

10 · 2011

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



TEMAT NUMERU | s. 6-13

...to nie poradnia

OBSERWACJE

**Zatańczyć
w kaftanie** | s. 14

BADANIE OPINII

**Możliwości
rozwoju zawodowego** | s. 28

KONTROWERSJE

**Specjalista
i półspecjalista** | s. 42



Stracone nadzieje?

Często bywa tak, że ostateczna realizacja projektu znacząco odbiega od pierwotnych założeń. Myślę, że można to stwierdzenie odnieść do systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Najbardziej jaskrawym przykładem jest jeden z najważniejszych elementów tego systemu: szpitalne oddziały ratunkowe. Zgodnie z pierwotnymi założeniami powinno być to miejsce, w którym lekarze leczą pacjentów w stanie zagrożenia życia. Chorym takim trudno było udzielić szybkiej i kompetentnej pomocy w szpitalnej izbie przyjęć. O tym, jak wygląda rzeczywistość SOR-ów piszemy w temacie miesiąca. W Centralnym Rejestrze Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej znajdują się 174 tysiące osób,

40 tysięcy spośród nich to lekarze emeryci i renciści. Według danych NFZ znacząca liczba lekarzy emerytów nadal jest aktywna zawodowo i „udziela świadczeń zdrowotnych” w placówkach, które mają podpisane umowy z Funduszem. Wielu le-

cych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Czy znajdą się ich następcy? Rozpoczął się kolejny rok akademicki. Tegoroczny nabór na wydziały lekarskie i lekarsko-dentystyczne napawa optymizmem. Na jedno miejsce na kierunku lekarsko-

kilkunastu chętnych. Oznacza to, że tysiące młodych Polaków mają nadzieję na zawodowy sukces w naszym pięknym, choć trudnym zawodzie. Przed nimi nowy system przeddyplomowego nauczania medycyny – po likwidacji stażu podyplomowego oraz zmodyfikowany, modułowy system zdobywania specjalizacji. Należy mieć nadzieję, że za kilkanaście lat będą nas leczyć kompetentni specjaliści, zadowoleni z wyboru zawodu lekarza.

Skończyła się kolejna kadencja parlamentu, przed nami wybory. Chyba straciliśmy nadzieję, że posłowie-lekarze będą reprezentowali oczekiwania środowiska.

Ryszard Golański

naczelnny@gazetalekarska.pl

Poważnym problemem wydaje się być starzenie się lekarzy specjalistów w dziedzinach zabiegowych, pracujących w publicznych ZOZ-ach.

karzy seniorów leczy pacjentów w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Poważnym problemem wydaje się być starzenie się lekarzy specjalistów w dziedzinach zabiegowych, pracują-

-dentystycznym w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym było aż 23 chętnych! W Collegium Medicum UJ – 19. Na wydziałach lekarskich większości uczelni na jedno miejsce było

MIGAWKA



FOT.: MARCIN GIMINSKI

XXI Forum Ekonomiczne w Krynicy-Zdroju w „podstoliku” ochrony zdrowia stanowiło cenne miejsce wymiany poglądów polskich i zagranicznych ekspertów. Ze względu na polską prezydenturę ważne było spotkanie Ewy Kopacz z ministrami zdrowia innych krajów. Interesujący i godny powtórzenia w kolejnych edycjach okazał się panel dotyczący kształcenia kadr medycznych.



OKIEM PREZESA

W gorącym, przedwyborczym czasie, często pytano mnie, co należałoby zmienić, aby wszystkim nam, lekarzom, pacjentom żyło się lepiej.

Najchętniej odpowiedziałbym: należałoby zburzyć dotychczasowy system ochrony zdrowia i wybudować nowy. To jednak niemożliwe, bo gdzieś musimy funkcjonować, a więc siedzimy w tej budowlu, w której każdy zgodnie z art. 68 Konstytucji RP ma mieć zagwarantowany równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wydawałoby się, że jesteśmy już tylko zdolni do łatania dziur w ścianach, ale tym razem Naczelna Rada Lekarska postanowiła wyjąć jedną cegłę, jaką jest koszty świadczeń gwarantowanych, i poddać ją ocenie Trybunału Konstytucyjnego. Jeżeli koszyk będzie niekonstytucyjny, to NRL wyjmie kolejną cegłę – działalność leczniczą. Antoine de Saint-Exupéry napisał: „Nie możemy kochać domu, który nie ma swego oblicza i w którym kroki są pozbawione sensu”. Ja dopisuję: Jeśli nie weźmiemy się za burzenie od samej cegły, a będziemy tylko dorzucać kolejne elementy dekoracyjne – o elementy zaczniemy się przewracać i pogłębi-

my już panujący chaos. A chaos budowaniu oblicza nie służy.

Minister finansów подарował nam projekty aktów wykonawczych, w których wymienia sumy gwarancyjne ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Nie wiadomo, czy pod pojęciem „przedsiębiorca” zauważył lekarzy prowadzących praktykę lekarską, nie podał też, jakie będą skutki tych regulacji dla działalności gospodarczej w przypadku pojedynczego lekarza i lekarza dentysty.

Zróznicował natomiast sytuację podmiotów leczniczych i praktyk grupowych w zakresie ubezpieczenia na jedno zdarzenie. Podmiot leczniczy ma – według projektu – podlegać ubezpieczeniu w wysokości 200 tys. zł na jedno zdarzenie bez względu na liczbę zatrudnionych pracowników, w grupowej praktyce lekarskiej każdy z lekarzy ma podlegać ubezpieczeniu w wysokości 100 tys. zł na jedno zdarzenie. Tym samym szpital zatrudniający 50 lekarzy podlega jednemu ubezpieczeniu na 200 tys. zł, zaś praktyka grupowa o tej samej liczbie wspólników – na 5 mln zł łącznie! Mam nadzieję, że jeszcze uda się to zmienić, bo nie wyobrażam

sobie takiej nierówności. Sumy gwarancyjne powinny być uzależnione od stopnia ryzyka i wysokości ewentualnych roszczeń, które mogą wystąpić przy wykonywaniu danego rodzaju działalności leczniczej przez poszczególne podmioty. Powinny być one zatem znacznie bardziej zróżnicowane w stosunku do tego, co zapisano w projekcie.

Koncern Ringier Axel Springer, który związał z nami w zeszłym roku umowę na skład, druk, kolportaż i prowadzenie reklam w „Gazecie Lekarskiej”, postanowił teraz zerwać umowę, nie zważając nawet na grożące mu kary umowne. Decyzja ta oznacza dla nas konieczność poszukiwania innego sposobu obsługi wydawniczej. Mam nadzieję, że nowy oferent wykaże się większymi umiejętnościami i chęcią bycia rzeczywistym partnerem, uwzględniającym potrzebę zachowania niezależności samorządu. Nie przewiduję żadnych perturbacji w wydawaniu gazety i ufam, że zmiana partnera w niczym nie zakłóci jej cykliczności i dobrego odbioru przez Czytelników. Umowa – dzięki trybowi wypowiedzenia – gwarantuje nam nadal pieniądze od RASP, które będą pokrywać ewentualne koszty i straty wynikające z tej decyzji.

Temat szczepień wraca co jakiś czas i nie można się temu dziwić, bowiem stopień

zaszczepienia w sezonie 2010/2011 w Polsce wyniósł 5,5 proc. i stanowi tym samym najniższy wskaźnik w Europie.

Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej spotkaliśmy się z Pauliną Miśkiewicz z biura WHO, aby wspólnie zastanowić się, co w tej sytuacji uczynić. Wśród wielu przyczyn wpływających na niski wskaźnik Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje niechęć, a w wielu wypadkach wręcz niewiedzę oraz brak aktywności i zaangażowania polskich lekarzy. Szczególnie bolesne jest to, że nie tylko ogólny procent zaszczepionych osób jest mizerny, ale też nie są szczepione grupy społeczne, które bezwzględnie powinny mieć ochronę zagwarantowaną przez państwo. Do grup szczególnego ryzyka należy – według WHO – personel medyczny, dlatego też trzykrotnie zwracałem się do minister Ewy Kopacz w tej sprawie. Dotychczas – z niewielkim skutkiem. Dodam jeszcze, że na posiedzeniu NRL rozwialiśmy wątpliwości co do bezpieczeństwa szczepień. Apeluję więc do Was, Koleżanki i Kole-dzy, abyście promowali szczepienia, które – zapewniam – są bezpieczne i konieczne.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-13..... Temat miesiąca
SOR to nie poradnia ani pogotowie
- 14..... Obserwacje
Zatańczyć w kaftanie
- 16-17..... Rozmowa o zdrowiu
Anna Dymna
- 18..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 19..... Nasi w Europie
Konstanty Radziwiłł
- 20-21..... Rozmowa o samorządzie
To będzie prawdziwa rewolucja
- 22..... Moim zdaniem
Uczeń – mistrz
- 24-27..... U stomatologów
Kontrakty pod lupą samorządu
Bliżej praktyki i codzienności
Wymysł czy konieczność?
- 28-30..... Badanie opinii
Lekarze o możliwościach rozwoju
zawodowego
- 32-33..... Indeks korzyści
O lekarskim autorytecie słów kilka
- 34-35..... **BIULETYN NRL**
- 36-37..... Dodatek – Nieruchomości
- 39-40..... Listy do redakcji
- 42-43..... Kontrowersje
Specjalista i półspecjalista
- 44-45..... Finanse i medycyna
Przepis na sukces reformy służby
zdrowia
- 46-47..... Przychodzi lekarz do prawnika
Dura lex sed lex
- 48-49..... Prawo
Zasady orzekania o niezdolności
do pracy w razie zachorowania
za granicą
- 50-52..... Felieton
Sen mara i kara
- 54-61..... Ogłoszenia, reklama
- 62-66..... Sport i medycyna
Dookoła Mont Blanc
Po raz dziewiąty pod Tatrami
Sasanki na Kisajnie
- 67-68..... Komunikaty
- 69..... Epikryza
Wybór kolejki
- 70..... Jolka lekarska



SOR to n ani po

Do szpitalnego oddziału ratunkowego mieli być przyjmowani tylko chorzy w stanie zagrożenia życia, a trafiają do niego również osoby, które powinny zostać przyjęte w przychodni.

Karetka za karetką, pacjent za pacjentem. Tak wygląda każdy dyżur w szpitalnym oddziale ratunkowym. W dużych, wielospecjalistycznych szpitalach przez SOR przewija się w ciągu doby nawet kilkuset chorych. Zwłaszcza w dni, kiedy pełnią one ostre dyżury. Tymczasem wielu pacjentów w ogóle nie powinno tutaj trafić. W ocenie płk. dr. n. med. Piotra Dąbrowieckiego, zastępcy komendanta Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, połowa pacjentów zgłaszających się do SOR-u powinna uzyskać pomoc od lekarza



Fot.: Archiwum

ie poradnia gotowie

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

pierwszego kontaktu lub w poradni specjalistycznej. – Często przychodzą do nas z podejrzeniem zapalenia płuc, zapalenia układu moczowego lub innymi infekcjami. Bez typowych objawów klinicznych, za to ze skierowaniem od swojego lekarza. Trzeba im wykonać badania laboratoryjne, rentgen klatki piersiowej, USG, po czym okazuje się, że to zapalenie oskrzeli, zwykłe zakażenie układu moczowego itp. Koszty związane z pobytem każdego takiego pacjenta wynoszą około 150 zł. Powinien je ponieść lekarz pierwszego kontaktu, a nie szpital – mówi dr Piotr Dąbrowiecki.

Ucieczka przed odpowiedzialnością?

W opinii dyrektorów szpitali z oddziałami ratunkowymi, z którymi rozmawialiśmy, odsyłając pacjentów do SOR-u, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej obniżają koszty funkcjonowania swoich gabinetów. – Za każde zlecone badanie lekarz POZ musi zapłacić. Przekazując go do nas, nie musi ponosić tych wydatków – mówią.

Znacznie częściej niż o chęci zaoszczędzenia na kosztach badań, pod adresem lekarzy pierwszego kontaktu kierowany jest zarzut o umywaniu >>

rań od odpowiedzialności za leczenie trudniejszych przypadków.

– Każdego pacjenta trzeba zbadać, zastanowić się, co mu dolega i postawić diagnozę. Odnoszę wrażenie, że wielu lekarzy pierwszego kontaktu przerzuca odpowiedzialność za chorego na szpital. Widząc, że pacjent czuje się gorzej niż zwykle, woła go skierować do szpitala, niż wykonywać bada-

nia i oceniać ich wyniki. Potwierdzają to sami pacjenci oraz stan, w jakim się do nas zgłaszają – mówi „GL” dr Piotr Dąbrowiecki.

Ostatnio do SOR-u Wojskowego Instytutu Medycznego trafił 60-letni pacjent z bólami głowy, które miał od trzech miesięcy. Dodatkowo kasłał i miał duszność wysiłkową. W POZ wykonano mu badanie EKG, stwier-

dając rytm zatokowy miarowy o częstotliwości 80 bez cech niedokrwienia. I na tym zakończono diagnostykę. Dostał ketonal na ból głowy. Po zbadaniu go w oddziale ratunkowym okazało się, że nad prawym płucem ma ściszony szmer osłuchowy. W RTG klatki piersiowej – guz płuca prawego, w USG zmiany o typie META, w badaniu CT głowy podejrzenie zmian przerzuto-

Oddziały ratunkowe są przepełnione i niedofinansowane

Z prof. dr. hab. n. med. Juliuszem Jakubaszko, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i kierownikiem Zakładu Medycyny Ratunkowej AM we Wrocławiu, rozmawia Mariola Markłowska-Dzierżak

Dyrektorzy szpitali skarżą się na niedofinansowanie oddziałów ratunkowych. Twierdzą, że ich działalność zwiększa zadłużenie zarządzanych przez nich placówek. Co pana zdaniem trzeba zrobić, aby SOR-y przestały wreszcie przynosić straty?

Środowisko lekarzy medycyny ratunkowej od wielu lat walczy o racjonalny sposób finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, właściwie już od czasu uchwalenia w 2006 r. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Problem zasadza się w tym, że oddziały ratunkowe są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia podobnie jak karetki – w oparciu o dość zawyżony i nie do końca przejrzysty algorytm. Na jego podstawie wyliczany jest dla nich ryczałt dobowy. W przypadku kilku szpitali wysokość tego ryczałtu wynosi

14-15 tys. zł, ale są szpitale, którym NFZ płaci tylko 3 tys. zł za dobę, tak jak karetce S. Jak wynika z analiz nadzoru krajowego medycyny ratunkowej, nawet w szpitalach otrzymujących wyższe kwoty ryczałt pokrywa tylko około 30 proc. ponoszonych przez nie kosztów. NFZ przeznacza na działalność wszystkich oddziałów ratunkowych w Polsce zaledwie 470-500 mln zł rocznie, co powoduje, że część z nich pracuje tylko na pół gwizdka, a kilka jest co roku zamykanych.



Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej od kilku lat postuluje, aby działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych była finansowana z dwóch źródeł. NFZ powinien płacić za wykonywane procedury medyczne, natomiast środki za tzw.

stałą gotowość powinny pochodzić z budżetu państwa, a konkretnie z puli około 1,5 mld zł przeznaczanej rocznie na system ratownictwa medycznego, jako że SOR-y są

elementem tego systemu i pracują na jego rzecz.

Dlaczego do tej pory nie udało się przefinansować tego rozwiązania?

Dotąd zapewniano nas, że problem finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych ureguluje tzw. duża nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Czekał na nią przez całą ostatnią kadencję Sejmu. Dziś wiemy już, że nie dojdzie do niej przed wyborami parlamentarnymi. Wejdziemy więc w kolejny rok ze starym bagażem problemów – przeciętny oddział ratunkowy w dużym, wieloprofilowym szpitalu nadal będzie przynosił straty w wysokości około 2 mln zł rocznie.

Wielu pacjentów traktuje SOR jak przychodnię. Przychodzą z bólem gardła, gorączką, biegunką. Nie są w stanie zagrożenia życia, a mimo to uzyskują pomoc, bo nie można ich odesłać z kwitkiem. Nie uważa pan, że to nielogiczne?

To problem ogólnopolski, mają go wszyscy ordynatorzy oddziałów ratunkowych. Próbowaliśmy go rozwiązać, ale to niezwykle trudne, tym bardziej że dyrekcje szpitali nie mówią w tej sprawie jednym głosem. W wielu szpitalach SOR jest traktowany jak centralna izba przyjęć. To nieporozumienie, bo oddział ratunkowy to jednostka systemu ratownictwa medycznego, do której mają się zgłaszać wyłącznie pacjenci

wych. Miał niedokrwistość (HGB 10). A w EKG rytm zatokowy miarowy. Pacjent został przyjęty w trybie pilnym do kliniki pneumonologii.

