Gorzka, tel. 608 303 912, Henryka Pruńska-Hejnis, tel. 603 506 745.

### Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1971

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40. rocznicy

ukończenia Wydziału Stomatologii AM we Wrocławiu, w dniach 14-16 października br., pensjonat BEATA w Polanicy-Zdroju, ul. Rybna 9. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów 250 zł, piątek-sobota z noclegiem 200 zł. Wpłaty do 30 września na konto DIL we Wrocławiu: 17154010302001775360750001, z dopiskiem „Zjazd 1971 S” lub bezpośrednio w DIL (przyziemie). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (71) 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny: Barbara Łuckoś, Alicja Marczyk-Felba, Wiesława Matkowska.

## XIV MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W KOLARSTWIE GÓRSKIM 2011

ZAWODY ZOSTANĄ ROZEGRANE W SOBOTĘ 3 WRZEŚNIA W OŚRODKU NARCIARSKIM WISŁA STOŻEK. ZAPISY NA MIEJSKU OD GODZ. 9.00 DO 11.30. REZERWACJA MIEJSC NOCLEGOWYCH: ON STOŻEK, TEL. (33) 855 32 52 LUB (33) 855 32 04 (PODAJEMY INFORMACJĘ: DLA LEKARZY, UCZESTNIKÓW ZAWODÓW). START DO WYŚCIGU GŁÓWNEGO: GODZ. 12.00, DZIECI POJADĄ PO ZAKOŃCZENIU ZAWODÓW. TRASA: KLASYCZNE MTB, WYŚCIG NA PĘTLACH INTERWAŁOWYCH Z POJEDYŃCZYMI ELEMENTAMI TECHNICZNYMI – TRASA BEZPIECZNA! DŁUGOŚĆ WYŚCIGU DLA GRUPY GŁÓWNEJ: DO 60 MINUT, PANIE ORAZ MASTERSI OK. 45 MINUT. ORGANIZATOR: JANUSZ LEWANDOWSKI, TEL. 606 235 361, JANLEWDOCTOR@INTERIA.PL WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.MTBLEKARZE.PL

*Nie umiera ten – kto pozostaje w naszym sercu*

Panu

**Pawłowi Matysiakowi**

*Członkowi*

*Naczelnego Sądu Lekarskiego*

*Szczere wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia  
z powodu śmierci*

**Mamy**

*składają*

*Przewodniczący i Zespół  
Naczelnego Sądu Lekarskiego*

## II OGÓLNOPOLSKI KONKURS POETYCKI „PULS SŁOWA” ROZSTRZYgniĘTY

NA POSIEDZENIU W DNIU 6 CZERWCA BR. W WARSZAWIE JURY W SKŁADZIE: ZDZISŁAW TADEUSZ ŁĄCZKOWSKI – PRZEWODNICZĄCY, JOLANTA ZARĘBA-WRONKOWSKA, ALINA CHRABOŁ-SURA, MARIA ŻYWIKA-LUCKNER, ZBIGNIEW IRZYK, PO ZAPOZNANIU SIĘ Z ZESTAWAMI

KONKURSOWYMI POSTANOWIŁO:

1. NIE PRZYZNAĆ NAGRODY PIERWSZEJ.
2. II NAGRODĘ PRZYZNAĆ WALDEMAROWI HŁADKIEMU Z KRAKOWA – GODŁO MATWIEJ.
3. III NAGRODĘ EX AEQUO PRZYZNAĆ: EWIE WIATER-KOZIOL Z LUBLINA – GODŁO ZOFIA  
ORAZ ZBIGNIEWOWI KOSTRZEWIE Z ŁOWICZA – GODŁO DOROTA.
4. CZTERY WYRÓŻNIENIA PRZYZNAĆ:  
ANNIE GLEIXNER Z ZABRZA – GODŁO (@GX)  
JOANNIE CZAJKOWSKIEJ Z KONSTANTYNOWA ŁÓDZKIEGO – GODŁO EMILIA  
LIDII ZIURKOWSKIEJ-MICHALEWSKIEJ Z GDYNI – GODŁO SOPEŁ  
SYLWESTROWI MIŁCZARKOWI Z DĄBROWY CHEŁMIŃSKIEJ – GODŁO SYLWIO.

