

01 · 2012

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

TEMAT NUMERU s. 10

KONTRAKTY 2012

JAK DŁUGIE BĘDĄ
KOLEJKI
PACJENTÓW?



USTAWA REFUNDACYJNA
**Zawieszenie
broni**

| s. 6

RAPORT
**POZ, czyli klucz
do systemu**

| s. 42

PRAWO
**Kalendarium lekarza
przedsiębiorcy**

| s. 46



Winni informatycy?

Najważniejszą sprawą w kłopotliwych sytuacjach jest znalezienie winnego. Ulubionymi bohaterami dowcipów na ten temat byli zwykle cykliści. Wydarzenia ostatnich tygodni spowodowały, że mam uzasadnione podejrzenie o spisek informatyków w ochronie zdrowia. Lekarze i placówki medyczne, realizujący kontrakty z NFZ, musieli przyzwyczaić się do tego, że wszystkie sprawozdania i rozliczenia odbywają się poprzez „portal świadczeniodawcy”. Młodzi lekarze, jeżeli pozwala im na to czas, znają się na tyle na komputerach i stosownych programach, że wykonują te czynności sami. Ci nieco starsi, lub bardziej zajęci, korzystają z pomocy informatyków. Podczas dyskusji nad bulwer-

ującym środowisko lekarskie projektem nowej ustawy refundacyjnej, a potem w czasie protestów związanych z zapisami uchwalonej – mimo sprzeciwu samorządu lekarskiego – ustawy, wielokrotnie wskazywano, że najprostszym rozwiązaniem

byłoby jego prawo do leczenia na koszt NFZ. Po drugie, w program podobny do tego, który posiada każda apteka – sprawnie wskazujący na rodzaj odpłatności za konkretny lek, ordynowany w danej chorobie. Czy taka jest nasza przyszłość?

Najprostszym rozwiązaniem byłoby zainstalowanie w każdym gabinecie lekarskim komputera wyposażonego w odpowiednie programy.

byłoby zainstalowanie w każdym gabinecie lekarskim komputera wyposażonego w odpowiednie programy. Po pierwsze, w program umożliwiający identyfikację pacjenta i sprawdza-

jąc jego prawo do leczenia na koszt NFZ. Po drugie, w program podobny do tego, który posiada każda apteka – sprawnie wskazujący na rodzaj odpłatności za konkretny lek, ordynowany w danej chorobie. Czy taka jest nasza przyszłość?

niowych. Czyli przywołani na początku informatycy nie są wystarczająco skuteczni. Wiemy, że cyfryzacja jest nieunikniona, mamy osobne i ważne ministerstwo. A na koniec poważnie. Dawno lekarze nie byli tak zjednoczeni, jak w proteście przeciwko ustawie refundacyjnej i projektowi rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Wizyta ministra Arłukowicza na posiedzeniu NRL, przedstawienie rozporządzenia spełniającego część naszych postulatów oraz obietnica udziału samorządu lekarskiego w stanowieniu prawa spowodowały, że protest zawieszono. Pan minister odechnął z ulgą, a my czekamy teraz, aby spełnił obietnicę.

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

MIGAWKA



FOT.: RYSZARD GOŁAŃSKI

Gościem Naczelnej Rady Lekarskiej był 16 grudnia minister Bartosz Arłukowicz. Rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, uwzględniające część postulatów lekarzy, oraz deklaracja ministra co do udziału samorządu lekarskiego w poprawianiu prawa medycznego spowodowały, że NRL zawiesiła protest dotyczący wypisywania recept. (WIĘCEJ NA S. 6)



OKIEM PREZESA

Nowy minister zdrowia Bartosz Arłukowicz przyjął nasze zaproszenie i po trzech tygodniach urzędowania przyjechał na posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej. Zabiegaliśmy o to spotkanie, licząc, że przedstawi nam propozycje zmian w przepisach dotyczących zasad refundacji. Domagaliśmy się zmiany zapisów ustawy refundacyjnej i ograniczenia biurokracji, jaka została nałożona na lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce. Dwa tygodnie przed przyjazdem ministra, na nadzwyczajnym posiedzeniu NRL, podjęliśmy uchwałę o stosowaniu od stycznia na receptach wpisu: „Refundacja do decyzji NFZ”. Po wysłuchaniu argumentów przedstawionych przez ministra zawiesiliśmy tę decyzję do czasu zbliżającego się Krajowego Zjazdu Lekarzy, czyli do 25 lutego 2012 r. Myślę, że to wystarczający czas na sprawdzenie intencji i możliwości Ministerstwa Zdrowia. Nad zmianami legislacyjnymi przez te dwa miesiące ma pracować wspólny zespół samorządowo-ministerialny. Naczelna Rada Lekarska wybrała już osoby,

które będą uczestniczyć w pracach zespołu.

Nade wszystko podkreślę, że mimo zawieszenia uchwały nie zamierzamy rezygnować z walki o ograniczenie obowiązków administracyjnych narzucanych lekarzom. Jak napisałem do wszystkich lekarzy po posiedzeniu Rady, zdaję sobie sprawę, że cierpliwość naszego środowiska jest już bardzo ograniczona. Apeluję jednak, abyśmy mimo to spróbowali rozwiązać stworzone niewłaściwymi przepisami problemy w drodze współpracy, dla dobra naszych pacjentów. Wyjątkowa mobilizacja i jednomyślność Koleżanek i Kolegów w proteście przeciwko represyjnej biurokratyzacji naszej pracy powinny być też zrozumiałym sygnałem dla polityków. Te przepisy muszą szybko ulec zmianie. Jakiegokolwiek informacje sugerujące, że godzimy się na wprowadzane przepisy są nieprawdziwe. Zgody na nie być nie może i nie będzie. Jeżeli nasze postulaty nie będą uwzględniane, protest powróci ze zdwojoną siłą, a politycy utracą resztki zaufania.

Kilkakrotnie byłem pytany, jak będzie wyglądała od stycznia lista leków refundowanych. Pytanie całkowicie zrozumiałe, choć nie bezpośrednio do mnie, gdyż

od nowego roku ta lista jest ogłaszana poprzez obwieszczenie ministra zdrowia, a nie – jak dotychczas – w rozporządzeniach. Mechanizm jest tak skonstruowany, aby móc te zmiany wprowadzać jak najszybciej, bez ograniczeń typowych dla procesu legislacyjnego. W momencie zamknięcia tego wydania „Gazety Lekarskiej” jeszcze takiego wykazu nie mieliśmy, choć minister Arłukowicz na spotkaniu 16 grudnia obiecywał, że nie zostaniemy nim zaskoczeni w noc sylwestrową. Podobne obietnice dotyczyły samej taksacji i nałożenia na nas obowiązku pisania na receptach procentu refundacji. Dostaliśmy obietnicę ministra, zawartą podobno w projekcie rozporządzenia, że jeśli taksacji nie określi lekarz – zrobi to za niego aptekarz. Sam słyszałem na konferencji prasowej od prezesa NFZ zapewnienie, że nawet jeśli lekarz napisze „refundacja do decyzji NFZ”, recepta na lek refundowany i tak zostanie zrealizowana. Mają też być spełnione nasze oczekiwania co do wypisywania recept „pro auctore” i „pro familia”, bez stosowania pełnej dokumentacji. I wreszcie to, co spędzało nam sen z powiek – odpowiedzialność za ubezpieczenie zdrowotne pacjenta wynikająca

z obowiązku określonego w art. 48 pkt 8. Ma być zastąpiona zobowiązaniem pacjenta do składania oświadczenia, że jest ubezpieczony.

W jedną z grudniowych niedziel przyjąłem zaproszenie i pojechałem do Tarnowa na koncert, w którym lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, laboranci, studentki pielęgniarstwa i inni przez cztery i pół godziny prezentowali swój talent na koncercie charytatywnym. Cel był szczytny: zbieranie pieniędzy na budowę hospicjum. Umiejętności pianistyczne zaprezentował doktor Antoni Sydor, który wymyślił ten koncert, zainspirowany zorganizowanym w ubiegłym roku w kwietniu wydarzeniem muzycznym w Teatrze Roma. Wówczas zaangażowały się w organizację Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelna Izba Lekarska, teraz współorganizatorami były tarnowski oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie, a także tamtejsza Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. Występy ponad 40 artystów, z których połowa to lekarze, na rzecz budowy hospicjum umocniły moje przekonanie, że jesteśmy bardzo humanitarnym zawodem i potrafimy jeszcze mieć w sobie wiele wiosny, którą wystarczy lekko pobudzić.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-9..... Ustawa refundacyjna
Zawieszenie broni
- 10-17..... Temat miesiąca
Kontrakty 2012: Szaleńczy wyścig z czasem
Specjalista to specjalista
- 18..... Obserwacje
Jak nie kryzys, to reforma
- 20-21..... Rozmowa o zdrowiu
Najlepszym lekiem jest dotyk
- 22..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 23..... Nasi w Europie
Konstanty Radziwiłł
- 24-25..... Rozmowa o samorządzie
Nie tylko rejestry lekarzy
- 26-28..... U stomatologów
Nie ograniczajmy dostępu do wiedzy
Trzeci wymiar stomatologii
- 29..... Moim zdaniem
Noworoczne postanowienia
- 30-31..... Indeks korzyści
Magia medycyny
- 32-34..... Wydarzenia
Uzależnieni lekarze
Zdrowie w słowie
- 35..... Listy do redakcji
- 36-39..... **Biuletyn NRL**
- 40-41..... Profilaktyka
Bezsenne noce
- 42-43..... Raport
POZ, czyli klucz do systemu
- 44-46..... Prawo
Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne (2)
Kalendarium lekarza przedsiębiorcy
- 47..... Felieton
Rzeczywistość równoległa
- 48-55..... Ogłoszenia, reklama
- 56-58..... Kultura i medycyna
Jubileusz „Medici Pro Musica”
Królowa Snieżka polskiej gastronomii „Być lekarzem, by ulżyć cierpieniu bliźniego”
- 59..... Sport i medycyna
Z rakieta po mistrzostwo
- 60..... Komunikaty
- 61..... Epikryza
Deregulacja
- 62..... Jolka lekarska

Zawieszenie broni

== MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK ==

== KATARZYNA STRZAŁKOWSKA ==

Po wysłuchaniu propozycji
ministra zdrowia
Bartosza Arłukowicza,
16 grudnia Naczelna Rada
Lekarska podjęła decyzję
o zawieszeniu protestu.



FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI

zenie

Dalsze decyzje podejmie Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się 25 lutego br. Do tego czasu pracę rozpoczną powołany przez NRL dziewięcioosobowy zespół ds. współpracy z ministrem zdrowia w zakresie niezbędnych zmian w ustawie refundacyjnej i innych aktach prawnych.

Refundacja do decyzji NFZ

Przypomnijmy, że 2 grudnia, na swoim nadzwyczajnym posiedzeniu, Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę wzywającą lekarzy i lekarzy dentyistów, by z chwilą wejścia w życie ustawy refundacyjnej powstrzymywali się od orzekania o uprawnieniach pacjentów do receipt refundowanych oraz od wpisywania poziomu odpłatności za leki refundowane (mieli zamieszczać na receptach adnotację „refundacja do decyzji NFZ”).

Podjęcie uchwały poprzedziła bardzo burzliwa dyskusja z udziałem posłów, senatorów, przedstawicieli

różnych organizacji lekarskich, Ministerstwa Zdrowia, NFZ i Rzecznika Praw Obywatelskich.

– Kilkadziesiąt tysięcy lekarzy mówi tej ustawie „nie”. Minał już czas na jej poprawę, trzeba zmienić jej ustrój i filozofię – rozpoczął dyskusję prezes NRL Maciej Hamankiewicz.

– Ta ustawa jest przykładem złej pracy legislacyjnej. Była procedowana w tzw. pakiecie ustaw zdrowotnych. Tempo ich uchwalania było nieporównywalne z innymi ustawami, a to zawsze odbija się na jakości stanowionego prawa – przypomniał wicemarszałek Senatu Stanisław Karczewski, z zawodu lekarz. Jedyne logiczne rozwiązanie, jak podkreślił, byłoby wydłużenie do 1 stycznia 2013 r. *vacatio legis* dla całej ustawy lub przynajmniej jej dwóch artykułów – 48 i 58 oraz ponowne rozpatrzenie tej ustawy. Dlatego zaapelował do posłów Platformy Obywatelskiej o błyskawiczne wniesienie poselskiego projektu nowelizacji.

Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL, przedstawił stanowisko związku, zawarte w haśle: „My leczymy, a Oni (czyli NFZ) refundują”. – Wnioskujemy, żeby wykreślić z ustawy i rozporządzeń wszystkie przepisy, które przewidują, że lekarz weryfikuje, czy pacjent ma uprawnienia do leków refundowanych oraz wskazuje stopień refundacji. Drugi nasz postulat dotyczy natychmiastowego wykreślenia tzw. krótkiej ścieżki karania lekarza czy świadczeniodawcy za wystawienie niewłaściwej, w opinii NFZ, recepty, czyli wykreślenia art. 48 ustawy >>



W nadzwyczajnym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej 2 grudnia uczestniczyli posłowie, senatorowie, przedstawiciele różnych organizacji lekarskich, resortu zdrowia, NFZ i Rzecznika Praw Obywatelskich. Zabrakło tylko ministra Bartosza Arłukowicza, który był tego dnia w Brukseli.

refundacyjnej – poinformował Krzysztof Bukiel. I zapowiedział, że jeśli nic się w tej kwestii nie zmieni, od 1 stycznia 2012 r. lekarze nie będą wypisywać recept refundowanych. Będą wystawiać recepty, na których postawią stempel z napisem „Refundacja leku do decyzji NFZ”.

W imieniu 10-tysięcznej rzeszy lekarzy z forum internetowego Konsylium24.pl wystąpiła m.in. Agata Wojdalska-Śledzińska. – Dołożenie lekarzowi kolejnych biurokratycznych czynności tak naprawdę okrada chorego. Nie godzimy się na to, abyśmy w czasie, kiedy powinniśmy się pochylić nad chorym, musieli dobierać kody uprawnień, myśleć o tym, ile kosztują leki, czy weryfikować ubezpieczenie. Nie godzimy się na pozorowane poprawki i korekty, bo tę ranę należy leczyć chirurgicznie, a nie przykrywać opatrunkiem – grzmiała.

Minister był w Brukseli

Nastroje lekarzy próbował uspokoić Artur Fałek, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ, zastępujący na nadzwyczajnym posiedzeniu NRL ministra Bartosza Arłukowicza (2 grudnia prowadził spotkanie ministrów zdrowia państw członkowskich UE w Brukseli). Dyrektor Fałek przypomniał, że głównym celem ustawy refundacyjnej jest określenie prawidłowych relacji między wszystkimi stronami, które uczestniczą w rynku leków refundowanych. Dotyczy więc przede wszystkim przemysłu farmaceutycznego, sposobu aplikowania o refundację ze środków publicznych, realizacji recept oraz rozliczeń między aptekami a NFZ. Odnosząc się do kwestii odpowiedzialności lekarzy za wystawianie recept,

Dołożenie lekarzowi kolejnych biurokratycznych czynności tak naprawdę okrada chorego.

dyr. Fałek stwierdził, że lekarz, wypisując receptę na leki refundowane, „uruchamia środki publiczne”. – Dla NFZ recepta jest dokumentem rozliczeniowym. Jest traktowana tak jak czek bankowy, bo nie ma innego dokumentu, który mógłby taką funkcję pełnić. Dlatego Fundusz przywiązuje taką wagę do jakości recept – podsumował.

Dyskusję przerwał Jerzy Jakubiszyn, przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, który zaproponował przeprowadzenie głosowania nad projektami: uchwały w sprawie postępowania lekarzy po wejściu w życie ustawy refundacyjnej, apelu do Rzecznika Praw Obywatelskich o złożenie wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zbadania zgodności ustawy refundacyjnej z Konstytucją RP oraz stanowiska w sprawie zaleceń dotyczących zawierania po 1 stycznia 2012 r. umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszystkie dokumenty zostały przez NRL przyjęte (ich treść na www.nil.org.pl).

Za zamkniętymi drzwiami

16 grudnia doszło do kolejnego posiedzenia NRL, tym razem z udziałem ministra Bartosza Arłukowicza. Rozmowy z ministrem odbywały się

przy drzwiach zamkniętych. Za nimi kłębiły się tłumy dziennikarzy czekających na rozstrzygnięcia w sprawie protestu lekarzy.

Minister przedstawił wzory dwóch komunikatów, które – jak podkreślił – zamierzał wydać wspólnie z prezesem NFZ. Pierwszy dotyczył interpretacji wyrażenia „udokumentowane względy medyczne”, zawartego w ustawie o refundacji. Według samorządu posługiwanie się nieprecyzyjnymi terminami, takimi jak „recepta nieudokumentowana względami medycznymi”, pozostawia dowolność interpretacji NFZ, w szczególności niczym nieuzasadnionych wymagań w zakresie dokumentowania rozpoznania choroby przewlekłej przez drugiego lekarza. Minister podkreślił, że „udokumentowane względy medyczne” będą zinterpretowane w komunikacie jako wpisanie rozpoznania choroby w języku polskim do dokumentacji medycznej prowadzonej zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. – Natomiast zakres rozpoznania choroby należy wyłącznie do kompetencji lekarza – przypomniał.

Drugi komunikat dotyczył interpretacji zapisu ustawy refundacyjnej, zgodnie z którą potwierdzenie objęcia pacjenta ubezpieczeniem zdrowotnym ma się odbywać poprzez złożenie przez niego pisemnego oświadczenia, że jest zgłoszony do ubezpieczenia. Samorząd protestował przeciwko nakładaniu na lekarzy i lekarzy dentystów obowiązku weryfikacji uprawnień pacjenta i domagał się nowelizacji ustawy refundacyjnej. Minister Arłukowicz przekonywał jednak, że na razie nie jest to konieczne.

WARTO WIEDZIEĆ

Jakich argumentów użył minister zdrowia

Podstawą do podjęcia decyzji NRL były propozycje rozwiązań, które 16 grudnia złożył Radzie minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, czyli:

- wydania przez ministra zdrowia i prezesa NFZ wspólnego komunikatu wyjaśniającego za-

warte w ustawie refundacyjnej sformułowanie „udokumentowane względy medyczne”;

- wydania przez ministra zdrowia i prezesa NFZ wspólnego komunikatu dotyczącego możliwości potwierdzenia przez pacjenta faktu objęcia ubezpie-

czaniem zdrowotnym poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

- wydania rozporządzenia w sprawie recept, w którym będą zapisy dotyczące prowadzenia ograniczonej dokumentacji medycznej

w związku z wystawianiem recept „pro auctore” i „pro familia”.

Minister zapowiedział również wprowadzenie korzystniejszych dla lekarzy i przejrzystych rozwiązań w zakresie oznaczania na receptce poziomu refundacji leku.

– Komunikaty nie mają żadnej mocy prawnej. Chciałbym wiedzieć, czy jest wykreślenie zapisu ustawowego, czy go nie ma – zdenerwował się szef OZZL Krzysztof Bukiel.

Kolejne propozycje ministra dotyczyły zapisów rozporządzeń, które zostały już ponoć przez niego podpisane, ale nie trafiły jeszcze do konsultacji społecznych. Jedną z zaproponowanych zmian dotyczy wypisywania recept „pro auctore” i „pro familia” – lekarz wystawiający je nie będzie zobowiązany do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej (to rozwiązanie zaproponowała NRL). Kolejna zmiana wprowadza korzystniejsze dla lekarza zasady taksacji. Minister zaznaczył, że w przypadku niewypisania lub wypisania niewłaściwej taksacji sprawdzi ją aptekarz i recepta zostanie zrealizowana. Dodał, że rozporządzenie o receptach w takim kształcie zostało podpisane w przeddzień jego wizyty w NIL, samorząd nie miał więc szans,

***Dla NFZ recepta
jest dokumentem
rozliczeniowym. Jest
traktowana tak jak czek
bankowy.***

by zapoznać się z nowymi zapisami. Z pewnością znał je prezes NFZ Jacek Paszkiewicz, który na konferencji prasowej wyraźnie zaznaczył, że „pieczęćka niczego nie zmienia”.

– Jestem przygotowany na każdą ewentualność – stwierdził Bartosz Arłukowicz tuż przed głosowaniem NRL nad zawieszeniem uchwały z 2 grudnia. Za taką decyzją opowiedziało się 21 członków Rady, 19 było przeciw, a 10 wstrzymało się od głosu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz nie daje jednak za wygraną. „Jeżeli nasze postulaty nie będą uwzględniane, protest powróci ze zdwojoną siłą, a politycy utracą resztki zaufania” – napisał w liście do lekarzy po posiedzeniu Rady.

NRL obdarzyła ministra zaufaniem, jednak ostateczne decyzje podejmie Krajowy Zjazd Lekarzy. ☉

Kontrakty 2012: Szaleńczy wyścig z czasem



Aby złą tradycję stało się zadość, rozstrzygnięcie konkursów ofert i podpisywanie umów znów odbywało się w gorącym okresie przedświątecznym, w atmosferze pośpiechu i napięcia.

===== **MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK** =====

Jednak to nie Narodowy Fundusz Zdrowia był tym razem winny zamieszania z kontraktami, ale Ministerstwo Zdrowia, które zbyt późno znowelizowało rozporządzenia koszykowe, opóźniając tym samym przeprowadzenie niezbędnych konkursów ofert na świadczenie usług zdrowotnych w 2012 r.

Kiedy zamykaliśmy ten numer „GL”, konkursy nie były jeszcze rozstrzygnięte. Na ogłoszenie ich wyników i podpisanie umów, przynajmniej w głównych zakresach, większość oddziałów wojewódzkich NFZ dała sobie i świadczeniodawcom czas do końca grudnia. W pojedynczych oddziałach, np. mazowieckim i łódzkim, szpitalom zaproponowano przedłużenie

kończących się 31 grudnia 2011 r. umów z zakresu hospitalizacji do końca stycznia 2012. Umowy miały być podpisywane dopiero po Nowym Roku.

W regionach, gdzie Fundusz zawarł z placówkami medycznymi umowy wieloletnie, które nadal obowiązują, wystarczyło ustalić poziom finansowania świadczeń na 2012 r., podpisując stosowne aneksy. I przeprowadzić tylko konkursy uzupełniające. Taką strategię zastosowano m.in. na Opolszczyźnie, Pomorzu, Lubelszczyźnie, w województwach zachodniopomorskim i świętokrzyskim.

– W tym roku przeprowadzamy konkursy jedynie w czterech zakresach: stomatologii, psychiatrii, rehabilitacji i programach profilaktycznych.

Szpital i ambulatoryjna opieka specjalistyczna podpisały warunki finansowania na 2012 r. – informował na początku grudnia Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ.

Na Pomorzu ogłoszono kilkanaście postępowań konkursowych, o „marginalnym”, w ocenie Funduszu, znaczeniu. – Dotyczą wyłącznie uzupełnień, konkursów o lokalnym charakterze, które np. zmuszeni byliśmy wcześniej odwołać ze względu na brak ofert. Takie konkursy przeprowadziliśmy w zakresie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, odrębnie kontraktowanych oraz w psychiatrii – relacjonowało biuro prasowe pomorskiego oddziału NFZ.

W dużych oddziałach urzędniczy jak zawsze mieli pełne ręce roboty. Na przykład na Śląsku na ogłoszony dwukrotnie (7 i 23 listopada) konkurs o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego wpłynęło w sumie ponad 800 ofert. 88 ofert zostało złożonych na leczenie szpitalne – chemioterapię, a 206 na leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne. Rozstrzygnięcie wszystkich konkursów zaplanowano tuż przed świętami Bożego Narodzenia, a umowy miały być podpisane „niezwłocznie”.

POZ: bez niespodzianek

Lekarze rodzinni nie mają chyba powodów do narzekania. W zgodnej opinii organizacji reprezentujących ich interesy, tym razem kontraktowanie przebiegało sprawnie. – Wszystko wskazuje na to, że po raz pierwszy od wielu lat będziemy mogli zakontraktować świadczenia na czas. Do tej pory udawało się to dopiero w styczniu, lutym, a nawet marcu – powiedziała „GL” Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

W planie finansowym na 2012 r. NFZ zarezerwował dla POZ 7 mld 550 mln 865 tys. zł. Lekarze liczyli co prawda na podniesienie stawki kapitałowej, która od trzech lat pozostaje na niezmiennym poziomie, jednak zdają sobie sprawę z kryzysu i cieszą się z tego, co udało im się wynegocjować do tej pory. A warto przypomnieć, że już we wrześniu 2011 r. NFZ podwyższył współczynniki wiekowe dla

Na ogłoszenie wyników konkursów ofert i podpisanie umów większość oddziałów wojewódzkich NFZ dała sobie i świadczeniodawcom czas do końca grudnia.

dzieci w wieku 0-6 lat (z 1,6 do 2,0 stawki bazowej u lekarza i z 1,3 do 2,0 u pielęgniarki) oraz u osób powyżej 65. roku życia (z 1,8 do 2,0 stawki bazowej u lekarza). Ta zmiana będzie obowiązywać również w tym roku. Ponadto w okresie wzmożonej zachorowalności na ostre infekcje górnych dróg oddechowych, czyli od stycznia do marca oraz od września do listopada, lekarze POZ będą mogli zarobić więcej. Stawka kapitałowa za każdego pacjenta wzrośnie wtedy o 10 proc. (ok. 80 groszy), ale pod warunkiem, że liczba chorych z ostrymi infekcjami przekroczy 30 proc. wszystkich przyjętych pacjentów. Nie wszyscy lekarze są z tego zadowoleni.

– Naszym zdaniem nie jest to rozwiązanie, które w odpowiedni sposób zapewni finansowanie tych świadczeń, ponieważ może się okazać, że ustalony na 30 proc. odsetek pacjentów zgłaszających się z infekcjami górnych dróg oddechowych jest zbyt wysoki. Może być jabłuszkiem, które wisi bardzo wysoko na drzewie – ocenia Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

„Nie” dla „chirurgii jednego dnia”...