Tydzień wcześniej do tego samego oddziału zgłosił się chory skierowany z powodu niedokrwistości z niedoboru żelaza oraz kolki nerkowej. W POZ nie wykonano żadnej diagnostyki. Od sześciu tygodni zażywał >>

z nagłym zagrożeniem zdrowotnym. Tymczasem zgłaszają się pacjenci przysyłani przez lekarzy rodzinnych, którzy nie mają pomysłu, co z nimi robić, a w czasie weekendu wysyłają ich już niemal „z automatu”. W związku z tym oddziały ratunkowe są przepełnione pacjentami, których nie powinno w nich być, a ci, którzy być powinni, często mają kłopoty z dostaniem się do nich. Naj-

***W wielu szpitalach
SOR jest traktowany
jak centralna
izba przyjęć. To
nieporozumienie.***

trudniejsza sytuacja jest w dużych miastach, gdzie jest mało oddziałów ratunkowych, a funkcjonuje jeszcze instytucja tzw. ostrego dyżuru specjalistycznego. Weźmy na przykład największy we Wrocławiu, pełnoprofilowy Akademicki Szpital Kliniczny. W dniu, kiedy pełni on np. dyżur neurochirurgiczny, trafiają do niego pacjenci z problemami neurochirurgicznymi z całego rejonu. Jednak nie bezpośrednio do oddziału mającego ostry dyżur, lecz do SOR-u, z którego są potem kierowani na konsultacje lub terapię na neurochirurgię. W efekcie co kilka dni oddział ratunkowy przeżywa prawdziwe obłożenie. Jest szturmowany przez pacjentów zgłaszających się na ostry dyżur.



Fot.: Archiwum

hemofer, bez efektu. W wywiadzie stan po operacji raka gruczołu krokowego, w badaniach – rozsiew choroby nowotworowej i przerzuty do kręgosłupa lędźwiowego.

Co o zarzutach wobec lekarzy POZ sądzi prof. Adam Windak, wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce? Według niego to obiegowe opinie, które łatwo wygłosić, ale trudniej udowodnić. Tak naprawdę wszystkiemu winne są regulacje systemowe, które nie powstrzymują pacjenta przed pójściem do SOR-u i traktowaniem go tak, jak dawniej traktowano pogotowie i opiekę specjalistyczną. – Do tego, by zachowywać się w systemie w sposób racjonalny, potrzebne są odpowiednie regulacje i motywacje. I to zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Dopóki się nie pojawia, każdy będzie się dostosowywał do obowiązujących zasad. A zasady są takie, że łatwo się dostać do SOR-u i uzyskać w nim pomoc, nie czekając w kolejce do specjalisty – tłumaczy prof. Adam Windak.

Podobnego zdania są również nasi pozostali rozmówcy. Według nich jest wielu chorych, którzy z powodu własnego wygodnictwa przychodzą do SOR-u. Wymuszają RTG, USG oraz badania laboratoryjne, tłumacząc, że

dusznosc lub bóle w klatce piersiowej pojawiły się u nich przed chwilą.

– Pacjenci bardzo sprawnie poruszają się w systemie. Wiedzą, że w oddziale ratunkowym zostaną przebadani i zdiagnozowani, więc wolą przyjść tu, niż czekać kilka miesięcy na wizytę do specjalisty – podkreśla w rozmowie z „GL” Iwona Łobejko, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

Milionowe straty

Praca w szpitalnym oddziale ratunkowym trwa całą dobę. Siedem dni w tygodniu przez 24 godziny musi w nim dyżurować specjalista medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych lub rezydent specjalizujący się w medycynie ratunkowej. Lekarz dyżurny SOR decyduje o przyjęciu pacjentów do poszczególnych oddziałów lub klinik, a w przypadkach wątpliwych – o udzieleniu im na miejscu konsultacji przez odpowiedniego specjalistę.

Każdy pacjent przyjęty w oddziale ratunkowym generuje koszty, zwłaszcza jeśli wymaga drogiej diagnostyki. Tymczasem Narodowy Fundusz

Zdrowia płaci szpitalom mającym SOR-y ryczałtowo od 3 do 15 tys. zł za dobę, pokrywając w ten sposób zaledwie 30-50 proc. rzeczywistych kosztów.

Wojskowy Instytut Medyczny należy do placówek, którym NFZ płaci za działalność SOR-u jedną

Lekarze są przeciwni wystawianiu zwolnień lekarskich w SOR. Zwłaszcza pacjentom, którzy w ogóle nie powinni mieć wstępu do tego oddziału.

z najwyższych stawek. Mimo to, podobnie jak wiele innych szpitali posiadających w swojej strukturze oddział ratunkowy, ponosi na nim stratę. Rocznie jest to około 4 mln zł, ponieważ – jak tłumaczą w WIM – rzeczywisty koszt działalności tego oddziału jest ponad dwukrotnie wyższy, wynosi około 35 tys. zł.

– Na każdym dyżurze jest czterech lekarzy, trzech ratowników i pięć pielęgniarek. Do tego trzeba jeszcze dodać pozostających w gotowości specjalistów, np. neurologa, anestezjologa, torakochirurga, neurochirurga oraz pełne zaplecze diagnostyczne i laboratoryjne. Codziennie trafia do nas średnio około 120 pacjentów, a zdarza się, że przy okazji ostrego dyżuru powyżej 200 – wyjaśnia dr Piotr Dąbrowiecki.

SOR w Wojskowym Instytucie Medycznym działa dodatkowo w strukturze Centrum Urazowego, ale z tego powodu nie otrzymuje dodatkowego finansowania...

Szkoda czasu na L4

Lekarze są przeciwni wystawianiu zwolnień lekarskich podczas dyżuru w szpitalnym oddziale ra-



KOMENTARZ

Nie możemy ponosić strat

Iwona Łobejko, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali o Charakterze Centrów Urazów Wielonarządowych, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu:

Biorąc pod uwagę poziom finansowania naszych SOR-ów, my, dyrektorzy 13 centrów urazowych w kraju, obawiamy się także o ich finansowanie. Co prawda Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził inny sposób rozliczania szpitali o charakterze centrów urazów wielonarządowych, tzw. grupy T, ale wiele procedur w ramach tych grup jest niedoszacowanych i ponosimy z tego tytułu straty. Bardziej opłacalne jest rozliczanie kosztów leczenia części pacjentów w systemie JGP. Rozmawialiśmy na ten temat w sierpniu tego roku w Ministerstwie Zdrowia. Pokazaliśmy prezentację, na której widać różnicę między rzeczywistymi kosztami, które ponoszą centra urazowe i sposobem ich rozliczania przez NFZ. Być może część winy leży po naszej stronie, bo nie potrafimy jesz-

cze w pełni wykorzystać nowego systemu, ale bardzo często nie przyjmujemy on naszych rozliczeń.

Wprowadzamy do niego wszystkie potrzebne dane, ale NFZ części z nich nie widzi, a wyjaśnianie, dlaczego tak się dzieje, trwa zazwyczaj około trzech miesięcy. Problemem są również wszelkie poprawki i zmiany wprowadzane do systemu przez Fundusz. Musi upłynąć trochę czasu, zanim staną się dla nas wi doczne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Barbary w Sosnowcu ma klauzulę centrum urazów wielonarządowych od roku. Przez ten rok widać wyraźnie zwiększony ruch pacjentów. Jako centrum urazowe pełnimy siedem dni w tygodniu przez całą dobę ostre dyżury we wszystkich oddziałach, nie tylko zabiegowych. Z tego powodu kierowani są do nas również pacjenci, którzy trafiają najpierw do izb przyjęć okolicznych szpitali, w których dyżurów nie muszą pełnić wszyscy specjaliści. Jeśli choremu potrzebny jest np. okulista czy urolog, to jest odsyłany do nas. Właściwie nie wykonujemy już planowych operacji, bo

większość pacjentów trafia do nas w trybie ostrym. Poprosiliśmy NFZ, żeby rozliczał koszty ich leczenia poza kontraktem, dzięki czemu moglibyśmy przyjmować więcej pacjentów planowych. Mamy nadzieję, że Fundusz uwzględni nasze uwagi.

