



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Autorką obrazu jest Ewa Szweda-Piczman

## Nasza galeria

Kontynuujemy prezentację prac lekarzy malujących w Kole Zajęć Plastycznych WIL. Równocześnie zachęcamy wszystkie osoby malujące do pokazania efektów swej pracy na naszych łamach.

Kontakt: Katarzyna Bartz-Dylewicz,  
tel. 783 993 915.

W tym numerze publikujemy pracę Ewy Szwedę-Piczman, specjalisty chirurga stomatologa, która pracuje w Centrum Medycznym HCP.

Autorka stała przed sztalugą od 2002 r. Brała udział w wielu

ogólnopolskich wystawach i plenerach malujących lekarzy.

Uczestniczy w zajęciach plastycznych lekarzy przy WIL pod kierownictwem plastyka Marii Pelec-Gąsiorowskiej.

# IV ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ

LECZENIE OTYŁOŚCI

TO WIĘCEJ NIŻ DIETA

## TERMIN

12–14 września 2013 r.

## MIJSCIE

ZAWIERCIE

Hotel Villa Verde, ul. Mrzygłodzka 273

## ORGANIZATOR

Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością

**PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO**

dr hab. n. med. Magdalena OLSZANECKA-GLINIANOWICZ,  
prof. SUM

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO**

prof. dr hab. n. med. Marek BOLANOWSKI

[WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)

## WARSZAWA

18–21 września 2013 r.

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk

Organizator:

Towarzystwo Chirurgów Polskich

Organizator wykonawczy:

wydawnictwo *Termedia*

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



## KONGRES TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH



## VI KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PERINATALNEJ

POZNAŃ, 26–28 września 2013 r.

## TERMIN

26–28 września 2013 r.

## MIJSCIE

POZNAŃ

## PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

prof. dr hab. Marta SZYMANKIEWICZ

## PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Grzegorz H. BRĘBOROWICZ  
prof. dr hab. Janusz GADZINOWSKI

## ORGANIZATORZY

Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

## ORGANIZATOR WYKONAWCZY

Termedia sp. z o.o.

[WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)



## Diagnoza wstępna

# Spis treści

Moim zdaniem...	4
Co słycać w izbie...	5
Omówienie posiedzenia ORL z 27 kwietnia 2013 r.	5
Dokumentacja w praktyce lekarskiej	6
Prowadzenie dokumentacji medycznej	10
Uprzejmie donoszę...	11
Forma zgody na ekstrakcję zęba	12
Gdy szczęście nam nie dopisze	13
Pożegnania	14
Gdzie mieszka miłość...	20
Zamknięcie wakacji, czas na szkolnia	22
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	23
Dawka informacji	24
<b>SHORT CUTS</b>	26
Nasza recenzja	28
Okiem eksperta	29
Wiersze	30

## Co z tą stomatologią?



**R**zeczpospolita z 16 maja 2013 r. doniosła, że Narodowy Fundusz Zdrowia zgłosił do Ministerstwa Zdrowia propozycję zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych. Uczniowie i emeryci mają mieć łatwiejszy dostęp m.in. do bezpłatnych świadczeń stomatologicznych. Fundusz informuje, że nie stać go na zapewnienie wszystkim wysokiej jakości świadczeń. Dlatego reszta osób pozostanie poza koszykiem, czyli poza leczeniem bezpłatnym.

Nie znamy szczegółów. Między NFZ a MZ nie trzeba dopatrywać się porozumienia, niektórzy mówią nawet o znowie. W sytuacji zapaści finansowej spowodowanej głównie mniejszymi składkami (i to znacznie) poczynaniom obu firm nie ma co się dziwić. Ministerstwo wprawdzie twierdzi, że nad żadnymi priorytetami dla nikogo nie pracuje, tylko nad nowymi koszykami, ale jaka jest różnica między tymi dwoma pojęciami, skoro prowadzą do tego samego, czyli wskazania, komu wszystko, a komu nic? Ograniczenia koszyka stomatologicznego prędzej czy później nastąpią, chyba że podniesie się drastycznie składkę. Konsekwencje ograniczenia świadczeń mogą być w liczbie kontraktów, ich wielkości i wartości, rozmieszczeniu itd. W sumie grozi nam rewolucja i przeniesienie opieki stomatologicznej do gabinetów prywatnych, no bo gdzieś te zęby trzeba leczyć... Nie twierdzą, że tak będzie. Nic jeszcze do końca nie wiadomo. Propozycja MZ musi uzyskać aprobatę Agencji Oceny Technologii Medycznych, a to trwa. My musimy uważać, żeby nas, dentystów, administracja nie wskazała jako tych, którzy swoimi działaniami (domaganie się cen rzeczywistych za wykonane świadczenia) przyczynili się do stomatologicznej katastrofy. Już raz tak próbowano...

Samorząd lekarski powinien postawić ważne pytanie: Jak NFZ i MZ widzi opiekę stomatologiczną nad Polakami w najbliższych latach i w dalszej perspektywie? Pytanie jest proste, ale kłopotliwe. Najwyższy jednak czas, żeby je zadać. I to właśnie izba lekarska powinna je przedstawić i nagłośnić, gdzie się da. Wśród mediów, polityków, parlamentarzystów. Nie może być dalej tak, że permanentny brak pieniędzy, błędy organizacyjne (zamknięcie gabinetów szkolnych), brak systemów oceny jakościowej świadczeń i brak standardów charakteryzuje opiekę stomatologiczną w kraju leżącym w środkowej Europie na początku XXI wieku...

Nie wiem, czy otrzymamy jakkolwiek odpowiedź. Brak odpowiedzi też będzie odpowiedzią. Ważne, aby pomysł pytania nie został zagadany w dyskusjach, rozmowach, konferencjach, które potrafią trwać miesiącami. W gadaniu jesteśmy mistrzami świata...

Andrzej Baszkowski

## Moim zdaniem...



### Krzysztof Kordel

prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...to, co obserwujemy w ostatnim czasie w mediach, dalekie jest od jakiegokolwiek próby obiektywnego spojrzenia na sytuację w naszej ochronie zdrowia. Można by rzec, że wreszcie znaleziono winnego wszelkiego zła. Historia kołem się toczy.

**S**wego czasu winni byli Żydzi i masoni, później komuniści, potem pojawili się wrogowie ludu, a teraz to my, lekarze. Czy jesteśmy bez winy? Oczywiście, że nie. To przecież my godzimy się (często nie mając innej możliwości) na zbiurokratyzowanie naszego kontaktu z pacjentem. W pełni zgadzam się ze stwierdzeniem prof. Krzysztofa Bieleckiego zawartym w jego ostatnim wywiadzie w „Newsweeku”, że lekarz powinien patrzeć w twarz pacjenta, a nie w ekran komputera. Papiery i inne cudowne wynalazki sprawozdawczo-kontrolne NFZ odhumanizowały coś, co zawsze miało walor intymności – wizytę u lekarza. Dzisiaj nie z naszej winy mamy kontakt ze stróżem systemu i to kogo – nie pacjenta, lecz świadczeniobiorcy. Już o tym kiedyś pisałem i nie chcę powtarzać, co osobiście sądzę o nowomowie, którą nam zafundowano.

Moim zdaniem, jak długo do problematyki nieszczęść, jakie spotkały naszych pacjentów, a tym samym nas (nie wierzę, że jest jakiś lekarz, który takiej sytuacji nie przeżywa – a jeśli jest, to nie zasługuje na miano lekarza), będziemy podchodzili, starając się szukać odpowiedzi jedynie na pytanie „kto”, a nie przede wszystkim „dlaczego”, tak długo nic się nie zmieni. Szukanie winnego bez szerszej analizy powodów, z jakich został popełniony błąd, to tylko jeden z elementów układanki. Oczywiście, że lekarze jak inni ludzie, za błąd muszą odpowiedzieć – jest wina, musi być kara. Na studiach prawniczych uczą, że kara ma być nieunikniona i stosowna do winy, ale ma mieć również walor wychowawczy. Łatwiej przecież uczyć się na błędach innych niż swoich. W wielu cywilizowanych krajach informacja o błędach jest poddawana wielostronnej analizie.

I nie po to, by piętnować tego, który do błędu się przyznał, ale po to, by modyfikować system.

Moim zdaniem, niezmiernie trudno jest o rzeczową dyskusję w studio telewizyjnym, kiedy przyjdzie stanąć oko w oko z ofiarą błędu, a zwłaszcza patrzeć w twarz rodzicom dziecka, które zmarło, nawet w sytuacji, kiedy się błędu nie popełniło. Od wielu lat z racji mojej specjalności obcuje ze śmiercią i to z jej najgorszym rodzajem – gwałtowną i niespodziewaną. W oczach rodzin zawsze jest nieme pytanie – dlaczego ich to spotkało. Często, co naturalne, pojawia się pytanie – kto i dlaczego to zrobił. Trudno takim pytaniom się dziwić, a jeszcze trudniej na nie odpowiedzieć. Czasami takiej odpowiedzi nie ma lub też nikt nie chce w nią uwierzyć.

Ludzie chorzy od zarania dziejów, a praktycznie od czasu, kiedy pojawiły się przybytki, w których ich leczono, właśnie w nich umierali. Odnoszę wrażenie, że wielokrotnie pojawia się zdziwienie, że ktoś umarł w szpitalu, a zwłaszcza w klinice. Jak mógł umrzeć, skoro leczyli go profesorowie? Z czasów mojego rzecznikowania pamiętam skargi zaczynające się od słów: „do szpitala poszłam zdrowa” lub „do operacji nic mi nie było”.

Skąd się to wzięło? Myślę, że dużo w tym naszej winy. Nie mówimy złych rzeczy – „jesteś ciężko, a nawet śmiertelnie chory i nie mogę ci pomóc”. Że poród zawsze był i będzie najtrudniejszą i najbardziej wyboistą drogą w życiu człowieka. Że są powikłania i ryzyko zabiegu, że lekarz, ale przede wszystkim pacjent, musi mieć w życiu szczęście.

Moim zdaniem, jest wiele elementów, które składają się na kreowany w mediach czarny obraz polskiej ochrony zdrowia. Myślę, że nie można wszystkiego zwalić na system. Wina nierzadko jest po naszej stronie. Bardzo często brak u nas uśmiechu (wiem, zmęczony lekarz o tym zapomina), czasu dla pacjenta (pamiętam, że jest nas za mało), ale największym naszym mankamentem jest brak słowa „przepraszam” wtedy, kiedy jest ono konieczne (zdaję sobie sprawę, jak trudno jest przyznać się do błędu lub niedoskonałości).

Moim zdaniem, warto pamiętać, że także my, lekarze, jesteśmy pacjentami. Ten sam szpital, poradnia, a jakże inna optyka.

## Co słyszeć w izbie...

**D**wa dłuższe weekendy spowodowały krótszy okres roboczy w maju. Jednak nie przełożyło się to na marazm czy brak działań. W minionym miesiącu dominowały sprawy szkoleniowe i wyborcze. Trwają wybory do władz samorządu lekarzy i lekarzy dentyków na VII kadencję. Obecnie jest to szczebel rejonu wyborczego, który wybiera delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. W tych wyborach po raz pierwszy w historii można oddawać głosy drogą korespondencyjną. Nie wyklucza to jednak możliwości oddania ich osobiście. W związku z tym w siedzibie izby odbywały się takie spotkania, podczas których wystawiona była urna wyborcza, by można było oddawać głosy pod okiem przedstawicieli okręgowej komisji wyborczej oraz komisji skrutacyjnych, powoływanych dla danych rejonów wyborczych. Takie spotkania zorganizowano w izbie 15, 22 i 28 maja. Nie zmienia to faktu, że także poza izbą odbywają się głosowania, np. w szpitalach.

Działalność szkoleniowa to przede wszystkim kursy językowe, odbywające się od poniedziałku do czwartku w izbie, ale również kursy z medycyny ratunkowej: dla lekarzy dentyków (24 maja) oraz dla lekarzy POZ (21–23 maja). Zorganizowano również kursy komputerowe: w Poznaniu 11 i 18 maja oraz 20 i 21 maja, a także w Koninie 9–10 maja. W każdy poniedziałek odbywały się kursy dla stażystów w zakresie bioetyki, a z prawa medycznego w cyklach 7–10 maja oraz 14–17 maja.

11 maja oraz 22 maja. W dniach 13–23 maja sale WIL były wynajmowane przez podmioty zewnętrzne.

Z uwagi na wydarzenia o charakterze ogólnopolskim m.in. Kongres Polonii Medycznej w Krakowie i nakładające się terminy w maju nie odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, a jedynie posiedzenie prezydium (21 maja), które rozpatrzyło niezbędne sprawy administracyjne.

Cyklicznie odbywały się działania kulturalne: spotkania koła plastycznego 7 i 21 maja oraz próby zespołu kameralnego WIL – w środy, a także próby chóru lekarzy przy WIL – w środy i piątki.

W maju prowadzono również prace modernizacyjne na parkingu WIL w Poznaniu. Zgodnie z decyzją ORL WIL z kwietnia wykonano dodatkowe miejsca parkingowe, które będą do dyspozycji na koniec czerwca.

Na końcu informuję o planowanym na lipiec ograniczeniu działalności szkoleniowej. Za to po wakacjach odbędzie się cykl szkoleniowy z dziedziny „Spotkanie lekarza rodzinnego ze specjalistą”, w ramach którego przeprowadzone zostaną szkolenia przez dużej klasy specjalistów z dziedziny ortopedii, dermatologii, nefrologii czy endokrynologii. Po wakacjach rozpoczniemy także cykl spotkań szkoleniowo-informacyjnych poświęconych zagadnieniom medycznej dokumentacji elektronicznej. Szczegóły w następnych numerach „Biuletynu WIL”.

MAREK SAJ

ADMIN@WIL.ORG.PL LUB 783 993 939

## Omówienie posiedzenia ORL z 27 kwietnia 2013 r.



SEKRETARZ ORL WIL  
IWONA JAKÓB

**K**wietniowe posiedzenie Rady Okręgowej, któremu przewodniczył jak zwykle prezes Krzysztof Kordel, poświęcone było głównie omówieniu spraw bieżących, dotyczących naszego środowiska. Staramy się nie tylko omawiać problemy zgłaszane przez koleżanki i kolegów lekarzy, lecz także próbujemy znaleźć ich rozwiązanie.

W związku ze zbliżającym się nieuchronnie obowiązkiem prowadzenia naszej dokumentacji w formie elektronicznej kol. Krzysztof Kordel zaproponował, aby pod patronatem WIL powstał prosty program komputerowy (głównie dla potrzeb seniorów), który pozwoli prowadzić dokumentację i drukować recepty w gabinecie lekarskim.

Koleżanka Bożena Janicka omówiła kilka problemów: 1. System eWUŚ został poprawiony i jest w nim coraz mniej błędów. 2. Lekarze POZ zrzeszeni w wielkopolskim PPOZ podpiszą z NFZ umowy do końca 2013 r. Dotąd bowiem mieli umowy do 31 maja, bo tylko na 5 miesięcy NFZ określił ich finansowanie. Teraz, kiedy wypracowane zostały wszystkie warunki umowy, można ją kontynuować. 3. Z powodu braku aktualnych aktów prawnych występuje od dawna problem wypisywania kart zgonu stwierdzonego przez lekarzy pogotowia w nocy i dni świąteczne. Jeśli na danym terenie zgodnie współ-

pracują ze sobą lekarze rodzinni, pomocy świątecznej i pogotowia, to sytuacja jest opanowana. Jeśli takiej współpracy nie ma, to uzyskanie karty przez rodzinę zmarłego może być drogą przez mękę. A teraz pojawił się następny problem: jeśli do chorego przyjeżdża karetka z ratownikami bez lekarza, to... Sami Państwo wiedzą, co się dzieje. Brak zainteresowania od wielu lat tą sprawą naszych władz jest kuriozalny. 4. Zanotowano kilka przypadków odry, choroby dawno niewidzianej, co jest skutkiem spadku wyszczepialności. Choć Polska jest w czołówce krajów, bo średnia wyszczepialność wynosi ok. 86%, to w niektórych środowiskach poważnym problemem jest namówienie rodziców na szczepienie dzieci, szczególnie przeciw odrze.

Kolega Wojciech Buxakowski zwrócił uwagę na problem braku szczepień obowiązkowych, zgodnych z kalendarzem, z powodu przekonania lekarza (dotyczy głównie lekarzy homeopatów).

I na koniec informacja przedstawiona przez prezesa, która przebiła wszystkie dotychczas omawiane. W dniach 23–26 maja odbędzie się w Krakowie kolejny już Kongres Polonii Medycznej. Swoim patronatem objął go prezydent Bronisław Komorowski. Odmówił natomiast swojego patronatu minister zdrowia Bartosz Arłukowicz i minister spraw zagranicznych Radosław Sikorski! Patronatu, a więc i pieniędzy. Koleżdy z Krakowa nie mogli „się zbilansować” i poprosili o pomoc izby okręgowe. Przekazaliśmy 9000 zł ze wskazaniem na sfinansowanie udziału w Kongresie dla kolegów lekarzy ze Wschodu.



## Poradnik prawny

# Dokumentacja w praktyce lekarskiej

Udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się z różnymi obowiązkami. Jednym z nich jest prowadzenie różnego rodzaju dokumentacji. Dokumentację usług medycznych zasadniczo dzielimy na medyczną, ściśle związaną ze świadczeniami zdrowotnymi, oraz dokumentację o charakterze administracyjnym, pośrednio związaną z tymi świadczeniami.

**N**ie budzi wątpliwości fakt, że podstawowym zadaniem lekarza powinno być udzielanie świadczeń zdrowotnych. Niestety wydaje się, że ustawodawca nie zawsze to dostrzega. Okazuje się, że w obliczu licznych wymagań dotyczących składania sprawozdań, prowadzenia dokumentacji czy rejestrów lekarz praktykujący indywidualnie czas, który mógłby i powinien poświęcić na przyjmowanie pacjentów, zmuszony jest przeznaczyć na sporządzanie licznych dokumentów dotyczących jego placówki oraz podlega w tym zakresie kontroli organów administracji publicznej.

W związku z tym, że naruszenie przepisów związanych z prowadzeniem rejestrów, a także ze sporządzaniem określonych sprawozdań często wiąże się z dotkliwymi sankcjami dla lekarzy prowadzących własną działalność gospodarczą, warto wiedzieć, z jakimi konsekwencjami należy się w takim wypadku liczyć.