Nie od dziś wiadomo, że nie zmienia się reguł w trakcie gry. Tymczasem NFZ je zmienił, pozbawiając kliniki jednego dnia możliwości wykonywania zabiegów niewymagających dłuższej hospitalizacji (np. usuwanie zaćmy, przepukliny, czy żylaków). Zrobił to, opierając się na znowelizowanym rozporządzeniu

ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 3 listopada 2011 r. (opublikowanym 15 listopada), które podwyższyło wymagania wobec placówek jednego dnia. Postawiło przed nimi

m.in. wymóg posiadania sali wybudzeń, samodzielnego bloku operacyjnego i stanowiska do znieczulenia ogólnego. Szanse na to, że do 1 stycznia 2012 r., kiedy te przepisy miały zacząć obowiązywać, oddziały

tw. chirurgii jednego dnia mogłyby się dostosować do nowych wymagań, były w grudniu bliskie zeru. Wymaga to bowiem nie tylko sporych nakładów finansowych, ale przede wszystkim czasu.

Ponadto prezes NFZ Jacek Paszkiewicz nie wydał na czas zarządzenia (w chwili zamykania tego numeru jeszcze go nie było), na podstawie którego dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu mogliby ogłosić konkursy dla placówek wykonujących jednodniowe zabiegi.

– W czterech województwach prezes NFZ ogłosił konkursy na



Lekarze rodzinni nie powinni mieć powodów do narzekania. W opinii organizacji reprezentujących ich interesy, tym razem kontraktowanie przebiegało sprawnie.

KOMENTARZ

Nie tylko okruszki z pańskiego stołu

Marek Wójcik, zastępca sekretarza generalnego Związku Powiatów Polskich:

Wciąż zastanawiam się, dlaczego podpisywanie umów odbywa się w gorącym okresie przedświątecznym, a nie wcześniej. Można by oszczędzić niepotrzebnych nerwów i organizacyjnego szaleństwa zarówno świadczeniodawcom, jak i urzędnikom NFZ. Czy jest to zamierzona strategia, czy skutek złej organizacji pracy w Funduszu? Raczej to drugie, przyczyniają się do tego m.in. sławetne zarządzenia prezesa NFZ dotyczące zasad kontraktowania. Świadczeniodawcy i dyrektorzy oddziałów



wojewódzkich Funduszu poznają je w ostatniej chwili i rozpoczynają się szaleńczy wyścig z czasem. W praktyce oznacza to, że setki urzędników próbują na bazie tych zarządzeń kleić aneksy do umów

lub przeprowadzać konkursy. Nervową atmosferę wprowadza też podpisywanie kontraktów co trzy lata. Wielu menedżerów, nie będąc pewnymi swojej sytuacji, działa zachowawczo i nie podejmuje działań rozwojowych. Może więc należałoby zawierać kontrakty co pięć lat, tak jak w ratownictwie medycznym? Z jednej strony ustabilizowałoby to system, z drugiej zachęcałoby np. do rozbudowy infrastruktury. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ są „panami życia i śmierci”, otwierają drzwi do publicznych pieniędzy, decydują, kto dostąpi przywileju kontraktowania, przesądzają, czy nowi świadczeniodawcy wejdą do systemu. Są też zakusy,

aby ograniczać liczbę świadczeniodawców. Widać to na przykładzie kontraktowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Limit określa, że kontrakt może dostać ten, kto w tygodniu zabezpiecza minimum 12 godzin świadczeń (trzy razy w tygodniu po cztery godziny, w tym raz po południu). Były rozmowy, aby ten limit podnieść, automatycznie zmniejszając liczbę świadczeniodawców, którzy mogliby zawrzeć kontrakt z Funduszem. Konsolidowanie kontraktów, podpisywanie ich z silnymi świadczeniodawcami, musi mieć rozsądne granice, by nie pogorszyć dostępności usług. Patrząc z perspektywy powiatów, mam nadzieję, że uda się zagwarantować szpitalom powiatowym wyższe dochody, niż wynikające

świadczenia w zakresie szpitalnictwa, ograniczając je wyłącznie do świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji i hospitalizacji planowych. Hospitalizacje jednodniowe zostały z nich wycięte. Natomiast w województwach, gdzie obowiązują wieloletnie kontrakty, umowy na leczenie jednodniowe zostały wypowiedziane – poinformował nas dr Tomasz Romańczyk z NZOZ H-T Centrum Medyczne w Tychach, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

Nasi rozmówcy nie są w stanie zrozumieć, dlaczego NFZ rezygnuje ze świadczeń wykonywanych szybciej, taniej i bezpieczniej dla pacjenta na rzecz droższych, obciążonych większym ryzykiem komplikacji (np. zakażeń wewnątrzszpitalnych). – Dla wielu pacjentów, zwłaszcza małych dzieci i starszych osób, sama hospitalizacja to ogromny problem. Nie potrafią się odnaleźć na oddziale, czują się zagubieni, przeżywają potworny stres – podkreślali w rozmowie z „GL”.

... i małych poradni na wsi

Z naszych informacji wynika również, że na podpisanie umów nie mają co liczyć lekarze specjaliści pracujący w małych ośrodkach zdrowia. Okazało się bowiem, że oferty porad-

W czterech województwach NFZ ogłosił konkursy na świadczenia w zakresie szpitalnictwa, ograniczając je wyłącznie do świadczeń udzielanych w ramach hospitalizacji i hospitalizacji planowych.

ni czynnych tylko jeden dzień w tygodniu przez kilka godzin nie spełniają warunków określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i nie będą brane pod uwagę. Żeby podpisać kontrakt, musiałyby być czynne co najmniej trzy razy w tygodniu albo co najmniej 12 godzin w tygodniu.

– Wynika z tego, że zostaną „wycięte” małe poradnie, głównie na wsi, gdzie np. ginekolog jest potrzebny raz na tydzień na 5-6 godzin. Sama

z podniesienia ceny za punkt w lecznictwie zamkniętym do 52 zł. Wprawdzie średni wzrost nakładów ze środków publicznych na ochronę zdrowia w 2012 r. ma być wyższy o 7,52 proc., ale zarówno w poszczególnych kategoriach świadczeń, jak i u różnych świadczeniodawców może być bardzo zróżnicowany. Nie chciałbym, aby np. dla szpitali specjalistycznych skok sięgał kilkunastu procent, a dla szpitali powiatowych prowadzących podstawowe oddziały wynosił 2-3 proc. Oznaczałoby to, że zwiększone koszty prowadzenia szpitali (wynikające m.in. z podwyżek cen mediów, planowanej wyższej składki rentowej, czy też wyższych kosztów ubezpieczeń) nie są rekompensowane

wyższymi dochodami. Mimo że szpitale powiatowe odgrywają istotną rolę w systemie ochrony zdrowia, nie przekłada się to, niestety, na ich finansowanie. W lecznictwie zamkniętym faworyzuje się świadczenia wysokospecjalistyczne, które są domeną szpitali wojewódzkich i klinicznych, a ja chciałbym, aby poradnie specjalistyczne funkcjonujące przy szpitalach powiatowych miały szansę się utrzymać. To są wprawdzie osobne kontrakty – jeden na lecznictwo zamknięte, drugi na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, ale się ze sobą zazębiają (szczególnie w kontekście efektywnego wykorzystania personelu lekarskiego). Należy preferować kompleksowość

świadczonych usług, np. jeśli pacjent trafia do oddziału szpitala powiatowego, to po jego opuszczeniu powinien być dalej prowadzony przez poradnię przyszpitalną. Reasumując, niech kontraktowanie świadczeń omijają rewolucje, a system będzie coraz bardziej stabilny. Wtedy można mieć nadzieję, że zwiększone nakłady sprzyjać będą poprawie dostępności świadczeń i ich jakości. Rozdysponowanie tych środków winno wynikać z priorytetów długookresowej strategii działania opracowanej przez resort zdrowia. Chcielibyśmy, aby zdefiniowano w niej jednoznacznie rolę szpitali powiatowych, które nie mogą dostawać tylko „okruszków z pańskiego stołu”.



mam taką poradnię przy POZ i wielu kolegów potwierdziło, że także w ich okolicy, na wsi, takie poradnie spełniają swoją rolę. Dojazd do najbliższego miasta, a tym samym poradni, to czasem 30 km. W momencie, kiedy premier zapowiada odebranie „becikowego”, opieka nad ciężarną dramatycznie się pogorszy. W takie poradnie zaangażowano czasem duże pieniądze samorządów i teraz będą puste?” – zastanawia się Iwona Jakób, pediatra z Wielkopolski.

Wydłużą się kolejki

Według Pracodawców RP od 1 stycznia pacjenci będą mieli ograniczony dostęp do leczenia zaćmy. W grudniu alarmowali media, że „tylko na Śląsku blisko 80 proc. szpitali, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, utraci prawo do wykonywania tego typu świadczeń”. Taka sytuacja jest – zdaniem wiceprezenta Pracodawców RP Andrzeja Mądrala – spowodowana zapisem, jaki znalazł się

Pielęgniarek operacyjnych jest za mało. Nie mają ich ani szpitale publiczne, ani niepubliczne.

Ministerstwo Zdrowia nie wzięło tego pod uwagę.

w rozporządzeniu ministra zdrowia z 15 września 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, według którego w skład personelu uprawnionego do wykonywania tych świadczeń powinna wchodzić pielęgniarka specjalistka z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego (do tej pory wystarczyła asysta instrumentariuszki). Tymczasem spełnienie tego warunku jest w praktyce niewykonalne, ponieważ pielęgniarek operacyjnych jest po prostu za mało. Nie mają ich ani szpitale publiczne,

ani niepubliczne. Ale Ministerstwo Zdrowia nie wzięło tego pod uwagę, wprowadzając nowy wymóg.

– Co ciekawe, pojawia się on w okulistyce, gdzie faktyczny udział pielęgniarki w przebiegu całego zabiegu jest niewielki. Takiego wymogu nie stawia się np. w kardiologii, chirurgii naczyniowej, torakochirurgii, chirurgii ogólnej i onkologicznej, gdzie pielęgniarka w znacznie większym zakresie wspomaga pracę zespołu lekarskiego – podkreśla Krzysztof Macha, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Pracodawcy RP od początku zwracali uwagę na ten problem i jego możliwe konsekwencje. – Rozmawialiśmy na ten temat z Ministerstwem Zdrowia i byliśmy wielokrotnie zapewniani, że wymóg posiadania pielęgniarki operacyjnej będzie możliwie szeroko interpretowany – mówi wiceprezes Andrzej Mądrala. Doświadczenia z kontraktowania na Śląsku dowiodły jednak, że NFZ „czyta ten wymóg

KOMENTARZ

Zasady są dla wszystkich jednakowe



Renata Jazdz-Zaleska, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych:

Kiedy w lipcu 2011 r. weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, zrównująca status prawny wszystkich podmiotów leczniczych, wydawało się, że przy kontraktowaniu usług

będą one traktowane przez NFZ w sposób jednolity. W mojej ocenie, niestety, tak nie jest. Tłumaczę to tym, że zawsze przy wprowadzaniu zmian potrzebny jest czas, aby to, co nowe okrzepło i znalazło odbicie w rzeczywistości. Nowe podmioty lecznicze muszą dołożyć o wiele więcej starań, aby wejść na rynek usług medycznych, co na pewno wiąże się z dużymi nakładami inwestycyjnymi. Szpitale, które funkcjonują jako spółki kapitałowe, mogą zaciągać kredyty na inwestycje bez poręczenia samorządu terytorialnego, a do niedawna, przed zmianą ustawy o finansach publicznych, takie zabezpieczenie było wymagane. Jednak obecnie, przy zdecydowanym zastrzeżeniu rygorów przepisów tej ustawy, jednostki samorządu terytorialnego nie będą mogły

poręczać kredytów, ponieważ wielkość poręczenia traktowana jest jako zobowiązanie samorządu. W rzeczywistości więc pomoc dla podlegających im szpitali będzie utrudniona. W konsekwencji szpitale samorządowe będą zmuszone same sobie radzić z inwestowaniem w nowe technologie medyczne czy infrastrukturę. Biorąc pod uwagę rosnące w szybkim tempie koszty funkcjonowania szpitali, pojawią się duże problemy finansowe. Szpitale samorządowe, podobnie jak inne szpitale, są zadłużone, mają nadwykonania, bo leczą pacjentów w systemie całodobowym i nie da się tak zaplanować przyjęć, aby wyeliminować z nimi w limity określone kontraktem. Staramy się ściśle i na bieżąco monitorować koszty i nadwykonania naszych szpitali samorządowych. Ich wyniki

finansowe są różne i zależą od wielu czynników. W tym kontekście można zadać pytanie, czy niepubliczne oznacza to samo, co skomercjalizowane i jak to się przekłada na kontrakty z NFZ? Otóż niepubliczne samorządowe ze 100-proc. udziałem jednostek samorządu terytorialnego oznacza, że jest to spółka samorządowa publiczna, realizująca zadania samorządu w zakresie ochrony zdrowia i życia ludzkiego. W moim województwie przy kontraktowaniu na 2012 r. nie było dyskryminacji. Negocjowanie kontraktu zależało wyłącznie od jego wykonania w roku ubiegłym, czy np. w I półroczu 2011 r., umiejętności negocjatorów, spełnienia warunków określonych i zapisanych w zarządzeniach prezesa NFZ. Wzrost wartości punktu o 1 zł w szpitalnictwie obowiązuje w całym kraju, zasady są więc dla wszystkich jednakowe.

Bardzo istotna będzie współpraca między szpitalami

Prof. Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator Europejskiej Federacji Szpitali i Ochrony Zdrowia HOPE w Brukseli:

Sytuacja polskich szpitali będzie w 2012 r. znacznie trudniejsza. W związku z wysokim kursem euro, powiększy się dysproporcja pomiędzy budżetami szpitali w naszym kraju a budżetami szpitali w innych krajach Unii Europejskiej. Ta dysproporcja dała się zauważyć i odczuć już w chwili, kiedy kurs euro osiągnął cenę 4 zł; można powiedzieć, że dla naszych szpitali była ona kilkakrotnie, np. w porównaniu z Niemcami czy Wielką Brytanią nawet ośmiokrotnie. Wzrosną także koszty zakupów, a brak jest wiodków na istotne zwiększenie finansowania usług szpitalnych przez NFZ oraz z innych źródeł, których udział w sektorze ochrony zdrowia jest marginalny. Nie zanosi się nawet na dyskusję o współpłaceniu. Rosną natomiast wymagania wobec szpitali, które w wielu obszarach są o wiele bardziej rygorystyczne niż w krajach, gdzie szpitalne budżety są wielokrotnie wyższe. W związku ze wzrostem cen, a tym samym kosztów utrzymania, w 2012 r. będą rosły oczekiwania płacowe pracowników szpitali. Ich dyrektorom będzie trudno optymalizować pracę personelu medycznego, obawiam się, że w takiej sytuacji spotkają się także z oporem środowiska przed wprowadzeniem nowoczesnej organizacji pracy



szpitala, polegającej na tworzeniu wieloprotokolowych obszarów medycznych oraz monitorowaniu czasu pracy lub pracy zmianowej. Bardzo istotna dla szpitali będzie więc współpraca z innymi szpitalami – niezależnie od ich modelu, statusu, stopnia zamożności – w ramach Polskiej Federacji Szpitali. Jest to nowa, ogólnopolska organizacja posiadająca pełne członkostwo w Europejskiej Federacji Szpitali i Ochrony Zdrowia HOPE z siedzibą w Brukseli, skupiającej federację szpitali poszczególnych krajów członkowskich Unii Europejskiej. Warte zaznaczenia są wspólne przedsięwzię-

cia, takie jak grupy zakupowe, obniżenie kosztów ubezpieczeń, czy wspólne pozyskiwanie finansowania i restrukturyzacji zadłużenia. Wspólne działania sektora szpitalnego w Polsce i za granicą pozwolą na skuteczną obronę szpitali przed kryzysem. Zależy nam na tym, aby Polska Federacja Szpitali, przy wsparciu Europejskiej Federacji, mogła aktywnie wpływać na rozwiązywanie wielu problemów dotyczących nasze szpitale, takich jak np. nadwykonania, wymagania wobec szpitali, czas pracy personelu, czy też roszczenia i odszkodowawczość. Dotąd w Polsce istniały tylko stowarzyszenia szpitali, pogrupowane według struktury organizacyjnej lub własnościowej. Miały one ograniczony wpływ na system opieki zdrowotnej w naszym kraju. Zjednoczenie się w Federacji daje możliwość stworzenia liczącej się organizacji na rynku ochrony zdrowia.

literalnie” i odrzuca oferty placówek, które go nie spełniają. Jedną z nich jest Szpital Kliniczny nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w którym wykonuje się najwięcej operacji leczenia zębów w Polsce – ponad 5 tys. rocznie. Jak poinformowała „Gazeta Wyborcza”, w województwie śląskim jest zarejestrowanych tylko 15 pielęgniarek operacyjnych (w całym

kraju jest ich 865). Katowickiemu szpitalowi, największemu ośrodkowi leczenia zębów, udało się zatrudnić tylko jedną pielęgniarkę z taką specjalizacją, na dodatek na niepełny etat.

Wprowadzając nowy wymóg dotyczący leczenia zębów, Ministerstwo Zdrowia nie zapytało o zdanie nawet krajowego konsultanta w dziedzinie okulistyki, prof. Jerzego Szaflika. ☉



Specjalista to specjalista

W 2012 r. i w latach następnych o kontrakty z NFZ * będą mogli ubiegać się wszyscy lekarze specjaliści, niezależnie od tego, czy posiadają I, czy II stopień specjalizacji.

MARTA JAKUBIAK

Po opublikowaniu rozporządzenia z 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pojawiło się wiele głosów sprzeciwu w środowisku lekarzy. – Posłuchaliśmy ich uwag – poinformowano „GL”

w biurze prasowym Ministerstwa Zdrowia.

O kontrowersjach wokół tego rozporządzenia napisaliśmy w październikowym wydaniu „Gazety Lekarskiej”, w artykule „Specjalista i półspecjalista”. Jak widać, opinia lekarzy i zgłaszane przez nich

***Opinia lekarzy
i zgłaszane przez nich
wnioski tym razem
zostały wzięte
pod uwagę przez
Ministerstwo Zdrowia.***

wnioski tym razem zostały zauważone przez ministerstwo, bo postanowiło ono zmienić ustawowe zapisy zgodnie z oczekiwaniami środowiska. 3 listopada 2011 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 28 października 2011 r. (Dz.U. Nr 235, poz. 1394), zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Mogą udzielać porad

Wprowadzone zmiany mają na celu umożliwienie lekarzom z I stopniem specjalizacji oraz w trakcie specjalizacji udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych zgodnie z wcześniej obowiązującymi wymaganiami. Dodatkowo do grona specjalistów mogących udzielać porad proktologicznych dopisano lekarza specjalistę chorób wewnętrznych (do tej pory mogli realizować to świadczenie tylko lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii, chirurgii ogólnej, gastroenterologii oraz chirurgii onkologicznej).

– Wprowadzono również zmiany w poradzie specjalistycznej otorynolaryngologicznej, umożliwiając realizację świadczeń lekarzom ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie laryngologii, a w poradzie otorynolaryngologicznej dziecięcej – lekarzom ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie laryngologii i otorynolaryngologii – mówi Krzysztof Suszek, dyrektor Biura Prasy i Promocji w Ministerstwie Zdrowia.

Bronimy interesów lekarzy

Nowelizacja rozporządzenia to niewątpliwie sukces całego środowiska lekarzy, a zwłaszcza Naczelnej Rady Lekarskiej, która interweniowała w tej sprawie.

– Prowadzimy wiele rozmów z Ministerstwem Zdrowia i często z trudem udaje się osiągnąć zrozumienie i wypracowywać konsensus. Są też sprawy, które udaje się załatwić wręcz w biegu. Do tych należy zaliczyć umożliwienie lekarzom z I stopniem specjalizacji kontynuowania pracy w ramach umowy z NFZ – mówi prezes NRL Maciej Hamankiewicz.

Już opiniując projekt rozporządzenia z 27 maja 2011 r., samorząd lekarski alarmował, że brak tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji utrudni lekarzom wykonywanie zawodu. – Kiedy pojawiło się rozporządzenie nieuwzględniające naszego stanowiska, otrzymywałem wiele sygnałów od koleżanek i kolegów lekarzy z I stopniem specja-

lizmami opiekuje się wspaniała okulista posiadająca I stopień specjalizacji. Wolę ją od najmądrzejszego lekarza z II stopniem, ale nieposiadającego tak bogatego doświadczenia, jakie ma ona. Nie znaczy to jednak, że nie będę jej namawiał do skorzystania z okazji do uzyskania certyfikatu specjalisty okulisty, jaką daje to rozporządzenie,

bo zgodnie z prawem europejskim, z formalnego punktu widzenia nie jest ona specjalistą. Ten aspekt rozporządzenia – propozycję, która umożliwi lekarzom z I stopniem specjalizacji uzyskanie tytułu specjalisty bez odbywania długotrwałego szkolenia, popieraliśmy od początku – podsumowuje Maciej Hamankiewicz. ☉

R E K L A M A

Wielu z nas oddaje się pod opiekę lekarzy z I stopniem specjalizacji, którzy często mają większe doświadczenie od lekarzy z II stopniem.

lizacji obawiających się, że pacjenci stracą ich jako swoich opiekunów, a ich wieloletnie doświadczenie zostanie zmarnowane – dodaje Maciej Hamankiewicz.

Wizja nagłego zaprzestania pracy przez tych lekarzy oraz niekończących się kolejek do specjalisty i wydłużonej odległości do najbliższej poradni („jedynkowicze” pracują często daleko od tzw. centrów medycznych) sprawiła, że prezes Hamankiewicz natychmiast rozpoczął korespondencję z ministrem zdrowia, rozszerzając argumentację, która miała nakłonić ministerstwo do zmiany zapisów rozporządzenia w tym zakresie. W jego opinii, doświadczenie zdobyte przez lata przez lekarzy z I stopniem specjalizacji jest bezcenne i nie wolno go zaprzepaścić.

– Wielu z nas oddaje się pod opiekę lekarzy z I stopniem specjalizacji. Sam również to czynię. Moimi

Jak nie kryzys, to reforma

Moje dzieciństwo upłynęło w czasach gierkowskiego dobrobytu. Za 30 zł kieszonkowego, bo tyle otrzymywałem pod koniec lat 70. jako uczeń szkoły podstawowej, mogłem kupić cztery gumy Donald, 25 galek lodów śmietankowych, dwie czekolady, 30 szklanek wody z saturatorem lub 16 oranżad „Murzynek”. Oczywiście, dokonując najrozsądniejszych na miarę nastoletniej głowy wyborów. Na szczęście nigdy nie byłem lasuchem i potrafiłem jeszcze odkładać, np. na komiks o dzielnym kapitanie Żbiku za 8 zł lub model samolotu „Łoś”, który kosztował 12 zł. Wejść w posiadanie wietnamskiej rakietki do ping-ponga za 160 zł albo dwa razy droższej, skórzanej, szytej ręcznie futbolówki mogłem, dostając prezent na urodziny albo Gwiazdkę. W podobny sposób stałem się dumnym właścicielem sześciostunowej gitary klasycznej za 650 zł i składaka „Jubilat”, kosztującego niebotyczne 2600 zł. Ceny pamiętam doskonale, bo przez lata stały w miejscu, a i wpłaty się miesiącami w wystawę z obiektem marzeń robiło swoje.
Kiedy jesienią 1981 r. poszedłem do liceum, nie byliśmy już 10. potęgą gospodarczą świata, szalała inflacja, a na półkach sklepów spożywczych roz-



pychały się butelki z octem. Rozpoczął rok wcześniej kryzys został w 1989 r. wyparty przez reformy Balcerowicza. Skończyło się odbieranie w dziekanacie kartek na mięso, a chodniki zamieniły się w pasaże handlowe pełne niedostępnych przez lata artykułów. Miałem nadzieję, że kiedy zostanę lekarzem, sytuacja ustabilizuje się i będę mógł cieszyć się owocami wymarzonej pracy. Ten optymizm przyszedł bardzo szybko. Zniknęły niedoceniane przed transformacją stypendia fundowane i talony na „malucha”. Pracę wraz z mieszkaniem oferowano jedynie w większych ośrodkach zdrowia albo małych miejscowościach. Po raz pierwszy od niepamiętnych dla mojego pokolenia czasów zaczęto mówić o bezrobociu wśród lekarzy. W reformującej się Polsce pozostawaliśmy pogrążoną w kryzysie peerelowską służbą zdrowia. Raz po raz organizowano akcje protestacyjne, domagając się wzrostu mizernych wynagrodzeń. W odpowiedzi politycy apelowali

o zachowanie etyki i straszili zwolnieniami. Widoki na poprawę pojawiły się wraz z zapowiadaną na 1999 r. reformą Buzka. I rzeczywiście, wiatr powiał w plecy, ale tylko tych, którym udało się otworzyć niepubliczny ZOZ lub zamienić etat na kontrakt w ramach realizowanego w wybranych szpitalach pilotażu. Zresztą i im po paru tłustszych latach zajął w oczy kryzys. Znowu nasiliły się protesty, tym razem silniejsze i lepiej zorganizowane niż w latach 90. W odpowiedzi politycy straszili kamazami i prokuratorem. Ale bezrobociem już nie, bo lansowany u progu III RP mit o nadmiarze lekarzy nie wytrzymał konfrontacji z rzeczywistością, a coraz więcej naszych koleżanek i kolegów emigrowało do innych krajów UE.