Odkąd uzyskaliśmy status centrum urazów wielonarządowych, jedyne w województwie śląskim, liczba pacjentów trafiających do naszego oddziału ratunkowego zwiększyła się o ponad jedną piątą. SOR przynosi naszemu szpitalowi około 1,5 mln zł strat rocznie. Próbowaliśmy zmniejszyć, nie możemy sobie jednak pozwolić na zmniejszenie załogi, jak inne oddziały ratunkowe. Rozwiązaniem byłoby więc wprowadzenie referencyjności SOR-ów, dzięki czemu szpitale o statusie centrów urazowych otrzymywałyby wyższą stawkę. Skoro wzięliśmy na swoje barki wprowadzenie modelu centrum leczenia urazów wielonarządowych, w którym udzielana jest pomoc osobom poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych, to nie powinno to pogrążyć finansowo budżetów naszych szpitali.



tunkowym.
Zwłaszcza tym
pacjentom, którzy
w ogóle nie powinni
mieć wstępu do tego od-
działu. Uważają, że powinni zo-
stać z tego obowiązku zwolnieni.

– Każdy lekarz ma na dyżurze oko-
ło 20-30 pacjentów, których nie zna

i o których nic nie
wie. Zbadanie ich
zajmuje sporo czasu,
a wypisywanie formu-
larza L4 jeszcze bardziej
wydłuża ten czas – podkreśla-
ją w rozmowie z „Gazetą Lekarską”.
Lekarze z sosnowieckiego SOR-u przez
jakiś nie wydawali niektórym pacjen-
tom wyników badań. Okazało się jed-

***Winne są regulacje
systemowe, które nie
powstrzymują pacjenta
przed pójściem do
SOR-u i traktowaniem
go tak, jak dawniej
traktowano pogotowie
i opiekę specjalistyczną.***

nak, że doskonale znają obowiązujące
prawo i znaleźli sposób, by je dostać. –
Pacjenci wiedzą, że wystarczy napisać
pismo do dyrekcji szpitala. Przepisy są
jednoznaczne – pacjent ma prawo do
swojej dokumentacji medycznej – mó-
wi dyr. Iwona Łobejko.

– Lekarze dyżurujący w SOR-ach są
po to, by ratować ludzkie życie. Wypi-
sywanie druków L4 nie jest ich priory-

tetem – broni lekarzy z SOR-ów Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Według niego, to z powodu źle zorganizowanego systemu ochrony zdrowia oddziały ratunkowe zamieniły się w poradnie lekarza rodzinnego. Prezes NRL nie ma jednak najmniejszej wątpliwości, że lekarze dyżurujący w oddziałach ratunkowych mają obowiązek wypisania druku L4, jeśli konsultacja udzielona choremu wyczerpała potrzebę jego dalszego leczenia. Nie mogą też odmówić wystawienia L4 rodzicom chorych dzieci. – Zwolnienie lekarskie jest elementem porady lekarskiej i leczenia – podkreśla Maciej Hamankiewicz.

W Wojskowym Instytucie Medycznym lekarze pracujący w SOR są zobowiązani do wystawiania zwolnienia lekarskiego wszystkim pacjentom, którzy kwalifikują się do jego otrzymania. – Każdy lekarz stwierdzający konieczność pozostawiania pacjenta na zwolnieniu powinien je wypisać. To jego obowiązek prawny – przypomina zastępca komendanta WIM, który do końca ubiegłego roku kierował SOR-em i nadal w nim dyżuruje.

Jeśli lekarz z SOR-u uzna, że w dniu wizyty pacjent nie wymaga L4, to po zaordynowaniu leczenia kieruje go do lekarza POZ, aby ten ocenił następnego dnia, czy pacjent może się udać do pracy. ☉

KOMENTARZ

Z bólem gardła i gorączką trzeba czekać w kolejce

Lek. Witold Górecki, ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu:

Każdego dnia do naszego oddziału zgłasza się około 170 chorych. W czasie wakacji jest ich o 25-30 proc. więcej, ponieważ nie dość, że obsługiwany przez nas region jest duży, to na dodatek ma on charakter turystyczny. Tworzą się gigantyczne kolejki. Wielu pacjentów mogłoby ich uniknąć, gdyby zechcieli skorzystać z pomocy lekarzy przyjmujących w przychodni. SOR jest specjalistycznym oddziałem udzielającym pomocy osobom z ciężkimi urazami, złamaniami, bólem w klatce piersiowej, zaburzeniami świadomości, oczywiście nie po spożyciu alkoholu. Tymczasem zgłaszają się do nas również pacjenci, których w ogóle nie powinno u nas być: ukąszeni przez

owady, ze starymi ranami, które powinny być już dawno opatrzone, z banalnymi chorobami, jak ból gardła, gorączka, biegunka, wymioty. Z tego rodzaju objawami powinni udać się do lekarza pierwszego kontaktu lub skorzystać z całonocowej opieki medycznej. Ale oni wolą przyjść do nas, bo wiedzą, że nie możemy ich odeśłać bez badania i oceny stanu zdrowia. Nad każdym, kto się do nas zgłosi, niezależnie od tego, czy ma nieżyt nosa, uraz palca, czy zawał, musimy się pochylić i zastanowić. Sprawdzić, co mu dolega i co najmniej na jeden dzień wypisać druk L4, jeśli potrzebuje go do pracy. Osobiście jestem przeciwny wystawianiu zwolnień osobom, których stan zdrowia tego nie wymaga. Wypełnianie druków L4 zabiera nam, dyżurującym lekarzom, bardzo dużo czasu, a nie ma nas kto w tym odciążyć, bo sekretarek medycznych w SOR-ach nie ma. W efekcie

tworzą się kolejki, generują koszty i przedłuża czas, który moglibyśmy poświęcić innym chorym.

Pacjenci, którzy zgłaszają się do nas z banalnymi dolegliwościami, muszą się liczyć z tym, że zostaną przyjęci w ostatniej kolejności. SOR to nie przychodnia, w której wydawane są numerki. Tutaj o przyjęciu decyduje stan chorego. Pacjent przywieziony przez karetkę z wypadku, z udarem lub zawałem zostanie przyjęty bez kolejki. Lekarze i pielęgniarki zajmą się nim w pierwszej kolejności. Natomiast pacjent z urazem palca musi poczekać.



Zatańczyć w kaftanie

Do mojego znajomego, szefa kliniki chirurgii, zatelefonował kolega z tzw. terenu z prośbą o przyjęcie chorego, wymagającego amputacji kończyny dolnej z powodu zespołu sto-py cukrzycowej. Pacjentowi kilka dni wcześniej odjęto przodostopie, co okazało się postępowaniem niewystarczającym. Najprostszym wyjściem byłaby reoperacja w tym samym szpitalu. Problem w tym, że nie upłynęły jeszcze dwa tygodnie i Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłaciłby za drugi zabieg ani złotych. Chirurg ze szpitala powiatowego, z pewnością mobilizowany przez swojego dyrektora do oszczędzania, próbował zatem pogodzić chęć niezwłocznej pomocy choremu z nienarażaniem swojej lecznicy na koszty, których nikt nie pokryje.

Gra pacjentem? Przed wydaniem sądu należy wziąć pod uwagę, kto każe graczom usiąść do stołu i rozdaje karty. Bez reguł wyznaczonych przez NFZ nie byłoby tej i innych wariantów gry w numerki.