## X MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W MARATONIE MTB „MICAŁKI 2011” W WIELENIU NAD NOTECIĄ

W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM ODBĘDĄ SIĘ 19 WRZEŚNIA BR. INFORMACJE: TOMASZ KACZMAREK, WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA, TEL. 672 561 550.

## I OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY „KOŁO ŻYCIA”

KATEGORIE: I. „CZŁOWIEK”. II. „NATURA”. PRACE W FORMACIE NIE MNIEJSZYM NIŻ 15 x 21 CM I NIE WIĘKSZYM NIŻ 30 x 40 CM NALEŻY NADSYŁAĆ DO SIEDZIBY OIL W CZĘSTOCHOWIE, UL. GEN. J. ZAJĄCZKA 5, DO 20 SIERPNI BR. ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU NASTĄPI 9 WRZEŚNIA, A WERNISAŻ NAGRODZONYCH PRAC I WRĘCZENIE NAGRÓD ODBĘDZIE SIĘ 15 PAŹDZIERNIKA BR. W RAMACH OBCHODÓW 10-LECIA OIL W CZĘSTOCHOWIE. KONTAKT: ORGANIZATOR – ANNA ŻELECHOWSKA, TEL. 608 283 685.

## I OBÓZ TANECZNY LEKARZY „LET’S DANCE”

OIL W ZIELONEJ GÓRZE ZAPRASZA

NA 4-DNIOWY WYPOCZYNEK Z NAUKĄ TAŃCA TOWARZYSKIEGO I WIDOKIEM NA MORZE. TERMIN: 28 WRZEŚNIA – 2 PAŹDZIERNIKA BR. MIEJSCE: KOŁOBRZEG – ARKA MEDICAL SPA-HOTEL (WWW.ARKA-MEGA.PL). ZAJĘCIA TANECZNE W 2 GRUPACH 2 RAZY DZIENNIE, M.IN. WALC ANGIELSKI, TANGO, CHA-CHA, SALSA, RUMBA, BACHIATA; GRUPA POCZĄTKUJĄCA – 14 GODZ. ZAJĘĆ, GRUPA ŚREDNIO ZAAWANSOWANA – 14 GODZ. ZGŁOSZENIA NA ADRES: ZIELONA.GORA@HIPOKRATES.ORG, Z DOPISKIEM „OBÓZ TANECZNY”. TELEFON DO BIURA: (68) 320 79 00.

Po raz pierwszy wszedł do swojego przedsiębiorstwa, podmiotu leczniczego, nie jako usługodawca, lecz świadczeniobiorca, chcąc sprawdzić, jak w praktyce stosuje się procedury medyczne i zasady wykonywania działalności leczniczej.

## Jezyk giętki

» Wiele dni i nocy trwała debata, w której wszyscy z jego starej studenckiej ferajny zgodnie stwierdzili, że „świadczenie zdrowotne, to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania”\*. Tylko przy słowie „służące” rozgorzała na nowo dyskusja, kto komu służy i czy przywracanie służby zdrowia będzie zdrowiu służyło.

» Rozejrzał się po staronowym obiekcie. Przedsiębiorstwo, oczywiście w rozumieniu artykułu pięćdziesiątego piątego z jedynek kodeksu cywilnego, to jego największe życiowe spełnienie. Fabryka marzeń, w której „podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”\*. Wszystkie „jednostki i komórki”\*, „podmiotu leczniczego o szczególnej regulacji”\* wypisane niebieskimi literami na białej tablicy napawały dumą. Nad wszystkim górowała „firma podmiotu”\*, umieszczona na pierwszym miejscu „regulaminu organizacyjnego” i powtarzana z upodobaniem na każdym druku zgodnie z paragrafami umowy kontraktowej podpisanej z narodowym płatnikiem.