Determinacja środowiska opłaciła się. W 2008 r., po raz pierwszy w powojennej Polsce, wyraźnie zwiększono lekarskie wynagrodzenia. Nie wszystkim naraz i w sposób bardzo różnicowany, ale odczuwalnie. Poprawa była na tyle widoczna, że co niektórzy spoza lekarskiego kręgu aż mlaskali z zachwytu, nie chcąc albo nie będąc w stanie zauważyć, że gdyby sprowadzić pobory statystycznego lekarza do wymiaru etatu i odjąć od kwot brutto właściwe umowom o pracę

obciążenia, smakowite konfitury okazałyby się co najwyżej przyzwoitą marmoladą. Po czterech latach 15 proc. tamtego sukcesu zjadła inflacja. Tak odchudzeni stajemy oko w oko z kolejnym kryzysem. Wszystko wskazuje na to, że poważnym, globalnym. Znowu usłyszymy, że roszczenia placowe muszą poczekać, bo przecież trzeba oszczędzać, inni mają gorzej, no i etyka, powołanie, dobro pacjenta. W razie silnego nieposłuszeństwa, pokaże się nam kamasze – niewykluczone, że te same co na Słowacji. A potem niechybnie przyjdzie kolejna reforma i apele, byśmy zechcieli cierpliwie poczekać na efekty.

Kryzys, reforma... Tylko przekaz z góry wciąż ten sam. Marzy mi się, by przyszedł kiedyś czas bez kryzysu i bez reform. Czas stabilizacji. Ale nie taki jak za Gierka, bo tamten dobrobyt był tak samo prawdziwy, jak historyjki dołączane do gum z Donaldem. A propos Donalda. To już pewne – będziemy pracować dłużej. Teoretycznie szanse, że doczekam stabilnych czasów nim przejdę na emeryturę, rosną. ☉

Sławomir Badurek
Autor jest diabetologiem wiceprezesem Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu publicystą „Pulsu Medycyny”

» Najlepszym lekiem jest dotyk «

Z dr. Tomaszem Sobierajskim,
socjologiem z Uniwersytetu
Warszawskiego, zajmującym się
m.in. socjologią zdrowia
i neurosocjologią, rozmawia
Mariola Markłowska-Dzierżak

Od wielu lat prowadzi pan szkolenia dla lekarzy, ucząc ich, jak rozmawiać z pacjentem. Można się tego nauczyć?

Można. Każdy z nas jest zaopatrzony w jakiś zestaw cech. Są wśród nas osoby, które potrafią lepiej komunikować się z drugą osobą i takie, które nie do końca wiedzą, jakich środków użyć, żeby do niej dotrzeć. To dotyczy również lekarzy. Są wśród nich ekstrawertycy, potrafiący zachęcić pacjentów do mówienia oraz zamknięci w sobie intrawertycy, którzy często są świetnymi fachowcami, natomiast nie do końca potrafią sobie poradzić z kontaktem z drugim człowiekiem. Wstydzą się, boją, krępują. Szkolę obie grupy lekarzy.

Czego uczy pan lekarzy niemających kłopotów z nawiązaniem kontaktów?

Uczę ich, co zrobić, żeby się za szybko nie spalić. Żeby nie pozwolić pacjentom wejść sobie na głowę i za bardzo się otworzyć, bo gabinet lekarski nie jest gabinetem terapeutycznym. Tymczasem wielu lekarzy, mając w pamięci, że powinni być bardziej otwarci na pacjentów, zadaje im pytania, które rozsypują niewłaściwe woreczki z informacjami, wykraczają poza cel wizyty w gabinecie lekarskim.

Na przykład?

No to co u pani/pana słychać? Po takim pytaniu lekarz zostanie zarzucony ogromem różnych informacji, ale nie uzyska tej, która dotyczy zdrowia. Jeśli przerwie pacjentowi opowieść o życiu i rodzinie, może się narażać na zarzut, że jest niegrzeczny. Stąd bardzo istotna jest umiejętność zadawania odpowiednich pytań i czasem hamowania pacjentów w mówieniu o sobie. Bycie otwartym i miłym nie oznacza, że można pozwolić pacjentowi na wszystko. W gabinecie lekarskim muszą być zachowane pewne normy i ramy, poza które nie powinno się wykraczać.



FOT. ARCHIWUM

Nie słyszałam, żeby pacjenci mieli pretensje do lekarzy o zbytnią bezpośredniość. Raczej skarżą się, że są przez nich traktowani przedmiotowo. Że lekarze są chłodni i zdystansowani.

Taka postawa to bardzo często mechanizm, który wyrabiamy w sobie, żeby nie zwariować. To prawda, że praca lekarza ma szczególny charakter, mówimy o niej w kontekście powołania. Ale to również praca. Lekarze tak jak my wszyscy mają własne życie, miewają problemy ze spłatą kredytu albo są chorzy. Przybierając pozę zamkniętą w sobie, chronią się przed przenoszeniem do domu emocji, którymi są bombardowani przez pacjentów. Robią tak, ponieważ nikt nie nauczył ich, jak bronić się przed tym inaczej, niż zamykając się przed pacjentem.

Nikt ich nie nauczył, bo w programie studiów medycznych nie ma miejsca na zajęcia z komunikacji lekarz – pacjent.

Właśnie. I nic nie wskazuje na to, żeby wprowadzane reformy miały tę sytuację zmienić. Przez jakiś czas uczyłem komunikacji polskich i anglojęzycznych studentów na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Różnica kulturowa między nimi pokazała mi, jak wiele mamy jeszcze w Polsce do zrobienia. Nasi studenci kształceni są na książkę, wybitnych naukowców, którzy w przyszłości będą zajmować się poszukiwaniem leku na raka. Natomiast za granicą przygotowuje się lekarzy do codziennej pracy z pacjentem. Studenci z zagranicy – w przeciwieństwie do naszych – traktowali moje zajęcia bardzo poważnie, zdając sobie sprawę z tego, że za złe zachowanie, krzywy uśmiech albo brak uśmiechu mogą zostać w przyszłości pozwani z powodów cywilnego. W Polsce o tym się na razie nie mówi, ale myślę, że w ciągu najbliższych dwóch, trzech lat i u nas jak grzyby po deszczu zaczną się pojawiać kancelarie prawne specjalizujące się w takich sprawach. To, co robię, jest więc rodzajem profilaktyki, która może uchronić lekarzy przed procesami sądowymi.

Do gabinetu lekarskiego przychodzą różni pacjenci. Jedni są mili i sympatyczni, inni agresywni i roszczeniowi. Czy jest

jakis sposób, żeby zbudować dobre relacje z każdym z nich?

Istnieje zestaw technik, które pozwalają okiełznać każdego pacjenta, nawet tego roszczeniowego, obrażonego czy od początku wrogo nastawionego. Ucząc lekarzy dobrego nastawienia do pacjenta, zalecam im, aby wyszli po niego i zaprosili go do gabinetu. Jeśli trafi się „zwykły” pacjent, niemający dużych wymagań, to na pewno będzie mu z tego powodu miło, poczuje się doceniony i dowartościowany. W przypadku pacjentów roszczeniowych i agresywnych wyjście lekarza z gabinetu jasno wyznacza relacje i granice. Zapraszając do gabinetu, lekarz przekazuje czytelną informację, że to on jest gospodarzem i to on decyduje, jak będzie przebiegała rozmowa. Jeśli lekarz nie ma w zwyczaju wychodzenia po pacjenta, naraża się na sytuacje, z którymi trudno mu będzie sobie poradzić. Pacjenci będą wchodzić do niego bez pukania, nie zważając na to, że ktoś tam siedzi i trwa badanie. Nie pozwoliliby sobie na to, gdyby wyznaczono im czytelne granice.

Jak zatem lekarz powinien się zachować?

Powinien wyjść z gabinetu, poprosić pacjenta do środka, wskazać mu miejsce i poprosić, żeby usiadł. To, że najpierw siada pacjent, a potem lekarz powoduje, że pacjent zupełnie inaczej się zachowuje. Nie wyładowuje agresji i złości na lekarzu.

Czy należy podać pacjentowi rękę na przywitanie?

Nie namawiam do tego, ponieważ wiem, że dla wielu osób jest to kłopotliwe. Nie zawsze wiemy, kto powinien podać rękę pierwszy. W tym wypadku na pewno lekarz. Oczywiście, jeśli ktoś nie czuje się z tym źle, to polecam podawanie ręki, bo już po uścisku można się zorientować, z jakim pacjentem mamy do czynienia. Podanie ręki łagodzi agresję i wycisza złe emocje.

Jak zwracać się do pacjenta? Wywołanie po nazwisku jest irytujące.

I zgodnie z obowiązującym prawem zakazane. Ale można poprosić kolejną osobę, a w gabinecie zwrócić się do niej np. panie Krzysztofie czy pani Anno. To skraca dystans, sprawia,

że pacjent lepiej współpracuje i stosuje się do zaleceń lekarza. Jednak nie zachęcam do tego przy pierwszym kontakcie z pacjentem. Lepiej zrobić to na trzeciej, czwartej wizycie, kiedy wiadomo już, na ile można się do niego zbliżyć.

Niewiele lekarzy korzysta z tej możliwości.

Bo boją się, że pacjenci odwiedzają się tym samym.

I co się wtedy stanie?

Kiedy pytam ich o to, odpowiadają na ogół: właściwie nic. Ale widać, że mają z tym problem. Na szczęście, mimo że lekarze często są traktowani jak „chłopczy do bicia”, nadal cieszą się ogromnym autorytetem i pacjenci na ogół bardzo się pilnują, żeby nie zwracać się do nich inaczej niż per panie doktorze.

Czego się wystrzegać w kontaktach z pacjentem?

Przyjmowania postawy autorytarnej i traktowania go jako osoby, która niewiele wie. Pacjenci naprawdę wiedzą coraz więcej, bo coraz więcej czytają. Mówienie *ex cathedra* albo zbyt skomplikowanie powoduje, że się wycofują.

Nie należy ich oceniać z góry i zakładać, że jeśli ktoś jest gorzej ubrany, to na pewno nie stać go na leczenie droższym lekiem. Z badań, które przeprowadziłem wynika, że jeśli ktoś jeździ mercedesem i chodzi w futrze z norek, to wcale nie oznacza, iż jest skory wydać więcej na leczenie.

Kolejny błąd to brak kontaktu wzrokowego z pacjentem. Zdaję sobie sprawę, że lekarze mają mnóstwo pracy papierkowej, ale przez pierwsze parę minut, kiedy zadaje się pacjentowi pięć standardowych pytań, trzeba patrzeć mu w oczy. I informować go na bieżąco o tym, co się robi. Że za chwilę zbadamy mu gardło, posłuchamy, co się dzieje w jego płucach, zmierzmy ciśnienie, uzupełnimy dokumentację.

Jeszcze jedna ważna uwaga. Wielu lekarzy nie docenia roli dotyku, który działa jak najlepszy lek. Dotknięcie ramienia pacjenta po zakończeniu badania czy na koniec wizyty jest dla niego jak dotknięcie anioła. ●



Minister zdrowia u NRL

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz przyjął zaproszenie i 16 grudnia 2011 r. wziął udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej. To pierwsza jego wizyta w NIL w tej kadencji. Minister Arłukowicz przedstawił na posiedzeniu swoje propozycje dotyczące zasad wypisywania leków refundowanych przez lekarzy i lekarzy dentystów. Były one odpowiedzią na podjętą 2 grudnia 2011 r. przez NRL uchwałę, w której Rada zarekomendowała powstrzymywanie się lekarzy od orzekania o uprawnieniach pacjentów do recept refundowanych oraz od wpisywania odpłatności po przez zamieszczanie na receptę adnotacji „Refundacja leku do decyzji NFZ”. Po przedstawieniu propozycji przez ministra Arłukowicza NRL zawiesiła uchwałę do czasu Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się 25 lutego 2012 r. W tym czasie pracę rozpocznie powołany przez Radę zespół ds. współpracy z ministrem zdrowia w zakresie opracowania niezbędnych zmian ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych.

Nagrody za najlepiej zdany LEP i LDEP

Na posiedzeniu NRL 16 grudnia 2011 r. prezes NRL Maciej Hamankiewicz wraz z ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem wręczyli nagrody za najlepiej zdany Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy w sesji



zimowej 2011 r. Otrzymało je pięć osób: Katarzyna Piątek z OIL w Łodzi (za LEP) oraz Małgorzata Dziecioł z OIL w Łodzi, Marta Janusiak z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, Karolina Hofman-Pyka ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach i Monika Zalewa ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach (za LDEP). Nagrodą jest 3500 zł.

Refundacja – umowy

2 grudnia 2011 r. NRL zaapelowała do wszystkich lekarzy o niepodpisywanie nowych umów na wystawienie refundowanych recept do czasu zaakceptowania przez NRL wzoru takiej umowy. Rada poinformowała, że wszystkie podpisane dotychczas umowy na wystawienie refundowanych recept są ważne do 30 czerwca 2012 r. i do tego dnia oddziały wojewódzkie NFZ nie mogą warunkować przydzielania nowych numerów identyfikujących recepty od podpisania nowej umowy. Nad zakresem treści i podpisaniem umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane współpracują z przedstawicielami NFZ osoby wybrane z ramienia NRL: Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Andrzej Cisko i Tomasz Romańczyk. 15 grudnia 2011 r. odbyło się pierwsze posiedzenie tego zespołu.

Apel do RPO

Naczelna Rada Lekarska zwróciła się z apelem do Rzecznika Praw Obywatelskich o złożenie wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zbadania zgodności z Konstytucją RP ustawy refundacyjnej. Zdaniem NRL zapisy w ustawie naruszają podstawowe prawa obywatelskie lekarzy. „Powodem tej decyzji są niejednoznaczne przepisy, które pozwalają na ich swobodną interpretację. Dodatkowo ponoszenie odpowiedzialności przez lekarzy za to, że po 12 latach obowiązywania przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pacjenci nie posiadają jednolitego i jednoznacznego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń jest sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa. Ustawa refundacyjna godzi nie tylko w interes lekarzy, ale również bezpośrednio dotyka pacjentów” – czytamy w apelu.

Hołd bohaterom 1981 r.

Prezes i przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oddali hołd bohaterom 1981 r. i złożyli wieniec pod pomnikiem pomordowanych 30 lat temu górników kopalni „Wujek”.



Pełnomocnicy w NIL

W grudniu w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, powołanych przy okręgowych izbach lekarskich w celu niesienia pomocy Koleżankom i Kolegom borykającym się z uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Posiedzenie otworzył wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł, prowadziła je Bożena Pietrzykowska, a wykład „Profesjonalizm lekarza a uzależnienia” wygłosił etyk, prof. Paweł Łuków. Mówiono o aspektach prawnych i rodzajach odpowiedzialności za wykonywanie zawodu pod wpływem alkoholu. W spotkaniu wzięli udział pełnomocnicy z Częstochowy, Gdańska, Katowic, Kielc, Krakowa, Lublina, Poznania i Wrocławia.

k.strzalkowska@hipokrates.org
Więcej informacji w Newsletterze NIL.
Uprzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej www.nil.org.pl

Uwaga – choroby infekcyjne

O spotkanie poprosił mnie dyrektor Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób (ECDC), agencji powołanej przez UE w celu wzmocnienia europejskiej kontroli nad chorobami infekcyjnymi. ECDC pełni w Sztokholmie ciągły dyżur w zakresie monitorowania i natychmiastowego ostrzegania o niebezpieczeństwach zagrażających Europejczykom w tym zakresie. Centrum z niepokojem obserwuje wzrastającą od dwóch lat liczbę zachorowań na odrę. W sytuacji, gdy zgodnie z pierwotnym założeniem WHO choroba ta miała zostać na całym świecie wyeliminowana do 2007 r. (obie Ameryki są już od kilku lat od niej wolne), 30 tys. zachorowań, kilkadziesiąt



ciężkich encefalitów i ok. 10 zgonów rocznie w najbogatszym rejonie świata (UE) okrywa nas wstydem. Jaka jest przyczyna takiego stanu? Wciąż niska wyszczepialność dzieci przeciw tej chorobie. Zadanie dla lekarzy jest proste: namawiać do szczepienia (w Polsce zgodnie z obowiązującym kalendarzem), zwalczać irracjonalne uprzedzenia i przesady. Drugie zjawisko

obserwowane z niepokojem przez Centrum, to narastający problem antybio-tykooporności bakterii. Dla przykładu w polskich szpitalach (znajdujących się w okolicach średniej europejskiej) oporność *Str. pneumoniae* na penicylinę i makrolidy (jednocześnie) waha się w granicach 10-25 proc., *Staph. aureus* na metycylinę 10-25 proc., a *Ent. faecalis* na aminoglikozydy, *E. coli* na fluorochinolony, *Kl. pneumoniae* na cefalosporyny III generacji, fluorochinolony i aminoglikozydy (pojawiają się także szczepy odporne na karbapenemy) oraz *Ps. aeruginosa* na piperacylinę + tazobaktam, fluorochinolony i aminoglikozydy w granicach 25-50 proc. Te dramatyczne (i wzrastające) liczby nakazują podjęcie

natychmiastowych działań. Przesłanie ECDC jest proste: ostrożniej z decyzjami o antybiotykoterapii (zwłaszcza w leczeniu otwartym znaczna część zaleceń budzi poważne wątpliwości), przestrzeganie zasad leczenia w zakresie dawek i czasu terapii. W opinii Centrum równie ważne są działania na rzecz najprostszych zabiegów higienicznych, włącznie z myciem rąk przez personel medyczny (a zwłaszcza przez lekarzy!), które w znacznym stopniu przyczyniają się do ograniczania zakażeń. W imieniu CPME obiecałem współpracę oraz podjęcie działań na rzecz upowszechniania przesłania Centrum wśród lekarzy europejskich.

Konstanty Radziwiłł

Nie tylko rejestry lekarzy

Z Ładysławem Nekanda-Trepką, przewodniczącym
Komisji Organizacyjnej NRL,
rozmawia Lucyna Krysiak



FOT.: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

Priorytet ma postępowanie w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu, jego ograniczenia, zawieszenia lub utraty.

Czym zajmuje się Komisja Organizacyjna Naczelnej Rady Lekarskiej?

Najogólniej mówiąc, opracowaniem zakresu i sposobu realizacji instytucjonalnych zadań izb lekarskich. Głównie są to zadania z obszaru działań administracji rządowej, przekazane przez ustawodawcę samorządowi lekarskiemu jako zawodowi zaufania publicznego. Priorytet ma postępowanie w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu, jego ograniczenia, zawieszenia lub utraty oraz prowadzenie rejestru lekarzy. Ściśle z tym związane jest współdziałanie z odpowiednimi instytucjami w innych państwach Unii Europejskiej. Służy temu powołany z naszej inicjatywy Ośrodek Uznawania Kwalifikacji przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, który Komisja nadzoruje. Równie ważnym zadaniem jest postępowanie w sprawach prowadzenia przez okręgowe rady rejestru praktyk lekarskich, jako rejestru regulowanego

działalności gospodarczej lekarzy. W poprzednich kadencjach Komisja Organizacyjna stale współpracowała z Komisją Praktyk Lekarskich NRL. Obecnie jest w trakcie opracowywania zasad działania nowych komisji ds. praktyk lekarskich i regulaminu postępowania dotyczących prowadzenia rejestru przez okręgowe rady, podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Komisja zajmuje się również problemami organizacyjnymi innych organów wykonujących zadania instytucjonalne. Z naszej inicjatywy w poprzednich kadencjach został opracowany i wdrożony system informatyczny umożliwiający – w oparciu o rejestr lekarzy – dokumentowanie prowadzenia postępowania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Współtworzyliśmy także przepisy i zasady funkcjonowania rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy przez okręgowe rady lekarskie. W poprzedniej kadencji z pomocą ekspertów Komisja nakreśliła sposób prowadzenia archiwum dokumentacji izb lekarskich zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Już drugą kadencję pracujemy nad ustalaniem zasad liczenia kosztów wykonywanych przez izby zadań administracyjnych, wynikających z ustawy o izbach lekarskich i innych ustaw. Prowadzimy corocznie szkolenia dla pracowników i przewodniczących odpowiednich komisji izb okręgowych. Organizujemy również spotkania szkoleniowe dla dyrektorów biur i radców prawnych izb. W przyszłym roku planujemy wspomóc Krajową Komisję Wyborczą w przygotowaniu i przeprowadzeniu głosowania korespondencyjnego na delegatów na okręgowe zjazdy.

W czasach reaktywacji samorządu lekarskiego rola Komisji Organizacyjnej była inna niż obecnie...

Komisja Organizacyjna NRL, której przewodniczącym w pierwszej kadencji był dr Maksymowicz, wspólnie z Komisją Legislacyjną prowadzoną przez dr. Piątkiewicza, tworzyła wtedy zręby struktur samorządowych. Jak zwykle w okresie pionierskim – bez wzorów,

Uzyskanie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty jest dla kończącego studia i rozpoczynającego pracę udokumentowaniem jego kwalifikacji formalnych.

na podstawie ułomnego prawa, w warunkach transformacji ustrojowej państwa, stworzono kształt organizacyjny, w jakim, także obecnie, funkcjonuje samorząd lekarski. Zawdzięczamy to wysokim kompetencjom i ogromnemu zaangażowaniu kolegów, którzy wtedy pracowali w tych komisjach.

Jest pan przewodniczącym Komisji Organizacyjnej kolejnej kadencji, a jak było na początku?

Pyta pani o początki mojej działalności w samorządzie? Odpowiem w formie anegdoty. W połowie 1990 r., będąc tylko delegatem na zjazd okręgowy, zjechałem do lokalu izby warszawskiej przy ulicy Koziej. W jednym z trzech pokoiów zastałem wysoką na 1,5 m stertę teczek. Były to akta osobowe kilkudziesięciu tysięcy lekarzy i lekarzy dentystów, które przekazał izbie Urząd Wojewódzki ówczesnego województwa warszawskiego. W trakcie rozmowy ze mną dr Moskwa (prezes izby) i dr Makuch (sekretarz izby) powiedzieli: „Zobacz, to są nasze akta

osobowe i coś z nimi trzeba zrobić”. Mając pewne doświadczenie organizacyjne, wyniesione z Akademickiego Związku Sportowego, w którym działałem kilkanaście lat oraz Komisji Lekarskiej Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, którą prowadziłem kilka lat, nie mając pojęcia o administrowaniu, postanowiłem uporządkować tę dokumentację. Tak wsiąknęłam w działalność samorządową. Potem było członkostwo w okręgowej radzie i jej prezydium, przyjęcie do Komisji Organizacyjnej NRL, członkostwo w NRL i przejęcie prowadzenia Komisji Organizacyjnej. W pierwszej kadencji, będąc już członkiem Komisji Organizacyjnej, nawiązałem kontakt z kolegami z innych izb okręgowych zajmującymi się tworzeniem rejestru. Stanowiliśmy zespół, w którym rodziła się logistyka działań organizacyjnych izb okręgowych opartych o techniki informatyczne. Już wtedy, a był to okres „zabkującego” internetu, doceniliśmy prymat informatyki w działaniach administracyjnych. W 1993 r. NRL podjęła uchwałę dotyczącą prowadzenia postępowania w sprawie przyznawania prawa wykonywania zawodu i prowadzenia rejestru lekarzy, ustalając tryb postępowania i procedury, które w zasadzie obowiązują do dziś.

Otrzymanie prawa wykonywania zawodu to dla lekarza jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu...

Tak uważam. Uzyskanie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry jest dla kończącego studia i rozpoczynającego pracę udokumentowaniem jego kwalifikacji formalnych, obecnie uznawanych również na obszarze Unii Europejskiej. Docenia to samorząd lekarski, niejako pasując młodego kolegę na „pełnoprawnego” lekarza, wydając mu dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”. W większości izb lekarskich odbywa się to w sposób uroczysty, często w obecności bliskich. Dokument w formie książeczki paszportowej, zawierającej kompletne dane osobowe i merytoryczne, np. specjalizacje, tytuły i stopnie naukowe, znany jest we wszystkich krajach Unii. W ciągu dwóch tygodni wydajemy lekarzom około 4 tys. takich dokumentów.

Można więc powiedzieć, że jest to praca czysto urzędnicza.

Dodałbym – mało spektakularna i nieatrakcyjna, ale stwarza porządne ramy organizacyjne. Rejestry okręgowe i Centralny Rejestr Lekarzy są prowadzone w systemie teleinformatycznym na podstawie dokumentów i informacji uzyskanych od lekarzy lub z innych centralnych baz danych (PESEL, ZUS, CMKP, CEM). Tworzy bazę ok. 40 określonych ustawowo danych informujących o lekarzu lub lekarzu dentyście wykonującym zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Prace nad jego zbudowaniem trwały kilkanaście lat, przy ogromnym zaangażowaniu pracowników i komisji ds. rejestracji okręgowych izb lekarskich. Jest w tej chwili jedynym źródłem informacji o osobach wykonujących zawód lekarza, zarówno dla uprawnionych władz w Polsce i w Unii, jak też dla obywateli – pacjentów. Rejestr zawiera również dane archiwalne dotyczące lekarzy wykonujących zawód w Polsce Ludowej w latach 1945-1980. Zamierzamy również, uznając ciągłość w działalności izb lekarskich od 1921 r. potwierdzoną w ustawie o izbach lekarskich, stworzyć archiwum historyczne lekarzy pracujących w okresie II RP i okupacji hitlerowskiej.

Centralny Rejestr Lekarzy jest jedynym źródłem informacji o osobach wykonujących zawód lekarza.

Powstaje w ten sposób baza danych lekarzy wykonujących zawód w Polsce w dostępnym nam wymiarze historycznym. A we współczesnym świecie informacja jest często bezcenną wartością. Samorząd lekarski, jako samorząd zawodu zaufania publicznego, działa na podstawie prawa i w granicach prawa, jak każda instytucja musi opierać się o działania administracyjne. Staramy się maksymalnie usprawnić tę działalność w oparciu o precyzyjnie określone procedury, stwarzające przychylne dla kolegów warunki wywiązywania się ze swoich obowiązków związanych z przynależnością do samorządu. ☉

Nie ograniczajmy dostępu do wiedzy



W ciągu 10 lat traci się 50 proc. wiedzy wyniesionej z uczelni. Dzieje się tak na skutek zapomnienia i rozwoju nowych metod.