Można byłoby na przykład przenieść pacjenta na inny oddział szpitala, nie obawiając się, że ubezpieczyciel zapłaci wyłącznie za jedną (lepiej płatną) procedurę. Tymczasem, nie chcąc strzelać do własnej bramki, nie można. Trzeba jednego dnia zro-



bić wypis, a następnie przyjęcie. Rzecz jasna, nie zawsze można czekać. Jeśli np. pacjent z interny musi być operowany w trybie pilnym, to oczywiście się go operuje, nie zwracając uwagi na krzywdę internistów, których wysiłki, kwalifikowane przez NFZ jako gorzej wyceniana niezabiegowa procedura, pójdą – z finansowego punktu widzenia – w gwiздеk. Jeśli można poczekać, to – by nie narażać chorego na bezsensowną wędrówkę ze szpitala do domu i z powrotem – praktyką jest przenocowanie go w szpitalu. Formalnie w charakterze gościa, w rzeczywistości – pełnoprawnego pacjenta, któremu nie odmawia się posiłku, tudzież zmniejszenia ciśnienia. Czyniąc wspomniane dobro, trzeba tylko pamiętać, by zachować postawę biblijną, to jest, by lewica (NFZ) nie wiedziała, co czyni prawica. To na wypadek, gdyby Fundusz, który – jak już wspomniałem – zmusza do gry i karty rozdaje, powiedział „sprawdzam”. Znam

przypadek, kiedy powiedział, wykrywając fakt pomiaru temperatury komuś, kto już nie był na stanie. Ależ była afera! Ofiarą bystrości enefzetowskich kontrolerów padły pielęgniarki, pełniące „krytycznego” dnia dyżur. Jeden niewinny wpis w karcie gorączkowej spowodował oskarżenie o fałszowanie dokumentacji. Biedne siostry najadły się strachu, choć nie to, tylko wstrzymanie finansowania jednej z procedur, było celem Funduszu.

I jak tu NFZ ma nie robić oszczędności? Oszczędna instytucja może sobie na przykład pozwolić na premie dla najbardziej zasłużonych urzędników lub modernizację siedziby. Może też,

unikając ataku rozżołonych mediów, wspomóc pieniądze w rozwój biurokratycznej struktury. Najlepiej w jakąś nową jej formę, która w krótkim czasie znacznie sama pączkować ku uciesze dysponentów posiad i ich szczęśliwych wybrańców. Świeżym przykładem jest próba powołania do życia Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Cel zbożny, bo któż nie chciałby rzetelnej, a przede wszystkim zgodnej z realiami, wyceny świadczeń. Nie trzeba jednak zbyt- nio wyteżać wzroku, by w szczegółach przygoto-

wanej przez resort zdrowia nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dostrzec diabła. Prezes Agencji ma być powoływany na pięcioletnią kadencję przez ministra zdrowia. Minister ustali też prezesowi wynagrodzenie. Nie bardzo wiadomo, w jakiej wysokości, bo w przesłanym do konsultacji projekcie nie ma o tym mowy. Z pewnością będzie to więcej niż trzykrotność przeciętnego wynagrodzenia, bo tyle mają dostawać członkowie dziesięcioosobowej rady do spraw taryfikacji. Jak podała „Gazeta Prawna”, powstanie Agencji ma kosztować 40 milionów złotych. Zapłaci NFZ.

Niejako w zamian zastrzeżono, że taryfikatorzy będą zajmować się ustalaniem jedynie punktowej wartości świadczenia.

To rozwiązanie dogodne dla Funduszu. Manipulując ceną punktu, ubezpieczyciel-monopolista nadal będzie mógł kupować świadczenia poniżej kosztów, zmuszając świadczeniodawców do uczestnictwa w różnych dziwnych grach i piasach. ☉

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

» Nikogo nie wyręczam, ja pomagam «

Z Anną Dymną, aktorką Starego Teatru w Krakowie, prezesem Fundacji „Mimo Wszystko”, rozmawiają Ryszard Golański i Lucyna Krysiak



Po co komuś z taką pozycją zawodową jak Anna Dymna fundacja?

Oprócz tego, że jestem aktorką, jestem zwyczajnym człowiekiem, ciekawym tego, co się dookoła mnie dzieje. Czerpię siłę i radość z przyjaźni z ludźmi niepełnosprawnymi. W rozmowach z nimi poznaję prawdziwy sens życia, a im pomagam uwierzyć, że i dla nich życie może być piękne.

Złośliwi mówią, że to sposób na podtrzymanie popularności i źródło dochodów na wypadek, gdyby nie było propozycji pracy...

Kiedy osiem lat temu zakładałam Fundację „Mimo Wszystko”, tych propozycji było więcej niż mogłam przyjąć. Cały czas gram w teatrze, który – nie ukrywam – jest dla mnie najważniejszy. Ale mogłam też grać w serialach i żyć bez problemów, które mam w związku z prowadzeniem fundacji. Dziś już wszyscy wiedzą, że jestem prezesem na wolontariacie, a z tego żadnych materialnych zysków nie ma.

Często podkreślała pani, że jest nie tylko twarzą fundacji, ale jej sercem i duszą.

Tak, bo wszystko, co robię w fundacji wynika z autentycznych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, z dotykania ich problemów i chęci odmienienia ich życia na godniejsze, lepsze. Ponieważ nie biorę za to pieniędzy, nie ma w tym kalkulacji. Wykorzystuję do tego twarz, na którą pracowałam w swoim zawodzie 40 lat. W rozmowach „Spotkajmy się”, które dziewięć lat prowadzę w telewizji, wyraźnie widać, że niepełnosprawni są wyjątkowo wyczuleni na prawdę. Są więc one do bólu szczere, nawet intymne. Tego rodzaju kontakt wymaga otwarcia się obu stron. Bez oddania serca i duszy nie byłoby to możliwe. Nieraz płakałam, nie spałam, chorowałam. Tylko dzięki temu, że na deskach teatru mia-

FOT.: MAREK KOVALESKI

łam możliwość odreagowania traumy, która towarzyszyła tym spotkaniom, mogłam je prowadzić dalej.

Potrzeba odwagi. Psycholog tak głęboko nie wchodzi w relacje z pacjentami...

Nie jestem psychologiem, a moi rozmówcy nie są moimi pacjentami. Nawet za cenę wyczerpania chciałam zrozumieć, dlaczego ludzie się od nich odwracają. Czym różnią się od nas, że spycha się ich na margines życia. Dziś wiem, że tak samo kochają, mają marzenia, pasje. Są pięknymi, w pełni wartościowymi ludźmi. Jednak nie chodzi tylko o odbiór społeczny programu „Spotkajmy się”. Profesor Andrzej Szczeklik powiedział, że wypełnia on pewną lukę, bo wprawdzie medycyna czyni cuda, jednak zagubiła gdzieś kontakt z pacjentem, człowiekiem. Lekarze chcą uruchomić portal internetowy „Medycyny Praktycznej” – kompendium wiedzy o chorobach, ich diagnozowaniu, leczeniu, ale nie mają niestety materiałów, które przybliżą problemy cierpiącego pacjenta. Chcieliby więc na tym portalu umieścić moje rozmowy. Są one jednak tylko własnością telewizji i jako trudno to załatwić. Uznanie lekarzy daje mi odwagę, siły, by prowadzić fundację i zbierać głos w trudnych sprawach dotyczących sytuacji chorych ludzi. Przecież jestem tylko aktorką. Bez wiedzy i wsparcia wspianiałych lekarzy nie udźwignęłabym tego ciężaru.

Czy program „Spotkajmy się” oprócz tego, że chwyta za serce, czegoś nas uczy?

Nie chodzi o epatowanie nieszczęściem i chwytnie za serce, ale o zachętę, by nie bać się zbliżyć do osoby niepełnosprawnej. O pokazanie, że taki człowiek może być mądry, wrażliwy, mieć bogate wnętrze. Polacy są tolerancyjni, szczególnie osoby wychowane już w czasach, kiedy przestało się izolować niepełnosprawnych. Wciąż jednak są to dwa osobne światy. Uruchamiają się jednak szczerze odruchy pomagania bliźnim, choć, co znamienne dla Polaków, mają charakter akcyjny.

Fundacje mają stały dochód z ustawowego odpisu 1 procenta od podatku. Czy te pieniądze trafiają tam, gdzie powinny?

Zanim ktoś wpłaci swój 1 procent na konto jakiejś fundacji, powinien

ją sprawdzić, np. w internecie. Wtedy będzie miał pewność, że jego pieniądze trafią tam, gdzie powinny. Rzeczywistość, władze i przepisy wciąż się zmieniają. W takich warunkach fundacjom trudno prowadzić wieloetapowe, wieloletnie projekty, a mają one obowiązek rozliczania się z każdego grosza. By ludzie chcieli je wspierać, muszą zdobyć ich zaufanie, a więc działać przejrzysto i krystalicznie czysto. I ja tak działam. Poddaję się co roku ostremu audytowi, by mieć pewność, że nie ma uchybień. Niestety, niektóre przepisy są nieszczelne. Czytałam niedawno, że za prowidzję jakieś organizacje pożytku publicznego otworzyły subkonto i umożliwiły zbieranie 1 procenta podatku organizacji, która nie posiada takiego statusu. Dla mnie to bezprawie. Jednak według kombinatorów, w ustawie nie ma zakazu stosowania takich praktyk, formalnie nie ma więc łamania prawa, ale odium przekreśla kładzie się cieniem na fundacjach. Fundacje, które nie rozliczają się w terminie, tracą status organizacji pożytku publicznego i nie mają także prawa do zbiórki 1 procenta.