### Dokumentacja medyczna

Zgodnie z art. 24 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm. t.j.) – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.). Rozporządzenie to dotyczy co do zasady każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, niezależnie od formy organizacyjnej (podmioty lecznicze, praktyki za-

wodowe), co oznacza, iż wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji są jednolite zarówno dla przychodni, jak i praktyk indywidualnych. Ponadto wskazać należy, że rozporządzenie stosuje się niezależnie od tego, czy dany podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela świadczeń na mocy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też udziela świadczeń na warunkach komercyjnych.

Prawidłowo prowadzona, przechowywana i udostępniana dokumentacja medyczna to podstawowy środek ochrony lekarza w zarówno w wypadku kontroli, np. Narodowego Funduszu Zdrowia, jak też w sytuacjach dotyczących ewentualnych roszczeń kierowanych przez pacjentów. W przypadku braku dokumentacji medycznej lub jej niekompletności lekarz naraża się na odpowiedzialność karną, cywilną oraz zawodową. Dlatego przestrzeganie tych zasad jest szczególnie ważne i nie powinno budzić żadnych wątpliwości.

Prowadząc własny podmiot leczniczy lub praktykę zawodową, nie należy jednak zapominać o innych rodzajach dokumentacji wymaganej w takim wypadku od lekarza i lekarza dentystry.

### Dokumentacja pracownicza

Na podstawie art. 94 pkt. 9a ustawy Kodeks pracy z 26 czerwca 1974 r. (Dz. U. z 1998 r. Nr 21 poz. 94 t.j.) – dalej k.p., oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz. U. z 1996 r. Nr 62 poz. 286) pracodawca ma obowiązek prowadzenia dokumentacji pracowniczej. Obowiązek ten jest bezwzględny i dotyczy każdego, kto zatrudnia inną osobę w ramach stosunku pracy. W zakres dokumentacji pra-

cowniczej wchodzi przede wszystkim umowy z pracownikami, aktualne badania lekarskie, szkolenia BHP oraz oświadczenia pracownicze (np. o zapoznaniu się z warunkami zatrudnienia, obowiązującą normą czasu pracy itp.).

Lekarz oraz lekarz dentysta zatrudniający pracowników ponoszą ponadto odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w swoich praktykach i są zobowiązani chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie im bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki zgodnie art. 207 § 1 k.p. Z analizy przepisów regulujących kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy wynika, że najszerszy zakres obowiązków w tym zakresie spoczywa właśnie na tych lekarzach i lekarzach dentytach, którzy są pracodawcami.

Należy jednak wskazać, że fakt, iż lekarz czy lekarz dentysta prowadzący indywidualną praktykę nie zatrudniają żadnych osób na podstawie umowy o pracę, nie oznacza, że nie spoczywają na nim obowiązki z zakresu BHP. Jak bowiem wskazano powyżej, takie obowiązki spoczywają na każdym lekarzu i lekarzu dentyście, który w ramach prowadzonej praktyki współpracuje z innymi osobami, zarówno w przypadku, gdy lekarz, organizując pracę na innej podstawie niż umowa o pracę, jest równocześnie pracodawcą, jak też gdy w ogóle pracodawcą nie jest, ponieważ wszystkie osoby świadczą pracę na podstawie umów cywilnoprawnych. Będą to najczęściej umowy zbliżone do umowy zlecenia. Dotyczy to także sytuacji, gdy lekarz prowadzący praktykę zawiera umowę cywilnoprawną z osobą prowadzącą działalność gospodarczą na własny rachunek, np. pielęgniarką wykonującą indywidualną praktykę pielęgniarki.

Każdy pracownik zatrudniony w placówce medycznej lub gabinecie lekarskim powinien posiadać aktualne badania lekarskie, które są badaniami terminowymi. Należy zatem pilnować, aby nie doszło do przerwania ciągłości ważności orzeczeń lekarskich. Dotyczy to także obligatoryjnych szkoleń z zakresu BHP zarówno samego pracodawcy, jak i zatrudnionych przez niego pracowników.

Przestrzeganie przepisów z zakresu prawa pracy, w tym w szczególności dotyczących BHP, podlega kontroli różnych organów, m.in. Państwowej Inspekcji Pracy. W wypadku stwierdzenia uchybień w podmiocie leczniczym (praktyce lekarskiej) wyżej wskazana inspekcja może skorzystać ze swych ustawowych uprawnień i nałożyć na pracodawcę określone sankcje (np. nakaz podjęcia określonych działań, mandat). Zgodnie z art. 95 § 3 ustawy Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2013 r. poz. 395 t.j.) – dalej k.p.s.w., w sprawach określonych w art. 17 § 2, czyli dotyczących pracowników postępowanie mandatowe prowadzi inspektor pracy. Inspektor pracy może nałożyć grzywnę w drodze mandatu karnego także po przeprowadzeniu czynności wyjaśniających, jeżeli uzna, że kara ta będzie wystarczająca.

Zgodnie z art. 96 k.p.s.w. w postępowaniu mandatowym nakłada się grzywnę w wysokości do 500 zł, a jeżeli czyn wyczerpuje znamiona wykroczeń określonych w dwóch lub więcej przepisach ustawy i stosuje się przepis przewidujący karę najsurowszą, można nałożyć mandat w wysokości do 1000 zł. Ograniczeń tych nie stosuje się jednak do inspektorów pracy, oni mogą nałożyć mandat do 2000 zł. Co więcej, jeśli ukarany pracodawca co najmniej dwukrotnie za wykroczenie przeciwko prawom pracownika określone w Kodeksie pracy popełnia w ciągu dwóch lat od dnia ostatniego ukarania takie wykroczenie, inspektor pracy może w postępowaniu mandatowym nałożyć grzywnę w wysokości do 5000 zł.

Ponadto za wykroczenia przeciwko prawom pracownika określone w art. 281–283 k.p. (m.in. za nieprowadzenie dokumentacji pracowniczej) na pracodawcę może zostać nałożona przez sąd grzywna w wysokości od 1000 zł do 30 000 zł. Możliwe jest jednak także zastosowanie kary nagany zgodnie z art. 36 ustawy Kodeks wykroczeń z 20 maja 1971 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 46 poz. 275 t.j.), środka oddziaływania społecznego (art. 39 § 4 k.w.), a także środka oddziaływania wychowawczego (art. 41 k.w.).

### Dokumentacja sprawozdawcza

Ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591 t.j.) – dalej u.s.p., oraz program badań statystycznych statystyki publicznej (rozporządzenie Rady Ministrów z 9 listopada 2012 r.

– Dz. U. z 2012 r. poz. 1391), nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym również praktyki zawodowe lekarzy, obowiązki w zakresie sporządzania i przekazywania sprawozdań statystycznych na formularzach opatrzonych symbolem MZ (badania statystyczne koordynowane przez ministra zdrowia). 10 stycznia 2013 r. uruchomiony został System Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia (SSRMZ). Sprawozdania statystyczne (MZ-12, MZ-88, MZ-89) za dany rok sporządza się w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Termin składania takich sprawozdań jest ruchomy i podawany corocznie w rozporządzeniu wydawanym przez Radę Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

Sprawozdanie ZD-3 wykonuje się na zlecenie Urzędu Statystycznego raz do roku, za poprzedni rok kalendarzowy. Formularze statystyczne można pobrać i wydrukować ze strony internetowej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Wypełnione formularze papierowe (tylko podmioty o liczbie pracujących nie większej niż 5 osób) należy przesłać w terminie określonym na formularzu sprawozdawczym. Sprawozdania w formie elektronicznej można wypełniać po wcześniejszej rejestracji w Systemie Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia (SSRMZ). Za niewywiązanie się z obowiązku statystycznego bądź przekazania danych statystycznych po upływie wyznaczonego terminu grożą konsekwencje prawne, określone w art. 57 i 58 u.s.p., czyli kara grzywny orzekana na podstawie Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia – do 500 zł.

Do 15 marca każdego roku podmioty prowadzące działalność gospodarczą, związane z ochroną zdrowia i wytwarzające odpady medyczne mają czas na przekazanie właściwemu marszałkowi województwa zbiorczych zestawień danych za ubiegły rok. Za niedopełnienie tego obowiązku grożą kary pieniężne. Zgodnie z art. 200 ustawy o odpadach z 14 grudnia 2012 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) przedsiębiorcy, którzy nie złożą zbiorczego zestawienia danych lub zrobią to po 15 marca, będą musieli zapłacić jednorazowo 500 zł administracyjnej kary. Następnie marszałek województwa wyznacza nowy termin na przedstawienie sprawozdania – w wypadku jego niedotrzymania ko-

lejna kara jest już wyższa i wynosi 2000 zł. Administracyjna kara pieniężna może być wymierzana wielokrotnie, a łączna wysokość kar za dany rok kalendarzowy może wynieść nawet 8500 zł.

W tym miejscu należy dodatkowo wskazać, że zmianie uległy dotychczasowe zasady składania sprawozdań oraz wnoszenia opłaty za korzystanie ze środowiska. Do końca 2012 r. przedsiębiorcy zobowiązani do realizacji tego obowiązku składali sprawozdania 2 razy do roku w terminie do końca lipca za I półrocze oraz do końca stycznia kolejnego roku za II półrocze. W razie konieczności (jeśli należność wynikająca ze sprawozdania przekroczyła 400 zł za każde półrocze) także w tych terminach należało uiścić opłatę środowiskową. Powyższe sprawozdania należało składać do właściwego urzędu marszałkowskiego oraz wojewódzkiego inspektoratu ochrony środowiska. Po zmianach, jakie wnosi nowa ustawa o odpadach (ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach z 2012 r. – Dz. U. z 2013 r. poz. 21), która weszła w życie 23 stycznia 2013 r., opłaty za korzystanie ze środowiska będą rozliczane raz do roku do 31 marca roku następującego po upływie roku sprawozdawczego. Sprawozdania będzie składało się tylko do marszałka województwa, a roczna wysokość opłaty, zwolniona z obowiązku wnoszenia, to 800 zł. Szczegółowe informacje w tym zakresie oraz niezbędne formularze są udostępniane przez urzędy marszałkowskie na ich stronach internetowych.

### Dokumentacja wewnętrzna

Pod nazwą tą kryje się dokumentacja administracyjna. W jej skład wchodzi wiele dokumentów dotyczących rozmaitych procedur, które powinny zostać wprowadzone w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego czy też indywidualnej (grupowej) praktyki lekarskiej, m.in. procedura przeciwdziałania zakażeniom, dokumentacja odpadowa, dokumentacja związana z danymi osobowymi utworzona na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 t.j.) czy też regulamin organizacyjny.

Obowiązek opracowania oraz wdrożenia odpowiednich procedur wprowadza ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn.



zm.) – dalej jako: u.z.z.z. Akt ten reguluje m.in. zasady i tryb zapobiegania, oraz zwalczania zakażeń, a także podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie. Podmiotem obowiązków określonych w art. 11 u.z.z.z., w tym w szczególności obowiązku obejmującego opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym, są kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, np. lekarze prowadzący indywidualną praktykę lekarską. Wykonanie tych obowiązków będzie przedmiotem kontroli sprawowanej przez właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Każda osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych jest obowiązana do przestrzegania istniejących w danej placówce procedur. Obowiązek ten wynika nie tylko z faktu uczestniczenia tych osób w pewnej strukturze organizacyjnej, lecz także z zasad etycznych obowiązujących osoby wykonujące zawody medyczne. Ogólnie można powiedzieć, że zarówno na placówkach ochrony zdrowia, jak i na osobach wykonujących zawody medyczne spoczywa obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa. Przejawia się to m.in. w obowiązku zapewnienia, by podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent nie został zarażony nową chorobą. W przypadku gdy dojdzie do zakażenia, przedmiotem badania sądu podczas postępowań sądowych ustalających, czy to odpowiedzialność podmiotu leczniczego, czy poszczególnych osób wykonujących zawód medyczny, będzie m.in. okoliczność istnienia odpowiednich procedur, ich zawartość merytoryczna, a także okoliczność, czy postępowanie danej osoby było zgodne z określoną procedurą.

Na podstawie art. 12 u.z.z.z. kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych zobowiązane są również do prowadzenia dokumentacji realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100, poz. 645). Jeśli w wyniku nieprzestrzegania procedury higieny dojdzie do zakażenia pacjenta, osoba, która dopuściła się

naruszenia procedury, może, w zależności od okoliczności danego przypadku, podlegać z tego tytułu odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej. Odrębną odpowiedzialność poniesie także podmiot leczniczy.

Brak procedur higienicznych lub ich niedostosowanie do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie do występujących zagrożeń, stanowi naruszenie wymagań higienicznych i zdrowotnych. W takim wypadku państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień (art. 27 ust. 1 u.p.i.s.). Zgodnie zaś z art. 27 ust. 2 u.p.i.s., jeżeli naruszenie wymagań spowodowało bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, państwowy inspektor sanitarny nakazuje unieruchomienie zakładu pracy lub jego części, np. stanowiska pracy, zamknięcie obiektu użyteczności publicznej albo nakazuje podjęcie lub zaprzestanie innych działań w terminie natychmiastowym.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli w zakresie dotyczącym procedur higieny sprawdza nie tylko ich przestrzeganie, lecz także analizuje ich zawartość merytoryczną. Analiza ta ma odpowiedzieć na pytanie, czy zasady postępowania zawarte w danej procedurze pozwalają osiągnąć cel danej procedury, a mianowicie, czy wykonanie opisanych czynności rzeczywiście zapobiega zakażeniom i chorobom zakaźnym związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Niewystarczający jest więc sam fakt istnienia procedur higieny w danej jednostce, równie istotna jest zawartość merytoryczna procedur i, co oczywiste ich przestrzeganie w praktyce. Najczęstszą sankcją pokontrolną w kwestiach sanitarnych w przypadku wykrycia nieprawidłowości jest ich nakaz usunięcia przez inspektora sanitarnego, jednakże inspektor może także za wykryte nieprawidłowości nałożyć mandat na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. z późn. zm.). Wysokość takiego mandatu wynosi od 500 do 1000 zł zgodnie z art. 96 § 1 k.p.s.w.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. z 2010 r.

nr 100 poz. 646) lekarze powinni przeprowadzać kontrolę w swoich gabinetach nie rzadziej niż co 6 miesięcy. W ich skład wchodzi pełna analiza procedury przeciwdziałania zakażeniom. Kontrola ma na celu sprawdzenia czy opracowane procedury w sposób odpowiedni chronią zarówno pacjentów, jak i personel. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości kontrole należy prowadzić raz na 3 miesiące. Za brak kontroli wewnętrznych lekarz może zapłacić 5000 zł.

Procedura postępowania z odpadami jest wykazem przepisów, które mają na celu przedstawienie, w jaki sposób placówka zapewnia należytą gospodarkę odpadami potencjalnie niebezpiecznymi. Cała procedura opisuje kwestie związane z segregacją odpadów, ich transportem, magazynowaniem oraz utylizowaniem. Szczególne obowiązki podmiotu wykonującego działalność leczniczą związane z gospodarką odpadami reguluje ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r., poz. 31.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940). Obowiązki te polegają m.in. na przedłożeniu informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, ewentualnie – z uwagi na większą ilość wytwarzanych odpadów – konieczności uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi lub pozwolenia na wytwarzanie odpadów. Podmiot leczniczy (praktyka zawodowa), wytwarzając odpady, jest obowiązany do prowadzenia ewidencji ilościowej i jakościowej odpadów obejmującej kartę ewidencji odpadu i kartę przekazania odpadu oraz raportowania marszałkowi województwa o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów. Aktualne druki dotyczące wewnętrznej ewidencji odpadów można pobrać ze stron internetowych urzędów marszałkowskich.

Gabinety lekarskie i podmioty lecznicze nie mają wprawdzie obowiązku zgłaszania zbioru swoich pacjentów do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ale muszą spełniać wszystkie warunki formalne i techniczne wymagane w ustawie o ochronie danych osobowych w zakresie tworzenia zbiorów danych osobowych i ich przetwarzania. Konieczne jest natomiast posiadanie dokumentacji opisującej politykę



bezpieczeństwa ochrony danych osobowych w danej jednostce i posiadanie instrukcji zarządzania systemem informatycznym do przetwarzania danych osobowych – oczywiście dla posiadających taki elektroniczny system, w którym prowadzą dokumentację pacjentów. Wzory takich dokumentów, które można wykorzystać w praktykach lekarskich i podmiotach leczniczych, są dostępne na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Należy wskazać, że Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych ma uprawnienie do nakładania grzywny za niewykonanie decyzji administracyjnej z zakresu ochrony danych osobowych w wysokości do 10 000 zł na osobę fizyczną i 50 000 zł na jednostkę organizacyjną. Kara taka może być nakładana wielokrotnie – na osobę fizyczną do wysokości 50 000 zł, a przedsiębiorca w tym lekarz prowadzący gabinet może zapłacić w sumie do 200 000 zł.

Regulamin organizacyjny, wprowadzony na podstawie art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 t.j.) – u.dz.l., stanowi odpowiednik regulaminu porządkowego na gruncie poprzednio obowiązującego art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 23 ustawy o działalności leczniczej sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Artykuł 23 u.dz.l. przewiduje obowiązek istnienia regulaminu organizacyjnego we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą, a zatem nie tylko w podmiotach leczniczych, bez względu na formę prawną, lecz także w ramach praktyk zawodowych prowadzonych przez lekarzy czy pielęgniarki. Wymogi, jakim powinien odpowiadać regulamin organizacyjny, jak wspomniano powyżej, zostały określone w art. 24 ust. 1 u.dz.l. i jest to katalog otwarty. W przypadku praktyk zawodowych to 6 obowiązkowych elementów, a w przypadku podmiotów leczniczych dwanaście. Dokument ten stanowi dokumentacją wewnętrzną, związku z czym do lekarza należy decyzja, jakie pozostałe informacje w nim zawrze.

Regulamin indywidualnej praktyki lekarskiej powinien zawierać zgodnie z art. 24 u.dz.l. następujące informacje:

- firma podmiotu (nazwa, pod jaką działa lekarz – dentysta lub lekarze – dentyści),
- cele i zadania podmiotu,

- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,

- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (ustalanej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),

- organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku pobierania opłat,

- wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 111 u.d.l. organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (okręgowa rada lekarska lub wojewoda – w odniesieniu do podmiotów leczniczych) jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności z przepisami określającymi warunki wykonywania tej działalności. W razie stwierdzenia braku m.in. odpowiedniej dokumentacji wzywa się do usunięcia naruszenia. Niezastosowanie się do wskazanego wezwania może skutkować nawet wykreśleniem praktyki zawodowej z rejestru z możliwością jej ponownego wpisu nie wcześniej niż po 3 latach.