Eugeniusz Spiechowicz

ANNA LELLA

Nikt nie kwestionuje prawdy zawartej w tym zdaniu. Wszyscy są również gotowi przyznać, że wiedzę trzeba nieustannie weryfikować, uaktualniać i wzbogacać. Ale jak to robić?

Tu już zdania są podzielone. Część osób uważa, że dla uzupełniania wiedzy wystarczy samokształcenie, inni twierdzą, że doskonalenie zawodowe powinno odbywać się w formach instytucjonalizowanych, zgodnie z zatwierdzonym programem i w stałych odstępach czasowych.

Bez wątplenia czynnikiem najbardziej motywującym do ustawicznego doskonalenia zawodowego jest wola i pragnienie utrzymania wysokiej jakości wykonywanej pracy zawodowej. Niestety wiadomo, że gorzej jest z możliwościami realizacji. Różnorakie utrudnienia, w tym nieprzychylnie prawo podatkowe, ograniczenia w dostępie do specjalizacji powodują,

że uczestniczenie z własnej inicjatywy w ustawicznym doskonaleniu zawodowym nie jest ani proste, ani tanie. Samorząd lekarski wielokrotnie podejmował dyskusję na ten temat i usiłował przekonać Ministerstwo Zdrowia do rozwiązania tej kwestii.

Rezydentura dla wszystkich?

Zdaniem samorządu, każdy lekarz i lekarz dentysta powinien mieć dostęp do specjalizacji odbywającej się w ramach rezydentury. Może się jednak zdarzyć, że nie będzie chętnych do specjalizowania się w dziedzinie społecznie pożądanej. Państwo zobowiązane do prowadzenia sensownej polityki zdrowotnej powinno mieć w takim przypadku możliwość interweniowania, np. różnicując wynagrodzenia rezydentur.

Może więc obecny system, w którym przewiduje się specjalizowanie

w ramach rezydentury, w ramach umowy cywilnoprawnej, a nawet na zasadzie wolontariatu, ma jednak sens? Oczywiście pod warunkiem, że miejsc akredytacyjnych do odbywania specjalizacji będzie zdecydowanie więcej niż dotychczas, a kierownicy specjalizacji – godziwie wynagradzani – chętnie podejmować się będą szkolenia.

Kwalifikacje lekarzy dentystów

Powszechnie uważa się, że lekarz dentysta jest kimś w rodzaju specjalisty w zakresie stomatologii, który już po studiach gotowy jest do pracy w pełnym zakresie. Ale czy tak jest faktycznie? Rozwój stomatologii i całej medycyny dziś już na to nie pozwala. Trzeba się specjalizować w wybranej dziedzinie. W Polsce mamy siedem specjalizacji stomatologicznych.

Wykresy procentowe specjalistów wśród lekarzy i lekarzy dentystów są jak lustrzane odbicia: tylko 21 proc. lekarzy stomatologów ma specjalizację, a wśród lekarzy tylko 21 proc. jej nie ma (są to zwykle młodzi lekarze, jeszcze w trakcie nauki).

Narzędzie, jakim jest Centralny Rejestr Lekarzy, daje możliwość bieżącej analizy demograficznej lekarzy,

Każdy lekarz i lekarz dentysta powinien mieć dostęp do specjalizacji odbywającej się w ramach rezydentury.

szczególnie specjalistów. Na podstawie tych danych na bieżąco śledzimy liczbę lekarzy dentystów w Polsce, ich wiek, specjalizacje oraz rozmieszczenie geograficzne. Oceny dokonuje się na

poziomie centralnym i regionalnie. Daje to możliwość prognozowania kształcenia.

Szczegółowe opracowanie z podziałem na województwa przekazywaliśmy Ministerstwu Zdrowia oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim. Dane te są zamieszczone m.in. na stronie internetowej NIL. Udostępniamy je także innym zainteresowanym instytucjom, głównie mając na uwadze ich właściwe wykorzystanie przy planowaniu miejsc specjalizacyjnych oraz limitu miejsc na studiach stomatologicznych. Dostępność specjalizacji nigdy nie była satysfakcjonująca, a po okresie przemian i niemal pełnej prywatyzacji stomatologii liczba placówek, które posiadają uprawnienia do prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego, znacznie się zmniejszyła.

Teoretycznie już trochę przywykliśmy do tego, że na wszystko są limity i kolejki – limity na świadczenia, limity na szkolenia. Ale komu by przeszkadzało, gdyby wszyscy mogli się szkolić i mieli jakąś specjalizację? Czy ktoś by na tym ucierpiał? Na pewno nie pacjent! Przecież lekarz specjalizuje się po to, aby swoją wiedzą służyć pacjentom, społeczeństwu.

Dobry kierunek ustaw

Samorząd lekarski wyraża opinię, że minister zdrowia powinien zapewnić więcej miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy, którzy ukończyli studia. Niestety samorząd lekarski nie ma faktycznego wpływu na ich ostateczną liczbę. Dlatego Komisja Stomatologiczna NRL, zabiegając o możliwość zatrudnienia lekarzy dentystów w praktykach, uczyniła krok w dobrym kierunku.

Obowiązująca od niedawna ustawa o działalności leczniczej i znowelizowane przepisy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty dają w tym zakresie nowe możliwości. Praktyki lekarskie, w tym specjalistyczne, mogą obecnie zatrudniać innych lekarzy i lekarzy dentystów w sytuacji,

gdy ci ostatni podnoszą swoje kwalifikacje, odbywają staż podyplomowy lub szkolenia: specjalizacyjne, w celu uzyskania umiejętności z zakresu wąskich dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia medycznego. Aby takie szkolenia prowadzić, muszą posiadać akredytację.

Komisja Stomatologiczna NRL przygotowała szereg uwag do obowiązujących jeszcze wniosków akredytacyjnych. Mamy nadzieję, iż propozycje zmian zostaną uwzględnione w nowym wniosku, nad którym trwają obecnie prace w Ministerstwie Zdrowia i CMKP. Do każdego programu specjalizacji ma być przygotowany załącznik, zawierający szczegółowe kryteria akredytacji placówek prowadzących specjalizację (w tym dla



Autorka jest wiceprezesem NRL i przewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL

indywidualnych praktyk lekarskich) – właściwe dla danej specjalności. Tak więc każda specjalność powinna mieć własne kryteria akredytacji odnoszące się do jej specyfiki, a nie jak dotychczas jednakowe dla wszystkich dziedzin. Liczymy na to, że większość specjalizacji uzyskiwana będzie w ramach rezydentury. Czekamy na

uwzględnienie kolejnego, od dawna zgłaszanego postulatu samorządu w sprawie zagwarantowania wynagrodzenia opiekunom rezydentów.

Namawiamy koleżanki i kolegów, doświadczonych lekarzy dentyków prowadzących specjalistyczne praktyki, do podjęcia starań o uzyskanie uprawnień do prowadzenia staży i szkoleń. To powinno ułatwić młodym ludziom wejście do zawodu, które obecnie – na skutek niedoboru miejsc specjalizacyjnych – jest znacznie utrudnione.

Zgodnie ze standardami podnoszenia jakości, opracowanymi w 2003 r. na Uniwersytecie w Kopenhadze przez World Federation for Medical Education, środki finansowe konieczne do prowadzenia ustawicznego doskonalenia zawodowego muszą być zawsze postrzegane jako część kosztów operacyjnych sektora zdrowia. ☉

Trzeci wymiar stomatologii

FOT.: RAFAŁ MĘDZIN I STANISŁAW LASSOCIŃSKI



pokazuje bryłowatość, nadaje obrazom więcej „życia” i dynamiki. Autorzy, wykorzystując nowe technologie i sprawdzone standardy stereofotografii, w pionierski sposób przedstawili ciekawą tematykę stomatologiczną, związaną z wykorzystaniem minimalnie inwazyjnej techniki rekonstrukcji pełnoceramicznych. Wykład poruszał wiele aspektów ich praktycznego zastosowania, od wskazań i planowania, po preparację i protokół cementowania adhezyjnego, z dużym naciskiem

Po raz pierwszy w Polsce zaprezentowano wykład dotyczący leczenia stomatologicznego w bardzo popularnej ostatnio technologii 3D.

ANNA LELLA

Trzeci wymiar oddaje głębię, pokazuje bryłowatość, nadaje obrazom więcej „życia” i dynamiki.

Ponieważ prezentacja wymagała szczególnego zaplecza technicznego, odbyła się w sali kinowej warszawskiego Multikina (w Złotych Tarasach). Zgromadzeni w niej lekarze dentyści w specjalnych okularach oglądali zęby oraz wykonywane procedury kliniczne i laboratoryjne.

Tematem tego niezwykłego wykładu były „Licówki pełnoceramiczne jako minimalnie inwazyjna alternatywa estetyczna”, a jego autorami Rafał Mędzin (Gabinety Dentura w Gryfinie) oraz Stanisław Lassociński (Praktyka Prywatna Choszczno), którzy od wielu lat profesjonalnie zajmują się fotografią stomatologiczną. Po wielu miesiącach intensywnej pracy, 26 listopada 2011 r. przedstawili pierwszą w kraju i unikalną w skali światowej trójwymiarową prezentację.

Na uwagę zasługuje techniczno-fotograficzna część tego przedsięwzięcia. Wymagała ona wykonania dużo większej ilości i bardzo wysokiej jakości zdjęć oraz późniejszego połączenia ich w tzw. stereopary. Do tego celu opracowana została m.in. specjalna technika, umożliwiająca wykonanie nawet zdjęć klinicznych, wewnątrzustnych.

Technicznym wyzwaniem było zaprezentowanie złożonych już obrazów na potężnym kinowym ekranie, gdzie dla przykładu, pięciosekundowe wyświetlenie jednego z nich wymagało skompiłowania ok. 240 zdjęć – po 120 dla lewego i prawego oka.

Stereoskopowe obrazy stanowiły uatrakcyjnienie wykładu, ale pozwoliły także dostrzec wiele istotnych szczegółów, które są niewidoczne lub zacierają się, gdy patrzymy na nie w klasyczny, dwuwymiarowy sposób. Trzeci wymiar oddaje głębię,

na procedury laboratoryjne i współpracę z technikiem.

Prezentacja spotkała się z dużym zainteresowaniem i uznaniem uczestników, którzy podkreślali jej innowacyjny charakter, bardzo ciekawą formułę i atrakcyjną zawartość merytoryczną. Zapoczątkowała ona cykl wykładów, które będą prezentowane przez doktorów Rafała Mędzina i Stanisława Lassocińskiego z wykorzystaniem techniki obrazowania trójwymiarowego, realizując ich fotograficzną i zawodową pasję. ☉



Na zdjęciu autorzy prezentacji – Rafał Mędzin i Stanisław Lassociński

FOT.: ARCHIWUM DENTOWIZJA.PL

Noworoczne postanowienia

Życie nie jest lepsze ani gorsze od naszych marzeń, jest tylko zupełnie inne.

William Shakespeare

JOLANTA MAŁMYGA

Zaczynamy rok 2012, który według niektórych przepowiedni ma być końcem świata. Takich przepowiedni już kilka było i wiele z przepowiedzianych wydarzeń miało miejsce. Klęski żywiołowe czy wręcz kataklizmy, rozwój gospodarki i utrata wartości moralnych, kłamstwo, obłuda, snobizm i próżność ludzka – to się wydarzyło, ale świat nadal istnieje. Moim zdaniem, świat nadal będzie istniał, jak do tej pory i nie pocieszajmy się stwierdzeniem, że może być gorzej, nie pomijajmy własnego udziału w tych wydarzeniach.

Jak zawsze na początku roku, podejmujemy różne zobowiązania i obiecujemy sobie i innym, że zrealizujemy przynajmniej część naszych marzeń. Będziemy radośni i przyjaźnie nastawieni do świata i ludzi. Ilu z nas wywiąże się ze złożonych sobie obietnic? Może w tym roku spróbujemy, aby nasze obietnice nie odbiegały za bardzo od realiów życia, a marzenia były na miarę

czasów i możliwości. Tylko co to za marzenia – takie skromne i przyziemne? Najważniejsze, aby były, i nawet jak będą nierealne, to nie podporządkowujemy im całego naszego życia, a jak się nie spełnią, nie obwiniamy o to całego świata. Życie nabrało tempa, tyle że nie wszyscy potrafimy nadążyć za zmianami, jakie nam narzuca. Próbuje się z postępem, ale jak na Polaków przystało, robimy to każdy po swojemu.



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

Zamiast zwiększać tempo, wykażmy się umiejętnościami spokojnego rozwiązywania problemów. Dyskutujmy otwarcie i spokojnie, szukając realnych rozwiązań ułatwiających dobre funkcjonowanie. Nie utrudniajmy i nie komplikujmy wszystkiego, co tylko się da. Tak jak nasze

polskie drogi są kręte i wyboiste, takie same są nasze drogi życiowe i jakoś nie potrafimy ich wyprostować. Jesteśmy podejrzliwi i nikomu nie potrafimy zaufać, nawet sobie samym. Najlepszym zobowiązaniem noworocznym byłoby więc unikanie podejrzeń i wyprostowanie wszystkich tych dróg.

Weszliśmy w Nowy Rok z groźbami kryzysów politycznych i gospodarczych, które dotkną również nasz kraj, i to we wszystkich sferach życia. Mnie najbliższe są wszelkie sprawy dotyczące zdrowia i polityki zdrowotnej, których mimo wielu zapowiedzi nadal nikt nie uporządkował, a wręcz



przeciwnie – wprowadzono większe zamieszanie i bałagan. W medycynie jest niewiele rzeczy oczywistych i nie da się wszystkiego zaszufladkować i zbiurokratyzować. Lekarz, jak powiedział Hipokrates, jest od tego, żeby leczyć wszelkimi możliwymi i dostępnymi metodami. Oczywiście nie oznacza to postępowania niezgodnego z prawem, ale nie można ustawami nakazywać lekarzom bycia urzędnikami, którzy zamiast leczyć chorego, mają zajmować się wypełnianiem dokumentacji i kontrolowaniem, co któremu pacjentowi się należy i za jakie pieniądze. Moim zdaniem, a myślę, że nie tylko moim, oszczędzanie na zdrowiu obywateli kosztem tych, którzy mają dbać o dobrą kondycję społeczeństwa na pewno nie jest najlepszą metodą walki z kryzysem finansowym

Pamiętaj, że wszystko, co uczynisz w życiu, zostawi jakiś ślad. Dlatego miej świadomość tego, co robisz.

Paulo Coelho

kraju. I mam takie marzenie, aby w tym roku zarówno twórcy przepisów, jak i ci, którzy będą im podporządkowani potrafili wspólnie je uzgadniać. Wielokrotnie lepsze efekty uzyskuje się wysłuchując innych i zmieniając poglądy, niż trwając w zaciętrzewieniu i obronie własnych racji.

Takie są moje życzenia, aby bez względu na zajmowane stanowiska, podejmowane decyzje były zgodne ze składanymi obietnicami i abyśmy po drodze nie stracili zdrowego rozsądku.

W życiu jest coś więcej do zrobienia, niż tylko zwiększać jego tempo.

Mahatma Gandhi

Magia medycyny

Pacjent jest osobą – powtarzajmy to studentom bez końca.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Właściwie to nie wiem, dlaczego zostałem lekarzem stomatologiem. Może jakieś tradycje rodzinne?

Może wydawało mi się, że na stomatologię łatwiej dostać się niż na medycynę, co w praktyce okazało się nieprawdą? Nie wiem. Po prostu od pewnego czasu w liceum wiedziałem, że moje studia to będzie akademia medyczna i koniec. (Wiem, że akademia medyczna to teraz uniwersytet medyczny, ale ja będę trzymał się starej nazwy, która o wiele bardziej mi się podoba.).

Koleżanki i matematyka

Na uczelni w przewadze były koleżanki. Tak samo zresztą, jak i teraz. Nie wiadomo, dlaczego tak jest, ale jest. Na studiach technicznych z kolei więcej jest chłopaków i też nie wiadomo, dlaczego. Niektórzy twierdzili, że powodem sfeminizowania zawodu lekarza jest fakt, że kobiety nie kochają nauk ścisłych, a akademia dawała szansę, żeby wreszcie z tą matematyką

skończyć raz na zawsze. Naszemu rocznikowi zrobiono jednak kawał i jako pierwszemu wprowadzono właśnie matematykę z elementami statystyki. Teraz to normalka, ale wtedy dla nas



Autor jest lekarzem dentystą, wiceprezesem WIL, członkiem NRL

to był koszmar. Mój profesor od fizyki w liceum dzielił uczniów na fizyków i poetów. Pierwsi to ci, którzy wybierali się na studia techniczne lub na któryś z kierunków ścisłych. Mieli u profesora szacunek. Reszta to poeci. Miało to tę zaletę, że profesor przy repetytoriach przed maturą dawał im spokój. Nie gnębił ich zwaretowanymi wzorami czy zadaniami. W ogóle uznawał, że nie warto o nich wspominać, co najwyżej należy dyskutować, czy słusznie państwo wyrzuca pieniądze na ich kształcenie. Biorąc pod uwagę panikę, jaką na studiach wywoływały w nas te cholerne całki i inne różniczki, wydawało się, że profesor miał rację...

Studia medyczne to była orka. Ktoś wyliczył, że na niektórych kierunkach uniwersyteckich wystarczy 1800 godzin zajęć, żeby uzyskać tytuł magistra. Na akademii potrzeba ich było około 5000, żeby otrzymać dyplom lekarza, a potem oczywiście staż i specjalizacja... Z ważnych momentów

okresu studiów nie zapomnę wydarzeń roku 1968. W protestach oczywiście brali udział także studenci. Manifestowali i wiecowali jak wszyscy. Medyków było wśród nich mniej. Niektórzy wytykali nam tę absencję, ale my byliśmy sparaliżowani nawałem zajęć. Choć gdy tylko się dało, to byliśmy tam, gdzie trzeba. Pamiętam, jak zdenerwowaliśmy sekretarza uczelnianej organizacji partyjnej, który na jakiejś masówce (wtedy to było modne słowo) straszył nas konsekwencjami strajkowania, a wtedy jeden z kolegów zapytał, czy jeżeli po porannych niepokojach po południu dostarczone nam przygotowane błyskawicznie przez władzę „patriotyczne” ulotki, w których z troską ostrzegano nieświadomionych studentów przed dawaniem posłuchu różnym „wichryicielom” i „warchołom”, to czy w takim samym tempie nie dałoby się drukować wiecznie brakujących skryptów? Sekretarz się wściekł i opuścił salę. Pokazaliśmy, że jesteśmy nieświadomionymi politycznie gówniarzami, bez odrobiny wdzięczności dla władzy, która przecież daje nam szansę studiowania. Tak to studenci wpłątani zostali w politykę...

Po prostu opieka

Studia nauczyły nas wielu zawodowych i życiowych mądrości. Dla mnie najważniejsza to ta, że „Pacjent jest osobą”. Nie przypadkiem, jednostką chorobową czy numerkiem, ale właśnie osobą. To prawda, o której szybko zapominają młodzi koledzy. Pacjent otoczony skomplikowanymi aparatami i maszynami, robotami, epatowany nanotechnologią, której nie rozumie, przekazywany do coraz to innego specjalisty i na jakieś badania, o których nie ma pojęcia, czuje się zagubiony i przestraszony. On chciałby po prostu opieki lekarza. Nic nie zastąpi uśmiechu i ciepłego słowa doktora i pielęgniarki, potrzymania za rękę, poświęcenia choremu odrobiny czasu, żeby choć przez chwilę poczuł, że to on jest tu najważniejszy. On i jego choroba. Wiem, co mówię, bo sam kilka razy byłem szpitalnianym pacjentem.

Późniejsza praca, już po dyplomie, uczyła i uczy lekarzy pokory wobec natury. Dlaczego sto razy wszystko

idzie jak trzeba, a sto pierwszy nie-sie ze sobą powikłania, które uru-chamiają dzwonki alarmowe? Wie-my o człowieku coraz więcej, ale ta wiedza rodzi wciąż nowe pyta-nia, a czasem i dylematy moralne. Namawiamy do oddawania narzą-dów do transplantacji. Potrafimy przeszczepiać niemal wszystko, ale nie wiemy, dlaczego czasem biorca po zabiegu zmienia swoje usposo-bienie i upodobania na takie, jakie miał dawca? W preferencjach kuli-narnych, ubiorach czy zainteresowa-niach. To jedna z tajemnic biologii, która objawiła się ostatnio. Albo jak to jest, że z jednej komórki powstają biliony w określonym porządku, że różnicują się i podejmują skompli-kowane funkcje – bez naszego udziału, bez naszej świadomości. Cud na-tury – rodzi się człowiek. Jak to się dzieje? Czasem ta mała istotka nie może zdecydować się, czy chce żyć. Lekarze podejmują wówczas hero-iczne wysiłki, aby ją ratować. Czasem wygrywają, czasem nie. Dlaczego?

*Nic nie zastąpi choremu
uśmiechu i ciepłego
słowa, potrzymania
za rękę, poświęcenia
odrobiny czasu, żeby choć
przez chwilę poczuł, że to
on jest najważniejszy.*

Radość z sukcesu albo smutek z bez-radności. W takich momentach nikt nie myśli o pieniądzach, liczy się coś innego.

Kierowca pogotowia, który zwy-kle miał pretensje do wszystkich o wszystko, a zwłaszcza o pieniądze właśnie, jak szaleniec pędził kiedyś karetką na koniec Poznania, łamiąc wszystkie możliwe przepisy i naraża-jąc się wszystkim, bo tam na pomoc czekało poparzone dziecko. Wró-cił z podartą marynarką, bo lekarka

nie zapięła pasów i trzymała się je-go kieszeni, po czym z ogromną sa-tysfakcją oświadczył: „Ale dzieciara żeśmy uratowali”. Tak działa magia medycyny. Nie tylko na lekarzy.

Podziękowania starszej pani

Czasem lekarz dostaje w podzię-kowaniu od pacjenta alkohol, kawę, kwiaty albo kopertę... Dla mnie naj-większymi korzyściami były podzię-kowania starszej pani w postaci pa-pierowej torebki z kilkoma krówkami (nie mogłem odmówić) i pochwałą pacjentki, która pofatygowła się do naczelnego dyrektora ZOZ-u z py-taniem, czy ma świadomość, jaki to diament pracuje w poradni stoma-tologicznej. Okazało się, że była to osoba niezrównoważona psychicz-nie. Potem społeczeństwo przychodni (a była to duża, wielospecjalistyczna placówka) pękało ze śmiechu, że jak ktoś chwali Baszkowskiego, to musi być niespełna rozumu... ◎

Uzależnieni lekarze

Co setny polski lekarz jest uzależniony od alkoholu, a wzięwszy pod uwagę również inne środki psychoaktywne, problem uzależnienia dotyczy 2-3 proc. osób wykonujących ten zawód.

LUCYNA KRYSIAK

Dane te są szacunkowe, ponieważ dotąd nie przeprowadzono badań, które ujawniłyby prawdziwą skalę problemu. Samorząd lekarski zamierza przeprowadzić badanie ankietowe wśród lekarzy, dzięki któremu można będzie nie tylko ocenić rozmiar zagrożenia, ale zbudować na tej podstawie skuteczny system pomocy uzależnionym.

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w grudniu odbyło się doroczne spotkanie okręgowych pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy wspólnie zastanawiali się, jakie mechanizmy należy uruchomić i jakie programy wdrożyć, aby dotrzeć do uzależnionych kolegów i nakłonić ich do podjęcia leczenia. Obecnie do pełnomocników zgłaszają się pojedynczy lekarze, i to zwykle

**Środki psychoaktywne
przetypiąją poczucie
odpowiedzialności
za powierzone lekarzowi
zdrowie i życie chorego.**

z polecenia ordynatora lub kierownika zakładu, w którym pracują, czasem kogoś z rodziny, a najczęściej pod presją mediów, które nagłaśniają przypadki lekarzy przyjmujących pacjentów pod wpływem alkoholu lub środków odurzających.

Uczestniczący w spotkaniu etyk, prof. Paweł Łuków, podkreślił, że zawód lekarza jest szczególny i polega nie tylko na opanowaniu wiedzy i umiejętności leczenia chorych, ale na współodczuwaniu.

– W przypadku lekarza profesjonalista to coś więcej niż zawodowiec, to ktoś, kto przestrzega standardów etycznych, a uzależnienia w znacznym stopniu ograniczają tę zdolność – powiedział. Dodał, że już Hipokrates głosił, iż najpierw powinno pojawić się zamiłowanie do leczenia człowieka, a później do czynności leczniczych. Środki psychoaktywne pozbawiają lekarza zachowania tych hierarchii i przetypiąją poczucie odpowiedzialności za powierzone mu zdrowie i życie chorego.

Niszczące brzemię

Jednak o tym, że lekarze piją, najlepiej wiedzą pacjenci, którzy z wdzięczności za udaną operację najchętniej wręczają im butelkę. Oni też są najlepiej zorientowani, który lekarz nie przyjmie trunku, bo nie bierze alkoholu do ust. Utarło się jednak przekonanie, że alkohol to najlepsza i niezobowiązująca forma podziękowania. O tym, że lekarze odurzają się innymi substancjami niż alkohol, pacjenci najczęściej nie mają zielonego pojęcia. Za to trudno ukryć to przed kolegami z pracy. Niestety, rzadko wychodzi to na jaw

w chwili, kiedy można jeszcze zapobiec nieszczęściu, pomóc wyjść z uzależnienia. W środowisku wciąż jeszcze panuje zmoza milczenia na ten temat. Aby ją przełamać, na mocy uchwały NRL z 13 kwietnia 2007 r. ustanowiono funkcję pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów ze wskazaniem, że taka osoba powinna być w każdej okręgowej izbie lekarskiej. Rola pełnomocnika (obecnie ma go już większość okręgowych izb lekarskich) polega przede wszystkim na organizowaniu pomocy lekarzom i lekarzom dentyistom, którzy ze względu na uzależnienie od środków psychoaktywnych są zagrożeni utratą prawa wykonywania zawodu. Pełnomocnik opracowuje zalecenia profilaktyczne, przygotowuje wykaz placówek terapii uzależnień, które chcą współpracować z samorządem lekarskim, a w przypadku stwierdzenia u lekarza uzależnienia od substancji psychoaktywnych, jego zadaniem jest pomoc w znalezieniu najlepszego dla niego miejsca terapii. Jeśli lekarz odmawia zgody na leczenie, pełnomocnik powiadamia o zaistniałym problemie okręgową radę lekarską, a ta podejmuje decyzję o powołaniu komisji



orzekającej o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza.