Pomoc niepełnosprawnym to obowiązek państwa. Nie sądzi pani, że państwo wyrzeka się fundacjami?

To prawda, że fundacje rozjaśniają czarne dziury w naszej rzeczywistości, ale w sytuacji, kiedy państwo nie ma pieniędzy na tego rodzaju pomoc, trudno się spierać, kto powinien ją nieść, bo to tylko uderza w tych, którzy są bezradni i potrzebują pomocy. Ja nikogo nie wyręczam, ja pomagam... Nawet najbogatsze kraje mają fundacje. Myślę, że są wielkimi sprzymierzeńcami państwa, pomocnikami w ważnych sprawach i powinno ono bardziej sprzyjać ich działaniom, może w niektórych projektach nawet współpracować. Niosą ze sobą nie tylko pomoc materialną, ale podnoszą morale. Czasem właśnie dzięki fundacjom ludzie niepełnosprawni czują, że komuś na nich zależy. Gdy się pomaga innym, jakoś jaśniej i lepiej jest nie tylko tym, którzy pomoc otrzymują, ale i tym, którzy ją dają.

A jaki jest stosunek lekarzy do fundacji?

Wspierają nas zawsze i wszędzie. Przecież łączy nas pomoc chorym i niepeł-

nosprawnym. Są szpitale, które organizują „białe niedziele”, przeprowadzają badania naszym podopiecznym, są lekarze wolontariusze, którzy biorą udział w różnych projektach. Teraz „Medycyna Praktyczna” przygotowuje konkurs literacki dla lekarzy „Przychodzi wena do lekarza”. Fundacja „Mimo Wszystko” jest partnerem tego projektu. Nagrodzone prace będę czytała z Radkiem Krzyżowskim podczas jednego z kongresów medycznych, który odbędzie się w kwietniu 2012 r. w Warszawie. Tak więc poezja zacieśni nasze relacje. Przygotowujemy też konkurs literacki dla osób niepełnosprawnych i, jak znam życie, te dwa konkursy kiedyś w jakiś sposób się połączą.

Jak ocenia pani te osiem lat działania w fundacji?

Traktuję je jak przyspieszony kurs życia, na którym dowiedziałam się o rzeczach, o których istnieniu wcześniej nie miałam pojęcia. Poznałam różne mechanizmy, od których jesteśmy zależni. Poznałam też wielu ludzi od ich najgorszej i najlepszej strony.

Czy trzeba mieć jakieś szczególne predyspozycje, aby prowadzić fundację?

Nie wiem, dla mnie jest to kwestia wychowania. Dom miałam raczej biedny, ale odkąd pamiętam, zawsze wpajano mi, że nie ma ważniejszej rzeczy niż drugi człowiek. I z tym przeświadczeniem idę przez życie. To proste.

Jak pogodzić to wszystko?

Przede wszystkim jestem aktorką i kiedy przekraczam próg teatru, nic innego nie istnieje poza postacią, którą kreuję. To są dla mnie seanse terapeutyczne. Gram obecnie w trzech dużych spektaklach. Lubię przyjeżdżać wcześniej, pogadać z Anią Polony, z Dorotką Segdą, Globiszem, Trelą. Cóż to za przyjemność! Tam jest mój świat, swojski, bezpieczny. Wprawdzie także targany emocjami, ale takimi, nad którymi panuję. Świat teatru i fundacji w jakiś sposób przenikają się, mimo że jeden jest fikcyjny, a drugi rzeczywisty. W teatrze jestem Anną Dymną znaną z roli Barbary Radziwiłłówny, Marysi Wilczurówny, a dla moich niepełnosprawnych przyjaciół – ich Anią. Tutaj sprawdzam się jako zwykły człowiek. ◎

Z notatnika rzecznika prasowego



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

Koszyk do Trybunału

Naczelna Rada Lekarska postanowiła skierować wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP koszyka świadczeń gwarantowanych. Pierwszą decyzję o przygotowaniu skargi do Trybunału Konstytucyjnego NRL podjęła na początku września ubiegłego roku, kiedy jeszcze obowiązywała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, a więc przed wpłynięciem do NIL projektu ustawy o działalności leczniczej. 9 września tego roku podjęto decyzję o złożeniu wniosku o stwierdzenie niezgodności z konstytucją (w szczególności z jej art. 68 mówiącym o równym dostępie obywateli RP do świadczeń zdrowotnych) niektórych zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie rozliczeń świadczeń udzielanych pacjentom włączonym do badania klinicznego (z 30 kwietnia 2009 r.) i w sprawie przysługującego w ramach Funduszu leczenia endodontycznego (z 11 stycznia 2010 r.).

WHO na NRL

Gościem na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej była Paulina Miśkiewicz, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce. Rozmawiano m.in. o sytuacji dotyczącej szczepień w Polsce i w krajach europejskich, świadomości społecznej w tym zakresie, stopniu uświadamienia wśród pracowników medycznych oraz finansowaniu zabezpieczeń pracowników ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Staż – list do MZ

Kwestie wynagrodzenia dla lekarzy stażystów w kwocie równej miesięcznemu przeciętnemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw, wzrost wynagrodzeń dla opiekunów i koordynatorów, wątpliwości dotyczące zmian w zakresie staży cząstkowych – zostały przekazane ministrowi zdrowia w wystosowanym liście z uwagami dotyczącymi projektu rozporządzenia w sprawie stażu dyplomowego lekarza i lekarza dentystry. Wiceprezes NRL Romuald Krajewski zaznacza w liście, że projekt należy uznać za przedwczesny, gdyż rozporządzenie z 2004 r. może obowiązywać 18 miesięcy, tj. do 31 grudnia 2012 r., co wynika ze zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. „Jedynie w sytuacji, gdy omawiany projekt rozporządzenia wchodziłby w życie po dniu 1 października 2012 (a więc po ostatnim terminie LEP i LDEP) podejmowanie prac legislacyjnych obecnie byłoby uzasadnione” – czytamy w liście.

Do publicznej wiadomości

Komisja Legislacyjna Naczelnej Rady Lekarskiej zajęła się przygotowaniem projektu nowej uchwały NRL dotyczącej zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarzy i lekarzy dentystrów. Podjęcie prac rozpoczęto z powodu konieczności dostosowania uchwały do obowiązującej ustawy o działalności leczniczej, która proponuje ujednolicenie przepisów dotyczących zasad ogłaszania się dla wszystkich podmiotów zajmujących się działalnością leczniczą. Zapowiedź prac Komisji została opublikowana w sierpniowym numerze

„Gazety Lekarskiej”, której tematem miesiąca był zakaz reklamy usług medycznych.

Ubezpieczenie OC

Prezydium NRL zajęło stanowiska dotyczące projektów rozporządzeń ministra finansów w sprawach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: 1. podmiotu wykonującego działalność leczniczą; 2. świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Prezydium podkreśliło m.in., że sumy gwarancyjne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powinny być zróżnicowane w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i związanego z nimi ryzyka wystąpienia szkody.

Prowadzenie rejestrów

Komisja Organizacyjna NRL zorganizowała konferencję szkoleniową dla osób prowadzących rejestry izb lekarskich. Omawiano m.in. wybrane procedury związane z prowadzeniem okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów, zasady postępowania w przypadku ustalania równoważności kwalifikacji specjalistycznych z uzyskiwanymi w Polsce na podstawie dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz podstawy prawne prowadzenia rejestru praktyk lekarskich w związku z wejściem w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej.