### Dokumentacja dotycząca sprzętów i urządzeń

Sprzęty i urządzenia w gabinecie medycznym powinny posiadać dokumentację konserwacji, napraw, kontroli. Konserwacja jest niezbędna do utrzymania stałej sprawności technicznej urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie gabinetu. Powinna być ona wykonywana zgodnie z zaleceniami producenta i przeważnie obejmuje ona okresowe przeglądy. Każda kontrola, naprawa czy konserwacja powinna być odnotowywana w książce kontroli, napraw czy konserwacji – poświadczona datą, podpisem i informacją na temat wykonanej usługi.

Niezwykle ważne jest prowadzenie dokumentacji dla urządzeń sterylizacyjnych, które podlegają nadzorowi organów kontroli sanitarnej. Jeżeli w gabinecie znajdują się tego typu urządzenia, wówczas istnieje bezwzględny obowiązek prowadzenia dokumentacji dotyczącej tych sprzętów. Dokumentacja taka powinna być prowadzona na bieżąco z zachowaniem rzetelności i dbałości o prawidłowość przeprowadzonych badań. Powinna być ona prowadzona odrębnie dla

każdego urządzenia. Dokumentacja taka jest konieczna również w wypadku ewentualnych roszczeń pacjentów, w celu choćby udowodnienia prawidłowego przebiegu procesu sterylizacji i powinna być przechowywana przez 10 lat.

Jeśli w gabinecie znajdują się np. lampy UV, wówczas ze względu na ich właściwości konieczne jest prowadzenie kontroli czasu pracy. Zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) każdy wyrób (a zatem fotel, lampa UV itp.) muszą raz do roku przechodzić odpowiednie badania specjalistyczne odnotowywane w paszportach technicznych sprzętu. Dokumentacja taka jest przechowywana przez kierownika placówki i przekazywana do wglądu w przypadku kontroli. W tym wypadku ustawodawca również przewidział 5000 zł kary za brak odpowiedniej dokumentacji.

*Z uwagi na ograniczenia związane z formułą niniejszej publikacji nie jest możliwe szczegółowe omówienie wszelkich aspektów związanych z obowiązkami w zakresie prowadzenia różnego typu dokumentacji, spoczywającymi na lekarzach w związku z wykonywaniem zawodu w ramach podmiotów leczniczych, jak również praktyk zawodowych. Mam jednak nadzieję, że przedstawione powyżej zagadnienia pozwolą na uniknięcie negatywnych skutków związanych z często nieświadomym naruszeniem obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie.*

### Porad udzielają



#### Anna Piotrowska-Musioł radca prawny

Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych  
P.J. Sowisło & Topolewski sp.k.  
ul. 28 Czerwca 1956 r. 231/239  
61-485 Poznań  
tel./faks: +48 61 83 52 373  
kancelaria@sowislo.com.pl  
www.sowislo.com.pl



Sowisło & Topolewski  
Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

**R**ealizacja tego prawa wiąże się – zarówno po stronie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak i lekarzy – z obowiązkiem odpowiedniego prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji. W czerwcowym numerze „Biuletynu WIL” przyjrzymy się kilku kwestiom dotyczącym powyższej problematyki.

### Zakres prawa do dostępu do dokumentacji medycznej

Prawo to odnosi się do każdego rodzaju dokumentacji medycznej. Stanowi ją zarówno dokumentacja indywidualna (odnosząca się do poszczególnych pacjentów), jak i zbiorcza (odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych ich grup). Z kolei dokumentacja indywidualna dzieli się na wewnętrzną (przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń) oraz zewnętrzną (przeznaczoną na potrzeby pacjenta). Nieprawidłowe jest zatem twierdzenie, z którym zetknąłem się w praktyce, że pacjent ma prawo do dostępu jedynie do dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

### Treść wpisów do dokumentacji medycznej

Szczegółowe wymogi dotyczące treści dokumentacji medycznej uzależnione są od typu podmiotu udzielającego świadczeń, typu pacjenta czy rodzaju udzielanych świadczeń – kwestie te reguluje dokładnie przywołane poniżej rozporządzenie. Jednakże każda indywidualna dokumentacja medyczna musi zawierać co najmniej:

1. Oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko i imię lub imiona, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego

## Prawo w pigułce

**PAWELCZYK**  
KANCELARIA RADCY PRAWNEGO

**Bartosz Pawelczyk**  
radca prawny

e-mail: b.pawelczyk@kancelaria-pawelczyk.pl



# Prowadzenie dokumentacji medycznej

tożsamość; w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię lub imiona przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania).

2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

a) nazwę podmiotu (jestem zdania, że w przypadku prowadzenia działalności leczniczej przez osoby fizyczne w dokumentacji medycznej powinny zostać ujęte zarówno imiona i nazwiska tych osób, jak i nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego),

b) adres podmiotu wraz z numerem telefonu,

c) kod identyfikacyjny, zwany dalej kodem resortowym, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego) – należy tu podkreślić, że w dokumentacji medycznej powinny zostać wskazane wszystkie kody resortowe, o których mowa w punktach c, d oraz e,

d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego),

e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego),

f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską – w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej.

3. Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie (nazwi-

sko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

4. Informacje dotyczące stanu zdrowia oraz choroby i procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

5. Datę dokonania wpisu.

### Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej

Poniżej przedstawiam wybrane regulacje prawne dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, moim zdaniem szczególnie warte podkreślenia z uwagi na spotykane w praktyce niedoskonałości w ich realizowaniu:

■ Wpisów w dokumentacji medycznej należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

■ Każdy wpis w dokumentacji należy opatrzyć oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

■ Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

■ Strony (a nie kartki!) w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

■ Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta (zatem nie ma wymogu, aby na każdej stronie dokumentacji wpisywać PESEL pacjenta czy jego datę urodzenia).

■ Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawione przez pacjenta dokumentacji lub od-



notowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

■ Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

### Sposób udostępniania dokumentacji medycznej

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest udostępniać dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (na żądanie tych podmiotów). Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Poza zakresem niniejszego artykułu pozostawiam obowiązek udostępniania dokumentacji innym podmiotom niż wskazane powyżej (np. organom władzy publicznej) – w tym zakresie odsyłam do przywołanych poniżej aktów prawnych.

Dokumentacja medyczna winna być udostępniona bez zbędnej zwłoki. Udostępnienie powinno nastąpić – wedle treści żądania uprawnionej osoby:

- 1) do wglądu, w tym co do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii (za udostępnienie dokumentacji w ten sposób podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę),
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji (wówczas należy pozostawić w podmiocie kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji).

Dokumentacja medyczna powinna stanowić wierne odzwierciedlenie, wszystkich udzielonych pacjentom świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie jednak trzeba mieć świadomość, że wszystkie wpisy w dokumentacji medycznej mogą stanowić dowód w ewentualnych postępowaniach sądowych w przedmiocie odpowiedzialności prawnej.

#### Podstawa prawna:

■ art. 23–30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.);

■ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.).

# Uprzejmie donoszę...

Od 19 do 21 kwietnia 2013 r. uczestniczyliśmy – Krzysztof Kordel, Artur de Rosier, Jędrzej Skrzypczak, Andrzej Józwiak oraz autor – w corocznym szkoleniowym spotkaniu prezesów, okręgowych rzeczników i przewodniczących sądów.

**P**rzypomnę, że pierwszym organizatorem takich gremiów była WIL, w ubiegłym roku gospodarzem była Izba Śląska, a tym razem świetnie z obowiązków wywiązała się Dolnośląska Izba Lekarska i prezes Igor Chęciński. Gościnnie, również pogodowo, była Szklarska Poręba. Nie będę cytował programu obrad, był mocno wypełniony wspólnymi i rozdzielnymi spotkaniami. Poruszyliśmy problemy istotne dla samorządu lekarzy, wysłuchaliśmy wykładów przedstawicieli innych zawodów zaufania publicznego, przedyskutowaliśmy rozwiązania zbieżne i te do przyszłego rozważenia. Miło było słuchać z ust adwokata pochwał o naszej aktywności. Dyskutowaliśmy we własnym gronie o problemach poszczególnych organów. Jak zwykle omówiliśmy propozycje ogólne od szefów organów naczelnych, ale także rozwiązania własne do zastosowania przez innych. Udało się przygotować spis tematów, które koniecznie poruszyć na kolejnym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Pewnie przygotujemy projekty uchwał na spotkaniu szkoleniowym NSL. Na dyskusje kularowe i na rozrywkę wiele czasu nie zostało, ale i tak warto było (kompletna niespodzianka in plus!) uczestniczyć w spektaklu miejscowego Teatru z Michałowic. Aby pójść na krótki spacer na szlak, musieliśmy z Jędrzejem wyjść z hotelu o 5.30 rano. Udało się! No i oczywiście prezes złożył spokojną i bezpieczną podróż naszą służbówką w ręce rzecznika. Coś ostatnio prezes nie ryzykuje; z góry zapowiedział, że ze mną nie jedzie!

### Przejrzystość w relacjach pracowników medycznych z przemysłem

15 maja 2013 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja „Przejrzystość w relacjach pracowników

medycznych z przemysłem”. Od razu odsyłam na strony internetowe NIL ([www.nil.org.pl/aktualnosci/zaproszenie-na-konferencje-przejrzystosc-w-relacjach-pracownikow-medycznych-z-przemyslem-15.05.2013-r.](http://www.nil.org.pl/aktualnosci/zaproszenie-na-konferencje-przejrzystosc-w-relacjach-pracownikow-medycznych-z-przemyslem-15.05.2013-r.)), ale ze względu na wagę zagadnienia dodam jeszcze kilka słów od siebie. To kolejna coroczna konferencja poświęcona konfliktowi interesów i to na różnych szczeblach. Po raz kolejny okazało się, jak wielkie jest zainteresowanie mediów tym tematem, który warto poruszać, pokazywać, „wykładać na stół”. Kolejny dowód, że sytuacje kryzysowe warto wyprzedzać. Z wielką przyjemnością wysłuchałem wypowiedzi wiceprezesa NRL

### Utwierdziłem się w przekonaniu, że zapisy Kodeksu etyki lekarskiej wyprzedziły problemy.

prof. Romualda Krajewskiego, szefa Komisji Kształcenia Medycznego prof. Jerzego Kruszewskiego, dr. Ewy Borek – prezes Fundacji My Pacjenci. Gościliśmy przedstawicieli branży producentycznej i to nie tylko z Polski. Wysłuchaliśmy znakomitych wykładów, z szeroką informacją o obyczajach i zapisach prawa z Wielkiej Brytanii (Andrew Powrie-Smith), jeszcze ciekawszy z Holandii (Frederic Schutte) czy pokazujący bardzo szeroko problematykę wykład dyrektora generalnego EFPIA (R. Bergstrom). Odbyła się bardzo ciekawa dyskusja podsumowująca z udziałem profesora Szawarskiego i innych, w tym przedstawiciela rodzimych producentów, Pawła Sztwiertni – INFARMA. Utwierdziłem się w przekonaniu, że zapisy naszego Kodeksu etyki lekarskiej wyprzedziły problemy. Warto było.

GRZEGORZ WRONA

## Z medycznej wokandy



GRZEGORZ WRONA

JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK

# Forma zgody na ekstrakcję zęba

**K**onieczność uzyskania zgody pacjenta dobrze poinformowanego jest dziś powszechnie akceptowanym standardem w praktyce lekarskiej. Trzeba jednak przypomnieć, że obowiązujące przepisy wymagają nie tylko dopełnienia wymogu uzyskania takiego oświadczenia pacjenta, ale także niekiedy odpowiedniej formy tej decyzji. Otóż zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz może wykonać zabieg chirurgiczny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Powyższe przesłanki mogą budzić wątpliwości w praktyce, co należy rozumieć pod pojęciem zabiegu operacyjnego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Podobnie w art. 17 ust. 4 i art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje się, że zasadniczo zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Na tym tle warto przywrócić jedną z spraw zakończoną przed jednym z sądów lekarskich. Otóż orzeczeniem z 18 kwietnia 2011 r. okręgowego sądu lekarskiego (OSL) w X., po rozpoznaniu sprawy dr n. med. A.W.-P. obwinionej o to, że 23 października 2008 r. usunęła pacjentce korzeń zęba 15, choć na dostarczonym przez nią skierowaniu była prośba o usunięcie korzenia zęba 14 i nie uzyskała zgody pacjentki na zmianę zakresu zabiegu, tj.

o naruszenie art. 13 pkt 1 i 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, uniewinnił obwinioną od zarzucanego jej przewinienia zawodowego. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniosła pokrzywdzona, zarzucając błędy w ustaleniach stanu faktycznego polegające na przyjęciu, iż: a) obwiniona poinformowała pacjentkę o konieczności usunięcia zęba, a ta nie wyraziła sprzeciwu; b) usunięcie zęba 15 było zasadne. Pokrzywdzona zarzuciła również niewyjaśnienie wszelkich okoliczności sprawy poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu chirurgii szczękowej oraz nieprzesłuchanie lekarza dentysty prowadzącego leczenie pokrzywdzonej, a także dowolną ocenę materiału dowodowego oraz przerzucanie ciężaru dowodu na pokrzywdzoną. Pokrzywdzona wniosła o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez uznanie obwinionej winną zarzucanego przewinienia zawodowego ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Jednak zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) (sygn. akt NSL Rep.85/OWU/11) odwołanie okazało się niezasadne. Nie stwierdzono uchybień formalnych w postępowaniu OSL w X. Podkreślono, że brak było dowodów wskazujących na to, że dr A. W.-P. nie uzyskała zgody pacjentki na zmianę planu leczenia polegającą na wcześniejszym usunięciu zęba 15, którego leczenie zachowawcze budziło poważne wątpliwości. W świetle wyjaśnień obwinionej pacjentka nie wyraziła zgody na usunięcie zęba 17, który przed zabiegiem usunięcia pozostawionego korzenia 14 według obwinionej powinien być również usunięty. Mimo że pacjentka zaprzecza, Sąd I instancji dał wiarę obwinionej, ponieważ wątpliwości przemawiają w tym wypadku na korzyść obwinionej. Nie można rozstrzygnąć ponad wszelką wątpliwość, jaki był przebieg rozmowy obwinionej z pacjentką. Dodatkowo należy wskazać, że plan leczenia przedstawiony przez obwinioną był zgodny z zasadami

sztuki lekarskiej. I tak w tym konkretnym przypadku należało przed planowym zabiegiem chirurgicznym usunięcia pozostawionego korzenia zęba 14 (*radix reliata*) przeprowadzić sanację oraz poprawić higienę jamy ustnej. Powyższe w pośredni sposób wskazuje na logiczność i racjonalność wyjaśnień obwinionej w zakresie planowanego i realizowanego leczenia. W ocenie NSL usunięcie zęba nie jest zabiegiem, który w myśl art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymaga pisemnej zgody. Tym samym zgoda wyrażona w sposób nawet niezwerbalizowany, ale jednoznaczny była zgodą wystarczającą do przeprowadzenia przez obwinioną zabiegu. Wobec powyższego NSL, nie znajdując przesłanek do zmiany lub uchylenia zaskarżonego orzeczenia, na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich utrzymał zaskarżone orzeczenie w mocy.

Na koniec należy podkreślić, że nie ma – poza wyżej wskazanymi ogólnymi przesłankami – katalogu wskazującego precyzyjnie, kiedy wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta w formie pisemnej. Dlatego pomocne może być orzecznictwo sądowe. Stąd warto przytoczyć tezę z orzeczenia Sądu Najwyższego z 25 marca 1981 r. (sygn. akt II CR 7481), a mianowicie „Badania naczyniowe stanowią wstępną fazę do podjęcia zabiegu operacyjnego i wymagają także zgody pacjenta. Zgoda powinna być wyraźna, a gdy chodzi o zabiegi przedstawiające wyższe ryzyko od przeciętnego (np. zabiegi chirurgiczne, cytoskopia, odma czaszkowa, arteriografia, koronografia, biopsja nerek, wątroby, nakłucia szpiku kostnego itp.), pisemna. W tych przypadkach brak sprzeciwu pacjenta na dokonanie zabiegu nie może być uważany za wyraz jego zgody, gdyż nie ujawnia jego woli w sposób dostateczny”. W tym kontekście podpowiedzieć można tylko rozwiązanie bezpiecznie, a mianowicie, kiedy są wątpliwości jaką formę wybrać, z tzw. ostrożności procesowej warto wybrać wersję bardziej wymagającą, czyli pisemną.



Lekarz to nie tylko zawód, to również powołanie... Mało kto ma świadomość tego, jak trudno jest je realizować w otaczającej nas rzeczywistości gospodarczej.

**T**ym razem nie chcemy jednak poruszać tematów etyki zawodowej, ale chcielibyśmy zachęcić państwa do chwili refleksji nad możliwością zabezpieczenia płynności finansowej w sytuacji, gdy chwilowo (lub też trwale) nie będziemy mogli wykonywać swojego zawodu.

Zgodnie z panującymi trendami coraz częściej lekarze wykonują swój zawód, pracując na kontraktach, prowadząc swoje własne gabinety, własną działalność gospodarczą. Towarzyszą temu zazwyczaj regularne zobowiązania finansowe: czynsze za wynajmowane lokale, raty leasingowe związane z umowami finansowania samochodu, sprzętu medycznego, raty kredytów itd. Do tego dochodzą zobowiązania wynikające z życia prywatnego. Co zrobić, aby w przypadku braku możliwości wykonywania swojego zawodu przez określony czas (choroba, wypadek) zapewnić sobie fundusze na pokrycie tych zobowiązań i spokojnie przetrwać bez utraty płynności finansowej do momentu powrotu do aktywności zawodowej?

Stałe zobowiązania... Te zawodowe i prywatne. Jeżeli jesteśmy zatrudnieni na etacie, w dużej mierze ich pokrycie zapewni zasiłek chorobowy otrzymany z ZUS. W przypadku kontraktów lub własnej działalności gospodarczej zazwyczaj płacimy minimalną składkę. W takim wypadku świadczenie z ZUS również będzie minimalne... ok. 50 zł dziennie. To zdecydowanie za mało, aby pokryć nasze bieżące koszty, które ponosimy niezależnie od tego, czy możemy pracować, czy też nie.

Rozwiązaniem może być ubezpieczenie LOI (*Loss of Income*), czyli od utraty dochodu. Chroni ono nas i naszych bliskich w przypadku utraty zdolności do wykonywania dotychczasowego zawodu. To ochrona nas i naszej rodziny, regularnych zobowiązań finansowych takich, jak raty leasingowe, raty kredytów, czynsz za wynajem gabinetu.