Przebić się przez mur

Lekarze rzadko chcą się leczyć z własnej woli. Z relacji pełnomocników wynika, że w ciągu roku trafia do nich zaledwie kilka osób. Dorota Rzepniewska, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków z katowickiej ORL, twierdzi, że obawiają się stygmatyzacji. – Trzeba wypracować nowe, bardziej skuteczne metody docierania do uzależnionych. Być może podobne do tych, którymi posługuje się samorząd lekarski w Niemczech – podkreśliła. Bo uzależnienie lekarzy od alkoholu i środków odurzających to nie tylko polski problem.

Barierą, którą trudno im pokonać, aby zwrócić się o pomoc do pełnomocnika, jest również wstyd. – Wciąż jeszcze pokutuje przekonanie, że uzależnienie jest chorobą zawnioną przez chorego, a tak nie jest. Podobnie jak przekonanie, że choroba alkoholowa wyklucza sumienne wykonywanie obowiązków zawodowych przez lekarza, a przecież w tej chorobie uzależnieni latami żyją w abstynencji i mogą normalnie pracować – powiedział dr Bohdan Woronowicz, specjalista ds. uzależnień.

Trzeba więc nie tylko przebić się przez mur niechęci do podjęcia leczenia, ale także przez mur fałszywych przekonań na temat uzależnienia od alkoholu i środków odurzających i umieć rozróżniać, kiedy mamy do czynienia z czynną chorobą, a kiedy nie. Adam Wiernikowski z OIL w Krakowie podkreślił, że dojdzie do tej choroby jest różne. Wielu lekarzy, którym grozi odebranie prawa wykonywania zawodu, uzależniło się od opiatów, ponieważ zażywali narkotyki w celach leczniczych.

Wojciech Idaszak z Zespołu Radów Prawnych NIL mówił o aspektach prawnych i rodzajach odpowiedzialności za wykonywanie zawodu pod wpływem substancji psychoaktywnych. Same sankcje wobec lekarzy, bez leczenia, nie rozwiązują problemu. Są jednak uciążliwe i często ciągną się przez całe życie.

Gdzie się leczyć?

Wyzwaniem dla okręgowych pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków jest nie tylko to, jak zmotywować uzależnionych lekarzy do podjęcia leczenia, ale też gdzie ich na to leczenie pokierować. Uzależniony lekarz, jeśli już

zdecyduje się na leczenie, wybiera zwykle ośrodek jak najdalej miejsca zamieszkania i pracy. Dr Maciej Frąckowiak z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej uważa, że ośrodki dla lekarzy należy tworzyć przy okręgowych izbach i prowadzić w nich terapię we współpracy z ośrodkami specjalizującymi się w leczeniu uzależnień. Opinie na ten temat są jednak podzielone. Zdaniem Włodzimierza Gajewskiego ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej nie powinno się prowadzić odwyku oddzielnie dla lekarzy i dla osób z innych środowisk zawodowych. – Uzależnienie jest choro-

Wciąż jeszcze pokutuje przekonanie, że uzależnienie jest chorobą zawnioną przez chorego.

bą, której leczenie podlega określonym standardom i nie powinno się tego robić w izolacji – powiedział. Dodał, że pełnomocnik jest jednocześnie lekarzem i kiedy uzależniony kolega lekarz zwróci się do niego po pomoc, powinien go traktować jak pacjenta, zakładając mu pełną dokumentację, zachowując tajemnicę lekarską i zapewniając intymność.

Ponieważ nie ma wytycznych, które określałyby kompetencje pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków, terapia podejmowana jest najczęściej wskutek decyzji ORL, a do czasu jej zakończenia specjalna komisja zawiesza uzależnionym lekarzom prawo wykonywania zawodu. Jednak najlepiej, gdyby skontaktowali się oni z pełnomocnikiem i rozpoczęli terapię, zanim sprawa zostanie upubliczniona i samorząd nada jej tryb urzędowy. Dlatego pełnomocnicy chcą dotrzeć do osób potrzebujących pomocy, zanim popadną one w tarapaty czy wejdą w konflikt z prawem, co skutkuje odebraniem prawa wykonywania zawodu i sankcjami prawnymi. Chcą również podjąć próbę rozpoznania przyczyn nałogu, zająć się profilaktyką i na tym etapie zaoferować kolegom pomoc psychologiczną. Muszą jednak, wzorem Niemców czy Amerykanów, wspólnie wypracować spójny i skuteczny model tej pomocy. Liczą na wsparcie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. ●

Zdrowie w słowie

Język medyczny jest zaśmiecany dziwolągami administracyjnymi, które nie tylko rzutują na komunikację lekarza z pacjentem, ale oddalają go od wypełniania misji, wyznaczając mu rolę osoby świadczącej usługę.



LUCYNA KRYSIAK

Lekarze obawiają się, że używana nowa mowa językowa w ochronie zdrowia odhumanizuje medycynę i chcą temu zapobiec. Naczelna Izba Lekarska i Rada Języka Polskiego zorganizowały konferencję „Zdrowie w słowie”, która była próbą odpowiedzi na pytanie, jak sobie radzić w sytuacji, kiedy bezduszny język administracji zbyt mocno wdzierza się w codzienne lekarzkie życie.

Nieludzki język administracji

Prof. Andrzej Markowski, przewodniczący Rady Języka Polskiego, w liście do prezesa NRL Macieja Hamankiewicza wyraził nadzieję, iż konferencja ta pomoże uświadomić szerszym kręgom społecznym, że słowo jest niemniej ważne w pracy z pacjentem, niż leczenie, a komunikacja słowna z chorym może wydatnie pomóc mu wyzdrowieć. Rozwijając ten wątek, prezes NRL podkreślił, że dotąd lekarz w szpitalu zlecał choremu antybiotyki, a obecnie w przedsiębiorstwie, jakim jest ten szpital, musi pilnować, aby przychód zgadzał się z rozchodem. Pacjent i jego leczenie schodzi na drugi plan. – Najbardziej niebezpieczne jest to, że nowa mowa

językowa zmienia sens naszego działania i choć buntujemy się przeciwko temu, trudno przewidzieć, jakie będą jej konsekwencje w przyszłości – powiedział Maciej Hamankiewicz.

Nawiązując do tej wypowiedzi, prof. Ewa Kołodziejek, członek Rady Języka Polskiego, przyznała,

*Tekst urzędowy powinien
charakteryzować się
jasnością i być
sformułowany poprawnie,
zgodnie z normą
wzorcową polszczyzny.*

że język administracji jest nieludzki, dlatego językoznawcy przygotowują raport, w którym przeanalizują i opiszą język administracyjny wszystkich ministerstw, w tym Ministerstwa Zdrowia. Podkreśliła też, że administracyjna nowa moda językowa daje się we znaki nie tylko środowisku lekarskiemu. Cóż częściej osoby wykonujące inne zawody sygnalizują, że większość ukazujących

się dokumentów i przepisów jest pisana językiem niezrozumiałym dla zwykłego obywatela. Są pełne błędów stylistycznych, cechuje je drętwota i wielosłowie. – Styl urzędowy wprawdzie z założenia odznacza się specyficznym słownictwem, a ponadto jest dyrektywny i bezosobowy, jednak tekst urzędowy powinien charakteryzować się jasnością i być sformułowany poprawnie, zgodnie z normą wzorcową polszczyzny – tłumaczy prof. Kołodziejek. Jeśli nie spełnia tej normy, jest wykroczeniem przeciwko art. 3 ustawy o języku polskim z 1990 r., który mówi m.in. o tym, że ochrona języka polskiego polega na dbaniu o poprawne jego używanie, do czego ustawowo są zobowiązane wszystkie organy władzy publicznej i instytucje.

Słowa mogą leczyć

W NIL od dłuższego czasu organizowane są warsztaty psychologiczne poświęcone m.in. umiejętnościom komunikacji z pacjentami. Prowadząca je dr Hanna Hamer, psycholog społeczny i kliniczny, uważa, że słowa też leczą. Wprowadzie często mogą brzmieć banalnie (będzie dobrze, damy sobie radę z chorobą, głęboko współczuję, proszę mi zaufać, to przyniesie ulgę), jednak mają udowodnioną klinicznie siłę oddziaływania na pacjenta, ponieważ mobilizują jego organizm do walki z chorobą. Ważne jest więc, aby dbać o ich dobór.

Innym problemem języka medycznego jest jego hermetyczność i wulgaryzacja. Ryszard Bańkowicz, przewodniczący Rady Etyki Mediów, na podstawie wpływających skarg ocenił, że im bardziej charakter mediów jest zbliżony do tabloidów, tym częściej dochodzi do posługiwania się niewybrednymi określeniami. Dotyczy to również środowiska medycznego.

Uczestniczący w konferencji dr Zbigniew Kostrzewa, lekarz poeta, autor „Leksykonu wyrazów i zwrotów lekarskich”, na przykładach polskich pisarzy i poetów, którzy byli lekarzami, przekonywał, że językiem medycznym można się też bawić, tak jak to robił m.in. sławetny Tadeusz Boy-Żeleński, twórca kabaretu „Zielony Balonik”. ●



Napiszcie wreszcie o prawach lekarza

Szanowna redakcjo, piszę ten list, ponieważ coraz bardziej boję się być lekarzem i leczyć pacjentów. Prawie w każdym numerze „Gazety Lekarskiej” jest artykuł o tym, co my, lekarze powinniśmy, musimy, jakie mamy obowiązki wobec prawa i pacjenta i jakie

kary (czasem nieadekwatne do czynu) nam grożą. Coraz częściej brakuje mi czasu na leczenie, bo muszę wypełniać różne druki zgód, certyfikatów, zaświadczeń, oświadczeń itp. Niestety „GL” również nie nadaża za przepisami prawa i często ważne informacje dla lekarzy ukazują się

z kilkumiesięcznym, a nawet rocznym opóźnieniem. Wiem, że nieznajomość prawa nie jest usprawiedliwieniem, ale z drugiej strony chciałabym, by jedyna gazeta zajmująca się sprawami lekarzy była dla nas pierwszym i najpewniejszym źródłem informacji, i by docierały one do nas jeśli nie z wyprzedzeniem, to przynajmniej na bieżąco.

Mam również propozycję, by w dobie tylu zgód, zaświadczeń i oświadczeń „GL” opublikowała jednolite wzory np. zgody na leczenie kanałowe, chirurgiczne, protetyczne, zabieg operacyjny, badanie inwazyjne lub certyfikatu na produkt medyczny itp., które byłyby ważne i zabezpieczały lekarzy w razie roszczeń pacjenta, kontroli lub sprawy przed sądem.

Następnym bardzo nierzadkim problemem

jest agresja pacjentów wobec lekarzy i innych osób spośród tzw. białego personelu. Z agresją słowną jeszcze można sobie poradzić. Ale co możemy zrobić, jeśli pacjent zaczyna być agresywny, a nawet używa niebezpiecznych przedmiotów (taka sytuacja spotkała mnie osobiście, a wezwana policja przyjechała po godzinie)? Czy ktoś z nas ma poważnie ucierpieć, by coś się w tej sprawie zmieniło?! Pacjenci robią się coraz bardziej roszczeniowi i aroganccy, a my możemy jedynie stać, kiwać głową i tracić nerwy na udowodnianiu swoich racji.

Z wielką niecierpliwością oczekuję artykułu o PRAWACH lekarza, bo takie chyba też posiadamy?

LEK. STOM. Z ŁÓDZI
(NAZWISKO I IMIĘ
DO WIADOMOŚCI REDAKCJI)

BIULETYN

Nr 1 (139) Rok XXIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, I 2012

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 2 grudnia 2011 roku

UCHWAŁA Nr 24/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.

w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

W statucie Fundacji Lekarze Lekarzom, stanowiącym załącznik do uchwały Nr 7/11/VI z dnia 13 maja 2011 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Fundacja posiada osobowość prawną.”;

2) w § 10 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) dochody ze zbiorów publicznych.”;

3) § 23 otrzymuje brzmienie:

„§ 23. Do zadań Rady Fundacji należy:

- 1) kontrolowanie bieżącej działalności Zarządu Fundacji,
 - 2) wytyczanie głównych kierunków działalności Fundacji,
 - 3) nadzór nad działalnością Fundacji,
 - 4) ocena programu działania Zarządu na rok przeszły,
 - 5) podejmowanie decyzji o zatrudnianiu członków Zarządu i ustalaniu ich wynagrodzenia,
 - 6) wyrażanie opinii w sprawach przedłożonych przez Zarząd Fundacji.”;
- 4) w § 29 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) Do zadań Zarządu należy:

- a) sprawowanie zarządu majątkiem Fundacji,
- b) prowadzenie bieżącej działalności Fundacji
- c) uchwalanie rocznych planów finansowych i wieloletnich programów działania,
- d) przyjmowanie darowizn, spadków i zapisów, subwencji i dotacji z zastrzeżeniem pkt 8,
- e) występowanie z wnioskiem w sprawie zmiany Statutu, połączenia z inną fundacją, likwidacji Fundacji,
- f) przedkładanie Radzie Fundacji corocznie, do dnia 31 marca sprawozdania z działalności Fundacji za rok ubiegły,
- g) przygotowywanie projektów, które zostaną objęte wnioskiem o dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej oraz ich realizacja,
- h) podejmowanie decyzji w innych sprawach nie przekazanych do kompetencji innym organom Fundacji.”.

§ 2.

Przyjmuje się tekst jednolity statutu w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 24/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.

Tekst jednolity

STATUT FUNDACJI LEKARZE LEKARZOM

Rozdział I Postanowienia ogólne § 1.

Fundacja pod nazwą Fundacja Lekarze Lekarzom zwana dalej „Fundacją”, ustanowiona przez Naczelną Izbę Lekarską na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 34/10/VI z dnia 3 września 2010 r., zwaną dalej Fundatorem, aktem notarialnym sporządzonym przez notariusza Aldonę Czamarską w kancelarii notarialnej w Warszawie, ul. Konduktorska 4/29 w dniu 9 września 2010 r., rep. A Nr 1689/2010 działa na podstawie ustawy z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz. U. z 1991 r. Nr 46, poz. 203 z późn. zm.) i ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536) oraz niniejszego Statutu.

§ 2.

Fundacja posiada osobowość prawną.

§ 3.

- 1) Fundacja działa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Fundacja może prowadzić działalność poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3) Siedzibą Fundacji jest miasto stołeczne Warszawa.
- 4) Dla wykonywania swych zadań statutowych Fundacja może tworzyć oddziały, zakłady i filie.

§ 4.

Czas trwania Fundacji jest nieokreślony.

§ 5.

- 1) Fundacja posługuje się pieczęcią z oznaczeniem nazwy i siedziby Fundacji.
- 2) Fundacja może używać wyróżniającego ją znaku graficznego.
- 3) Fundacja może ustanawiać odznaki, medale honorowe i przyznawać je wraz z innymi wyróżnieniami i nagrodami dla osób fizycznych, osób prawnych i jednostek nieposiadających osobowości prawnej, zasłużonym dla Fundacji.

§ 6.

Ministrem właściwym ze względu na zakres swojej działalności oraz cele Fundacji jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.

Rozdział II Cele i zasady działania Fundacji § 7.

Celami Fundacji są:

- 1) wspomaganie inicjatyw zapewniających obywatelom, w szczególności najuboższym dostęp do opieki zdrowotnej,
- 2) działalność w zakresie pomocy społecznej, materialnej i finansowej w celu poprawy warunków życia lekarzy oraz owdowiałych małżonków lekarzy, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, także z powodów klęsk żywiołowych i innych nadzwyczajnych zdarzeń,
- 3) działalność w zakresie pomocy materialnej i edukacyjnej dzieciom zmarłych lekarzy,
- 4) działalność w zakresie pomocy dzieciom lekarzy szczególnie uzdolnionym, znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej,
- 5) działalność w zakresie pomocy materialnej oraz wspierania różnorodnych form opieki społecznej dla lekarzy emerytów, rencistów i innych nie wykonujących zawodu, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej.

§ 8.

Fundacja realizuje swoje cele poprzez:

- 1) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 2-5 wsparcia finansowego w formie między innymi: zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych, stypendiów, dofinansowania zabiegów medycznych, kuracji i zabiegów rehabilitacyjnych, dofinansowywania kosztów leczenia, pobytu w sanatorium lub w domach opieki społecznej,
- 2) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 2-5 pomocy rzeczowej,
- 3) organizowanie i dofinansowywanie przedsięwzięć edukacyjnych dzieciom zmarłych lekarzy oraz dzieciom lekarzy wymienionych w § 7 pkt 5,
- 4) udzielanie wsparcia finansowego dla rozwoju społecznie akceptowanych inicjatyw samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej dla osób wymienionych w § 7 pkt 1,
- 5) udzielanie wsparcia finansowego dla wszelkich innych inicjatyw służących rozwojowi opieki społecznej dla lekarzy i ich rodzin, wymienionych w § 7 pkt 2,3,4 i 5.

Rozdział III Majątek Fundacji

§ 9.

Majątek Fundacji stanowią środki finansowe w wysokości 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc), ustalone w akcie notarialnym ustanawiającym Fundację oraz środki finansowe, ruchomości i nieruchomości nabyte w trakcie działalności Fundacji.

§ 10.

Dochodami Fundacji zwiększającymi jej majątek są:

- 1) darowizny, spadki, zapisy, subwencje i inne nieodpłatne przysporzenia,
- 2) odsetki bankowe i dochody z majątku ruchomego i nieruchomego,
- 3) dochody ze zbiorów publicznych,
- 4) dochody z praw majątkowych,
- 5) odpisy podatkowe.

§ 11.

Dochody uzyskiwane z majątku Fundacji przeznaczone są wyłącznie na realizację celów statutowych oraz w niezbędnym zakresie na pokrycie kosztów działalności Fundacji.

§ 12.

Fundacja prowadzi gospodarkę finansową i rachunkowość według zasad obowiązujących osoby prawne.

§ 13.

- 1) Majątek Fundacji jest lokowany na rachunkach i lokatach bankowych, w papierach wartościowych, w funduszach inwestycyjnych, w nieruchomościach oraz ruchomościach stanowiących środki trwałe w rozumieniu obowiązujących przepisów.
- 2) Fundacja może tworzyć fundusze celowe.
- 3) Z dochodów określonych w § 10 Fundacja może tworzyć szczególne fundusze celowe, nazwane imieniem osób fizycznych lub prawnych, które przekazały Fundacji środki w drodze spadku lub zapisu, na których zgromadzone są środki otrzymane od w.w. osób z w.w. tytułów.
- 4) Decyzję w sprawie utworzenia funduszy celowych i szczególnych funduszy celowych, określenia wysokości kwot przekazywanych na fundusze oraz sposobu dysponowania środkami zgromadzonymi na funduszach podejmuje Zarząd Fundacji.

§ 14.

Fundacja nie może:

- 1) udzielać pożyczek lub zabezpieczać zobowiązań majątkiem Fundacji w stosunku do członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz osób, z którymi członkowie organów i pracownicy pozostają w związku małżeńskim, we wspólnym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa w linii prostej oraz w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, zwanych dalej „osobami bliskimi”,
- 2) przekazywać majątku Fundacji na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich osób bliskich, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, w szczególności jeżeli przekazanie to następuje bezpłatnie lub na preferencyjnych warunkach,
- 3) wykorzystywać majątku na rzecz członków organów Fundacji lub jej pracowników oraz ich osób bliskich, na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich, chyba że to wykorzystanie bezpośrednio wynika ze statutowego celu Fundacji,
- 4) dokonywać zakupu na szczególnych zasadach towarów i usług w tym po cenach wyższych niż rynkowe od podmiotów, w których uczestniczą członkowie organów Fundacji lub jej pracownicy oraz ich bliskie osoby na zasadach innych niż w stosunku do osób trzecich.

§ 15.

Rokiem obrachunkowym Fundacji jest rok kalendarzowy.

Rozdział IV Organy Fundacji

§ 16.

Organami Fundacji są:

- 1) Rada Fundacji,
- 2) Zarząd Fundacji.

§ 17.

Rada Fundacji jest organem kontroli i nadzoru oraz organem opiniodawczym i wnioskodawczym Fundacji.

§ 18.

- 1) Radę Fundacji tworzy 3 członków, powoływanych i odwoływanych w drodze uchwały przez Naczelną Radę Lekarską.
- 2) Na członka Rady Fundacji może być powołana osoba, która:
 - a) nie jest członkiem Zarządu Fundacji ani nie pozostaje z nim w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub podległości służbowej,
 - b) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - c) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,
 - d) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Radzie Fundacji.

§ 19.

Członkostwo w Radzie Fundacji ustaje na skutek:

- 1) pisemnej rezygnacji, złożonej Przewodniczącemu Rady Fundacji,
- 2) śmierci,
- 3) odwołania przez Naczelną Radę Lekarską w drodze uchwały w przypadku zaistnienia następujących okoliczności:
 - a) pisemnej rezygnacji członka,
 - b) działania na szkodę Fundacji,
 - c) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - d) pozbawienia praw publicznych lub utraty zdolności do czynności prawnych,
 - e) zaistnienia okoliczności, które w długotrwały sposób uniemożliwiają lub w znaczny sposób utrudniają pełnienie funkcji członka Rady Fundacji,
 - f) powołania członka Rady Fundacji do Zarządu Fundacji,
 - g) nie brania udziału w posiedzeniach Rady Fundacji przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

§ 20.

W razie powołania członka Rady Fundacji, za jego zgodą do Zarządu Fundacji lub nawiązania przez członka Rady Fundacji stosunku pracy z Fundacją członkostwo w Radzie Fundacji ulega zawieszeniu, odpowiednio na czas pełnienia funkcji lub trwania stosunku pracy.

§ 21.

- 1) Rada wybiera ze swego grona Przewodniczącego Rady.
- 2) Przewodniczący Rady kieruje pracami Rady, reprezentuje ją na zewnątrz oraz zwołuje i przewodniczy posiedzeniom Rady.

§ 22.

- 1) Rada Fundacji obraduje na posiedzeniach, które odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w roku.
- 2) Posiedzenia Rady Fundacji zwołuje Przewodniczący Rady z własnej inicjatywy albo na wniosek Zarządu lub Naczelnej Rady Lekarskiej, zgłoszony na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.
- 3) Rada Fundacji podejmuje decyzje w formie uchwał – zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy członków a w razie równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego.

§ 23.

Do zadań Rady Fundacji należy:

- 1) kontrolowanie bieżącej działalności Zarządu Fundacji,
- 2) wytyczanie głównych kierunków działalności Fundacji,
- 3) nadzór nad działalnością Fundacji,
- 4) ocena programu działania Zarządu na rok przeszły,
- 5) podejmowanie decyzji o zatrudnianiu członków Zarządu i ustalaniu ich wynagrodzenia,
- 6) wyrażanie opinii w sprawach przedłożonych przez Zarząd Fundacji.

§ 24.

Rada Fundacji w celu wykonywania zadań jest uprawniona do żądania od Zarządu Fundacji przedstawienia wszelkich dokumentów dotyczących działalności Fundacji.

§ 25.

- 1) Członkowie Rady Fundacji nie pobierają wynagrodzenia z tytułu udziału w pracach tego organu z wyjątkiem zwrotu udokumentowanych wydatków związanych z uczestnictwem w pracach tego organu, w tym kosztów podróży.
- 2) Miesięczna kwota zwrotu udokumentowanych kosztów nie może być wyższa niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok poprzedni.

§ 26.

- 1) Zarząd Fundacji składa się z Prezesa Zarządu i co najmniej 2 członków powoływanych przez Naczelną Radę Lekarską na czas nieoznaczony.
- 2) Naczelna Rada Lekarska może upoważnić Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do wykonywania uprawnień do powoływania i odwoływania Zarządu Fundacji.
- 3) Funkcji członka Zarządu Fundacji nie można łączyć z funkcją członka Rady Fundacji.

§ 27.

Na członka Zarządu Fundacji może być powołana osoba, która:

- a) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
- b) korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych,
- c) złożyła pisemne oświadczenie o woli uczestnictwa w Zarządzie Fundacji.

§ 28.

Członkostwo w Zarządzie Fundacji ustaje na skutek:

- 1) śmierci,
- 2) odwołania w drodze uchwały przez Naczelną Radę Lekarską w przypadku zaistnienia następujących okoliczności:
 - a) pisemnej rezygnacji członka,
 - b) działania na szkodę Fundacji,
 - c) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne,
 - d) pozbawienia praw publicznych lub utraty zdolności do czynności prawnych,
 - e) zaistnienia okoliczności, które w długotrwały sposób uniemożliwiają lub w znaczny sposób utrudniają pełnienie funkcji członka Rady Fundacji.

§ 29.