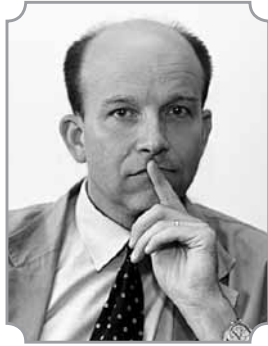
Pełna treść wszystkich opisywanych dokumentów znajduje się na stronie internetowej www.nil.org.pl

k.stralkowska@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

Jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta

Od kilku lat problemy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów są szeroko dyskutowane w UE. W 2005 r., pod rządami prezydencji luksemburskiej, ogłoszono „Deklarację Luksemburską w sprawie bezpieczeństwa pacjenta”. Wzywa ona m.in. do budowania kultury, która zamiast redukować sytuacje niebezpieczne i zdarzenia niepożądane do problemu ustalenia winnych i ukarania ich, koncentruje się na uczeniu się z takich przypadków. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) od lat podejmuje ten temat. 9 września, jako prezydent CPME, miałem okazję przedstawić lekarski punkt widzenia tej sprawy podczas eksper-



kiej konferencji „Edukacja w problemach jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów”, która została zorganizowana w Krakowie w ramach polskiej prezydencji w UE. W imieniu CPME stwierdziłem m.in., że istnieje pilna potrzeba włączenia problemów jakości i bezpieczeństwa do kształ-

cenia kadr medycznych, a zwłaszcza lekarzy. W tym celu kształcenie zarówno przed-, jak i podyplomowe powinno uczyć:

- zrozumienia systemowego charakteru bezpieczeństwa pacjenta i uwrażliwiać na znaczenie komunikacji i współpracy w tym zakresie (uczyć właściwej organizacji opieki);
- interpretacji zdarzeń niepożądanych nie jako efektów uchybień pojedynczych osób, generujących poczucie winy i wstydu oraz obawy przed karą, ale analizy i raportowania tych zdarzeń w celu identyfikacji ich przyczyn i ograniczania skutków oraz zmniejszenia ryzyka podobnych przypadków w przyszłości;
- nie tylko świadomości istnienia problemu,

ale także praktycznej oceny i rozwiązywania problemów, a tym samym przejmowania inicjatywy w zakresie zapobiegania działaniom niepożądanym. Ponadto ważne jest również, aby przy zachowaniu krajowych tradycji edukacji i praktyki medycznej, doprowadzić do wzmocnienia wymiany informacji i najlepszych praktyk w zakresie medycznych programów nauczania tych tematów w różnych państwach członkowskich w całej Europie. CPME jest gotowy do dalszych działań w tym zakresie zarówno w poszczególnych krajach członkowskich, jak i w całej UE.

Konstanty Radziwiłł

To będzie prawdziwa rewolucja

Z prof. Jerzym Kruszewskim, przewodniczącym Komisji Kształcenia Medycznego NRL, rozmawia Lucyna Krysiak

Wkrótce Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy zastąpi Lekarski Egzamin Końcowy. Zniknie też staż podyplomowy, zmieni się program studiów. Co czeka lekarzy?

LEP i LDEP tak naprawdę zostają, zmieni się tylko ich nazwa na Lekarski Egzamin Końcowy (LEK). Później zmieni się też termin zdawania egzaminu w nowej formule. LEK lekarze będą zdawać bezpośrednio po studiach, ale taka możliwość istniała także w przypadku obu zniesionych egzaminów. Największe zmiany nastąpią w kształceniu przeddyplomowym, czyli w programie nauczania na studiach. W związku ze zniesieniem stażu, nauczanie kliniczne wprowadzone zostanie na VI roku. To będzie prawdziwa rewolucja. Jak to się przełoży na poziom wykształcenia lekarzy? Wydaje mi się, że będą lepiej dostosowani do systemu ochrony zdrowia, który się nam rysuje w przyszłości.

Czy mogą być problemy z nauczaniem medycyny klinicznej?

Absolwent uczelni uczył się medycyny klinicznej na stażu, kiedy dyplom lekarza miał już w kieszeni. Obecnie mogą pojawiać się problemy np. prawne. Prawa pacjenta gwarantują mu odmowę poddania się badaniu przez studenta, a w procesie leczenia powstaną trudności związane z odpowiedzialnością, mimo że student będzie nadzorowany. Nadzór musi być ścisły, a więc grupy studentów mniej liczne, a kadra nauczająca rozszerzona. Można two-

żyć ośrodki, gdzie uczy się medycyny klinicznej na fantomach lub z wykorzystaniem aktorów, co jest praktykowane na świecie. Ale to kosztuje, a my wciąż nie wiemy, jakie środki będą przeznaczone na reformę studiów, ile uczelnie dostaną na dostosowanie programów nauczania do nowego systemu i jak te pieniądze będą mogły zagospodarować.

Największe zmiany nastąpią w kształceniu przeddyplomowym.

wać. Jest wiele niewiadomych i to budzi w nas obawy. Trudno też przewidzieć, jakie to będzie miało konsekwencje dla uczelni medycznych, programów nauczania, kadry nauczycielskiej.

Nowy system zakłada odejście od kształcenia przedmiotowego na rzecz nauczania problemowego. Co się za tym kryje?

Studia medyczne zaczynają się od nauki ogólnych przedmiotów, np. anatomii, histologii, chemii, biochemii, fizjologii, patofizjologii, wykładanych na I i II roku. A przecież można je łączyć z medycyną kliniczną. Wykład np. o chorobach układu krążenia może poprzedzać wiedza o anatomii i fizjologii serca i naczyń. Są pluse i minusy tej metody. Anatomia daje studentowi całościowy obraz człowieka, ogólną wiedzę w tym zakresie pozwalającą na samodzielne rozwiązywanie pro-

blemów. W nauczaniu problemowym człowiek jest poznawany po kawałku. Student powinien to kiedyś scalać. Moje pokolenie, wykształcone na klasycznym wykładzie, będzie miało sentyment do starego sposobu nauczania, ale zmiany mogą wyjść lekarzom na dobre.

Do ich wprowadzenia zostało zaledwie półtora roku. Czy uczelnie są na nie przygotowane?

Uczelnie od dawna pracują nad nowymi programami, które uwzględniają nauczanie problemowe. Niektóre z nich wyliczyły już nawet koszty, jakie będą musiały w związku z tym ponieść. Na oceny przyjdzie czas, kiedy lekarze wykształceni w nowym systemie staną przy chorych, a więc za sześć lat.

Swego czasu samorząd lekarski krytycznie odniósł się do tych projektów...

To prawda, ale czas dyskusji minął i nie można dalej kontestować tej sytuacji. Trzeba robić wszystko, aby nowy system zadziałał jak najlepiej. Powinniśmy więc włączać się w te prace, zwłaszcza wtedy, gdy dostrzeżemy problemy. Przecież kształcenie studentów to zaledwie wycinek proponowanych zmian. Czekają nas także rewolucje w zakresie specjalizowania się oraz zdobywania wyższych umiejętności. Tutaj nastąpiły zmiany zgodne z propozycjami samorządu lekarskiego. Z niecierpliwością oczekujemy więc wdrożenia modułowego systemu specjalizowania się.

Na czym polega ten system?

W dziedzinach, z których wywodzą się specjalizacje szczegółowe, będą tworzone tzw. moduły podstawowe. Szkolenia w tych modułach mają trwać dwa lub trzy lata (o tym jeszcze nie zdecydowano). Po tym czasie lekarz będzie mógł już kształcić się w module szczegółowym (specjalistycznym). Mo-



Czas dyskusji już minął. Trzeba robić wszystko, aby nowy system zadziałał jak najlepiej.

duł podstawowy ma objąć internę, chirurgię, pediatrię, laryngologię i być może psychiatrię. System ten skróci o dwa-trzy lata dochodzenie do tytułu specjalisty w szczegółowej specjalności, np. w reumatologii, gastrologii, alergologii, endokrynologii. Jeśli jednak taki specjalista zechce też zostać specjalistą chorób wewnętrznych, będzie musiał potem dorobić moduł specjalistyczny z interny.

USG niekoniecznie musi wykonywać specjalista diagnostyki obrazowej. Może to robić lekarz bez specjalizacji, który zdobył taką umiejętność.

A na jakich zasadach będzie można zdobywać węższe umiejętności?

Nawet lekarz po studiach, bez specjalizacji, będzie mógł się szkolić w węższych umiejętnościach, np. w wykonywaniu badania ultrasonograficznego. Chodzi też o to, aby umiejętności ułatwiały chorym dostęp do świadczeń.