# Gdy szczęście nam nie dopisze

Produkt ten zabezpieczy osobę zatrudnioną na kontrakcie lub prowadzącą działalność gospodarczą na wypadek utraty zdolności do jego wykonywania. Mamy do wyboru trzy składniki ubezpieczenia, które możemy dowolnie konfigurować:

- ubezpieczenie czasowej niezdolności do pracy,
- ubezpieczenie trwałej niezdolności do pracy,
- ubezpieczenie NNW – śmierć w wyniku wypadku.

Dwa pierwsze składniki stanowią zabezpieczenie, jakie do tej pory dostępne były prawie wyłącznie dla osób zatrudnionych na umowy o pracę, w ramach świadczeń gwarantowanych przez ZUS. To największa innowacyjność tego produktu. Ostatni z tych składników jest klasycznym zabezpieczeniem bliskich na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej w wyniku wypadku.

Klient, aby otrzymać świadczenie, musi być niezdolny do wykonywania dotychczasowego zawodu lub specjalizacji. To ważny aspekt ubezpieczenia czasowej i trwałej niezdolności do pracy. Ochrona działa, kiedy nie jesteśmy zdolni do wykonywania swojego dotychczasowego zawodu, a nie wykonywania jakiegokolwiek zawodu, to bardzo istotny zapis – nie musimy być niezdolni do wykonywania jakiegokolwiek pracy, żeby otrzymać stosowne świadczenie – chronimy swój konkretny zawód!

Wysokość i charakter świadczeń są podobne do tych, które otrzyma osoba zatrudniona na umowę o pracę z ZUS. Ubezpieczając czasową niezdolność do pracy, możemy ubezpieczyć do 65% naszych przychodów z prowadzonej działalności. Przy wyliczaniu sumy ubezpieczenia powinniśmy brać pod uwagę średnie przychody netto (przychody pomniejszone o VAT). Ochrona z tytułu czasowej niezdolności do pracy, w przypadku niemożności wykonywania swojego zawodu, gwarantuje nam zapewnienie przez 3 lata funduszy na pokrycie kosztów codzien-

nego funkcjonowania i regularnych zobowiązań – zarówno wynikających z życia prywatnego, jak i zawodowego.

Jeśli dodatkowo ubezpieczymy trwałą niezdolność do pracy, przy wystąpieniu zdarzenia szkodowego zostanie wypłaconą jednorazowo suma ubezpieczenia, której maksymalny limit to aż 5 mln zł. Czy taka ochrona jest droga? To oczywiście zależy od wielu czynników, takich jak wielkość przychodu, który chcemy chronić, wiek, okresy odszkodowawcze... Przeciętna miesięczna składka wynosi 120–250 zł. W wyborze optymalnej konstrukcji ochrony mogą pomóc nasi doradcy. Można też samodzielnie spróbować skalkulować koszt ochrony. Z doradcą można się umówić telefonicznie oraz e-mailowo, korzystając z danych kontaktowych zamieszczonych poniżej artykułu. Ubezpieczenie można też nabyć online przez [www.nietracdochodu.pl](http://www.nietracdochodu.pl) oraz [www.ceu.com.pl](http://www.ceu.com.pl).

Ubezpieczenie od utraty dochodu jest oferowane w ramach współpracy z coverholderem londyńskiego Lloyd's, który oferuje nowatorskie na naszym rynku produkty ubezpieczeniowe. Lloyd's to jeden z najsolidniejszych finansowo oraz jakościowo partnerów na światowym rynku ubezpieczeniowym. Od przeszło 300 lat Lloyd's nigdy nie odmówił wypłaty odszkodowania. Efektywny produkt ubezpieczeniowy to właśnie taki, który skutecznie prowadzi do wypłaty odszkodowania po wystąpieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

**Piotr Kasprzykowski, GSMED – Doradcy Ubezpieczeniowi – podmiot specjalizujący się w ubezpieczeniach dla lekarzy, obsługujący Wielkopolską Izbę Lekarską.**

KONTAKT

PORTAL UBEZPIECZEŃ DLA LEKARZY GSMED.PL

CALL CENTER – +48 22 458 56 62

DORADCA GSMED – UMÓW SPOTKANIE

TELEFONICZNIE LUB MAILOWO

INFO@GRASSAVOYE.PL

PERYSKOP onet.pl

**Janusz Skowronek**

(Doniesienia opracowane na podstawie Internetu z serwisu – www.onet.pl)

**Sklonowano ludzkie embriony**

Przełom w medycynie. Amerykańscy naukowcy wykorzystali metodę klonowania do stworzenia ludzkich embrionów i – przez to – cennych komórek macierzystych. Eksperci z Uniwersytetu Zdrowia i Nauki w stanie Oregon przeprogramowali komórki człowieka tak, by powstały z nich ludzkie zarodki. Embriony te zaczęły się rozwijać do postaci tzw. blastocysty, czyli zarodka liczącego ok. 150 komórek. To właśnie te komórki, embrionalne komórki macierzyste, najbardziej interesują naukowców.

– Mają one duży potencjał i następnym zadaniem jest przekształcenie ich w inne rodzaje komórek, na przykład komórki nerwowe, wątroby czy krwi – mówi szef zespołu badawczego Shoukhrat Mitalipov.

Przeciwnicy tej metody podkreślają, że zarodków człowieka nie wolno klonować, bo jest to nieetyczne. Zdaniem zwolenników taka technologia pomoże w leczeniu wielu poważnych chorób, w tym ślepoty czy uszkodzeń układu nerwowego. Wcześniej dokonywano już prób klonowania ludzkich zarodków. Przystawały się one jednak rozwijać we wczesnym stadium i nie można było z nich pobierać komórek macierzystych. Wyhodowane teraz zarodki mają wystarczająco dużo tych komórek – podkreślają amerykańscy naukowcy.

**Układ odpornościowy – sekret dłuższego życia kobiet**

Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni ze względu na to, że ich system immunologiczny wolniej się starzeje – sugerują badania opisane w magazynie „Immunity & Ageing”. System obronny organizmu słabnie z czasem, a więc męska, zwiększona podatność na choroby skraca w efekcie czas życia panów – uważają japońscy naukowcy, którzy dociekali, czy związane z wiekiem zmiany w systemie

**Pożegnania****Dr n. med. Tadeusz Kaczmarek (1947–2012)**

Upalny dzień w czerwcu 2002 r., duszno i gorąco pomimo szeroko otwartych okien w dziekanacie Wydziału Lekarskiego I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przy ul. Fredry 10. Trwa egzamin w przewodzie doktorskim „Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w świetle obowiązujących przepisów i orzeczeń lekarskich oraz opinii wybranych grup społecznych”. Egzaminowany z wielkim zapałem odpowiada na pytania komisji doktorskiej... i w pewnym momencie jedna z pań, profesor, wstaje, nalewa wodę do szklanki i podaje doktorantowi ze słowami: „Proszę się napić, bo przecież zaschło panu w gardle”. Po kolejnym pytaniu druga pani profesor

czyni podobnie, ponownie podając egzaminowanemu szklankę wody. Potem komisja stwierdza, że już dosyć usłyszała, prosząc, aby teraz doktorant zszedł na korytarz na werdykt, ale ten chce jeszcze tyle powiedzieć! Wreszcie drzwi za doktorantem się zamykają, a dziekan mówi: „No i co?”. A członkowie komisji: „Niesamowity był! Celująco...!”. Taki właśnie był dr n. med. Tadeusz Kaczmarek, a mnie wtedy rozpierała duma, bo to mój kolega z roku, doktorant, przyjaciel... Tadeusz ukończył wydział lekarski Akademii Medycznej w Poznaniu w 1971 r. Jego największą życiową pasją była chirurgia. Karierę tę we wczesnych latach pracy zawodowej przerwał dramatyczny wypadek – złamanie kręgosłupa na skutek upadku ze schodów w drodze na oddział chirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Pile, w którym wówczas pracował. Po tym zdarzeniu musiał radykalnie zmienić obrany kurs w zakresie pracy lekarza i skupić się na innych dziedzinach medycyny. Stał się twórcą i kierownikiem Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Pile (1975–1983). Był lekarzem okrętowym (1982), zastępcą dyrektora ds. leczenia Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Pile, pracując tamże (1984–1985) na oddziale nefrologii, organizatorem i kierownikiem nowej Przychodni Międzyzakładowej przy ZSO POLAM (1985–1990), dyrektorem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Pile (1991–1997), twórcą oraz prezesem Spółki Lekarskiej LABOR-MED w Pile (1992–2009), głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału ZUS w Pile (1997–2001), przewodniczącym Komisji Lekarskich Oddziału ZUS w Pile (2005–2009), od 2001 r. kierownikiem Działu Organizacji, Nadzoru i Szkolenia Wielkopolskiego Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu, gdzie pracował niemalże do końca życia pomimo ciężkiej, nieuleczalnej choroby. Pozostawił po sobie ok. 30 publikacji, głównie w „Orzecznictwie Lekarskim”, „Przeglądzie Epidemiologicznym” oraz „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”. Inne obszary jego działalności to przewodniczenie Związki Zawodowej Pracowników Służby Zdrowia przy Szpitalu Miejskim, potem przy Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Pile (1973–1980). Był również przewodniczącym zarządu Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (1984–1990), delegatem na I Zjazd Polonii Medycznej w Częstochowie w 1990 r., członkiem Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, pełnomocnikiem ds. organizacji izby lekarskiej na terenie województwa pilskiego (1989–1990), sekretarzem Okręgowej Bydgosko-Pilskiej Izby Lekarskiej (1990–1995).

Przede wszystkim pozostanie na zawsze w naszej pamięci jako jeden z tych, którzy całe swoje życie poświęcili w imię służenia zawsze i wszędzie tzw. słusznej, ważnej, uczciwej i przyzwoitej sprawie – zarówno w sferze życia prywatnego, jak i stricte zawodowego. Jako człowiek był nadzwyczaj skromny, uczciwy i prawy, jako lekarz zawsze sumienny, zdyscyplinowany i w pełni poświęcający się każdej wykonywanej pracy w różnych dziedzinach i dyscyplinach zarówno klinicznych, jak i administracyjnych, w których funkcjonował.

Był typowym intelektualistą – bibliofilem, kochał książki, które zbierał całe życie i nigdy się z nimi nie rozstawał. Szczególnie zafascynowany prozą morską,



a zwłaszcza twórczości Josepha Conrada. „Lorda Jima” znał praktycznie na pamięć. Opublikował w 2004 r. książkę „Joseph Conrad – refleksje o morzu i statkach, życiu i ludziach”, w której ujął całokształt poglądów i myśli Josepha Conrada o wszystkich aspektach ludzkiej egzystencji. Zawarł w niej 450 cytatów z dzieł Conrada, zarówno bardzo znanych, jak i dotychczas nieczęsto zauważanych. Wszystkie je dokładnie poznał.

W swojej chorobie traktował siebie samego w sposób niezauważalny w sensie niezwracania niczyjej uwagi na swoje dolegliwości i cierpienia, wręcz przeciwnie – zachowywał się przez cały czas od momentu zachorowania w sposób nadzwyczaj gorliwy i żywotny, zdając sobie sprawę z tego, co niesie rzeczywistość, do samego końca aktywnie żyjąc i walcząc z chorobą. Jako lekarz doskonale wiedział, jak potoczą się jego losy, jak będzie wyglądało jego życie z chorobą. Nigdy się nie poddawał i także w tym najtrudniejszym dla niego okresie życia się nie poddał. W listopadzie 2012 r. jeszcze chodził do pracy i przyjmował pacjentów w pilskim oddziale Wielkopolskiego Centrum Medycyny Pracy. Pod koniec listopada 2012 r. po raz ostatni trafił do szpitala, w którym zakończył swe zmagania... a był inicjatorem i współtwórcą pierwszego wybudowanego w Pile hospicjum.

Załączone zdjęcie ukazuje tego wspaniałego lekarza, kierującego się zawsze zasadą *Primum non nocere*, we wrześniu 2012 r., kiedy to, pomimo ciężkiej choroby, był nadal intensywnie zaangażowany w pracę zawodową.

JERZY T. MARCINKOWSKI

## Lek. med. Konrad Kaczmarek



14 marca na cmentarzu w Wieleniu pożegnaliśmy naszego przyjaciela i kolegę, lek. med. Konrada Kaczmarka.

Doktor Kaczmarek urodził się 30 stycznia 1933 r. w Czarnkowie. W czasie okupacji niemieckiej przebywał w domu rodzinnym i dopiero mając 9 lat, zaczął naukę w szkole niemieckiej dla dzieci polskich. W wieku 10 lat otrzymał nakaz pracy jako robotnik w tartaku. Po wojnie rozpoczął naukę w szkole podstawowej, a potem gimnazjum i liceum czarkowskim. Poza nauką pasjonował się sportem, osiągając znaczące w skali kraju wyniki w lekkiej atletyce – był mistrzem

i rekordzistą Polski juniorów w biegach sprinterskich, został zaliczony do kadry przedolimpijskiej na igrzyska w Helsinkach. W 1952 r. zdał maturę i został przyjęty w poczet studentów Akademii Medycznej w Poznaniu.

Studia medyczne pochłaniały zbyt wiele czasu, w związku z czym zrezygnował z kariery sportowej, poświęcając się całkowicie nauce. W 1957 r. ukończył studia i po stażu w poznańskich klinikach w 1959 r. rozpoczął pracę w Wieleniu wspólnie ze swą małżonką Barbarą, razem z nią kończył studia na wydziale lekarskim oddziale stomatologicznym na AM w Poznaniu. Rozpoczyna się ciężka praca, po 10 godzin dziennie, permantne nocne dyżury (pogotowie ratunkowe oddalone 30 km od Wielenia). Pomimo dużego obciążenia pracą podnosi swoje kwalifikacje zawodowe, uzyskując I, a następnie II stopień specjalizacji z medycyny ogólnej.

Poza pracą zawodową przez 20 lat pełnił funkcję radnego Miejskiej Rady Narodowej w Wieleniu. Odznaczony został Srebrnym Krzyżem Zasługi oraz w 50-lecie pracy zawodowej Złotym Eskulapem. Poza żoną Barbarą z dwoma synami i ich małżonkami oraz sześcioma wnukami żegnali Go najbliższa rodzina, przyjaciele, pracownicy służby zdrowia, tłumy mieszkańców Wielenia i okolic oraz koledzy z Bractwa Kurkowego, którego był wieloletnim członkiem.

Cześć Jego pamięci!

LEK. STOM. KAROL FABJANOWSKI

odpornościowym są odpowiedzialne za różnice w długości życia między mężczyznami i kobietami. System immunologiczny chroni organizm przed infekcjami i rakiem, ale może też sam powodować choroby, jeśli nie funkcjonuje właściwie. Profesor Katsui Hirokawa z Tokyo Medical and Dental University i jego koledzy analizowali próbki krwi pochodzące od 356 zdrowych mężczyzn i kobiet w wieku 20–90 lat. Mierzili poziom leukocytów i cytokin – cząsteczek, które wchodzi w interakcję z komórkami układu odpornościowego w celu właściwego reagowania w przypadku choroby organizmu.

U obu płci liczba leukocytów spadała wraz z wiekiem, tak jak wynikało z poprzednich badań. Jednak dalsze dociekania wykazały różnice między mężczyznami i kobietami w dwóch kluczowych składowych układu odpornościowego – limfocytów T, które chronią organizm przed infekcjami, i limfocytów B, które wytwarzają przeciwciała. Tempo spadku obu rodzajów komórek jest szybsze u mężczyzn, u których również szybciej, wraz z wiekiem, ubywa dwóch rodzajów cytokin. Z kolei dwa rodzaje komórek, które atakują intruzów – limfocyty T CD4 i komórki NK – wraz z wiekiem stają się liczniejsze, ale ich liczba zwiększa się szybciej u kobiet niż u mężczyzn.

– Nasze badania wskazują, że wolniejsze tempo spadku tych parametrów u kobiet może mieć związek z faktem, że żyją one dłużej niż mężczyźni – powiedział prof. Hirokawa. Badacze uważają, że testy funkcjonowania układu odpornościowego mogą pomóc wskazać właściwy wiek biologiczny.

### WHO: nowy szczep koronawirusa zapewne może być przenoszony przez ludzi

Nowy szczep koronawirusa, który uśmiercił do tej pory 18 osób na Bliskim Wschodzie i w Europie, najprawdopodobniej może przenosić się z człowieka na człowieka – poinformował przedstawiciel Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO).

# ANKIETA INFORMATYCZNA

Publikujemy ankietę przygotowaną przez dr. Sebastiana Stefaniaka z Kliniki/Oddziału Kardiologii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego wraz z gronem współpracujących. Jej celem jest dokonanie oceny funkcjonujących w szpitalach systemów informatycznych. Bardzo często zarządzający zwracają głównie uwagę na przydatność systemów komputerowej obsługi do sprawozdawczości do płatnika bądź wewnętrznych analiz ekonomicznych. Niestety, przyjazność tych systemów dla pracujących na nich lekarzy stawiana jest dopiero na kolejnym miejscu.

Sugerowałem już uprzednio, że obligacją izb lekarskich jest wstawianie się za nami w kontekście preferowania właściwych wyborów rozwiązań informatycznych. Je-

śli izby miałyby zrobić coś dobrego i konkretnego dla naszego środowiska, to na pewno powinny pomóc w ewaluacji różnych rozwiązań, by wskazać systemy dla nas najbardziej przyjazne, a chronić i napiętnować medycznie abstrakcyjne i wrogie logicznemu lekarskiemu działaniu. Mam nadzieję, że zawiadujący naszym samorządem zdają sobie sprawę, że znacząca część lekarzy pracująca w szpitalach spędza przy komputerze nieraz nawet ponad 4 godziny dziennie podczas dnia pracy. Stąd kontakt ze systemami informatycznymi bywa pomocą bądź jest źródłem irytacji i frustracji.

Zanim przeprowadzony zostanie oficjalny audyt szpitalnych systemów informatycznych i dokonana bardziej wnikliwa ich ocena, proponujemy – po wycięciu – wypełnienie i wysłanie ankiety na adres siedziby WIL, ul. Nowowiejskiego 51; 61-734 Poznań.