- 1) Zarząd Fundacji kieruje działalnością Fundacji i reprezentuje ją na zewnątrz.
- 2) Do zadań Zarządu należą:
 - a) sprawowanie zarządu majątkiem Fundacji,
 - b) prowadzenie bieżącej działalności Fundacji
 - c) uchwalanie rocznych planów finansowych i wieloletnich programów działania,
 - d) przyjmowanie darowizn, spadków i zapisów, subwencji i dotacji z zastrzeżeniem pkt 8,
 - e) występowanie w wnioskach w sprawie zmiany Statutu, połączenia z inną fundacją, likwidacji Fundacji,
 - f) przedkładanie Radzie Fundacji corocznie, do dnia 31 marca sprawozdania z działalności Fundacji za rok ubiegły,
 - g) przygotowywanie projektów, które zostaną objęte wnioskiem o dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej oraz ich realizacja,
 - h) podejmowanie decyzji w innych sprawach nie przekazanych do kompetencji innym organom Fundacji.
- 3) Zarząd podejmuje decyzje na posiedzeniach w formie uchwał, podjętych zwykłą większością głosów jego członków, obecnych na posiedzeniu Zarządu. W razie równej liczby głosów rozstrzyga głos Prezesa Zarządu. Dopuszcza się głosowanie pisemne.
- 4) Posiedzenia Zarządu Fundacji zwołuje Prezes Zarządu, zawiadamiając członków Zarządu o terminie i miejscu posiedzenia pocztą elektroniczną lub listem poleconym na co najmniej 3 dni przed planowanym terminem posiedzenia.
- 5) O posiedzeniu Zarządu muszą być powiadomieni wszyscy członkowie Zarządu.
- 6) Oświadczenia woli w imieniu Fundacji, z zastrzeżeniem pkt 7 składają dwaj członkowie Zarządu działający łącznie.
- 7) W sprawach dotyczących zatrudniania pracowników oraz w sprawach nie związanych z zaciąganiem zobowiązań majątkowych powyżej 5.000,00 zł oświadczenia woli w imieniu Fundacji może składać jednoosobowo Prezes Fundacji.
- 8) W przypadku powołania Fundacji do dziedziczenia Zarząd Fundacji składa oświadczenie o przyjęciu spadku z dobrodziejstwem inwentarza i to tylko wówczas, gdy w chwili składania tego oświadczenia jest oczywiste, że stan czynny spadku przewyższa dług spadkowy.
- 9) Zarząd odpowiada przed Radą Fundacji za realizację celów statutowych Fundacji oraz

za prawidłowość i celowość działań podejmowanych przez Fundację.
10) Czynności z zakresu prawa pracy wykonuje w imieniu Fundacji Prezes Zarządu Fundacji.

§ 30.

Zarząd może powoływać pełnomocników do kierowania wyodrębnioną sferą spraw Fundacji.

§ 31.

Zarząd ma obowiązek każdorazowego powiadamiania Rady Fundacji o planowanym terminie i tematyce posiedzeń.

Rozdział V Połączenie z inną fundacją

§ 32.

- 2) Fundacja może połączyć się z inną fundacją o podobnych celach statutowych na warunkach określonych przez stronę.
- 3) Połączenie z inną fundacją nie może nastąpić, jeżeli w jego wyniku mógłby ulec istotnej zmianie cel Fundacji.
- 4) Decyzję w sprawie połączenia podejmuje Zarząd Fundacji po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji i zatwierdzeniu przez Naczelną Radę Lekarską.

Rozdział VI Likwidacja Fundacji

§ 33.

- 1) Fundacja ulega likwidacji w razie osiągnięcia celów, dla których została ustanowiona lub w razie wyczerpania się jej środków finansowych i majątku.
- 2) Decyzję o likwidacji Fundacji podejmuje Naczelna Rada Lekarska w drodze uchwały.
- 3) Likwidację prowadzi likwidator.
- 4) Likwidatora Fundacji powołuje i odwołuje Rada Fundacji.
- 5) Do obowiązków likwidatora należy w szczególności:
 - a) zgłoszenie wniosku do Krajowego Rejestru Sądowego o wpisanie otwarcia likwidacji,
 - b) wezwanie wierzycieli w trybie ogłoszeń prasowych do zgłaszania wierzytelności w ciągu 3 miesięcy od dnia ogłoszenia likwidacji,
 - c) sporządzenie bilansu otwarcia likwidacji i sporządzenie listy wierzycieli,
 - d) sporządzenie planu finansowego likwidacji i planu zaspokojenia zobowiązań,
 - e) ściąganie wierzytelności, wypełnienie zobowiązań oraz spieniężenie majątku Fundacji,
 - f) przekazanie wskazanym podmiotom środków majątkowych pozostałych po zaspokojeniu wierzycieli,
 - g) złożenie wniosku do Krajowego Rejestru Sądowego o wykreślenie Fundacji z rejestru,
 - h) przekazanie dokumentów Fundacji do archiwum państwowego.

§ 34.

Środki finansowe i majątek pozostały po likwidacji Fundacji mogą zostać przeznaczone na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej na rzecz działających w Rzeczypospolitej Polskiej fundacji o zbliżonych celach.

Rozdział VII Zmiany Statutu

§ 35.

- 1) Zmian w Statucie Fundacji dokonuje Naczelna Rada Lekarska w drodze uchwały po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji.
- 2) W przypadku, gdyby na mocy obowiązujących przepisów Naczelna Izba Lekarska uległa likwidacji, zmiany Statutu dokonają może Rada Fundacji za zgodą Zarządu Fundacji.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA NR 25/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 grudnia 2011 r.

**w sprawie postępowania lekarzy po wejściu w życie ustawy
o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych
specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów
medycznych**

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§1.

Rekomenduje się lekarzom i lekarzom denty stom, z uwagi na brak możliwości jednoznacznego weryfikowania uprawnień pacjenta do leków refundowanych, skomplikowany system kilkunastu aktów prawnych regulujących kwestie uprawnień do świadczeń, w tym do refundowanych recept oraz brak jednoznacznych kryteriów oceny prawidłowości udokumentowania wskazań medycznych do ordynacji leków,
– aby po 1 stycznia 2012 r. powstrzymywali się od orzekania o uprawnieniach pacjentów do recept refundowanych oraz od wpisywania odpłatności, o której mowa w art. 6 ustawy poprzez zamieszczanie na receptach adnotacji „Refundacja Leku do decyzji NFZ”.
Takie postępowanie nie narusza obowiązujących zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty stom.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA NR 26/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 grudnia 2011 r.

**w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy
o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego
przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz
ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

- 7) Uchwala się projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom.
- 8) Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu ustawy.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 26/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.

USTAWA z dnia 2011 r.

o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom

Art. 1. W art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 r. Nr 122 poz. 696), wprowadza się następujące zmiany:

- 1) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lekarza, lekarza denty stom, felczera albo starszego felczera.”;
 - 2) skreśla się ust. 5 i 6;
 - 3) skreśla się ust. 8 i 9;
 - 4) w ust. 10 wprowadzenie do wyczerpania otrzymuje brzmienie:
„10. Dyrektor wojewódzkiego oddziału Funduszu rozwiązuje umowę, o której mowa w ust. 2 ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:”;
 - 5) po ust. 10 dodaje się ust. 10a w brzmieniu:
„10a. Do rozwiązania umowy z przyczyn o których mowa w ust. 10 przepisy art. 42 stosuje się odpowiednio.”;
 - 6) po ust. 11 dodaje się ust. 12 w brzmieniu:
„12. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów, o których mowa w ust. 2, oraz ramowy wzór tej umowy, kierując się koniecznością zapewnienia właściwej ich realizacji.”.
- Art. 2. Umowy upoważniające do wystawiania recept refundowanych zawarte przed wejściem w życie ustawy zachowują moc do czasu ich wygaśnięcia bądź rozwiązania, nie dłużej jednak niż 3 miesiące od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 48 ust. 12 ustawy, o której mowa w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą oraz nie dłużej niż przez okres 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.
- Art. 3. W art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty stom (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) ust. 5 otrzymuje brzmienie:
„5. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) sposób i tryb wystawiania recept lekarskich,
 - 2) wzór recepty uprawniającej do nabycia leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro,
 - 3) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
 - 4) sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji – uwzględniając skuteczność i bezpieczeństwo realizowanej poprzez recepty lekarskie farmakoterapii.”.
- Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**UCHWAŁA Nr 27/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 grudnia 2011 r.**

**w sprawie przyjęcia projektu rozporządzenia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1) Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że wystawianie recept na leki pro auctore i pro familia nie wymaga prowadzenia dokumentacji medycznej. Mając jednak na względzie pojawiające się w tym zakresie wątpliwości i sprzeczne opinie Naczelna Rada Lekarska uznając, iż ewentualny obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej recept wystawianych pro auctore i pro familia powinien być ograniczony do podstawowych niezbędnych danych uchwala projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

2) Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu rozporządzenia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 26/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r.

**Rozporządzenie
Ministra Zdrowia
z dnia...**

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 i Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112 poz. 654 i Nr 113 poz. 660) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) po rozdziale 3 dodaje się rozdział 3a w brzmieniu:

„Rozdział 3a

Dokumentacja prowadzona przez lekarza wypisującego recepty pro auctore i pro familia

§ 61a. 1.Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych na rzecz siebie lub najbliższej rodziny dokumentuje wypisywanie recept na leki w formie wykazu zawierającego:

- 1) kolejny numer,
- 2) imię i nazwisko pacjenta,
- 3) datę wystawienia recepty,
- 4) nazwy wypisanych leków."

§ 2.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**Apel Nr 4/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 grudnia 2011 r.**

**do lekarzy i lekarzy dentystów w sprawie umów na wystawianie
refundowanych recept**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

Naczelna Rada Lekarska apeluje do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów o niepodpisywanie nowych umów na wystawianie refundowanych recept, do czasu zaakceptowania przez Naczelną Radę Lekarską wzoru takiej umowy.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska informuje, że mimo iż ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku, to wszystkie dotychczas podpisane umowy na wystawianie refundowanych recept obowiązują do 30 czerwca 2012 roku i do tego dnia oddziały wojewódzkie NFZ nie mogą warunkować przydzielania nowych numerów identyfikujących recepty od podpisania nowej umowy.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 5/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 grudnia 2011 r.
do Rzecznika Praw Obywatelskich**

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do Rzecznika Praw Obywatelskich o złożenie wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zbadania zgodności z Konstytucją RP ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696). Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej zapisy ustawy naruszają podstawowe prawa obywatelskie lekarzy i lekarzy dentystów.

Ponoszenie przez lekarzy odpowiedzialności za to, iż po 12 latach obowiązywania przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, pacjenci nie posiadają jednolitego i jednoznacznego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń, narusza określone w art. 2 konstytucji zasady demokratycznego państwa prawa.

Niejednoznaczne, pozwalające na dużą swobodę interpretacyjną przepisy stawiające w roli nieustająco podejrzanych i obarczające nieproporcjonalnie dotkliwą odpowiedzialnością za złe (w ocenie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia) wystawioną receptę świadczeniodawcę i lekarza zatrudnionego przez tego świadczeniodawcę, naruszają zasady przyzwoitej legislacji i bezpieczeństwa prawnego. W konsekwencji, poprzez zastraszanie lekarzy i lekarzy dentystów przepisy te dodatkowo mogą zagrozić dostępowi pacjentów do farmakoterapii i ich bezpieczeństwu.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że ustawa refundacyjna godzi nie tylko w interes lekarzy i lekarzy dentystów, ale również bezpośrednio dotyka pacjentów.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej przemawia to za zasadnością apelu, bowiem Rzecznik Praw Obywatelskich pełni swą opiekuńczą rolę w stosunku do wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej, a więc i pacjentów i lekarzy oraz lekarzy dentystów.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 17/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 grudnia 2011 r.**

**w sprawie zaleceń dotyczących zawierania po 1 stycznia 2012 r.
umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Ze względu na brak możliwości jednoznacznego zweryfikowania uprawnień pacjenta do leków refundowanych, skomplikowany system kilkunastu aktów prawnych regulujących kwestie uprawnień do świadczeń, w tym do refundowanych recept oraz dowolność w ocenie prawidłowości udokumentowania wskazań medycznych do ordynacji leków, Naczelna Rada Lekarska rekomenduje szpitalom, przychodniom i praktykom lekarskim. Wstrzymanie się z podpisywaniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia na rok 2012 i lata następne, jeżeli integralną częścią tych umów będzie zobowiązanie do wystawiania recept refundowanych, na zasadach określonych w nowej ustawie refundacyjnej. Każdy z potencjalnych w/wym. podmiotów powinien rozważyć wynikające z takich umów ryzyko nakładania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar zwrotu nienależnej refundacji.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 18/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 grudnia 2011 r.**

w sprawie protestu słowackich lekarzy

Naczelna Rada Lekarska z oburzeniem przyjęła informację o wprowadzeniu przez prezydenta Republiki Słowacji stanu wyjątkowego, jako narzędzia walki z lekarzami walczącymi o godne warunki wykonywania ich zawodu. Rada solidaryzuje się ze słowackimi Koleżankami i Kolegami w ich słusznej walce o zapewnienie odpowiednich wynagrodzeń, a także o bezpieczny dla pacjentów i przyjazny dla pracowników medycznych system ochrony zdrowia. Wprowadzenie stanu wyjątkowego z nieodłącznym od niego użyciem siły nie może być drogą do rozwiązywania problemów społecznych.

W opinii Rady fundamentem demokratycznego państwa, zwłaszcza w tak ważnej dziedzinie jak ochrona zdrowia, musi być dialog, do powrotu, do którego Rada wzywa władze Słowacji.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Bezsenne noce

Jeśli problemy ze snem utrzymują się dłużej niż 2-3 tygodnie i zaczynają negatywnie wpływać na nasze funkcjonowanie w ciągu dnia, należy zasięgnąć porady lekarskiej.

MICHAŁ SKALSKI

Bezsenność można zdefiniować jako problemy z zaśnięciem, utrzymaniem ciągłości snu, przedwczesne budzenie się czy sen nieregenerujący, które pogarszają funkcjonowanie w ciągu dnia, utrzymują się przez przynajmniej trzy noce w tygodniu i trwają co najmniej przez miesiąc.

Zwyczajowo bezsenność dzieli się na pierwotną, pojawiającą się bez wyraźnej przyczyny, oraz wtórną, wywołaną inną chorobą (psychiczną lub somatyczną). Inny powszechnie stosowany podział związany jest z czasem trwania. Mówimy więc o bezsenności przygodnej (trwa kilka dni), krótkotrwałej (do miesiąca) i przewlekłej (dłużej niż miesiąc). Bezsenność przygodna właściwie nie jest chorobą, lecz typową reakcją na stres fizyczny lub psychospołeczny, krótkotrwała jest zwykle związana z jakimś czynnikiem wyzwalającym (np. stres, ból), natomiast przewlekła może także być związana z inną chorobą, np. depresją, ale dużo częściej jej utrzymywanie się zależy od specyficznych czynników związanych z samą bezsennością, tzw. czynników utrwalających, które powodują, że nawet po ustąpieniu lub usunięciu przyczyn bezsenności kłopoty ze snem pozostają. O ile bezsenność krótkotrwała jest prawie zawsze bezsennością wtórną, to przewlekła staje się chorobą samoistną.

Etiologia i patogeneza

Mimo wielu dotychczas przeprowadzonych badań z zastosowaniem najnowszych technik diagnostycznych, nie znaleziono jednej wyraźnej przyczyny bezsenności. Większość badań obrazowych, neurofizjologicznych

czy biochemicznych zgodnie pokazuje, że pacjenci, którzy skarżą się na bezsenność, mają podwyższoną aktywność ośrodkowego układu nerwowego w porównaniu z osobami, które śpią dobrze. Taki stan nadmiernego wzbudzenia (hyperarousal) obserwuje się nie tylko w układzie nerwowym, ale także w innych narządach i układach. U pacjentów z bezsennością przewlekłą stwierdzono m.in. podwyższoną temperaturę ciała oraz wzrost poziomu hormonów kory nadnerczy i niektórych cytokin prozapalnych.

W innych badaniach u pacjentów z bezsennością wykazano nie tylko nadmierne wzbudzenie, ale i obniżony poziom neuroprzekazników hamujących GABA.

Współczesne poglądy na etiologię i patogenезę bezsenności wskazują na współzależność różnych czynników biologicznych, medycznych i środowiskowych w powstawaniu i utrwalaniu bezsenności. Można je podzielić na trzy grupy.

1. Czynniki predysponujące – mają głównie podłoże biologiczne (cechy osobowości, rytm okołodobowy, wiek, obciążenie rodzinne).

2. Czynniki wyzwalające – bezpośrednio zakłócające sen (środowiskowe, adaptacyjne, medyczne, psychiatryczne, polekowe).

3. Czynniki utrwalające (pogłębiające) – tworzą rodzaj samonapędzającego się, błędnego koła bezsenności (lęk przed bezsennością,

nadmierne oczekiwania wobec własnego snu, niewłaściwa higiena snu, nadużywanie leków nasennych).

Opisane nieprawidłowe zachowania okołosenne i dysfunkcyjne myśli związane z bezsennością pojawiają się praktycznie u każdego pacjenta, który zaczyna gorzej spać, niezależnie od tego, jaki czynnik wyzwolił u niego bezsenność. Pozwala to na zastosowanie skutecznych metod radzenia sobie z bezsennością

nawet w tak różnorodnej grupie pacjentów.

Leczenie farmakologiczne

W przypadku stwierdzenia bezsenności przygodnej i krótkotrwałej należy jak najszybciej rozpocząć leczenie. Najlepszą metodą jest położenie tabletki nasennej koło łóżka i sięganie po nią wtedy, gdy pacjent,

mimo że kładzie się spać o swojej normalnej porze, nie jest w stanie zasnąć w ciągu 10-20 minut. Podobnie można postąpić w razie wybudzenia w nocy dłuższego niż 15 minut. Taki sposób przyjmowania leków nasennych pozwala u większości pacjentów z bezsennością krótkotrwałą uniknąć przejścia w bezsenność przewlekłą i jednocześnie chroni ich przed uzależnieniem od leków nasennych. Sam fakt posiadania skutecznej tabletki nasennej koło łóżka pozwala pacjentom spokojnie zasypiać.

Do najsukuteczniejszych leków nasennych stosowanych doraźnie w leczeniu bezsenności należą agonści receptora benzodiazepinowego nowej



Autor jest dr. n. med., pracuje w Katedrze i Klinice Psychiatrycznej WUM, kieruje Poradnią Zaburzeń Snu



generacji – zopiklon, zolpidem i zaleplon (nazywane „Z”).

W bezsenności przewlekłej podstawą leczenia są metody nefarmakologiczne (terapia poznawczo-behawioralna – CBT). Leki nasenne można stosować nie dłużej niż dwa tygodnie.

W ostatnich latach we wspomagającym leczeniu bezsenności coraz szerzej stosuje się także leki z innych grup, zwłaszcza przeciwdepresyjne i naturalne (dostępne bez recepty). W praktyce klinicznej, w przypadku konieczności długotrwałego stosowania leku nasennego alternatywą – zwłaszcza u pacjentów z objawami depresji i bezsenności – jest podawanie leków przeciwdepresyjnych o właściwościach uspokajająco-nasennych (trazodon, mianseryna, mirtazapina, doksepina). Poprawiają one sen u osób cierpiących na bezsenność i zwiększają ilość snu wolnofalowego. Niektóre trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) mają również silne działanie nasenne, jednak ze względu na nieselektywne działanie, powodują więcej efektów ubocznych.

Mówiąc o farmakologicznym leczeniu bezsenności, nie można pominąć problemu uzależnienia od benzodiazepin. Doświadczenia naszej Poradni Zaburzeń Snu wskazują, że duża część pacjentów z przewlekłą bezsennością jest w mniejszym lub większym stopniu uzależniona od agonistów benzodiazepin. U sporej części istniejące uzależnienie wydaje się być podstawową przyczyną bezsenności. W takim wypadku pierwszym etapem leczenia jest stopniowe odstawianie benzodiazepin i opanowywanie objawów abstynencyjnych. W leczeniu uzależnienia od benzodwiazepin u pacjentów

z bezsennością niezwykle skuteczna okazała się także terapia CBT.

Leczenie nefarmakologiczne (CBT)

Do metod nefarmakologicznego leczenia bezsenności należą: informacja o zasadach higieny snu, kontrola bodźców, ograniczenie snu, techniki relaksacyjne, sprzężenie zwrotne, terapia poznawcza, chronoterapia, fototerapia.

Zasady higieny snu obejmują: powstrzymanie się od drzemek w ciągu dnia, udawanie się na spoczynek i wstawanie o stałej porze, unikanie kofeiny, alkoholu i nikotyny, unikanie wysiłku fizycznego i angażujących emocjonalnie działań tuż przed snem, zapewnienie ciszy i neutralnej temperatury w sypialni, usunięcie z niej zegarów.

Technika kontroli bodźców polega na ustaleniu stałego rytmu snu i czuwania oraz przestrzeganiu reżimu ułatwiającego kojarzenie sypialni i łóżka wyłącznie ze snem. Pacjent powinien kłaść się do łóżka tylko wtedy, gdy jest śpiący. Zakazane jest czytanie, jedzenie i oglądanie w łóżku telewizji. Jeśli po położeniu się sen nie nadchodzi w ciągu najbliższych 10 minut, trzeba wstać, wyjść do innego pomieszczenia i wrócić dopiero wtedy, gdy pojawi się senność. Budzik powinien być nastawiony zawsze na tę samą godzinę, niezależnie od tego, ile trwa sen nocny. Należy się także powstrzymać od drzemek w ciągu dnia.

Ograniczenie pór snu polega na przebywaniu w łóżku tylko tyle czasu, ile według subiektywnej oceny pacjenta trwa jego sen nocny. Ponieważ czas ten jest zazwyczaj zanizony, częściowa deprywacja snu prowadzi do zmniejszenia liczby wybudzeń na następnej nocy.

Obawy związane z bezsennością działają jak samospełniająca się przepowiednia, powodują wzbudzenie i dodatkowo zaostrzają zaburzenia snu. Udowodniono, że błędne przekonania i postawy wobec snu są związane z objawami bezsenności. Zmiana negatywnych myśli może zmniejszyć obawy związane z brakiem snu i przełamać błędne koło prowadzące do wzbudzenia.

Powszechne nieprawdziwe przekonania dotyczące snu można podzielić na pięć kategorii:

1) Błędne zrozumienie przyczyn bezsenności.

2) Niewłaściwe odniesienie lub rozszerzenie konsekwencji bezsenności.

3) Nierealne oczekiwania wobec snu.

4) Ograniczone dostrzeganie panowania nad snem.

5) Przekonanie, że sen jest przewidywalny.

Nieprawdziwe przekonania dotyczące snu można skorygować poprzez edukację pacjentów. Celem terapii poznawczej jest uświadomienie sobie przez pacjenta, że może sobie poradzić z problemem bezsenności. ☉

WARTO WIEDZIEĆ

W oparciu o codzienne doświadczenia Poradni Zaburzeń Snu, można zaproponować jeszcze jeden podział bezsenności.

• Bezsenność „prawdziwa”

– charakteryzuje ją zbyt krótki lub zbyt płytki sen, niedająca odpowiedniej regeneracji.

• Bezsenność związana z niewłaściwą higieną snu

– pacjenci, zwłaszcza w starszym wieku, spędzają w nocy w łóżku od 8 do 10 godzin, mimo że realnie przesypiają tylko 5-6 godzin. W efekcie, mimo zupełnie prawidłowego snu, mają w nocy kilka godzin czuwania wtrąconego. Taki stan trudno uznać za prawdziwą bezsenność, gdyż co prawda pacjent nie jest w stanie zaspokoić swojej potrzeby snu, ale wyraźnie widać, że jego oczekiwania są mało realistyczne.

• Deprywacja snu

– dotyczy zwykle młodych ludzi, skarżących się na nadmierną senność w ciągu dnia, uczucie zmęczenia, trudności z porannym wstawaniem. Analiza ich zachowań okołosennych pokazuje, że związane jest to z przewlekłym niedoborem snu. Zwykle z powodu pracy, nauki lub zabawy prawie każdej nocy osoby te śpią krócej niż powinny.



POZ, czyli klucz do systemu

Najlepszą opiekę podstawową zapewniają swoim pacjentom lekarze rodzinni w Holandii, Wielkiej Brytanii, Danii i Szwecji. Polska plasuje się na razie w środku europejskiej tabeli, ale pnie się do góry.

— MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK —

W opinii ekspertów z Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), którzy zrealizowali międzynarodowy projekt badawczy porównujący organizację, finansowanie i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w 31 krajach europejskich (wstępne wyniki badania ogłoszono podczas 17. europejskiego kongresu Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych, który odbył się we wrześniu w Warszawie), model funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce jest zbliżony do szwedzkiego

i niemieckiego. Tyle że pozycja naszej medycyny rodzinnej nie jest jeszcze tak silna. Jednak w ciągu ostatnich 20 lat, jak podkreślili autorzy badania, dokonał się u nas ogromny postęp i medycyna rodzinna odgrywa coraz większą rolę w systemie opieki zdrowotnej.

Nasze plusy i minusy

Badanie trwało przez trzy lata. We wszystkich badanych krajach analizowano 99 różnych wskaźników świadczących o poziomie opieki zdrowotnej (pod uwagę wzięto

ROZMOWA

Wciąż nie wiemy, dokąd zmierzamy

Był pan jednym z koordynatorów badania porównawczego podstawowej opieki zdrowotnej w krajach europejskich. Jaki wyłania się z niego obraz polskiego modelu POZ? Czego nam jeszcze brakuje, żebyśmy mogli się porównywać z krajami, w których POZ została oceniona najwyżej?