» Był „kierownikiem bez bliższego określenia”\*, co dawało fasonu i sprytnie ukrywało zarząd spółki kapitałowej, którą reprezentował z największą starannością. Był przecież pierwszej wody przedsiębiorcą. Nie jakimś „samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, stowarzyszeniem... (czy nie daj Boże) kościołem, kościelną osobą prawną lub związkiem wyznaniowym”\*. Samorząd terytorialny nie miał złudzeń. Nie żadna tam „jednostka budżetowa”\*, tylko spółka. Kapitał, rada nadzorcza, prezes, zarząd. Nienaruszalna logika uzdrawiania świata plus tajemnica handlowa obok tajemnicy lekarskiej, zabezpieczająca przedmiotowe prowadzenie podmiotu na najwyższym poziomie.

» W izbie przyjęć zastał znaną sobie od lat „osobę wykonującą zawód medyczny”\*. Ilekroć pomyślał o niej od tej pory „pielegniarka”, „rozumiał przez to także położną”\*, co przychodziło mu raczej z łatwością. Nieco trudniej wyobrażał sobie jednoznaczność słów „lekarz” i „lekarz dentysta”.

» Zdziwiła go długa kolejka. Przez chwilę postanowił nawet ją ominąć, tak jak czynił to od wielu lat, spuszczać głowę i nie patrząc oczekującym, zbolałym i zmęczonym pacjentom prosto w oczy. Przypomniał sobie jednak, że właśnie dzisiaj jest chory, a omijanie kolejki nie przystoi, jest także szczególnie regulowane, przejrzyste, skrupulatnie odnotowywane i wykazywane w odpowiednich raportach.

Z drugiej jednak strony był przecież „quasi-właścicielem”, zarządcą holdingu złożonego z podmiotów będących i niebędących przedsiębiorstwami\*, władał z ograniczoną odpowiedzialnością „zjednoczeniem opieki zdrowotnej”.

» Usiadł na odrapanym krzeselku. Usłyszał zgiełk, wyrzekanie, krzyk dzieci i jęczenie przywożonych przez karetki. Siedział godzinę, drugą, trzecią. Mijany obojętnie stanowił część jednorodnej grupy pacjentów, limitu, raportu statystycznego i wzoru wysokości środków publicznych\*. Przyjrzał się działalności leczniczej i zrozumiał, jak mało wie i jak niewiele znaczy jego nowomowa. ●

\*Z ustawy o działalności leczniczej





## Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 156 700 egz.

Redaktor naczelny:

**Ryszard Golański**

tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

**Jarosław Wanecki (przewodniczący)**

**Ryszard Golański**

**Mariusz Janikowski**

**Jolanta Małmyga**

**Wojciech Marquardt**

**Katarzyna Strzałkowska**

Redaktor prowadzący:

**Mariola Markłowska-Dzierżak**

Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

**Lucyna Krysiak**

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Redakcja:

**Urszula Bakowska**

Tel.: (22) 559 02 67, 559 02 62

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

**Mariusz Janikowski**

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazeta Lekarskiej”:

**Marta Jakubiak**

Stale współpracują:

**Jerzy Badowski (Olsztyn)**

**Stanisław Ciechowicz (Łódź)**

**Krystyna Knypl (Warszawa)**

**Anna Lella (Olsztyn)**

**Justyna Zajdel (Łódź)**

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

**Projekt graficzny, skład,**

**druk, kolportaż, reklama:**

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordynacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

Tel.: (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldonac.ciosek@axelspringer.pl