**Szczepan Cofta**

## Ankieta dotycząca oceny systemów informatycznych użytkowanych w lecznictwie stacjonarnym

### 1. Proszę podać, jaki system informatyczny jest stosowany w Państwa zakładzie opieki zdrowotnej:

1. Esculap.
2. Hipokrates.
3. CliniNET.
4. KS-MEDIS.
5. Optimed.
6. Medicus.
7. Inny, proszę wymienić jaki.....

### 2. Proszę ogólnie ocenić Państwa system w skali od 1 do 10 punktów .....

## I. Ocena jakości użytkowania systemu

### 1. Proszę ocenić szybkość działania system informatycznego w skali od 1 do 10:

1. Paraliżuje pracę.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Nie spowalnia.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Zdecydowanie przyspiesza.

### 2. Proszę ocenić częstość zawieszania się systemu informatycznego:

1. Więcej niż raz dziennie.
2. Raz dziennie.
3. Średnio – raz na kilka dni.
4. Raz w tygodniu.
5. Bardzo rzadko.

### 3. Proszę ocenić wpływ aktualizacji systemu na Państwa codzienną pracę:

1. Blokują normalną pracę – muszą być przeprowadzone po urlochowieniu – trwają bardzo długo.
2. Blokują normalną pracę, ale na kilka minut.
3. Pozwalają odsunąć je na późniejszy czas – nie blokując funkcji programu.
4. Działają w tle – nie przeszkadzają w pracy.
5. Nie zauważam ich.



#### 4. Proszę ocenić interakcje z systemem operacyjnym na danym komputerze:

1. Bardzo często powoduje zawieszenie systemu operacyjnego.
2. Raz dziennie zawiesza system operacyjny.
3. Raz na kilka dni.
4. Raz w tygodniu.
5. Bardzo rzadko zawiesza system operacyjny.

#### 5. Proszę ocenić jakość integracji systemu z innymi podmiotami w Państwa Zakładzie Opieki Zdrowotnej:

1. Przeszkadza poprzez niezrozumiałe procedury w wystawianiu skierowań i przekazywaniu pacjenta.
2. Nie wspomaga współpracy z pracownikami i oddziałami.
3. Współpracuje, ale w sposób wymagający poświęcenia dodatkowego czasu.
4. Integruje różne moduły w sposób niespowolniający pracy.
5. Integruje moduły, znacząco ułatwiając pracę.

#### 6. Proszę o ocenę czasu poświęconego na nauczenie się obsługi systemu:

1. Wymagał bardzo dużej liczby szkoleń >10 godz. sumarycznie.
2. Wymagał okresowych szkoleń raz na kwartał.
3. Wymagał pojedynczego szkolenia.
4. Instrukcję dołączone do systemu były w zupełności wystarczające.
5. System jest tak intuicyjny, że nie musiałem/am się szkolić.

## II. Ocena przyjazności i przejrzystości systemu informatycznego

#### 1. Czy system po uruchomieniu ma przejrzystą strukturę?

1. Zanim znajdę potrzebną rzecz, do przejścia jest wiele okien i ustawień – bardzo trudno jest się odnaleźć.
2. Czasami po omacku szukam, nie wiedząc, gdzie mogę znaleźć poszukiwane dane.
3. Opanowanie struktura systemu nie jest trudne, ale wymaga czasu.
4. Struktura jest intuicyjna, ale ma za dużo okien.
5. Wszystko jest dla mnie jasne i przejrzyste.

#### 2. Czy rozkład okien/paneli systemu wyklucza możliwość powstania pomyłek – zły pacjent, inny wynik itp.?

1. Łatwo o pomyłkę w trakcie pracy z różnymi oknami/formularzami.
2. Łatwo pomylić datę wyniku lub inne parametry.
3. Niezbędne dane wyświetlane są w każdym oknie, ale można się pomylić.
4. Bardzo trudno się pomylić.
5. Struktura programu oraz sposób prezentacji danych wykluczają możliwość powstania pomyłek.

#### 3. Czy system umożliwia przechodzenie pomiędzy poszczególnymi wynikami i skierowaniami w sposób jasny i przejrzysty?

1. Przechodzenie pomiędzy poszczególnymi danymi jest bardzo trudne i zajmuje bardzo dużo czasu.
2. Przechodzenie pomiędzy poszczególnymi danymi jest trudne, ale nie spowalnia mojej pracy.
3. Przechodzenie nie jest szczególnie trudne, ale wymaga czasu.
4. Przechodzenie jest łatwe i nie wymaga czasu.
5. Odnoszę wrażenie, że system przyspiesza moje działania, intuicyjnie pomaga mi w przechodzeniu do poszczególnym danych.

#### 4. Ile czasu potrzebujesz na dotarcie do określonego wyniku, np. Hgb, LDL sprzed tygodnia, od otwarcia systemu (zalogowania)?

1. >3 minut.
2. 1–3 minut.
3. 30 sekund – 1 minuty.
4. 10–30 sekund.
5. <10 sekund.

#### 5. Czy Twoim zdaniem system ułatwił Ci codzienną pracę?

1. Nie ułatwił, odnoszę wrażenie, że utrudnił.
2. Nie ułatwił.
3. Nie mam zdania.
4. Ułatwił, w niewielkim stopniu.
5. Zdecydowanie ułatwił, pracuje się szybciej i przyjemniej.

#### 6. Czy Twoim zdaniem po wprowadzeniu systemu informatycznego praca stała się szybsza względem wystawiania dokumentów ręcznie?

1. Nie, wymaga dużo więcej czasu.
2. Nie, zajmuje nieco więcej czasu.
3. Zajmuje tyle samo czasu co dokumentacja papierowa.
4. W niewielkim stopniu.
5. Znacznie szybsza, mam więcej czasu.

#### 7. Jakich oczekiwałbyś/oczekiwałabyś zmian w swoim systemie informatycznym?

1. Zupełnie innego systemu informatycznego, wszystko jest do poprawy.
2. Gruntowna reorganizacja.
3. Zdecydowanych poprawek, ogólna organizacja bez zarzutu.
4. Dopracowania szczegółów.
5. Nic nie trzeba zmieniać.

■ Ankieta zawiera pytanie kontrolne – 2 „ogólne wrażenie” do skonfrontowania z całkowitym wynikiem punktacyjnym danego systemu z sekcji I i II.

■ W sekcji I i II maksymalny wynik to 70 punktów, im wyższa punktacja tym lepszy system w ocenie (minimalna wartość punktów to 13).

■ W przypadku obsługi dwóch różnych systemów informatycznych ankietowany powinien wypełnić dwie ankiety.

**Przygotował:  
lek. Sebastian Stefaniak**

**PERYSKOP** **onet.pl**

Wicedyrektor generalny WHO Keiji Fakuda, który odwiedził Arabię Saudyjską, a więc największe skupisko zakażeń, powiedział dziennikarzom w Rijadzie, że do tej pory nie było dowodów, iż wirus jest w stanie przetrzymać „przenoszenie w zbiorowościach” ludzkich.

– Największe obawy budzi fakt, że (istnienie) różnych skupisk (zakażeń) w kilku krajach [...] coraz bardziej skłania do hipotezy, iż kiedy dochodzi do bliskiego kontaktu, nowy szczep koronawirusa może przenosić się z osoby na osobę – tłumaczył Fakuda.

Cytowany przez Reutera ekspert ds. zdrowia, który zastrzega sobie anonimowość, powiedział, że „bliski kontakt” w tym kontekście oznacza przebywanie z zarażoną osobą w niewielkiej, zamkniętej przestrzeni przez dłuższy czas.

Według WHO na świecie potwierdzono 30 przypadków zachorowań. Zmarło 18 chorych, w tym 11 w Arabii Saudyjskiej. W niedzielę francuskie ministerstwo zdrowia poinformowało o drugim przypadku zarażenia, a resort zdrowia w Arabii Saudyjskiej, że zmarły kolejne dwie osoby.

Pierwszy przypadek został odnotowany we wrześniu 2012 r. Specjaliści twierdzą, że nowy szczep koronawirusa (nCoV) jest podobny do wirusa SARS, jednak wywołuje znacznie poważniejsze skutki w postaci ostrej niewydolności nerek. Zdaniem dr. Williama Schaffnera, specjalisty chorób zakaźnych w Vanderbilt University Medical Center w Nashville, to „bardzo poważna i groźna infekcja”. Do tej pory najwięcej zachorowań miało miejsce w Arabii Saudyjskiej i Jordanii. Wirus również pojawił się w Wielkiej Brytanii i Niemczech.

Koronawirus nCoV, podobnie jak słynny SARS, atakuje system oddychania, wywołując ciężkie zapalenie płuc. Przypomnijmy, że epidemia z 2003 r. spowodowała śmierć prawie 800 z ponad 8000 osób, zarażonych wirusem nietypowego zapalenia płuc w 30 krajach. Śmiertelność chorych wtedy wynosiła ok. 10%. Dziś w przypadku nowego wirusa jest gorzej – na 31 zarażonych zmarło aż 18.

**Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów  
Wydziału Lekarskiego rocznika 1962–1968  
oraz Oddziału Stomatologii rocznika 1962–1967  
Akademii Medycznej w Poznaniu  
zaprasza na koleżeńskie spotkanie  
**z okazji 45-lecia  
ukończenia studiów****

Szczegółowe informacje oraz program zostaną rozesłane do koleżanek i kolegów, których adresy posiada komitet organizacyjny. Termin zjazdu – 14 września 2013 r., miejsce – „Villa Magnolia”, ul. Głogowska 40. Opłata zjazdowa wynosi 250 zł – absolwent, 150 zł osoba towarzysząca. Wpłaty prosimy dokonać na konto: PKO SA 65 1240 6595 1111 0010 5048 0943 z dopiskiem „45 lat minęło”.

■ Zgłoszenia prosimy przysyłać do 30 czerwca na adres: Katedra i Klinika Chirurgii, prof. Andrzej Jankowski, 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33, tel. 601 56 34 34, e-mail: acjankowski@op.pl

**Odnowienie dyplomów lekarskich  
po 50 latach.  
Absolwenci studiów z lat 1957–1963**

**Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Zapraszamy 8 września 2013 r. do Poznania na uroczystość „Odnowienia dyplomu lekarskiego po 50 latach”.**

Wstępny program spotkania: godz. 9.00 msza święta w kościele Pallotynów przy ul. Przybyszewskiego; godz. 10.00 rejestracja uczestników i kawa w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym, ul. Przybyszewskiego 37 A; godz. 11.00 uroczystości jubileuszowe; 17.00 bankiet w hotelu Sheraton dla osób chętnych.

Koszty uczestnictwa: absolwenci – 200 zł, osoba towarzysząca – 50 zł.

Nordea Bank Polska SA. I Oddział w Poznaniu  
56 1440 1286 0000 0000 0214 2988

Fundacja Uniwersytetu Medycznego, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań  
z dopiskiem: „Absolwenci 1963”, imię i nazwisko uczestnika

Dodatkowo bankiet w hotelu Sheraton – 200 zł/os.

**UWAGA! Wpłaty za bankiet na inny numer konta!**

Andrzej Krzak, BZ WBK SA, I Oddz. w Ostrowie Wlkp., Plac Bankowy 1  
0610 90 11 60 0000 0000 16 00 62 49 z dopiskiem „bankiet”

Opłaty należy przesłać najpóźniej do 1 czerwca 2013. Dokonanie wpłaty będzie potwierdzeniem uczestnictwa.

■ Więcej informacji na [www.absolwenci63.pl](http://www.absolwenci63.pl) lub kontaktując się z Biurem Organizacji Konferencji i Zjazdów (BOKiZ) Fundacji Uniwersytetu Medycznego ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, tel. 61 66 21 120 w. 15, e-mail: [biuro@bokiz.pl](mailto:biuro@bokiz.pl) [www.bokiz.pl](http://www.bokiz.pl).

■ Możliwość rezerwacji noclegu w Akademiku Esculap – kontakt Biuro Organizacyjne.

■ Możliwość noclegu w hotelu Sheraton, specjalne ceny!

■ Kontakt Hotel – 61 655 2000, hasło „Odnowienie dyplomów po 50 latach”.



**Absolwenci Wydziału Lekarskiego  
Akademii Medycznej w Poznaniu  
rocznik 1982–1988**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji  
**25-lecia ukończenia studiów**

Zjazd odbędzie się 21.09.2013 roku w IBB Andersia Hotel,  
Plac Andersa 3, 61-894 Poznań, o godzinie 19.00.  
Koszt uczestnictwa wynosi 300 zł.

■ Wpłaty prosimy dokonywać do 31 lipca 2013 na rachunek:

30 1240 6609 1111 0010 5012 7431 w Banku PeKao SA,  
Aleksandra Kubiak, Hanna Płotast z dopiskiem „zjazd”.

Proszę o podanie imienia, nazwiska oraz numeru grupy.

Możliwość rezerwacji noclegów bezpośrednio w hotelu

■ Szczegółowy program spotkania przesłany zostanie na adresy e-mail,  
które posiadamy.

Aleksandra Kubiak: kubiak.aleksandra@gmail.com, tel. 602 334 993

**Absolwenci Wydziału Lekarskiego  
Akademii Medycznej w Poznaniu  
Rocznik 1977–1983**

W związku ze zbliżającym się

**30-leciem  
naszego Dyplomatorium**

planujemy zorganizowanie spotkania naszego roku

**5 października (sobota) 2013 r.  
w Green Hotelu w Komornikach**

Koszt spotkania wynosi 350 zł od osoby (spotkanie grillowe, uroczysta kolacja)

Wpłaty prosimy dokonywać na konto:

Alior Bank SA, Al. Jerozolimskie 94, 00- 807 Warszawa, Oddział w Poznaniu  
ul. Hetmańska 91, 04 2490 0005 0000 4600 5554 0517,  
(z dopiskiem: XXX-lecie studiów)

Jest to specjalny rachunek dla uczestników spotkania.

Prosimy o dokonywanie zgłoszeń i wpłat do 30 czerwca 2013 r.,

Rezerwacja noclegów bezpośrednio w Green Hotelu Komorniki

ul. Jeziorna 1a, 62-052 Komorniki

nr konta 80 9072 0002 2099 0007 7549 0001

z dopiskiem w tytule: uczestnik spotkania 05.10.2013 roku + imię  
i nazwisko osób będących uczestnikami imprezy

**Program spotkania:**

■ 13.00–15.00 – Spotkanie w sali konferencyjnej.

■ 15.00–18.00 – Wspólne grillowanie w parku hotelowym.

■ ok. 19.00 – Uroczysta kolacja w salach bankietowych.

*Do zobaczenia!*

Ewa Wender-Ożegowska: e-mail: ewaoz@post.pl

Ewa Koczorowska-Cieślak: e-mail: cieslak-ewa@wp.pl

**PERYSKOP onet.pl**

**Ekspert alarmujący:  
odry na razie nie da się wyćpić**

W Europie wyćpienie groźnej choroby, jaką jest odra, może się na razie nie udać – alarmują eksperci Światowej Organizacji Zdrowia. Przyczyną niepowodzeń jest brak odpowiedniej liczby szczepień.

Europa planowała pozbyć się odry do 2015 r. Walka z chorobą wymaga rozległych szczepień, a spora liczba rodziców zrezygnowała ze szczepienia dzieci. Jedną z przyczyn były nieprawdziwe doniesienia o rzekomym związku szczepionek z autyzmem.

W ostatnim okresie setki, a nawet tysiące zachorowań stwierdzono w Wielkiej Brytanii, Turcji, na Ukrainie i w Rumunii. We wcześniej także we Francji i we Włoszech. W Polsce w minionym roku zachorowało 71 osób – podaje Światowa Organizacja Zdrowia. Ekspert WHO mówi, że wyćpienie odry do połowy dekad w Europie jest jeszcze możliwe, ale będzie wymagało nadzwyczajnych wysiłków.

**Odmiana rzeżączki może być  
groźniejsza niż wirus HIV**

Rzeżączka, czyli choroba weneryczna od lat utrzymująca się w czołowym rankingów zachorowań, może być groźniejsza niż wirus HIV – ostrzegają lekarze cytowani przez TOK FM. Chodzi o szczep H041, który nieleczony odpowiednio może wywołać sepsę, co w konsekwencji może prowadzić do śmierci. Rzeżączka jest jedną z chorób najczęściej przenoszonych drogą płciową – podobnie jak AIDS i chłamydia. Aby się przed nią uchronić, wystarczy stosować prezerwatywy. Leczenie w razie zakażenia trwa kilka dni. Zdarza się również, że choroba przebiega bezobjawowo. Jak jednak alarmują lekarze, istnieje szczep, który skutecznie uodparnia się na leki. Chodzi o H041, który odkryto w 2009 r. w Japonii. To bardzo agresywna i szybko rozwijająca się odmiana, która może powodować sepsę i śmierć w ciągu zaledwie kilku dni. To oznaczałoby, że choroba jest groźniejsza niż HIV – ten bowiem obniża odporność orga-

## PERYSKOP

onet.pl

nizmu stopniowo i powoli. Rocznie AIDS zabija ok. 30 milionów ludzi na całym świecie – podaje TOK FM.

Co roku rzeźączką zaraża się na świecie 106 mln ludzi. Najpowszechniejszy sposób zarażenia się tą chorobą to kontakt płciowy, w tym również oralny i analny. Częściej mężczyzna chory na rzeźączkę zaraża kobietę niż odwrotnie.

U mężczyzn bakterie atakują poważnie błonę śluzową cewki moczowej, co wywołuje ropny wyciek i ból przy oddawaniu moczu, natomiast u kobiet bakterie te atakują błonę śluzową kanału szyjki macicy, wywołując upławy.

Nieleczona rzeźączka może u kobiet prowadzić do poważnych powikłań, m.in. do bezpłodności. U mężczyzn powoduje zapalenie najądrzy, stawów, prostaty albo opon mózgowych.

### Amerykanie po raz pierwszy wszczepili dziecku sztuczną tchawicę

Amerykańscy chirurdzy po raz pierwszy wszczepili sztuczną tchawicę 2,5-letniemu dziecku. Wcześniej kilka podobnych operacji przeprowadzono jedynie u dorosłych – informuje „New York Times”. Hannah Warren urodziła się w Korei Południowej bez tchawicy. Cudem ją uratowano wprowadzając plastikową rurkę intubacyjną. Aż 99% noworodków z taką wadą umiera najpóźniej kilka lat po narodzinach. Musiała być sztucznie odżywiana, nie mogła uczyć się mówić.

Zabieg wszczępienia sztucznej tchawicy wykonano w Children’s Hospital of Illinois. Dziewczynce wszczępieno tchawicę wykonaną ze sztucznego włókna, na którym umieszczono pobrane od dziewczynki komórki macierzyste szpiku kostnego. Hodowane na odpowiedniej pożywce w bioreaktorze przekształciły w komórki tchawicy, formując nowy narząd.