Pozwolę sobie najpierw na pewną dygresję. Otóż metodologia przyjęta w tym badaniu była niezwykle ambitna. Postanowiliśmy dotrzeć do jak największej liczby wiarygodnych

danych, żeby oprzeć się na sprawdzonych faktach, a nie na obiegowych opiniach. Nie było to wcale proste, ponieważ w Polsce bardzo często brakuje nam wiarygodnych informacji. A skoro ja, mając poparcie zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dostęp do zasobów literatury, miałem problemy z dotarciem do wiarygodnych informacji, to obawiam się, że ci, którzy

podejmują decyzje w sprawie kształtu systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, nie biorą ich pod uwagę. Odpowiadając na pani pytanie, jednym z naszych słabych punktów jest brak klarownej wizji, dobrze napisanego, strategicznego dokumentu, pokazującego, jak ma wyglądać podstawowa opieka zdrowotna dzisiaj i w przyszłości. Co jakiś czas, zwłaszcza w okolicach kampanii wyborczej,

pojawiają się różne doraźne pomysły, dotyczące np. powrotu lekarzy do szkół, które nie są realizowane. Tymczasem w wielu krajach istnieją precyzyjne dokumenty, rodzaj mapy drogowej, określającej, co trzeba zrobić, poprawić, w jakim czasie. My takiego dokumentu nie mamy. Kolejna słabość, to zróżnicowane rozwiązania organizacyjne. W przeszłości podjęliśmy decyzję, że podstawowa opieka

Z DR. HAB. ADAMEM WINDAKIEM, WICEPREZESEM KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE, KIEROWNIKIEM ZAKŁADU MEDYCYN RODZINNEJ COLLEGIUM MEDICUM UJ, ROZMAWIA MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK



również opinie pacjentów). W Polsce pozytywnie oceniono m.in. odrębne finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej z budżetu NFZ, dbałość o przestrzeganie praw pacjenta, ustawiczne kształcenie lekarzy rodzinnych, wypracowanie standardów i wytycznych postępowania w różnych jednostkach chorobowych oraz organizację i wyposażenie indywidualnych i grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Za słabe strony uznano przede wszystkim brak współpracy między POZ, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lecnictwem szpitalnym, a także sposób wynagradzania lekarzy (stawka kapitacyjna), który nie zachęca do efektywniejszej pracy oraz tradycyjny kontakt z pacjentem.

– Lekarze w Polsce rzadko rozmawiają z pacjentami przez telefon, jeszcze rzadziej kontaktują się z nimi np. za pomocą e-maila – oceniają autorzy badania.

Biurokracja i przepracowanie

Mimo że podstawowa opieka zdrowotna w każdym kraju jest zorganizowana w odmienny sposób, wszędzie pełni ona kluczową rolę w systemie.

– Lekarze specjaliści mają wspaniałe wyniki leczenia skomplikowanych

przypadków, ale to podstawowa opieka zdrowotna ma największy wpływ na zdrowie całej populacji. Jeśli jest ona właściwie zorganizowana,

Lekarze w Polsce rzadko rozmawiają z pacjentami przez telefon, jeszcze rzadziej kontaktują się z nimi za pomocą e-maila.

to otwiera pacjentom bramy do systemu opieki – podkreśla dr Wienke Boerma z Netherlands Institute for Health Services Research, jeden z koordynatorów badania, mającego na celu określenie różnic w sposobie finansowania, organizacji i funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej w Europie. Jak podkreśla, dobra organizacja POZ odgrywa również ogromne znaczenie z punktu widzenia ekonomii i zarządzania ograniczonymi środkami, co w dobie kryzysu finansowego jest szczególnie istotne. – Pozwala zaoszczędzić i utrzymać pod kontrolą wzrastające koszty leczenia starzejącego się społeczeństwa – dodaje dr Boerma.

Doktor Dionne Sofia Kringos, która również uczestniczyła w projekcie zrealizowanym przez NIVEL, podkreśla, że we wszystkich krajach przed podstawową opieką zdrowotną stoją podobne wyzwania: nadmierne obciążenie pracą i zbyt mała liczba lekarzy rodzinnych oraz starzejące się społeczeństwo. Szef europejskiego oddziału Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA), dr Tony Mathie, zwraca uwagę na jeszcze jedno podobieństwo – wszędzie lekarze rodzeni muszą się mierzyć z biurokracją, która niepotrzebnie zabiera im dużo czasu.

– Nie ma takiego kraju, w którym nie trzeba czegoś poprawić w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej – podsumowuje dr Kringos. ●

WARTO WIEDZIEĆ

W Europie obowiązują trzy modele organizacji podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Tylko lekarze rodzeni.
2. Lekarze rodzeni + ginekolodzy i pediatrzy.
3. Lekarze rodzeni + lekarze specjaliści.

zdrowotna jest obszarem kompetencji władz regionalnych, samorządowych. I bardzo dobrze. Jednak brakuje nam jednego modelu organizacyjnego. Przykładowo w Warszawie

Brakuje klarownej wizji, jak ma wyglądać podstawowa opieka zdrowotna dzisiaj i w przyszłości.

wciąż funkcjonują ogromne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które są mało elastyczne,

podczas gdy w wielu innych regionach i miastach, np. w Krakowie, te struktury zostały już sprywatyzowane. Są znacznie bardziej elastyczne, dużo szybciej reagują na zmieniające się potrzeby pacjentów i możliwości działania w systemie ochrony zdrowia.

Poważną słabością jest również rozszczelnienie naszego systemu. Kiedy wprowadzano instytucję lekarza rodzinnego, założono, że będzie on pilnował wejścia do systemu. Jednak już na początku z obszaru kompetencji lekarza rodzinnego wyjęto kilka specjalności. Następnie, poprzez różne decyzje i zarządzanie, doprowadzono do tego, że pacjenci coraz łatwiej zaczęli

„przeciekać” na inne piętra systemu. Efekt? Kolejki do specjalistów są coraz dłuższe, bo pacjenci, widząc, że NFZ wykupuje coraz więcej porad specjalistycznych, korzystają z tego.

Autorzy badania zwracają uwagę na demotywujący system wynagradzania w POZ w Polsce. Zgadza się pan z ich opinią?

Zgadza się. Od 12 lat nic się w tej kwestii nie zmieniło. Wciąż dominującym sposobem wynagradzania jest stawka kapitacyjna. Z pewnością ma ona pewne zalety i jest konieczna, tak samo jak konieczne są listy pacjentów, nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby część

wynagrodzenia wypłacać w inny sposób.

Za każdą udzieloną poradę?

Niekoniecznie. Raczej za osiągnięcie pewnych wskaźników zdrowotnych, np. za określony poziom wyszczerpienia populacji i świadczenie pewnych usług, do których chcielibyśmy pacjentów zachęcać. Żeby pacjenci mieli zapewnione pewne świadczenia na poziomie praktyki lekarza rodzinnego, przez co nie musieliby chodzić po nie do specjalisty. Nie wykorzystujemy wielu szans. Zmiana ceny punktu od czasu do czasu nie przekłada się na zmianę motywacji lekarzy.



Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne (2)

* Wyrażenie przez pacjenta zgody na zastosowanie konkretnej metody leczenia nie oznacza, że lekarz ma prawo wykonać każde świadczenie. *

MAŁGORZATA SERWACH

Zgoda pacjenta udzielona na badanie, leczenie oraz każde inne świadczenie zdrowotne może być wyrażona ustnie lub nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (np. kiwnięcie głową, przytaknięcie). Wyjątek stanowi zgoda na zabieg operacyjny lub metodę leczenia czy diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, która powinna być udzielona w formie pisemnej. Pacjent może cofnąć zgodę w każdym czasie, zarówno

sama zgoda, jak i jej cofnięcie muszą być jednak wyraźne.

W ostatnim czasie pojawia się zasadnicze pytanie, czy pacjent może wyrazić z góry sprzeciw na dokonanie określonego zabiegu. Niesłychanie ciekawy jest w tym względzie stan faktyczny, który stanowił podstawę rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego (wyrok SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05.). Chodziło w nim o zgłoszony na przyszłość sprzeciw świadka Jehowy na przetoczenie krwi, niezależnie od konieczności ratowania życia. Zdaniem sądu takie oświadczenie jest jednak dla lekarza wiążące, jeśli było wyraźne,

jednoznaczne, niebudzące żadnych wątpliwości oraz posiadało przewidzianą przez prawo formę.

Odpowiedzialność lekarza za szkodę

Brak zgody pacjenta powoduje powstanie po stronie lekarza odpowiedzialności za powstałą szkodę, polegającą na naruszeniu nietykalności cielesnej pacjenta lub doprowadzeniu do uszkodzenia ciała, co w myśl art. 24 kodeksu cywilnego stanowi jego dobro osobiste podlegające ochronie. Poszkodowany może zatem żądać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, czyli za ból, cierpienia fizyczne czy też negatywne przeżycia psychiczne. Brak zgody pozbawia pacjenta możliwości decydowania o sobie w konsekwencji uznania istnienia ryzyka zabiegu medycznego. Wykonanie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta, nawet jeśli zostało dokonane *lege artis* i nie spowodowało żadnych komplikacji czy skutków ubocznych, nie wyłącza bezprawności działania lekarza. Dodatkowo z treści art. 192 kodeksu karnego wynika, że kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na zastosowanie konkretnej metody leczenia nie oznacza, że lekarz ma prawo wykonać każde świadczenie.

Ingerencja w organizm człowieka zawsze musi być uzasadniona stanem jego zdrowia. Niedopuszczalne jest pochopne lub nieprzemyślane naruszenie nietykalności cielesnej innej osoby. Dlatego lekarz nie powinien przeprowadzać zabiegu, gdy ryzyko szkody dla zdrowia pacjenta jest wyższe niż korzyść, jakiej należy w tym przypadku oczekiwać.

Świadczenie bez zgody pacjenta

Poza sytuacjami szczególnymi, wynikającymi z przepisów różnych ustaw (np. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), ustawodawca przewidział trzy przypadki o charakterze generalnym, pozwalające lekarzowi na wykonanie określonego świadczenia bez zgody pacjenta.

Po pierwsze, badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych we wskazanych okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (art. 33 ust. lek.).

Po drugie, lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub zastosować inną metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku

lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii innego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. Dodatkowo konieczne jest poinformowanie

Za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta grozi kara grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.

o tym odpowiedniej osoby (co do zasady pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a niekiedy opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego) oraz dokonanie odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej (art. 34 ust. 7 ust. lek.).

Niezależnie od tego, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo zastosowania

innej metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia i nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia w sposób umożliwiający

uwzględnienie tych okoliczności (art. 35 ust. lek.). Wyjątek ten nazywany jest w piśmiennictwie prawniczym poszerzeniem pola operacyjnego. W tej sytuacji, podobnie jak w poprzednim przypadku, lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. ◎



Autorka jest doktorem prawa, pracownikiem UM i Uniwersytetu Łódzkiego

Kalendarium lekarza przedsiębiorcy

— Czy ktokolwiek pamięta jeszcze czasy, gdy lekarze prowadzący indywidualne praktyki lekarskie nie byli przedsiębiorcami? —

KATARZYNA GODLEWSKA

Ten stan uległ zmianie w 2004 r., wraz z wejściem w życie ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Nasuwa się pytanie, czy ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przyniosła zmiany w odniesieniu do statusu lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie? Otóż, zgodnie z art. 16 ust. 1 tej ustawy, działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. A skoro tak, to każdy, kto wykonuje w swoim imieniu taką działalność, w tym także lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską, jest przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (art. 4). Jakie konsekwencje wynikają z tego faktu dla lekarzy? Przede wszystkim należy wskazać, że prawo nakłada na przedsiębiorców szereg obowiązków. Niezrealizowanie ich lub wykonanie ich po terminie wiąże się najczęściej z określoną sankcją, niekiedy dość dotkliwą. Jakie daty warto więc wyróżnić w kalendarzu na rok 2012?

Do 31 stycznia należy przekazać marszałkowi województwa wykaz zawierający informacje i dane o ilości i rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości wykorzystane do ustalenia wysokości opłat oraz ewentualnie uiścić opłatę za korzystanie ze środowiska za II półrocze 2011 r. Termin przekazania wykazu i uiszczenia opłaty za I półrocze 2012 r. upływa 31 lipca 2012 r.

Do 29 lutego należy złożyć raport o emisjach gazów za rok 2011. Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z 17 lipca 2009 r. o systemie zarządzania emisjami gazów cieplarnianych i innych substancji podmiot korzystający ze środowiska

sporządza i wprowadza do krajowej bazy raport zawierający informacje o wielkościach emisji gazów cieplarnianych i innych substancji wprowadzanych do powietrza. Powyższe obowiązki dotyczą podmiotów korzystających ze środowiska, tj. tych lekarzy, którzy np. korzystają w ramach prowadzonej działalności z samochodów lub posiadają w pomieszczeniach praktyki kotłownię.

Do 15 marca, zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z 27 kwietnia 2001 r. o odpadach należy złożyć na formularzu do marszałka województwa zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów za rok 2011.

Do 30 czerwca należy dostosować swoją działalność do przepisów ustawy o działalności leczniczej (art. 208 ust. 2). Dla lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie oznacza to m.in. wprowadzenie regulaminu organizacyjnego i zgłoszenie odpowiednich zmian do rejestru praktyk.

Ze względu na ograniczenia redakcyjne, nie jest to lista zamknięta, jednak ważna z uwagi na wspomniane wcześniej dotkliwe sankcje. Jeszcze do 20 lipca 2011 r. za niezłożenie lub nieterminowe złożenie zbiorczego zestawienia danych dotyczących odpadów groziła kara 10 tys. zł. Aktualnie, dzięki zabiegom NRL, jest to kwota 500 zł. Bez wątpienia warto byłoby wspomnieć o obowiązkach statystycznych, a także związanych ze zgłaszaniem zmian do odpowiednich rejestrów. Kwestie te wymagają jednak szerszego omówienia w kolejnym artykule. ●

*Autorka jest radcą prawnym
Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej*

Rzeczywistość równoległa

Zagmatwanie z nowymi regulacjami dotyczącymi wypisywania recept nie może być uważane za coś, co zdarza się w realnym i normalnym świecie.

KRYSZYNA KNYPL

Czeka nas bowiem praca w dziwnej rzeczywistości, w której nie liczy się wiedza, doświadczenie, osobista znajomość pacjenta czy przebiegu choroby, lecz urzędnicza interpretacja, mająca na celu wyszukanie mankamentów w ordynacji, dzięki czemu możliwe będzie wlepienie kary.

Bez kodu ani rusz

Wszystkie zmiany w przepisach tworzone są w atmosferze pośpiechu, bez respektowania głosów instytucji społecznych opiniujących tworzone akty prawne. Wyznaczanie kilkudniowego terminu na zaopiniowanie nowego rozporządzenia to prawie norma zarówno poprzedniej, jak i obecnej ekipy z ulicy Miodowej. Co więcej, twórcy nowych regulacji w sprawach recept wydają się impregnowani na wszelkie argumenty i mnożą coraz bardziej zdumiewające zapisy.

Pierwsze miejsce przyznałabym zaleceniu zawartemu w par. 3 pkt 2 projektu nowego rozporządzenia o receptach, czyli o obowiązku wpisywania w razie wystawienia recepty osobie bezdomnej adresu, pod którym mieszka lub gdzie udzielał porady lekarz. Nie wchodzi w grę żadne adresy, jakie dotychczas tradycyjnie przypisywano bezdomnym, np. „pod mostem Poniatowskiego”! No bo jaki kod pocztowy ma taki adres? Kod być musi, bo bez kodu nie w medycynie działać się nie może! Dlaczego? Pewnie chodzi o to, żeby nakazy kar

finansowych docierały szybko i skutecznie do ukaranych niesfornych doktorów, którzy miast obywatelsko dyscyplinować budżet państwa w czasach kryzysu, *larga manu* wypisują drogie leki refundowane.

Zaufanie dobre, ale kontrola lepsza

Praca lekarza zaczyna przypominać pracę księgowego zatrudnionego na umowę zlecenie w NFZ. Mentalność księgowego w dobie kryzysu jest dość powszechna i nawet najważniejsze osoby w kraju ulegają czarowi kolumn „winien” oraz „ma”. W wypadku lekarzy sprawa o tyle robi się monotonna, że rubryka „winien” w rozumieniu



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

księgowym i sądowym zaczyna być wypełniana długą listą zapisów. Prasa codzienna zaś z wzmogłą aktywnością donosi o mrozących krew w żyłach przypadkach rzekomych zaniedbań z naszej strony.

Pod internetowym adresem http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prmz_recepty_08112011.pdf szerzy zęby par. 26 projektu nowego rozporządzenia o receptach, który mówi, że „(...) kontrola wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę prawidłowości działań osób wystawiających recepty, a w szczególności:

1) zgodność danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną,

2) prawidłowość i zasadność wystawienia recepty oraz zgodność jej wystawienia z przepisami”.

Centralnym punktem oceny ordynacji jest więc jej zgodność z przepisami, a nie ze wskazaniem, jakie ustalił lekarz prowadzący po zbadaniu pacjenta! Jeżeli wynik badania oraz osobiste doświadczenie lekarza mówią, że konieczne jest zastosowanie określonego postępowania terapeutycznego, ale nie ma na nie odpowiedniego urzędniczego przyzwolenia w przepisach, to biada śmiałkowi, który zaufa swojej wiedzy!

Praca lekarza zaczyna przypominać pracę księgowego zatrudnionego na umowę zlecenie w NFZ.

Nie od dziś we wszelkich represyjnych i bezdusznych systemach obowiązywała reguła „zaufanie dobre, ale kontrola lepsza”, i NFZ najwyraźniej podąża tą drogą. Aktualne przepisy na temat ordynowania leków w Polsce są prawdopodobnie największym kuriozum w skali całego globu i powstają w atmosferze stężonych oparów absurdu. No bo jak inaczej można nazwać sytuację, w której dla potwierdzenia, że lekarz może ustalić indywidualne dawkowanie leku dla pacjenta nie trzymając się ślepo charakterystyki produktu leczniczego, konieczne są dziś orzeczenia sądów, i to najwyższych instancji (wyrok SN przeciwko NFZ, więcej pod adresem <http://tnij.org/octt>)!

Twórcom tych wszystkich przepisów warto uświadomić, że ich wątpliwej jakości dzieła i władza szybko przemina, a wstyd z uczestnictwa w tworzeniu tych bezdusznych regulacji pozostanie na zawsze. I nie uchroni ich przed tym wstydem wyznawanie osobliwego kultu bożka Procedury. ☉



Założycielka chóru, dr Barbara Malisz-Rottke, odbiera gratulacje od wiceprezes NRL Anny Lelli i prezesa WMIL Marka Zabłockiego.



Połączone chóry i soliści wraz z orkiestrą kameralną Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej podczas wykonania utworu „Gloria” Antonio Vivaldiego.

Z okazji 20-lecia działalności chóru lekarzy Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, w nowym gmachu Filharmonii Olsztyńskiej odbył się koncert jubileuszowy.

Jubileusz „Medici Pro Musica”

ZOFIA ANNUSEWICZ-KOT

Jubileusz był doskonałą okazją do przedstawienia przez prezesa WMIL Marka Zabłockiego dotychczasowych osiągnięć chóru. Początkowo koncertujący jedynie dla środowiska medycznego, z czasem stawał się on coraz bardziej obecny w życiu kulturalnym miasta i regionu. Nie sposób wymienić wszystkich ważnych wydarzeń muzycznych, w których wziął udział, jednak do najbardziej znaczących należy zaliczyć koncerty z towarzyszeniem orkiestry, podczas których wykonano utwory A. Vivaldiego, G. Pucciniego, W.A. Mozarta, G.G. Gorczyckiego, J. Haydna. W niektórych koncertach olsztyńskiemu chórowi towarzyszyły zaprzyjaźnione zespoły lekarskie z innych ośrodków, m.in. chór „Remedium” ze Szczecina.

Przed koncertem jubileuszowym, zorganizowanym 26 listopada 2011 r. w ramach obchodów 20-lecia chóru „Medici Pro Musica”, jego pierwszy dyrygent, Bogusław Paliński, na wniosek WMIL został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi.

Sam koncert był prawdziwą uroczą muzyczną. W pierwszej części chór „Medici Pro Musica” przedstawił szeroki repertuar, rozpoczynając od pieśni sakralnych „Gaudete”, „Salve Mater” i „O Magnum Mysterium”, poprzez muzykę ludową, na utworach nawiązujących do liryki pieśni gregoriańskich i wiktoriańskich kończąc. Kolejna część była okazją do przypomnienia sobie repertuaru Kabaretu Starszych Panów. Zadeedykowano ją kolegom stomatologom, a w szczególności wiceprezes NRL

Annie Lelli – ze względu na uroczą aranżację utworu „Zab, zupa, dąb”. Punktem kulminacyjnym koncertu było prawykonanie utworu „Goniąc kormorany” – słynnej kompozycji niebywałego artysty i lekarza prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego. Dalszą część wieczoru wypełniła muzyka A. Vivaldiego. Słynny utwór „Gloria” wykonały połączone chóry z towarzyszeniem muzyków Filharmonii Olsztyńskiej.

Publiczność nagrodziła artystów oklaskami na stojąco. Szczególne podziękowania popłynęły do założycielki chóru, dr Barbary Malisz-Rottke. Gratulacjom nie było końca.

Wszystkim członkom chóru „Medici Pro Musica” życzymy dalszych sukcesów i niesłabnącej pasji artystycznej. ☉

Autorka jest sekretarzem Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej

Królewna Śnieżka polskiej gastronomii

Zasłużony w Kotlinie Kłodzkiej prof. Przemysław Minta zaprosił na swe imieniny do restauracji „Milimoi” w ukochanym Łądku-Zdroju. Zebrało się grono wypróbowanych biesiadników, wśród których przeważała dolnośląska medycyna, z niewielkim dodatkiem sztuki sakralnej (ksiądz prałat Antoni Kopacz z Polanicy), szkła śląskiego (senator Kazimierz Drożdż ze Stronia), prezes Ryszard Wulicz (pedagog i działacz turystyczny z Międzygórzem) i ja w charakterze dyrektora kłodzkich festiwalu oraz pacjenta tutejszych specjalistów, z dr Joanną Styczysz, szczególnie skutecznym kardiologiem, na czele.

Było to nazajutrz po kolejnym telewizyjnym programie „Kuchenne rewolucje”, w którym Magda Gessler wizytowała różne prowincjonalne restauracje, tym razem „Karczmę Nałęczowską”. Już na wstępie przerażonemu personelowi wykrzyczała, że garnki są niemyte, wszędzie czuć zapach spalenizny, lokal jest bez charyzmy, historii, błękitu (sic!), śmierdzi, jest syf, dramat, brud jako filozofia tej restauracji, niejadalna knajpa. „Dajecie jeść, jak świniom... Pani pięknie wygląda, szpileczki, wymalowała się, a robota do dupy” – zwróciła się do osłupiałej i rzeczywiście nieudolnej menedżerki. Po zrobieniu awantury zaczęła kosztować podawane jej potrawy. Po całym cyklu takich wizyt słynnej restauratorki trzeba będzie



likwidować już teraz rzucającą się w oczy jej nadwagę. Sporo tego, razem z burzą ufryzowanych loków, które sanepid powinien natychmiast kazać jej upiąć i zakryć oraz zmusić ją do założenia białego fartucha przed każdorazowym wchodzeniem do kuchni.

Ośmieleni „rewolucjami” Gesslerowej będziemy teraz jeszcze bardziej namolnie szukać dziury w całym, przy każdej okazji pobytu w restauracjach i kawiarniach. Na tej dziedzinie znamy się przecież wszyscy. Pani Magda twierdzi wprawdzie, że gastronomia jest nauką, a ona „nie jest restauratorem, tylko reżyserem sztuki, w której każdy z gości w jej restauracji gra główną rolę”. Ponieważ do późnej starości postanowiłem się włóczyć po knajpach, z przyjemnością będę sprawdzał, ile w tym prawdy!

Na uroczystym obiedzie w Łądku-Zdroju też nie wszystko było w porządku. Kelnerki młode i grzeczne, ale mało wykwalifikowane, zachowywały się jak w stołówce (komu zupa

cebulowa?, dla kogo eskalopki?, przepraszam, że przez porcję...). Profesor Minta, przemawiając, podkreślił, że zgromadziliśmy się tutaj, aby mógł do nas powiedzieć: mili moi, w ten sposób uwiarygodniając pretensjonalną nazwę lokalu. Poza tym potrawy smakowały, ceny w karcie przystępne, a muzyka – jak wszędzie – zbyt głośna, ale po interwencji umilkła, umożliwiając konwersację.

Towarzyskie spotkania w restauracjach stają się codziennym krajobrazem naszego życia. Powinni często brać w nich udział ludzie medycyny, zapraszając artystów lub będąc przez nich zapraszanymi. To wzajemne przenikanie się tych dwóch środowisk ma swą długą i ciekawą tradycję. Należy do niej hipochondria, ale i faktyczne dolegliwości wielu artystów (stąd skłonność do lekarzy) oraz znane upodobania medyków do aktorek, śpiewaczek i tancerek, z czego wyniknęło wiele szczęśliwych, długotrwałych i dobrze dobranych małżeństw.

Wracamy jednak do transmitowanych w telewizji kwerend Magdy Gessler po rodzinnych restauracjach. Z racji podobieństwa do zaawansowanej wiekiem i korpulencji Królewnej Śnieżki, pouczającej, strofującej i dyscyplinującej swe „krasnoludki”, sugeruje ona restauracyjną relację mistrz – uczniowie. Bywa przy tym bezceremonialna, obcesowa i niegrzeczna. Będąc na miejscu strofowanych

gastronomicznych „krasnoludków”, nie zgodziłbym się za żadne skarby na pokazywanie tego w telewizji. Nominowanie Gesslerowej na tegoroczne odkrycie telewizyjne przynosi pożądany poklask i promocję, ale publiczne, nieustanne krytykowanie restauratorów i ich personelu – wstyd i złą sławę.