**Mateusz Gajda**

Tel.: (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

**Małgorzata Gałazka**

Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

**Magdalena Maj-Nowisz**

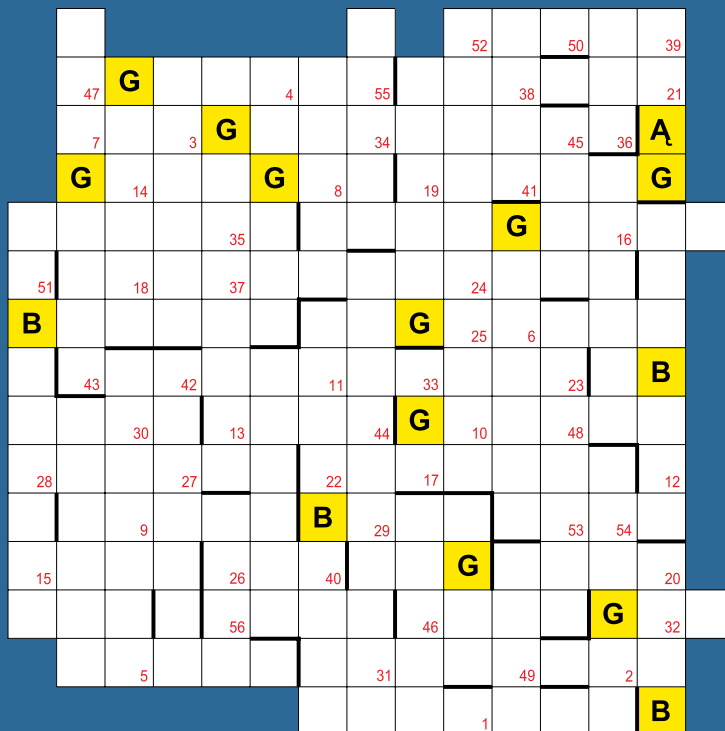
Tel.: (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj@axelspringer.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

## Jolka lekarska 169

BJER



Objaśnienia  
63 haseł podano  
w przypadkowej  
kolejności.  
W diagramie  
ujawniono  
wszystkie litery:  
A, B i G. Na  
ponumerowanych  
polach ukryto  
56 liter hasła,  
które stanowi  
rozwiązanie.  
Należy je przesłać  
na karcie  
pocztowej na  
adres redakcji do  
10 września br.  
Wśród autorów  
prawidłowych  
rozwiązań  
nagrody książkowe  
(prosimy o podanie  
specjalizacji).

• kala-azar • stan brzaskwiniowy • rosyjski szampan • sodu, czyli  
saletra • cesarz czasów Chrystusa • środek przeciwbakteryjny •  
pozytywistyczne dzieło Prusa • fructus • Myślenice za Kuźnicami  
• matka św. Emeryka • C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH • seks-film • smacznik •  
bułgarskie miasto z Mostem Przyjaźni • wyznaje islam • odczyn  
opadania krwinek • następca Gomułki • Ruska lub Mazowiecka •  
w ściółce lasu sosnowego • komisja sędziowska • wielka miłość  
Doktora Żywago • tył araba • kurort Flandrii Zach. • Pongo  
z Borneo • stop żelaza z węglem • nocne oddawanie moczu •  
poker lub domino • areka • imię celebrytki Jolie • skocznia  
w Sapporo • tlenowiec • zwój tkaniny • teksty niewydane za życia  
• duży, rudy lub wąsatek • lina olinowania ruchomego • chroni  
rybie łuski • kanton z Altdorf • najczęstszy dziesięcionóg • imię  
świętej Avat • kilka gmin • obręcz (łac.) • pobyt ze snem • cereus  
• premier Holandii (1977-82) • podłość • forma związku o danym  
wzorze sumarycznym • ukochana Radamesa • młode bydło  
rzeźne • góry z Grand Ballon • wolniej niż adagio • napad • wyspa  
za cieśniną Velebitską • Gajusz Juliusz • owca grzywiasta • stan  
złotego dziecięcia • zmysł węchu • zielona część pietruszki • onyks  
• domy buduje • wyrób włókienniczy • ręczny lub szczękowy •  
zwrot właściwy danemu językowi • nagość

### Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 167 („GL” nr 6/2011)

Nigdy nie pracuj, gdy jesteś głodny. Hipokrates

**Nagrody otrzymują:** Jadwiga Muzyczuk-Sojka (Istebna), Alicja Nawrocka (Lubań),  
Michał Początek (Piła), Jolanta Ponikowska (Skarżysko-Kamienna), Magdalena Sagała  
(Warszawa), Julita Szcześniak (Krotoszyn).

**Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw:** Progress („Prawa lekarza”  
Justyny Zajdel) oraz Antoni J. Dziatkowiak i współpraca wydawnicza Towarzystwo Przyjaciół Sztuk  
Pięknych w Krakowie („Serce i skalpel” Antoniego J. Dziatkowiaka). Nagrody prześlemy pocztą.