Zdaniem lekarzy dziewczynka jest w dobrym stanie. Oddycha samodzielnie, choć jeszcze nie przez usta, lecz rurkę omijającą gardło. Wszczępiena tchawica funkcjonuje prawidłowo.

## Wernisaż miniaturowych rzeźb aktów kobiecych dr. Ryszarda Krawca

### Gdzie mieszka miłość...

„ta bezwarunkowa, wszechogarniająca, ta jedyna energia we wszechświecie, którą człowiek nie nauczył się jeszcze manipulować według własnego uznania...

MIŁOŚĆ to uniwersalna siła... która... jest światłem... grawitacją... potęgą... objawieniem... która wszystko wyjaśnia i nadaje życiu wyższy sens... tą miłością jest BÓG... który mieszka wszędzie i jest we wszystkim co nas otacza” – to słowa Alberta Einsteina z książki „Ostatnia tajemnica Einsteina” autorstwa Alexa Rovira i Francesco Mirallesa.

Doktor Ryszard Krawiec nagle zaczyna rozglądać się po świecie w poszukiwaniu swoich wyobrażeń. To lata 80. ubiegłego wieku. Tak wspomina te chwile: „Spoglądam na leżący na ziemi kawałek drzewa, a w myślach wyłania mi się postać dziewczyny... przecież właśnie obok mnie przechadzała się ze mną moja Jadzia”, czy: „Zbliżają się święta wielkanocne... dni Wielkiego Tygodnia... 2000 lat temu ukrzyżowano Naszego Pana Jezusa... wiosna... w gałęziach napotkanych widzę wiszącego na krzyżu ze zwieszoną głową Chrystusa”.

Powstaje ok. 300 postaci ukrzyżowanego Jezusa z naturalnie ukształtowanych gałęzi sosny. Prace te wystawiano w kraju i za granicą. Równolegle rzeźbi cykl niedużych aktów kobiecych z kory czarnej topoli w scenach alegorycznych i mitologicznych. Te realizacje twórcze przeżywamy wszyscy 20 kwietnia 2013 r. na wernisażu otwierającym wystawę prac rzeźbiarskich dr. Ryszarda Krawca w pomieszczeniach klubowych WIL.

Doktor Ryszard ma niebywały dar skojarzeniowy. „Po godzinach” przychodzą mu myśli układające się także w strofy wierszy. Te z porami roku, których otaczająca aura pachnącej przyrody nadaje wizjom myślokształty .... a te właśnie szczególnie wpasowują się w emocje najsilniejsze – miłości i uwielbienia, także najbliższej osoby – żony, pięknej i ujmującej Jadwigi. „To dzięki niej mogę swoje hobby realizować” – powiedział, wręczając jej na początek ogromną czerwoną różę. Są też wiersze o treści religijnej, związane ze szczególnymi świętami, jak Wielkanoc czy Boże Narodzenie, inne ze świętami państwowymi czy okolicznościami rocznicowymi lub stanowiące refleksje z podróży (także z naszej wspólnej wyprawy na Ukrainę zrodziła się autokarowa przyśpiewka), a jeszcze inne – i to bałamutne – szczególnie związane z zawodem medyka i z ciągłym „reformowaniem” (ciekawe, w którym kierunku: na lepsze czy gorsze) służby zdrowia. Są lekkie erotyki i fraszki – tak mówi dr Ryszard Krawiec. Takimi utworami, które są publikowane w „Biuletynie WIL”, komentuje na bieżąco wydarzenia aktualnie otaczającej nas rzeczywistości, czasami wplatając w nie







wątki osobiste. „Jednym słowem, każdy powód jest dobry, by powstawały natychmiastowe dłuższe lub krótsze wiersze” – mówi sam autor, czytając swoje utwory.

Znajoma plastyczka, Elżbieta Chudziak, zaproszona do aranżacji wystawy, wywiązała się znakomicie z powierzonego jej zadania. Tłem „unoszącym wizje i marzenia”, pobrzmiwającym muzyką w obu salach i wypełniającym miniaturowe rzeźby kobiet były dobrze dobrane klasyczne melodie z lat 60., wykonywane przez przyjaciela rzeźbiarza, Wiesława Chudziaka, męża pani plastyk.

Uroczystego otwarcia dokonała nasza niezastąpiona „dusza od spraw artystycznych” w izbie lekarskiej dr Katarzyna Bartz-Dylewicz. Wszyscy (tak myślę) rozumieją, że najlepsza poezja miłosna skierowana jest do „konkretnego obiektu zainteresowania poety”. Przyjaciele i znajomi wszystkich poetów traktowali i traktują ją z wyrozumiałością. I cóż, jeżeli znalazł się między nami w czasach obecnych taki wyrobnik, który potrafi pisać wspaniałą poezję miłosną, to mnie aż serce skacze. Jeżeli innym nie, to niech zaczną skakać! Wiersze są piękne i wyjątkowe i myślę, że każda kobieta chciałaby być też tak uwielbiana w poezji.

Doktor Ryszard Krawiec to specjalista neurologii i radiodiagnostyki, aktualnie zawodowo czynny emeryt mieszkający z rodziną w Puszczykowie. Miłą atmosferę wplecioną w całość tworzyła nadspodziewana liczba gości... w kameralnych dwóch salkach klubowych, bo wszyscy uwielbiają doktora za jego talent! Zarówno nasze wernisaże, jak i spotkania klubowe malujących lekarzy czy wycieczki emerytów niewątpliwie integrują środowisko lekarzy i pozwalają nam czuć się środowiskiem elitarnym wolnego zawodu, do którego powinniśmy pretendować jako grupa o koniecznej najwyższej etyce zawodowej.

„MALUJĄCY I PISZĄCY” PEDIATRA  
ELŻBIETA DĄBROWSKA



PERYSKOP onet.pl

## Skuteczny lek na HIV coraz bliżej?

Przełom w walce z HIV może być bliższy, niż nam się wydaje. Zdaniem naukowców niewykluczone, że już w ciągu najbliższych miesięcy uda się znaleźć skuteczne lekarstwo, trwale eliminujące wirusa z organizmu.

Duńscy naukowcy wierzą, że jest możliwe znalezienie masowo dystrybuowanego i niedrogiego leku na HIV. Obecnie prowadzą badania kliniczne, testujące nową strategię walki z wirusem. Polega ona na tym, że jest on „uwalniany” ze „zbiorników”, jakie tworzy w ludzkim DNA i przenoszony na powierzchnię komórek. Gdy już się tam znajdzie, system immunologiczny rozprawia się z HIV-em. Strategia okazała się skuteczna w testach laboratoryjnych. Obecnie trwają próby na ludzkich komórkach. Jeśli eksperymenty się powiodą, będzie to milowy krok na drodze do znalezienia leku na HIV, a co za tym idzie – AIDS. Zdaniem jednego z członków zespołu prowadzącego badania, dotychczasowe wyniki są obiecujące. – Jestem niemal pewien, że uda nam się uwolnić zbiorniki HIV – mówi. – Wyzwaniem będzie sprawienie, by system odpornościowy pacjenta rozpoznał wirusa i go zniszczył. To zależy od siły i wrażliwości poszczególnych systemów immunologicznych – dodaje.

Obecnie w testach bierze udział 15 pacjentów. Jeśli któregokolwiek z nich uda się wyleczyć, „lekarstwo” będzie testowane na dużo większą skalę. Lekarze zaznaczają, że ich rewolucyjna metoda to nie to samo co profilaktyczna szczepionka i że unikanie niebezpiecznych zachowań – jak seks bez zabezpieczenia lub używanie cudzych strzykawek – zawsze pozostanie kluczowym elementem walki z HIV. Obecnie stosowane leki pozwalają zarażonemu HIV wieść niemal normalne życie, z bardzo niewieloma skutkami ubocznymi. Jeśli jednak odstawi się medykamenty, HIV uaktywni się ponownie, a symptomy powrócą w ciągu dwóch tygodni.

## List do redakcji

Szanowni/Drodzy,  
czy władzom naszego samorządu znane są opinie takie jak poniższa? Poniżej fragment listu otrzymany przeze mnie od jednego z rezydentów. Czy nie powinniśmy się obawiać, że małe zaangażowanie młodych lekarzy w prace izb jest związane z tym, że nie ma reakcji na takie głosy?

Pozdrawiam  
Szczepan Cofta

*Gdybym irytował innych tak samo, jak inni irytują mnie, pospieszyłbym natychmiast z własnej woli do piekła (cytat z Brat Luc: Lekarz i mnich z Tibirhine, 2013 – przypis SC)*

Nad tym zdaniem zatrzymałem się dłużej. To trochę uwalniające i pocieszające, że uczucie to nie jest obce tak świętym osobom.

Moja irytacja SOR-owska jest zwielokrotniona, zaliczając się do jednych z większych cierpień: irytuje wciąż powiększający się rejon operacyjny i wciąż jeden lekarz, irytuje średnio 70 chorych na dyżur, irytuje PR ograniczające w większości swą pracę do funkcji tak-sówki (już nie wymagamy, żeby chory we wstrząsie miał założony wenflon), irytują rodziński z ogromem bezsensownych (chciałem już napisać „irytujących”) skierowań („bo mój lekarz rodzinny powiedział, że tam pana zbadają, pobiorą badania i zrobią RTG!”), irytuje

to, że nielegalnie umawiamy się, że pracuje dwóch lekarzy (w pojedynkę nie da rady) – jeden z nas za darmo i nikt tego nie chce usankcjonować, irytuje to, że każe nam się po całej nocy siedzieć w pracy do 12.00 (mimo że nikt z rezydentów nie zgodził się na szczególnie niekorzystną umowę kontraktową i obowiązuje nas kodeks pracy), no i nie da rady – zawsze są irytujący pacjenci i rodziny, irytuje dyrektor, na koniec to człowiek sam na siebie się irytuje, że godzi się na to wszystko za 30 zł brutto (jak pisałem, nikt nie zgodził się na kontrakt).

Szczepanie – z rezydentów w ciągu ostatniego roku odeszło już pięciu, z chłopaków zostałem tylko ja, od dwóch lat nikt nowy nie przyszedł.

# Zamknięcie wakacji, czas na szkolenia

Wielkopolska Izba Lekarska zaprasza na kolejny wyjazd szkoleniowo-rekreacyjny pod hasłem „Zamknięcie wakacji, czas na szkolenia”. Tym razem zapraszamy zainteresowanych do Pałacu w Mierzęcinie. Jest to obiekt położony pomiędzy Poznaniem a Szczecinem w malowniczym otoczeniu parku, lasów, rzek i jezior. W pełni odrestaurowany zachwyca połączeniem tradycji, ducha historii i nowoczesności, która umożliwia gościom komfortowy i wygodny odpoczynek.

Ta doskonała sceneria i otoczenie będzie świetnym punktem inauguracyjnym rozpoczynającego się w okresie jesiennym cyklu szkoleniowego organizowanego przez Wielkopolską Izbę Lekarską w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Wszyscy mają świadomość czekających środowisko lekarskie zmian, które nastąpią po 1 sierpnia 2014 r. Wobec powyższego Wielkopolska Izba Lekarska proponuje krótkie, zwięzłe i profesjonalne spotkanie szkoleniowe – 3 godziny – obejmujące:

- podstawy prawne dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej oraz czasowe ramy wprowadzania i obowiązywania,
  - wymogi ewidencyjne (co i jak?) dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej,
  - przykłady rozwiązań, zagrożenia.
- Uczestnicy szkolenia otrzymują 3 punkty edukacyjne.

### W części rekreacyjnej wyjazdu do dyspozycji uczestników w cenie:

- komfortowe pokoje dwuosobowe,
- możliwość korzystania z siłowni bez ograniczeń,
- możliwość korzystania ze strefy saun, basenu – 1 nieograniczone godzinowo wejście dziennie,
- turniej bowlingu,
- 2 śniadania, 1 obiad, 1 kolacja, 1 obiado-kolacja grillowa połączona z ogniskiem i zabawą przy muzyce,
- szkolenie.

### Za dodatkową opłatą (50 zł) atrakcje: spływ kajakowy z przewodnikiem i ratownikiem rzeką Drawą lub „Akademia wina połączona z degustacją”.

Dodatkowe, płatne atrakcje: korty tenisowe, klub bilardowy, jazda konno, spa.

Termin wyjazdu: 23–25 sierpnia 2013 r. Koszt wyjazdu 720,00 zł. Wystawiamy fakturę VAT za szkolenie.

### Zapisy i szczegóły:

Jan Skrobisz, tel. 783 993 939, e-mail: biuro@wil.org.pl

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

Dla zainteresowanych możliwość organizacji transportu. Przedpłata w wysokości 250,00 zł z dopiskiem „Mierzęcin” na konto:

PKO Bank Polski Spółka Akcyjna

Oddział 4 w Poznaniu

ul. Małe Garbary 8, 61-756 Poznań

45 1020 4027 0000 1102 0404 3501



## Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

# Stanczukowski

**Walenty Stanczukowski**  
(1807–1874)  
lekarz, spolecznik

**U**rodził się 14 lutego 1807 r. we wsi Strzała pod Siedlcami. Początkowe nauki pobierał w Łukowie i dalej u oo. pijarów w Siedlcach i Warszawie, maturę uzyskał w 1825 r. Wstąpił na Uniwersytet Warszawski na studia lekarskie i w 1830 r. uzyskał stopień magistra medycyny i chirurgii. Brał udział w powstaniu listopadowym jako lekarz batalionowy 4. Pułku Strzelców Piesznych, awansował na lekarza sztabowego, odznaczony Złotym Krzyżem Virtuti Militari. W 1932 r. osiadł w Pyzdrach, był lekarzem miejskim i lekarzem więzienia. W 1834 r. przeniósł się do Kalisza, gdzie pracował do końca życia, nie licząc podróży naukowej w latach 1844–1846 do Londynu, Berlina, Wiednia i Paryża. Był lekarzem miejskim i więziennym, aktywnym członkiem Kaliskiego Towarzystwa Do-

broczyności, na prośbę Rady Opiekuńczej opiekował się szpitalem św. Trójcy w Kaliszu. Szczególną opieką otaczał ubogie dzieci i młodzież, kształcąc niektóre z nich na własny koszt na uniwersytetach. Po 1846 r. założył wraz z Kazimierzem Asnykiem (ojcem poety Adama) w Kaliszu przy placu św. Józefa księgarnię „Nowa”, dostarczającą podręczniki szkolne i dzieła literatury pięknej. Przy księgarni otworzył pierwszą w Kaliszu Czytelnię Dzieł Polskich. Był członkiem Rady Miejskiej, dyrektorem Komitetu Resursy Obywatelskiej (od 1845 r.).

Ożenił się w 1859 r. z Emilią z domu Filleborn (1814–1892), właścicielką i przełożoną znanej szeroko poza Kaliszem pensji żeńskiej, uczennicą Klementyny z Tańskich Hoffmanowej. Dom Stanczukowskich był miejscem zebrań kaliskiej inteligencji, gdzie dyskutowano nad ważnymi sprawami społecznymi oraz kulturalnymi, urządzano przedstawienia amatorskie. Emilia podtrzymała tradycje salonu literackiego.

Pod koniec życia Stanczukowski przeznaczył 30 tys. zł polskich (prawie 5 tys. rubli) na cele dobroczynne. Kapitał ten złożył w banku na 6 procent i na 120 lat: wówczas suma ta wynosić miała 300 tys. rubli. Tę sumę zapisał instytucjom dobroczynnym Pyzdr, Siedlec, Kalisza i Warszawy na tanie kuchnie, szkoły oraz Uniwersytet Warszawski. Otwarcie testamentu miało nastąpić w 1995 r., a wykonanie ostatniej woli lekarz spolecznik powierzył Warszawskiemu Towarzystwu Dobroczyności.

Zmarł 18 października 1874 r., pochowany na cmentarzu miejskim w Kaliszu. Na ocalałej płycie nagrobnej wyryto napis: „Przeszedł dobrze czyniąc”. W tym samym grobie pochowano żonę Emilię. W 1993 r. nowo wytyczoną ulicę w Kaliszu nazwano ulicą Walentego Stanczukowskiego.

DR MED. ZBIGNIEW KLEDECKI  
HONOROWY PREZES

KALISKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

## BÓL I CIERPIENIE UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE

W imieniu organizatorów – Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu oraz Katedry Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – zapraszam Państwa na: III Międzynarodową Konferencję Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Żyć godnie do końca.

Temat przewodni: „BÓL I CIERPIENIE – UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE”  
24–25 czerwca 2013 roku (poniedziałek–wtorek), Opole, Aula Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

**Konferencja ŻYĆ GODNIE DO KOŃCA to najważniejsze wydarzenie skupiające osoby zawodowo i naukowo związane z opieką paliatywną i hospicyjną.** Trzecia edycja konferencji poświęcona będzie tematyce bólu i cierpienia w ujęciu interdyscyplinarnym. Spotkanie stanowi jedyną w swoim rodzaju platformę wymiany wiedzy i doświadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wykłady i warsztaty poprowadzą najlepsi w kraju eksperci i praktycy, których wiedza i bogate doświadczenie gwarantują rzetelne i kompleksowe podejście do każdego z omawianych tematów.

**Wśród prowadzących warsztaty pojawią się m.in.:** mgr Mirosław Chybicki, mgr Janina Kapłunowska, dr Bogdan Stelcer, dr Monika Wójta-Kempa, mgr Anna Janowicz, mgr Ewelina Trościanko, mgr Grażyna Solecka, mgr Arkadiusz Drukier, mgr Izabela Czekalska, mgr Agnieszka Turkiewicz-Maligranda, dr Dominik Krzyżanowski, mgr Monika Trojanowska, prof. Józef Binnebesel.

**Koszt uczestnictwa w konferencji: TYLKO 200 zł. Cena obowiązuje do 14 czerwca!**

Konferencja odbędzie się w dniach 24–25 czerwca 2013 r. (poniedziałek – wtorek) w Auli Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, ul. Katowicka 68. Pierwszy dzień konferencji zakończy się uroczystą kolacją w restauracji Szara Willa w Opolu. Warunkiem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty na konto organizatora konferencji oraz przesłanie formularza zgłoszenia na numer faksu (+71) 798 48 48 lub wypełnienie formularza online na stronie [www.palium.ochronazdrowia.pl](http://www.palium.ochronazdrowia.pl)



## Dawka informacji

Dziesiątki, setki informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki są informacje rzeczowe z portali urzędów, instytucji, placówek służby zdrowia.