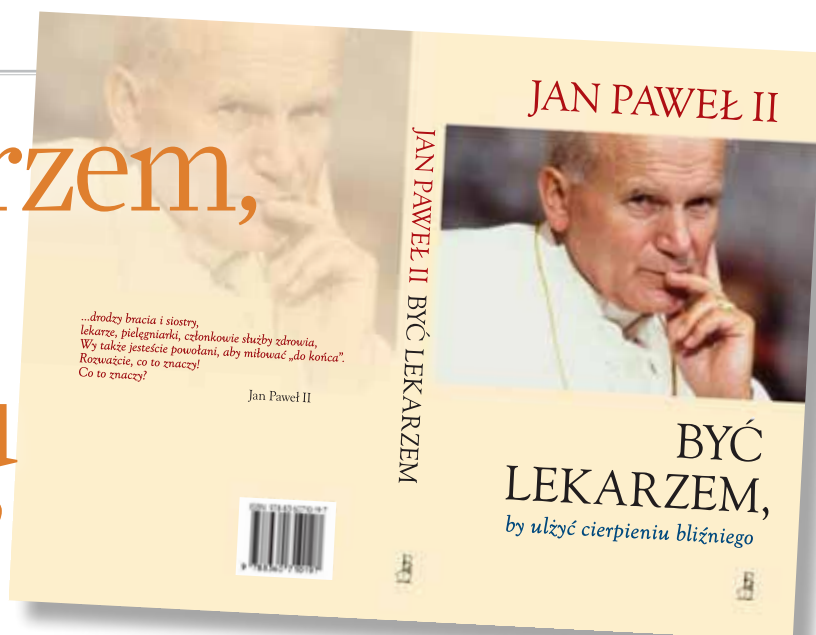
Taka słuszną i niesłuszną chęć krytyki udziela się łatwo konsumentom, czego doświadczyłem w lądeckiej restauracji, grymasząc i prosząc, aby nie wpuszczano tu Gesslerowej, bo robię to wszystko niejako w jej zastępstwie.

Na czele kwiatu kłodzkiej medycyny bez trudu poradziłem sobie z pretensjami, bez rzucania zawstydzających inwektyw i silenia się na ton protekcyjny. Potem pokwitowaliśmy wszystkie toastami na cześć gospodarzy i w przyjaźni rozeszliśmy się, zapowiadając szybki powrót.

Przewiduję, że Magda Gessler zostanie niedługo Ministrem Polskiej Gastronomii. Postuluję, aby wszystkie knajpy można było krytykować wtedy tylko za pozwoleniem władz. Lekarze, artyści i felietoniści powinni otrzymywać pokaźne rabaty, a personel kuchenny niechby pracował w przebraniu krasnoludków, na wypadek gdyby Pani Minister zarządziła niezapowiedzianą – ku własnej chwale – wizytację. ☉

Sławomir Pietras
Autor jest dyrektorem polskich teatrów operowych

„Być lekarzem, by ulżyć cierpieniu bliźniego”



Pod takim tytułem wydawnictwo Duc In Altum wydało wybór wypowiedzi papieża Jana Pawła II adresowanych do środowiska medycznego i chorych, dokonany przez warszawską pediatrę Grażynę Rybak.

ną modlitwą Majmonidesa zastąpić janopawłową Modlitwą lekarza: „... Oświeć nasze umysły, prowadź nasze dłonie, spraw, by nasze serca były pełne troski i współczucia. W każdym

chorym pozwól nam rozpoznać Twoje Boskie Oblicze...”.

Książkę, jak prawie wszystko, można kupić przez internet (www.ducinaltum.pl).

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

Mottem książki są słowa wypowiedziane przez Jana Pawła II w 1982 r. w szpitalu w Brescii: „... abyście pozostali wierni tym deontologicznym zasadom, które powołanie lekarskie czynią świętym...”. Wielu lekarzy wraz z rzeszami innych wiernych przeżywało 27-letnie pielgrzymowanie „naszego papieża”. Byli świadkami jego pochylania się nad chorymi, zachęt udzielanych pracownikom służby zdrowia i wielkiej katechezy jego umierania. Większość lekarzy nie zdaje sobie jednak sprawy, ile słów skierował on wprost do nich. Ta niewielka, 150-stroni-

cowa książeczka zanurza czytelnika w tym ważnym nauczaniu.

Czując się bardziej niż moje dzieci członkiem pokolenia JP2 (większość mojego dorosłego i zawodowego życia przeżyłem w trakcie jego pontyfikatu, zafascynowany jego słowami), serdecznie polecam tę lekturę. Niech jego pamięć nie pozostanie tylko mglistym obrazem, ale poprzez na nowo odczytywane słowo niech żyje w tych, do których je wypowiadał. Refleksja etyczna to przecież ważny element ustawicznego rozwoju zawodowego.

Książka ta pozwoli także sięgnąć po wartościowy cytat, a często przytacza-

PRO SENIORE

V CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA
PRZYJACIÓŁ FUNDACJI LEKARSKIEJ

4 lutego 2012 roku
w hotelu Marriott w Warszawie

Podczas balu zostanie wręczona statuetka **Benevolenti Pani Nataszy Urbańskiej**

Wieczór poprowadzi: Jacek Borkowski

Udział zapowiedzieli: Natasza Urbańska, Alicja Węgorzewska, zespół "Drugi Tydzień" oraz kwartet "RAMPA"

Informacja i zaproszenia: Fundacja "Pro Seniore"
Andrzej Surowiecki tel. 604 911 233, 668 398 719
andrzej.surowiecki@wp.pl

Dotyczy na konto Fundacji nr: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290
(bezpośrednio na dochód)

www.proseniore.pl

Z rakieta po mistrzostwo

W gościnnych jak zwykle Pabianicach odbyły się kolejne, czternaste już, Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie.

JANUSZ MALARSKI

Imprezę tę zorganizowała w dniach 10-13 listopada 2011 r. Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej. Miejszem rozgrywek była, podobnie jak dotychczas, hala tenisowa MOSiR. Honorowy patronat nad mistrzostwami objeli: wiceminister zdrowia Adam Fronczak i prezydent Pabianic Zbigniew Dychto, patronem medialnym była TVP Łódź.

Tradycyjnie postanowiliśmy upamiętnić naszego kolegę z kortów, Andrzeja Jasińskiego. Puchary jego imienia: dla najlepszej zawodniczeki turnieju



FOT.: ARCHIWUM OIL W ŁODZI

– Bożenney Kędzierskiej i najlepszego zawodnika – Wojciecha Pietrzaka, wręczyła żona Andrzeja, nasza koleżanka, Ewa Jasińska. Puchar „Fair Play”, ufundowany przez Idea Bank, otrzymał Jerzy Głabisz.

Pełne wyniki mistrzostw na: www.oil.lodz.pl

WYNIKI – ZWYCIĘZCY

Panie – gry pojedyncze

Kategoria do 45 lat: Anna Wawrzyniak-Bieleśda
Kategoria 45+: Bożenna Kędzierska

Panowie – gry pojedyncze

Kategoria do 35 lat: Marcin Krywiak
Kategoria 35+: Klaudiusz Ciepliński
Kategoria 45+: Wojciech Pietrzak
Kategoria 50+: Wiesław Bąba
Kategoria 55+: Zdzisław Hryniewicz
Kategoria 60+: Jan Kubicki
Kategoria 65+: Janusz Malarski
Kategoria 70+: Józef Safian
Kategoria 75+: Stanisław Kaczmarski

Panie – gra podwójna

Anna Wawrzyniak-Bieleśda i Anna Świder

Panowie – gra podwójna

Kategoria do 45 lat: Wojciech Pietrzak i Marcin Krywiak
Kategoria do 55 lat: Bogusław Rataj i Marcin Wroński
Kategoria 55-65 lat: Daniel Leończyk i Zbigniew Cieślak
Kategoria 65+: Stanisław Kaczmarski i Józef Safian

Gra mieszana

Anna Wawrzyniak-Bieleśda i Karol Ossowski

IV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim Bystre 2012

02-04 MARZEC 2012
W Bystrem k.Baligrodu odbędą się IV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Informacje o zawodach znajdują się na stronie internetowej OIL w Rzeszowie www.rzeszow.oil.org.pl oraz OIL w Krakowie www.oilkrakow.org.pl

Wypełniony formularz zgłoszenia wraz z dowodem wpłaty prosimy przysłać do 20.02.2012 na adres:
Biuro OIL w Rzeszowie
ul. Reformatka 10 tel. (017) 853 58 37
35-026 Rzeszów fax: (017) 853 94 31

Zapraszamy do wspaniałej zabawy!

Organizatorzy

LEKARSKIE IGRZYSKA ZIMOWE VIII Zakopane 8 - 11 Marca 2012

Konkurencja:
SLALOM SPECJALNY
SLALOM GIGANT
Zjazd
CARVING
SNOWBOARD
BIEGI NARCIARSKIE
TRIATHLON ZIMOWY
ŁYŻWIARSTWO SZYBIE
SKI TOUR
Hokej na lodzie

www.igrzyskalekarskie.org.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1982

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30. rocznicy ukończenia studiów 26.05.2012 r. (sobota) we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: całkowity koszt zjazdu 250 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł, tylko część oficjalna (bez bankietu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 29.02.2012 r., z dopiskiem „Zjazd 1982”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Wpłaty gotówkowych można dokonywać bezpośrednio w DIL (poziom -1). Kochani, przypominamy, że w związku z zamiarem wydania pamiątkowego albumu prosimy o nadsyłanie zdjęć, tych starych z okresu studenckiego – najlepiej w formie elektronicznej. Zakwaterowanie (hotel) we własnym zakresie, nie jest wliczone w cenę opłaty zjazdowej. Informacje: Jolanta Zaleska, tel. **605 642 101**, e-mail: jolza@poczta.onet.pl, Krystyna Lechka-Florjańska, tel. **604 912 310**, Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. **(71) 79 88 068**, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Krystyna Lechka-Florjańska, Jolanta Zaleska.

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1963-1969

W dniach 25-27.05.2012 r. odbędzie się w hotelu Warszawa w Augustowie spotkanie koleżeńskie absolwentów AM w Białymstoku (rocznik 1963-1969). Kontakt: Stanisław Olszewski, 18-400 Łomża, ul. Senatorska 48, tel. **(86) 216 24 59**, e-mail: stanolsz@wp.pl. Koszt całkowity 700,00 zł. Zgłoszenia do 15 stycznia z wpłatą zaliczką 300,00 zł (nr konta: **56 1500 1533 1015 3002 3089 0000**).

Absolwenci PAM w Szczecinie, rok 1979

Spotkanie w Kołobrzegu w dniach 25-27.05.2012 r. Szczegóły: www.zjazd-1979.pl. Dach, Hoc, Kuc.

Wydział Lekarski AM, we Wrocławiu, rocznik 1987

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25. rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu w dniach 28-30.09.2012 r.,

pensjonat BEATA w Polanicy-Zdroju, ul. Rybna 9. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów 250 zł, piątek-sobota z noclegiem 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 31.01.2012 r., z dopiskiem „Zjazd 1987” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (poziom -1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. **(71) 79 88 068**, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. W związku z zamiarem wydania pamiątkowego albumu, prosimy o nadsyłanie zdjęć, tych starych z okresu studenckiego, jak i nowych legitymacyjnych – najlepiej w formie elektronicznej. Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Bojarowska, Dorota Lorenz-Worobiec.

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1972

Spotkanie koleżeńskie naszego rocznika w dniach 25-26.05.2012 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: całkowity koszt (bankiet + rejs + część oficjalna) 350 zł, rejs statkiem + część oficjalna 250 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł, tylko rejs statkiem (bez bankietu i części oficjalnej) 150 zł, tylko część oficjalna (bez bankietu i rejsu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 29.02.2012 r., z dopiskiem „Zjazd 1972S” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (poziom -1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Elżbieta Wronecka (Appel), tel. **509 960 029**, e-mail: ela.wronecka@wp.pl, Bożenna Kochan (Lipska), tel. **601 332 152**, Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. **(71) 79 88 068**, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Bożenna Kochan, Jarosław Śmiałowski, Elżbieta Wronecka.

OGÓLNOPOLSKI OBÓZ TANECZNY LEKARZY W KARPACZU

DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA ZAPRASZA NA CZTERODNIOWY WYPOCZYNEK W GÓRACH POŁĄCZONY Z NAUKĄ TAŃCA TOWARZYSKIEGO W DNIACH 23-27.05.2012 r. INFORMACJE I ZGŁOSZENIA: DELEGATURA WALBRZYSKA DIL, TEL. (74) 665 61 62, E-MAIL: DIL_WALBRZYCH@DILNET.WROC.PL

WYPRAWA KILIMANJARO 2012. KONTAKT: JANWILAM@WP.PL.

X OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA ŚLĄSKA LEKARZY W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM

W SOBOTĘ 14.01.2012 R. ZAPRASZAM LEKARZY-ALPEJCZYKÓW WRAZ Z RODZINAMI DO ZAWSZE GOŚCINNEGO OŚRODKA NARCIARSKIEGO STOŻEK W WIŚLE. PO RAZ KOLEJNY BĘDZIEMY ŚCIGAĆ SIĘ NA TRASIE ŚLALOMU GIGANTA W DWÓCH PRZEJAZDACH. START DO PIERWSZEGO PRZEJAZDU O GODZ. 11.00, ZAPISY NA MIEJSCU OD 8.00 DO 10.30. UWAGA! W RAZIE BRAKU ŚNIEGU TERMIN ZAPASOWY ZAWODÓW TO NIEDZIELA 22.01.BR. INFORMACJE: JANUSZ LEWANDOWSKI, TEL. 606 235 361, E-MAIL: JANLEWDOCTOR@INTERIA.PL

CO NOWEGO W PERIODONTOLOGII?

ZARZĄD SEKCJI PERIODONTOLOGII POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO ZAWIADAMIA, ŻE W DNIACH 19-20.10.2012 R. W BIAŁYMSTOKU ODBĘDZIE SIĘ KONFERENCJA NAUKOWA PT. „CO NOWEGO W PERIODONTOLOGII?”, W TRAKCIE KTÓREJ ZOSTANIE PRZEDSTAWIONE NAJNOWSZE TRENDY W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROBY PRZYŻYWCIA I BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ. INFORMACJE I ZGŁOSZENIA: ZAKŁAD STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ UMB, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 24 A, 15-276 BIAŁYSTOK, TEL. (85) 74 85 760, E-MAIL: STOMZACH@UMWB.EDU.PL LUB NA STRONIE WWW.PORTALPTS.PL ORAZ WWW.PERIO-KONFERENCJA.PL (WKRÓTCE).

XI BIESIADA LITERACKA UPPL

W SALACH KLUBU LEKARZA OIL PRZY UL. CZERWONEJ 3 W ŁODZI 2.03.2012 R. (W PIĄTEK) O GODZ. 18.00 ROZPOCZNIE SIĘ XI JUŻ BIESIADA LITERACKA UNII POLSKICH PISARZY LEKARZY. SERDECZNIE ZAPRASZAMY NA TO SPOTKANIE WSZYSTKICH MIŁOŚNIKÓW ŻYWEGO SŁOWA. AUTORÓW, KTÓRZY PODCZAS BIESIADY PRAGNĄ ZAPREZENTOWAĆ SWOJE UTWORY – NP. WIERSZE, MAŁĄ PROZĘ, SATYRY, FRASZKI, LIMERYKI ITP. – PROSIMY O NADESŁANIE ICH (W TRZECH EGZ. FORMATU A-4) NAJPOŹNIEJ DO 10.02.2012 R. POD ADRESEM: OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA, UL. CZERWONA 3, 93-005 ŁÓDŹ (Z DOPISKIEM NA KOPERCIE: BIESIADA LITERACKA UPPL). CZAS PRZEWIDZANY NA ODCZYTANIE WYBRANYCH DO PREZENTACJI TEKSTÓW DLA KAŻDEJ OSOBY WYNIESIE 3-5 MINUT I BĘDZIE UZALEŻNIONY OD LICZBY ZGŁOSZEŃ. PRZEWIDUJEMY ZORGANIZOWANIE MINIKONKURSU LUB PLEBISCYTU, KTÓRY WYŁONI LAUREATÓW. W ZGŁOSZENIACH UCZESTNICTWA NALEŻY PODAĆ IMIĘ, NAZWISKO ORAZ DOKŁADNY ADRES POCZTOWY I EW. INTERNETOWY, A TAKŻE NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH. INFORMACJE: BIURO OIL, TEL. (42) 683 17 01. JEST MOŻLIWOŚĆ ZAREZERWOWANIA NOCLEGU.

ESKULAP POD ŻAGLAMI - REJS MORSKI LEKARZY Z „KAPITANEM BORCHARDTEM”

ZAPRASZA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ZIELONEJ GÓRZE. TERMINY: 24.03-1.04.2012 R., TRASA: BARCELONA–BALEARY–VILLEFRANCHE (MONTE CARLO); 15.04-24.04.2012 R., TRASA: VILLEFRANCHE (MONTE CARLO)–BALEARY–BARCELONA; 25.04-4.05.2012 R., TRASA: BARCELONA–MELILLA–BALEARY–MALAGA. NOWY, A JEDNOCZEŚNIE NAJSTARSZY POLSKI ŻAGLOWIEC ŁĄCZĄCY W SOBIE TRADYJCJĘ I NOWOCZESNOŚĆ ZAPRASZA NA POKŁAD. W NIEPOWTARZALNEJ ATMOSFERZE HISTORYCZNEGO SZKUNERA, GDZIE PIELĘGUJE SIĘ NAJCENNIJSZE WARTOŚCI POLSKIEJ KULTURY MORSKIEJ, MOŻNA PRZEŻYĆ WIELKĄ, ŻEGLARSKĄ PRZYGODĘ W KOMFORTOWYCH WARUNKACH. INFORMACJE I ZAPISY: BIURO OIL, ZIELONA GÓRA, UL. BATOREGO 71, 504 249 333, (68) 320 79 00.

Stéphane Hessel, nazywany adwokatem gniewu, skutecznie zachęca obywateli całego świata do wyrażania oburzenia i powszechnego buntu przeciw dotychczasowemu systemowi gospodarczemu. Rozczarowanie nie ominęło również środowiska lekarskiego.

Deregulacja

» Fali narastających biurokratycznych obciążeń – kolejnych druczków, oświadczeń, formularzy, deklaracji, sprawozdań, tabel, kodów, pieczętek, numerów rejestrowanych komórek i jednostek, pasków, e-modernizacji, numeracji stron, oznaczeń sekundowych, raportów, korekt, protokołów pokontrolnych, polis, metkownic, regulaminów, statutów, raportów fiskalnych, PIT-ów, CIT-ów, 19 dokumentów ubezpieczenia zdrowotnego, legitymacji o uprawnieniach, porannego czytania obwieszczeń ministra i zarządzeń prezesa – nie udało się zatrzymać nigdy! Każda reforma dokładała zobowiązań po stronie lekarza-praktyka i lekarza-pracodawcy.

» Zapisy ustawowe, rozporządzenia i komunikaty regulują z coraz większą precyzją każdy medyczny ruch, niejednokrotnie w sposób absurdalny, nieracjonalny, sprzeczny z poczuciem odpowiedzialności za chorego, który ma prawo otrzymać pomoc według najnowocześniejszych dostępnych metod. Poczucie, że wszystko wszystkim się należy natychmiast i za darmo, wspomagane jest politycznymi deklaracjami bez pokrycia. Udoskonalanie systemu ochrony zdrowia, sterowanie papierem, oderwanie od realiów prowincji i zwykła niekompetencja oraz



głuchota administratorów, doprowadziły na skraj bankructwa, którego kosztami postanowiono obarczyć głównie lekarzy i lekarzy dentyistów. Towarzyszą temu jeszcze zacieklność, zaciśnięte zęby i cyniczny uśmiech, ton, tembr, rewanżyzm, szantaż werbalny, zawieszanie głosu, machanie przed nosem wykresami, paragrafami, mandatai.

» I nagle minister zdrowia oświadcza podczas posiedzenia Komisji Zdrowia polskiego parlamentu do posłów, kamer i mikrofonów, czyli do społeczeństwa, oraz na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej – w izolacji od mediów – do środowiska lekarskiego skupionego wokół samorządu, związków zawodowych i stowarzyszeń,

że będzie wszystko deregulował. Koniec! Lekarz będzie leczył – tylko nie od razu.

» Słabym jestem żeglarzem, ale nauczono mnie, że kiedy zupełnie nie można zapłować nad sterownością łódki, trzeba dać komendę puszczenia wszystkich linek i modlić się o samoistny powrót do równowagi na wzburzonych falach. W ostateczności pozostają kapok, nadzieja i dobrzy ludzie.

» Deregulacja ma być puszczeniem linek rozpędzonej fregaty w zwolnionym tempie, przy czym pierwszym zadaniem ma być rozwinięcie żagli do końca. Ryzykowne? Bardzo ryzykowne!

» W plejadzie 32 ministrów zdrowia od 1945 r. trudno znaleźć takiego, który

nie zawiódł i nie zszedł z kapińskiego mostka wcześniej, niż inni uczestnicy rejsu. Najbardziej baliśmy się nadgorliwców. Zawsze wiedzieli lepiej, nie słuchali nikogo lub słuchali tylko koterii, zamiast prowadzić dialog monologicznie, a tuba propagandy odwracała uwagę od pogarszającej się sytuacji. Zmiana wyborcza niewiele pomogła, raczej była iluzją polityczną dla wyznawców jakiejś partii.

» Panie Ministrze, załoga statku, którym Pan kieruje, jest oburzona. Bunt stłumiony obietnicą deregulacji nieco przycichł, ale wzrosła nadzieja na logiczne posunięcia. Jeśli zabraknie Panu odwagi w odcięciu się od błędnych decyzji poprzedników – zatoniemy. Bez kapoków i nadziei. ☉



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 158 000 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

Tel.: 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Mariusz Janikowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Zastępca redaktora naczelnego:

Mariola Markłowska-Dzierżak

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

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

Lucyna Krysiak

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Redakcja:

Urszula Bakowska

Tel.: (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

Mariusz Janikowski

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazety Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)

Jerzy Badoński (Olsztyn)

Sławomir Badurek (Toruń)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Sławomir Pietras

Małgorzata Serwach (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

**Projekt graficzny, skład,
druk, kolportaż, reklama:**

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordynacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicia.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

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

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldonaciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

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

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałazka

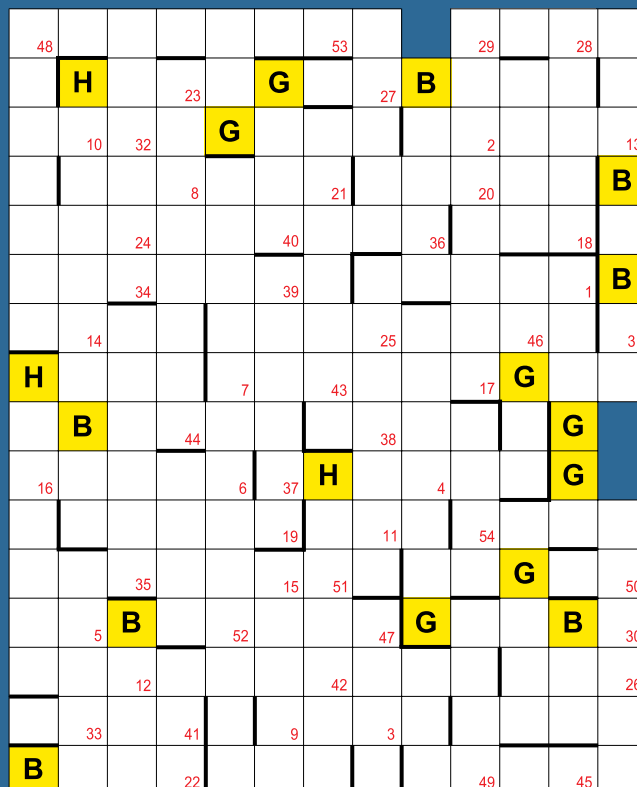
Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

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

Jolka lekarska 174

BJER



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, G i H. Na ponumerowanych polach ukryto 54 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 lutego 2012 roku. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

• czerwony barwnik krwi • Łysiec lub Święty Krzyż • Wielka Koralowa • na myszy • kazuar australijski • szef retro • jego agendą jest WHO i FAO • w kibitce na Sybir • nadzórka błony śluzowej • płynie w Młoda Bolesław • ojciec Edypa • żona radzły • miś australijski • jama, rozpadlina • syn Zeusa i Eginy • babka matki • dolor • pd. przylądek Ameryki • dźwięk morza • Antonio, prezydent Portugalii • Manfred, noblista z 1967 roku • fantasta • wyspa z klasztorem św. Kolumbana • bohomaz • wodowstręt • bieda • Wielka z Mojave • szczelina po pile • wyraz wskazujący na to samo źródło • Janos, najwybitniejszy węgierski poeta epicki • benirsko-togijski dopływ Wolty • straż zbrojna • rura jarzeniowa • wcielenie • na końcu zawsze wygrywają? • w kratkę do matny • tarty z buraczkami • starogrecki okręt wojenny • azerska metropolia • wypływa jako Kagera • zjawisko skupiania się leukocytów (Fleck) • sznika • podlegał cesarzowi Etiopii • grany piechocie • twórca teorii względności • z chwałą • największa wyspa Szetlandów • buduje • ryjówkowaty Crocidura • mały, przytulny dla gości • Sudety i Karpaty • stan zniesionej świadomości • pectus • pies niemiecki po angielsku • Wyspa Wielkanocna • grał por. Columbo • uprawia ipsację • kocie łby • płynie w Tarnowie • gąsienica lub kijanka • powtórny druk • kobieta demoniczna • otwór • pierwszy Szerpa na Mt. Everest • odwiedzane 1 listopada • płynie w Bernie • wypustki ruchowe plemników • suprarenina

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 172 („GL” nr 11/2011)

Przebaczenie jest najtrudniejszą miłością. Albert Schweitzer

Nagrody otrzymują: Anna Darocha (Wyszków), Anna Komorowska (Stargard Szczeciński), Anna Ziółkowska (Wrocław), Wojciech Zimakowski (Braniewo).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw:

Continuo, Elsevier Urban & Partner, medipage. Nagrody prześlemy pocztą.