### Dwa oczka w górę

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza trzecią najlepszą uczelnią w Polsce. Tak wynika z opublikowanego dzisiaj rankingu uczelni przygotowywanego co roku przez redakcję miesięcznika „Perspektywy” oraz dziennika „Rzeczpospolita”. Poznański uniwersytet utrzymał tym samym pozycję na podium, jaką udało mu się zająć w ubiegłym roku. Wyprzedził go Uniwersytet Jagielloński (I miejsce) oraz Uniwersytet Warszawski (II miejsce). W pierwszej dziesiątce najlepszych uczelni znalazł się także Uniwersytet Medyczny z Poznania (VIII miejsce). To uczelnia, która pnie się w górę. Rok temu była na X miejscu, w tym dwa oczka w górę i jest tym samym drugą najlepszą uczelnią medyczną w kraju. Ustępuje tylko *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego.

KARC  
WWW.GLOSWIELKOPOLSKI, WWW.UMPEDU.PL

### Dwa modele budowy

Podsumowanie dialogu technicznego, prowadzonego w ramach przygotowania inwestycji budowy nowego szpitala matki i dziecka w Poznaniu, było tematem konferencji w dniu 23 kwietnia z udziałem Marka Woźniaka, marszałka województwa wielkopolskiego, Mateusza Klemenskiego, wice-marszałka województwa wielkopolskiego i Tomasza Bugajskiego, członka Zarządu Województwa Wielkopolskiego oraz władz spółki „Szpitale Wielkopolski” i przedstawicieli siedmiu firm zainteresowanych budową najnowocześniejszego szpitala w regionie.

– Wszystkim zależy, żeby szpital został wybudowany jak najszybciej i jak najlepiej – mówił podczas konferencji Marek Woźniak. – Jesteśmy zdeterminowani, by zrealizować tę inwestycję, gdyż jest to jedno z głównych zadań samorządu. Dlatego też zależy nam, aby przygotowanie postępowania zakończyło się sukcesem.

Doświadczenie w budowie tego typu placówek jest niezbędne, ponieważ zgodnie ze wstępnym programem medycznym inwestycja obejmować będzie 14 oddziałów (ok. 420 łóżek), szpitalny oddział ratunkowy, 24 poradnie, szkołę rodzenia, blok operacyjny, blok porodowy, diagnostykę i laboratoria. Szacuje się, że koszt budowy szpitala to 270–400 milionów złotych. Mateusz Klemenski podkreślił: – To największa inwestycja tego typu w Wielkopolsce, dlatego ważne jest, by przygotować ją w sposób profesjonalny i przede wszystkim spełniający oczekiwania pacjentów i obsługi medycznej.

Budowa placówki ma się odbyć na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego. Stronami umowy będą Samorząd Województwa Wielkopolskiego oraz prywatna firma wyłoniona w przetargu. Preferowane są dwa modele realizacji przedsięwzięcia: model zintegrowany i model infrastrukturalny. W modelu zintegrowanym partner prywatny przejmuje projektowanie, budowę, finansowanie oraz eksploatację szpitala, łącznie z jego zarządzaniem w aspekcie medycznym. Model infrastrukturalny to rozwiązanie, w którym partner prywatny przejmuje projektowanie, budowę, finansowanie oraz zarządzanie techniczne.

Szpital matki i dziecka zostanie umiejscowiony w sąsiedztwie istniejącego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia przy ul. Szwajcarskiej w Poznaniu.

WWW.UMWW.PL

### U 15 000 par

W środę, 15 maja o godz. 12.00 upłynął termin składania ofert na realizację programu zdrowotnego pn. „Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016”. Do konkursu zgłosiło się 37 klinik. Komisja Konkursowa będzie analizowała nadesłane oferty przez kilka tygodni. Placówki, które zostaną wyłonione w postępowaniu, będą realizowały program od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2014 r.

Z rządowego programu refundacji *in vitro* w ciągu trzech lat ma skorzystać ok. 15 tys. par, u których stwierdzono bezwzględną przyczynę niepłodności i udokumentowano nieskuteczne jej leczenie w ciągu ostatniego roku przed zgłoszeniem się do programu.

KRZYSZTOF BĄK  
WWW.MZ.GOV.PL

### Pierwszy w Polsce

Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z relacjami, które ukazały się w mediach na temat pierwszego w Polsce innowacyjnego zabiegu rekonstrukcji górnego odcinka przewodu pokarmowego przeprowadzonego w Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Wielkopolskim Centrum Onkologii 10 maja 2013 r.

Do Wielkopolskiego Centrum Onkologii pacjentka trafiła po usunięciu krtani i gardła dolnego w efekcie leczenia nowotworu złośliwego w innym ośrodku. Operacja polegała na wykorzystaniu wolnego płata skórno-mięśniowego z zespoleniem mikronaczyniowym z przedramienia do rekonstrukcji brakującej części górnego odcinka przewodu pokarmowego. Aby umożliwić wykonanie tego pionierskiego zabiegu zespołowi specjalistów z naszego Centrum towarzyszyli chirurdzy zaproszeni specjalnie w tym celu z Włoch. Dodatkowo konieczne było sprowadzenie aparatury medycznej z Niemiec. Rekonstrukcja górnego odcinka przewodu pokarmowego, gardła dolnego i części szyjnej przełyku daje wielkie szanse na radykalną poprawę stanu zdrowia pacjentki poprzez przywrócenie naturalnej drogi pokarmowej i podniesienie jakości życia.



## Andrzej Piechocki

Doktor Raul Pellini oraz dr Guisepe Mercante są pracownikami rzymskiego Istituto Nazionale Di Tumori Regina Elena wiodącego włoskiego instytutu onkologicznego, do Poznania przyjechali zaproszeni przez Prof. Wojciecha Golusińskiego – kierownika Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego.

WWW.WCO.PL

### Wyzwania w onkologii

Z okazji przypadającego w 2013 roku 60-lecia działalności Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu wraz z Polskim Towarzystwem Radioterapii Onkologicznej mamy wielki zaszczyt zaprosić Państwa na wspólną konferencję naukową „Wyzwania w onkologii – od profilaktyki do leczenia”, która odbędzie się w dniach 14–16 listopada 2013 r. w Poznaniu. Strona konferencji dostępna jest pod adresami [www.onkologia2013.pl](http://www.onkologia2013.pl) oraz [www.radioterapia2013.pl](http://www.radioterapia2013.pl).

[www.onkologia2013.pl](http://www.onkologia2013.pl). W ramach Konferencji Jubileuszowej oraz VI Konferencji PTRO przewidziano także:

- Young Scientist's Forum,
- sesję pielęgniarek onkologicznych,
- sesję poświęconą rozliczaniu świadczeń onkologicznych,
- warsztaty „Teleradioterapia 3D w ginekologii onkologicznej”,
- II Wielkopolską Konferencję Uro-Onkologiczną.

WWW.WCO.PL

### Szpital na Facebooku

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu od 190 lat nieprzerwanie leczy pacjentów. Jesteśmy świadomi ogromu dziedzictwa tego miejsca. Wiemy także, jak ważne jest podążanie w kierunku innowacyjności. Zachęcamy do odwiedzin naszego Facebooka – nowej formy komunikacji.

WWW.SK1.AM.POZNAN.PL

# Nowy Outlander

## Prestiż Przestrzeń Perfekcja

### od 86 990 zł



Podana cena dotyczy modelu Outlander 2.0 Invite Plus 2WD. Średnie zużycie paliwa: 6,9 l/100 km. Średnia emisja CO<sub>2</sub>: 157 g/km. Informacje na temat zamówienia samochodów Mitsubishi oraz przydatności do odzysku i recyklingu są dostępne na [www.mitsubishi.pl](http://www.mitsubishi.pl).

MITSUBISHI POŁODY  
UL. TYMIENIECKIEGO 38 (PRZY UL. MIESZKA I)  
POZNAŃ  
tel. 61 825 50 89  
WWW.POŁODY.PL



## Propozycje NFZ, czyli w poszukiwaniu oszczędności

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zafundowała nam ofensywę legislacyjną. Częścią jest to efekt ostatnich głośnych medialnie wpadek organizacyjnych ochrony zdrowia, po części efekt własnych przemyśleń centrali funduszu. Ktoś, kto obserwuje sprawę z boku, pomyśli: O proszę, jak szybko reaguje fundusz na nasze problemy. Fakt – reakcja jest szybka. Pojawia się tylko pytanie, czy sensowna. Niestety, dla funduszu odpowiedź jest przecząca. To, co zaproponowała centrala funduszu, jest tylko działaniem medialnym, które tak naprawdę niczego nie zmienia. W tym prezes funduszu jest nieodrodnym „synem”, o, przepraszam, „córką”, obecnego premiera, dla którego bardziej liczy się pozytywny PR („piar”, a nie Polskie Radio, czy też bliższe nam – choć odeszłe w niebyt – Pogotowie Ratunkowe – też ulegam nowomodzie, by być „trendy”, a nie tradycyjnie „sto lat za murzynami” – ups... znowu niezręczność) niż faktyczne rozwiązanie problemu. Dla tych, którzy jeszcze się nie domyślili, o czym piszę, wyjaśniam: chodzi o nowe zarządzenie prezesa NFZ w sprawie nocnej pomocy lekarskiej. Cóż, na papierze może to i dobrze wygląda. Niestety, w życiu... W życiu będzie jak dotychczas. Tylko skala fikcji będzie większa. No, ale tym już fundusz się nie przejmie, zaproponował on bowiem rozwiązanie, które przynajmniej część placówek ochrony zdrowia, o, przepraszam (po raz kolejny) „świadczeniodawców”, zrealizuje, przynajmniej w sferze wirtualnej, czyli w materiałach konkursowych. To, że rozwiązanie jest niemożliwe do realizacji, to już nie jego problem. I do czasu, gdy fundusz nie będzie rozliczany za efektywność zapewnienia opieki osobom w nim (przymusowo) ubezpieczonym, a nie tylko za stwarzanie pozorów, nikt w funduszu nie będzie się tym przejmował, ponieważ tak jest taniej. Niestety, rozwiązania realnie poprawiające funkcjonowanie, tu nocnej pomocy lekarskiej, a tak w ogóle całej opieki nad pacjentami, mają jedną podstawową wadę – wymagają większej ilości pieniędzy. Wszelkie inne działania przypominają przelewanie z pustego w próżne lub nadzieje na to, że od samego mieszania herbata stanie się słodsza. Po tym przykładzie działań legislacyjnych, w efekcie których fundusz poczyni „ekstensywne” oszczędności, pora na propozycje zmian, które mają przynieść funduszowi „intensywne” oszczędności. Oczywiście, słuchając wypowiedzi czy to pracowników centrali funduszu, czy

## SHORT CUTS

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



to rzecznika prasowego, na próżno szukać tam słowa „oszczędność” i w domyśle: to ma być sposób na załatanie dziury w budżecie NFZ. W oficjalnych tekstach pojawia się tylko troska o pacjenta, by ten mógł łatwiej, szybciej uzyskać pomoc poprzez jej przybliżenie do niego. Bowiem, nie jestem pewien, czy wszyscy to zauważyli, wspólnym mianownikiem tych propozycji jest właśnie „przybliżenie” pomocy specjalistycznej czy też zabiegów specjalistycznych do pacjenta. Szkopuł w tym, że to przybliżenie pozorne i tak naprawdę nie to jest celem tych działań funduszu. Prawdziwym celem są oszczędności. I tak w wypadku przeniesienia możliwości wykonania niektórych procedur zabiegowych ze szpitali do poradni planowane oszczędności to po prostu mniejsza zapłata za tę samą czynność. To, że często może być to tylko iluzoryczna możliwość, to już inna sprawa (a i temat na osobny tekst). Z kolei propozycja, by do okulistów i dermatologów wprowadzić skierowania, to już jest kuriozum. Oczywiście znowu nie wspomina się o oszczędnościach, tym razem łącznie środowisko lekarzy rodzinnych, a właściwie to osoby pełniące w nim oficjalne funkcje. Że „techtanie” było skuteczne, widać po wypowiedzi konsultanta krajowego. Niestety odczucia na pierwszej linii frontu są diametralnie różne od wrażeń konsultanta. Nie będę wnikał, czy lekarz rodzinny jest kompetentny i ma wyposażenie, by leczyć „zapalenie spojówek” – jak to raczyła beztrzesko i bez znajomości rzeczy stwierdzić prezes NFZ, czy też zajmować się wysypkami, czy nie daj Boże infekcjami, którymi zazwyczaj zajmują się dermatolodzy. Problemem jest to, że już teraz lekarz rodzinny jest przeciążony pracą, a teraz lekką ręką prezes chce im dorzucić dodatkowej pracy papierowej, gdyż nawet zakładając, że „zapalenie spojówek” to nie problem, to jednak są rzeczy, którym lekarz rodzinny nie podoła i to nie z braku wiedzy, tylko z powodu braku niezbędnego wyposażenia wartego minimum kilkadziesiąt tysięcy złotych. I wtedy będzie musiał wystawić skierowanie, a to, niestety, wymaga czasu i pieniędzy (bowiem druk też kosztuje). No ale o tym najwyraźniej pomysłodawcy z NFZ i bezkrytyczni „szefowie” lekarzy rodzinnych zapomnieli.

### Jak to w sprawozdaniach ładnie...

Być może przyczyna propozycji przejęcia niektórych zadań okulistów i dermatologów przez lekarzy rodzinnych leży w beztrzesce tych pierwszych, tj. okulistów i dermatologów, którzy niezbyt przykładają się do sprawozdawczości. Ci z państwa, którzy mają kontrakty z NFZ, pamiętajcie zapewne komunikat, który zamieścił Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu pod koniec marca, a w którym przypominał zasady wykonywania świadczeń i sprawozdawczości w ramach comiesięcznych raportów. I być może na podstawie tychże raportów centrala funduszu wyrobiła sobie fałszywy obraz tego, czym się ci specjaliści zajmują. A od wyobrażenia do pochopnych decyzji droga krótka. Ponieważ pozwoliłem sobie wyrazić zastrzeżenia merytoryczne co do treści wspomnianego wcześniej komunikatu, ze szczególnym uwzględnieniem zakazu stosowania rozdziałów klasyfikacji ICD10 z rozpoznaniami zaczynającymi się na R i Z, otrzymałem odpowiedź z WOW NFZ, w której przedstawił motywacje leżące u podstaw tego komunikatu. Efektem (nie tylko zresztą moich rozmów z funduszem) była nowa wersja komunikatu, w której poprawiono ewidentne błędy oraz dodano listę „dopuszczalnych wg WOW NFZ” rozpoznań zaczynających się na R i Z. Ponieważ ten nowy komunikat nie do końca rozwił moje wątpliwości co do legalności interpretacji funduszu, w tej nowej wersji komunikatu, odbyłem jeszcze długą rozmowę z dr. Pawłem Lisikiem, kierownikiem sekcji ds. jednorodnych grup pacjentów, który wyjaśnił mi filozofię leżącą u podstaw takiej, a nie innej interpretacji stosowania bądź nie tych grup kodów. W trakcie tej rozmowy zaproponowałem dr. Lisikowi wyjaśnienie na naszych łamach, w bardziej przystępnej formie niż suchy, oficjalny komunikat, tego, o co chodzi WOW NFZ w sprawozdawczości oraz do czego, poza comiesięcznym rozliczaniem świadczeń, służy, a także dlaczego lekarze powinni zwracać baczniejszą uwagę, jakich kodów używają. Czy z tego zaproszenia skorzysta, tego nie wiem, gdyż to nie tylko od niego zależy, ale wydaje mi się, że korzyść byłaby obopólna.



## Czyżby?

W wspomnianym komunikacie WOW NFZ, w części interpretacyjnej, zamieszczono następujące stanowisko:

„Nie podlega rozliczeniu porada polegająca wyłącznie na zleceniu badań lub dostarczeniu ich wyników, lub na wypisaniu recept, bez udokumentowanego badania podmiotowego i przedmiotowego oraz bez podjęcia obu decyzji: terapeutycznej i diagnostycznej, ponieważ taka porada nie jest zrealizowanym w pełnym zakresie świadczeniem gwarantowanym AOS podlegającym finansowaniu ze środków publicznych”.

Podobnie sprawa jest przedstawiona w odpowiedzi WOW NFZ na moje wątpliwości.

Jest truizmem stwierdzenie, że świadczenie polegające wyłącznie na zleceniu badań lub dołączeniu ich wyników lub wystawieniu recepty nie jest świadczeniem gwarantowanym AOS. Wystawienie recepty jest wprawdzie elementem decyzji terapeutycznej, ale nie może podlegać rozliczeniu, jako pełne świadczenie specjalistyczne, bez decyzji diagnostycznej podjętej na podstawie badania podmiotowego i/lub przedmiotowego świadczeniobiorcy. Tym bar-

dziej, że § 14, ust. 2 zarządzenia prezesa NFZ stanowi m.in.: „Świadczenie specjalistyczne kompleksowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjętej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń”.

O ile o świadczeniach polegających wyłącznie na zleceniu badań lub dołączeniu wyników badań, które nie mogą być rozliczone jako świadczenie specjalistyczne (nawet 1 typu), mówi wprost zarządzenie prezesa NFZ (wspomniany tu § 14 ust. 2), o tyle to, że do tej grupy zalicza się świadczenie polegające tylko na wystawieniu recepty, jest już tylko radosną twórczością funduszu i nadinterpretacją obowiązującego zarządzenia.

Założmy jednak, że WOW NFZ ma rację, tak interpretując zarządzenie. Jakie można wyciągnąć wtedy wnioski? I jakie będą tego skutki dla pacjentów? Przy założeniu, że fundusz ma rację, czyli porada polegająca tylko na wystawieniu recepty nie może być uznana za specjalistyczną, a specjalna porada „receptowa”, tak jak to było kiedyś, nie istnieje, skutki są następujące:

Dla lekarza taki, że wykonał przymusowo pracę za darmo, co jest naruszeniem kilku ustaw i konstytucji. Dla pacjenta, jeśli mu lekarz wystawi bezpłatnie receptę, jest to korzyść, od której powinien odprowadzić podatek, według stawek jak na wolnym rynku usług medycznych.

Innym skutkiem tego, że WOW funduszu nie uznaje samego wystawienia recepty, czyli tzw. powtórki leku, za świadczenie, za które jest zobowiązany płacić, może być to, że po recepty pacjent będzie musiał chodzić do lekarza rodzinnego, a ten może nie mieć podstaw, by mu powtórzył receptę, gdyż może nie mieć informacji od specjalisty, co w wypadku specjalistów dostępnych bez skierowania jest bardzo częste, gdyż nie muszą po pierwszej wizycie napisać informacji dla lekarza rodzinnego.

Oczywiście kolejnym wnioskiem, który się nasuwa, jest to, że skoro wypisanie recepty nie jest świadczeniem gwarantowanym w AOS, a jak wiadomo, świadczenia niezaliczone do gwarantowanych są opłacane przez pacjenta, należy wywnioskować, że WOW NFZ daje przyzwolenie świadczeniodawcom AOS na pobieranie opłat za wystawienie recepty. Czyżby o to chodziło?! I czy to kolejny sposób funduszu na oszczędności?

## 40-lecie ukończenia studiów

Absolwenci  
Wydziału Lekarskiego  
Akademii Medycznej  
w Poznaniu  
1967–1973

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie w dniach 12–13 października 2013 r. w Park Hotelu nad Maltą w Poznaniu  
Szczegółowe informacje: [krystyanaterdworzecka@interia.pl](mailto:krystyanaterdworzecka@interia.pl)  
Telefonicznie:

Krystyna Nater-Dworzecka  
61 87 89 477 lub 505 107 642  
Maria Bauta-Babst: 601 727 564  
Grażyna Drygalska: 606 979 110



**PROGRAM REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE



**IKB**  
Leasing



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO





**Inicjatywa JEREMIE**  
dla rozwoju innowacyjnej Wielkopolski

Jeśli:

- prowadzisz działalność w sektorze medycznym,
- planujesz zakup aparatury medycznej,
- poszukujesz środków na sfinansowanie inwestycji

**Inicjatywa Jeremie jest właśnie dla Ciebie!**



**IKB**  
Leasing

Twój Partner w finansowaniu aparatury medycznej!

[www.jeremie.com.pl](http://www.jeremie.com.pl)    [www.ikb-leasing.pl](http://www.ikb-leasing.pl)

*Finansowanie branży medycznej*

**IKB Leasing Polska Sp. z o.o.**  
Pl. Andersa 3, Andersia Tower, 61-894 Poznań

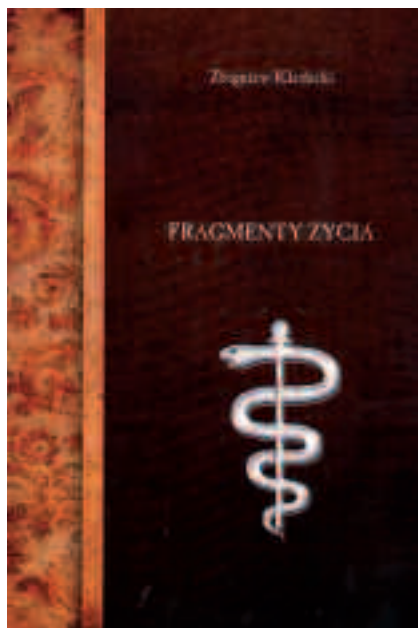
**tel. kom.: +48 607 275 401**  
**infopoznan@ikb-leasing.pl**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Budżetu Państwa w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013

## Nasza recenzja

# Fragmenty życia

**K**siążeczka „Fragmenty życia” dr. Zbigniewa Kledeckiego to niezwykle ciekawa lektura. Przybliży czasy przedwojenne i dzieciństwo autora z kolorowymi wspomnieniami: szkołą podstawową, szczęśliwe lata w Puszczykowie, kolejkę górską na Powszechną Wystawie Krajowej w Poznaniu, bal w Sali Białej „Bazaru” i mazur tańczony z siostrą Daną, nagrodzony oklaskami, pogrzeb Dmowskiego, wreszcie wojna... Kampania wrześniowa widziana oczami niespełna osiemnastoletniego człowieka, wysiedlenie, pobyt na wsi, ciężka praca w gospodarstwie i na polu, łapanka, wywóz na roboty przymusowe w III Rzeszy, wyzwolenie, w polskiej armii jako czołgista... Interesujące są wspomnienia ze studiów, zwyczajnie, jakie wówczas panowały w klinikach, dy-



plom, praca lekarza, małżeństwo, wreszcie Kalisz, miasto, z którym autor związany jest do dziś.

„Fragmenty życia” pokazują dr. Kledeckiego jako człowieka niespokojnego, zorganizowanego, zawsze czynnego, ciekawego życia; nie tylko jako lekarza, ale podróżnika, posła na Sejm, filatelistę, aktywnego członka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. We wszystko, co robił, angażował się bez reszty, nigdy powierzchownie, przeciętnie, jak wtedy, gdy występował w parlamencie czy wystawiał swoje zbiory filatelistyczne oraz zbierał za nie nagrody lub wydawał kaliskiego „Aesculapiusa”, który z pewnością należy do intelektualnych osiągnięć samorządu lekarskiego.

Bardzo zajmująca lektura, przyczynek do losów polskich lekarzy. Poza tym – czyta się świetnie.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

# ROCZNIK 1978



POZNAŃ  
28 września 2013 r.

## ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

### PROGRAM ZJAZDU

- godz. 12.00 msza św. w kościele oo. Dominikanów,  
al. Niepodległości, Poznań
- godz. 13.30 spotkanie w sali wykładowej  
im. Różyckiego (Sala Czarna)  
Collegium Anatomicum, ul. Święcickiego 6, Poznań
- godz. 20.00 bankiet w Hotelu IBB Andersia, pl. Andersa 3, Poznań

**KOSZT ZJAZDU** 470 zł (nie obejmuje noclegu)

### BIURO ORGANIZACYJNE

Termedia sp. z o.o.  
ul. Kleeberga 2  
61-615 Poznań

### INFORMACJI UDZIELA

Anna Borowiak  
e-mail: a.borowiak@termedia.pl  
tel.: 507 117 101

**WSZYSTKICH ABSOLWENTÓW  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W POZNANIU**

**– ROCZNIK 1978**

**ZAPRASZAMY 28 WRZEŚNIA 2013 R.**

**NA ZJAZD Z OKAZJI JUBILEUSZU**

**35-LECIA ZAKOŃCZENIA STUDIÓW**

WIĘCEJ INFORMACJI NA  
**WWW.TERMEDIA.PL**





**Serdecznie zapraszamy na obchody jubileuszu 100-lecia ortopedii polskiej. Przyjmujemy Państwa z wielkopolską gościnnością i dopełnimy wszelkich starań, aby godnie uczcić tę dostojną uroczystość.**

Rok 1913 był szczególny dla polskiej ortopedii – 3 kwietnia rozpoczął działalność Poznański Zakład Ortopedyczny im. Bronisława Saturnina Gąsiorowskiego. Była to pierwsza na ziemiach polskich placówka ortopedyczna. Po dziesięciu latach, dzięki staraniom gen. bryg. prof. Ireneusza Wierzejewskiego, została przekształcona w Uniwersytecką Klinikę Ortopedyczną. W ten oto sposób, przed stu laty w stolicy Wielkopolski, będącej pod zaborem pruskim, ortopedia stała się samodzielną dziedziną medycyny i nauki. Kolejnym kamieniem milowym rozwoju ortopedii, według I. Wierzejewskiego „najmłodszej córki chirurgii”, stało się założenie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i wydanie pierwszego numeru „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej”.

W procesie powstawania ortopedii nie bez znaczenia jest fakt zaborów, jakich Polska wówczas doświadczała. Rozwijająca się świadomość patriotyczna, tradycja pracy organicznej oraz wzorce pochodzące z ośrodków zagranicznych państw lepiej rozwiniętych, w tym również zaborczych, stały się podstawą tworzenia własnej struktury opieki nad chorymi, osobami kalekimi. Wybitne wzorce pochodziły z niedalekiego Berlina, w którym prof. Konrad Biesalski prowadził Berlińsko-Brandenburski Zakład Lecznico-Wychowawczy dla Kalek. W ten oto sposób niesprzyjające uwarunkowania polityczne zostały wykorzystane dla czerpania wzorców, które miały stworzyć nowoczesne struktury opieki zdrowia w rodzącej się Polsce. Odzyskanie niepodległości i zwycięskie powstanie wielkopolskie pozwoliły na dynamiczny rozwój tej młodej dziedziny klinicznej w całym kraju. Powstałe wówczas ośrodki ortopedyczne do dziś są wiodącymi placówkami o ogromnym znaczeniu klinicznym, naukowym i dydaktycznym. Polska ortopedia jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny. Przez stulecie swojego istnienia ortopedia polska odniosła wielkie zasługi w walce z inwalidztwem i niepełnosprawnością powstałymi w wyniku urazów, wad wrodzonych i chorób przewlekłych. Wiele z nich, w związku ze zmianą sytuacji demograficznej, staje się najistotniejszymi problemami społecznymi. Ich rozwiązywanie gwarantowane jest nie tylko na drodze działań profilaktyczno-leczniczych, lecz także poprzez zapewnienie kształcenia młodych kadr specjalistycznych. Pomimo ogromnej liczby obowiązków, wiedzy i powinności, współcześni ortopedzi muszą pamiętać o swoich początkach, ojcach ortopedii i źródłach jej powstania. Temu służyć ma jubileusz 100-lecia ortopedii polskiej organizowany przez Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

**prof. dr hab. Leszek Romanowski**  
**prof. dr hab. Marek Jóźwiak**

## Okiem eksperta

**Na co należy zwrócić uwagę, kupując obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej lekarza?**

Ubezpieczenie obowiązkowe jest chyba jedynym ubezpieczeniem, gdzie wystarczy kierować się kryterium ceny. W wypadku tego rodzaju ubezpieczenia wszyscy ubezpieczyciele zobowiązani są do zaoferowania dokładnie takich warunków, jakie zostały określone w stosownym akcie prawnym, czyli rozporządzeniu ministra finansów.

Jest to jeden z nielicznych wypadków ubezpieczenia, kiedy nie musimy porównywać warunków, sprawdzać, jaki jest zakres ubezpieczenia czy też, jakie zdarzenia nie są objęte ochroną. Każdy ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczenie ściśle odpowiadające rozporządzeniu ministra. O naszym wyborze może zatem decydować wyłącznie cena.

Zmiana ubezpieczyciela w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC nie powoduje żadnych niedogodności. Jeśli przedłużymy ubezpieczenie w terminie, zachowamy jego ciągłość i nie powstanie żadna luka w ochronie.

Radzimy zatem przed zakupem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy sprawdzić cenę aktualnego ubezpieczyciela i porównać ją z konkurencyjną ofertą.

**Alexander Konopka**  
**prezes Gras Savoye Polska**  
**broker ubezpieczeniowy**

**KUPUJESZ UBEZPIECZENIE  
OC LEKARZA?**

**NIE PRZEPLĄCAJ  
SPRAWDŹ NAS**

**PROFESJONALNI  
DORADCY  
UBEZPIECZENIOWI**

**GS MED.PL**

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

 tel.: +48 22 458 56 62

Oferta specjalna  
dla lekarzy  
zrzeszonych w WIL

## Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

## Żenada

Zawsze płynął statecznie,  
Choć nosiły wiatry.  
Natęzał całą energię:  
Być pierwszym, nie ostatnim!  
Stosował jasne zasady  
I był zawsze fair –  
Wiedział, dokąd podąża,  
Mocno dzierząc ster.  
A dziś zapytuje siebie,  
Stąpając po tej Ziemi:  
Jestem z innej planety,  
Że muszę się rumienić?

**ZPLR GOS-MED**  
w Gostyniu  
ul. Graniczna 4  
podejmie współpracę

**z lekarzem  
lub lekarzem  
pediatrą**

(w trakcie specjalizacji)  
w poradni POZ.  
Warunki pracy do uzgodnienia.  
Informacje pod numerem 501 627  
900 lub 501 797 999

**Sprzedam przenośny  
USG Mindray DP 2200**

Głowica liniowa 38 mm  
Drukarka Mitsubishi El. P93E  
Kupiony 02.2010, mało używany  
tel. 608 281 792, 612 922 164



**WIELKOPOLSKA  
IZBA LEKARSKA**

**BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY  
PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU**

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

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

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

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

**ADRESY DELEGATUR  
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:**

**DELEGATURA W KALISZU**

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64  
przewodniczący – lek. dent. Jacek Zabielski  
tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908  
sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk  
[wikalisz@neostrada.pl](mailto:wikalisz@neostrada.pl)

**DELEGATURA W KONINIE**

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

**DELEGATURA W LESZNIE**

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

**DELEGATURA W PILE**

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2  
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska  
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec  
tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910  
[pila@wil.org.pl](mailto:pila@wil.org.pl), [www.delegaturapilska.poznet.pl](http://www.delegaturapilska.poznet.pl)

**DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA**

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A  
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak  
tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

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

**Na zlecenie WIL wydany przez**

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

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



# ultrasonografy.pl



Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów Wydziału Lekarskiego,  
rocznik 1997–2003  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu  
serdecznie zaprasza na spotkanie koleżeńskie

## z okazji 10-lecia uzyskania dyplomu lekarza

które odbędzie się w dniu 28 września 2013 roku  
o godz. 20.00 w restauracji Piano Bar Restaurant & Cafe w Starym  
Browarze, ul. Półwiejska 42 w Poznaniu.

Koszt spotkania 210,00 zł/osobę  
Uprzejmie prosimy od dokonanie rejestracji  
na odpowiedniej podstronie, a następnie wpłatę na konto  
Bank PKO BP nr 16102041440000690201605823  
do 15 sierpnia 2013. W tytule przelewu należy podać imię i nazwisko, także panieńskie oraz dopisek „opłata za zjazd koleżeński wrzesień 2013”.

W razie pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z komitetem organizacyjnym  
Magdalena Urbaniak (Filipiak) magdalenaurbaniak@tlen.pl  
Marta Pawlak (Włodarczyk) martapawlak007@gmail.com  
Joanna Dudzińska (Michalska) asiamich@wp.pl  
Agnieszka Wencel-Warot agawa78@o2.pl  
Joanna Napierała (Kielczewska) joannakiel@poczta.onet.pl  
Marysia Buczyńska (Górna) marybg@tlen.pl  
Piotr Czarnecki piotr\_czarnecki@tlen.pl

## BIURO RACHUNKOWE mgr Zofia Szczerkowska

60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14  
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255  
e-mail: [biuro@filobiuro.pl](mailto:biuro@filobiuro.pl), [www.filobiuro.pl](http://www.filobiuro.pl)

Szpital Aresztu Śledczego  
w Poznaniu

poszukuje

**lekarzy  
chętnych do pracy  
w Oddziale  
chorób wewnętrznych**

oraz

Psychiatrii Sądowej

Osoby zainteresowane proszę  
o kontakt z dyrektorem szpitala  
pod numerem telefonu: 61 85 68 420

## Wynajmę gabinetów lekarskich w Pile na bardzo dobrych warunkach

Powierzchnia gabinetów  
wraz z pomieszczeniami  
socjalnymi 98,14 m<sup>2</sup>

Zainteresowanych  
proszę o kontakt  
tel. 603 619 621  
[barbara.benke@grupasokal.pl](mailto:barbara.benke@grupasokal.pl)

POZ w Poznaniu szuka  
**lekarza  
internisty**  
na zastępstwo w okresie  
wakacyjnym.  
Tel. 502 380 945.

NZOZ w Ostrowie Wlkp.  
zatrudni  
**lekarza rodzinnego  
lub internistę**  
do pracy w POZ na cały etat  
tel. 692 453 598; 62 736 2352

## PEDIATRA

szuka pracy  
na terenie Poznania  
603 503 585

**Lekarz rehabilitacji  
nawiąże współpracę**  
na terenie Poznania lub okolic.  
Kontakt: [rehabilitacja1@onet.eu](mailto:rehabilitacja1@onet.eu)  
lub 509 099 502

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie  
ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan  
**zatrudni lekarzy**

**specjalistów medycyny rodzinnej  
lub chorób wewnętrznych lub pediatrii  
do pracy w Poradni Lekarza Rodzinnego  
w Śmiglu**

Bliższych informacji udziela dyrektor SP ZOZ w Kościanie  
tel. 65 512 16 40, faks 65 512 07 07

**Firma  
P.H. SASMAN  
ADAM SASSEK  
TRANSPORT  
MEDYCZNY**

## zatrudni lekarzy

tel. 506 157 585

**Sprzedam  
lub wynajmę**

**1/2 udziału  
w gabinecie  
stomatologicznym  
z 20-letnią praktyką**

w przeszłości  
10-letni  
kontrakt z NFZ

tel. 601 725 713

## Gabinety lekarskie na wynajem wysoki standard w pełni wyposażone

lokalizacja: Poznań – Północ  
Tel. 608 537 814



# XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB

## 14 września w Wieleniu nad Notecią

przeprowadzone zostaną: XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB. O tytuły Mistrza Polski lekarze będą rywalizować na dystansie MEGA 57 km w odpowiednich kategoriach wiekowych.

Odbędzie się również klasyfikacja na dystansie MINI 34 km.

Pozostali medycy, czyli pracownicy z dyplomami medycznymi oraz studenci kierunków medycznych rywalizować będą w klasyfikacjach open na dystansach MINI i MEGA:

Na dystansie Giga dla lekarzy i medyków zostanie rozegrana konkurencja medyczna, jeśli do 26 sierpnia przynajmniej pięć osób zgłosi się na internetowej liście zgłoszeń i opłaci wpisowe.

Lekarze i medycy niezależnie od branżowych kategorii biorą udział w ogólnej klasyfikacji Michałków 2013. Wszelkie informacje na temat trasy, regulamin, program zawodów, lista zgłoszeniowa itp. na

**[www.maraton.wielen.pl](http://www.maraton.wielen.pl)**

**Podczas rejestracji lekarze i medycy proszeni są o zgłoszenie się do zawodów branżowych!**

Czeka na Was piękna okolica, ciekawa trasa (w tym roku niespodzianka: jedziemy „pod prąd”), pamiątkowe gadzety, koszulki MP, puchary, mnóstwo nagród, również w tomboli. Uzupełnicie Wasze straty energetyczne zarówno na trasie, jak i za metą, obiecuję m.in. słynne drożdżówki. Na stadionie będą zorganizowane zawody dla dzieci, by się nie nudziły, gdy tatusiowie i mamusi walczyć będą na trasie. Dla nich także przewidziano wiele nagród z wysokiej klasy rowerem na czele.

**To będą jubileuszowe X Michałki. Wszyscy, którzy ukończą swój wyścig, otrzymają pamiątkowe medale.**

Zapraszam serdecznie w imieniu organizatorów  
**Tomasz Kaczmarek**