Przecież USG niekoniecznie musi wykonywać specjalista diagnostyki obrazowej. Może to robić lekarz bez specjalizacji, który zdobył taką umiejętność, a bliski jest czas, gdy każdy lekarz będzie się posługiwał tą metodą. Samorząd współpracował z ministerstwem w opracowaniu przepisów regulujących uzyskiwanie węższych umiejętności, ale nie wszystkie propozycje zaakceptowano. Ten system może zapobiec mnożeniu się specjalizacji, których liczba nie powinna rosnąć, mimo coraz bardziej rozwijającej się medycyny.

W szpitalach internę wypierają inne specjalności, np. diabetologia, gastroenterologia. Czy dla specjalizujących się w module podstawowym wystarczy miejsc?

Większość oddziałów wewnętrznych, które odchodzą od interny, zachowuje ją w nazwie. Trzon interny jest więc solidny i nie powinno być problemów z miejscami do szkolenia w module podstawowym i specjalistycznym. Powiedziałbym nawet, że będzie ich aż nadto, jeśli w szkolenia włączą się szpitale wojewódzkie i powiatowe. Zapotrzebowanie na specjalistów chorób wewnętrznych będzie regulował

rynek oraz obowiązujące wymogi akredytacyjne i konkursowe, np. na stanowiska ordynatorów.

A co będzie z lekarzami, którzy w starym systemie mają I stopień specjalizacji?

Jest propozycja, aby praktykę, jaką przeszli, zaliczyć im jako zrealizowanie programu specjalizacji i dopuścić ich do egzaminu końcowego. Ilu z nich skorzysta z tej możliwości, trudno powiedzieć, ale jest to dla nich szansa na wyrwanie z sytuacji. Propozycja ma znaleźć się w zapisach ustawy o zawodzie lekarza i zyskała aprobatę Prezydium NRL.

Jaki wpływ ma Komisja Kształcenia Medycznego NRL na nowy kształt ochrony zdrowia?

Samorząd lekarski, mimo że w dyskusji na temat nowego kształtu ochrony zdrowia wiele spraw przegrał, aktywnie włączył się w budowanie nowych struktur, a najbardziej w kształcenie podyplomowe lekarzy. Nie ma rozbieżności pomiędzy naszymi propozycjami i projektami Ministerstwa Zdrowia. Nasza współpraca w tym względzie była i zapewne będzie konstruktywna. Chcemy też mocniej włączyć się w regulacje kształcenia studentów. Boleję tylko, że obecnie wiele dokumentów z ministerstwa trafia do nas na tyle późno, że nie mamy dostatecznie dużo czasu, aby je poznać bliżej każdy z członków Komisji Kształcenia.

Lekarz i lekarz dentysta kształcą się przez całe życie. Jakie są możliwości podnoszenia ich kwalifikacji?

Doskonalenie zawodowe lekarzy to dla Komisji Kształcenia Medycznego NRL codzienność. Tutaj zostały opracowane najpierw zasady, a potem projekty rozwiązań prawnych regulujących zdobywanie punktów edukacyjnych. Tutaj także powstają pomysły, jak usprawnić system, aby był bardziej przyjazny lekarzom i na tyle elastyczny, by mogli wybierać formy aktywności, które ich najbardziej interesują, które są realizowane tam, gdzie żyją i pracują. Zaproponowaliśmy więc Ministerstwu Zdrowia zniesienie limitów uzyskiwania punktów w różnych formach szkolenia. Nowe czasy, zwłaszcza internet, rodzą nowe wyzwania, staramy się więc wzbogacać ofertę szkoleń i dbać o ich jakość. ●

Uczeń – mistrz



*Co dzień przestrzegam,
jak młódź cierpi na tem,
Że nie ma szkół uczących,
żyć z ludźmi i światem.*

Adam Mickiewicz

JOLANTA MAŁMYGA

Te słowa wiele lat temu napisał nasz wieszcz i moim zdaniem są one nadal bardzo aktualne, mimo że zmienił się świat i życie. Zmienili się ludzie i zmieniło się postrzeganie świata przez nas wszystkich – starszych i młodych. Jednak nadal trudno nauczyć się samemu życia w harmonii ze światem i wzajemnym poszanowaniem poglądów.

Wielu młodych lekarzy chciałoby w bardzo krótkim czasie uzyskać kwalifikacje na najwyższym poziomie, gdyż uważają, że im się wszystko należy. Są przekonani, iż wiedza teoretyczna, jaką uzyskali na uczelniach, jest wystarczająca do samodzielnego wykonywania zawodu. Nie mają cierpliwości do systematycznego szkolenia swego kunsztu. Uważają, że kilkudniowe, płatne kursy na których uczą się wykonywania jednego rodzaju zabiegów lub leczenia pojedynczego schorzenia, zrobią z nich specjalistów leczących zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Pra-

gną jak najprędzej zastosować zdobyte wiadomości w praktyce. Mało kto zastanawia się nad możliwymi konsekwencjami niepełnej wiedzy. Nie mają czasu na zebranie dokładnego wywiadu oraz postawienie właściwej diagnozy. Nie posiadają



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

też umiejętności rozmawiania z chorymi i potrzeby wyjaśnienia pacjentom metody leczenia. Niestety, w obecnym systemie kształcenia medyków nie ma takich zajęć na studiach medycznych, a jedyną szansą zdobycia tych umiejętności jest skorzystanie z rad i nauki zawodu od starszych kolegów. Medycyna jest nauką, w której bardzo ważne jest doświadczenie zdobywane przez lata. To twarda szkoła życia, w której nie może być miejsca na pomyłki, gdyż kończą się one w najlepszym razie pogorszeniem zdrowia pacjentów.

Jednak moim zdaniem młodzi niechętnie słuchają starszych, gdyż uważają, że ich wiedza jest przestarzała. Nie tylko nie potrafią słuchać tych bar-

dziej doświadczonych, ale swoim zachowaniem wykazują brak uprzejmości, nie mówiąc nawet zwykłego „dzień dobry” na powitanie kolegów po fachu i pozostałego personelu. Tylko nieliczni są w stanie przyjąć do wiadomości rady dłużej pracujących od siebie kolegów. A przecież każdy może przekazać wiedzę, szczególnie tę uzyskaną przez lata praktyki. Potrzebni są jednak chętni do jej przyjęcia. Uczeń powinien iść za nauczycielem, a nie przed nim. Nie znaczy to wcale, że nie może go przerosnąć, wręcz przeciwnie – mądry uczeń potrafi skorzystać z nauki mistrza i doskonalić swoją wiedzę z szacunkiem dla uczącego. Sukcesy ucznia świadczą o wielkości nauczyciela.

***Kiedy mistrz przestaje
trafiać w dziesiątkę,
zapobiegliwi uczniowie
natychmiast przesuwają
tarczę.***

Władysław Grzeszczyk

Prawdą jest, że uzyskanie specjalizacji w niektórych dziedzinach medycyny, a szczególnie w stomatologii, jest drogą przez mękę i należy to jak najszybciej zmienić. Dlatego, moim zdaniem, tak ważna jest nauka od mistrza i wspólne działanie w dążeniu do zmiany istniejącego systemu szkolenia. ☉

Kontrakty pod lupą samorządu

Mimo że NFZ stara się udowodnić, że jest inaczej, budżet na stomatologię jest coraz niższy.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

W czerwcu przedstawiciele Komisji Stomatologicznej NRL dwukrotnie spotkali się w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia z urzędnikami NFZ, a 19 lipca br. podobne spotkanie odbyło się w Ministerstwie Zdrowia. Resort reprezentowali wówczas: wiceminister Andrzej Włodarczyk, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Janusz Kleinrok oraz przedstawicielka Departamentu Matki i Dziecka – Elżbieta Małkiewicz. Natomiast ze strony KS NRL obecni byli: Anna Lella, Marta Klimkowska-Misiak, Jolanta Szczurko, Andrzej Ciśło, Andrzej Baszkowski oraz radca prawny NIL – Wojciech Idaszak. W spotkaniach w NFZ uczestniczyła także Małgorzata Nakraszewicz.

Co uzgodniono z NFZ

To były ważne spotkania. Stawiały okazję do przedstawienia krytycznych uwag dotyczących treści kontraktów stomatologicznych, zasad ich realizacji oraz sposobu przeprowadzania konkursów. Jednak, jak zazwyczaj, najpierw podnoszono kwestie wciąż malejącego

budżetu na stomatologię. Nawet jeżeli NFZ udowodnia, że stomatologia otrzymała procentowo więcej niż inne specjalności, to relatywnie jest to mniej, bo naszą specjalność osadzono wyjściowo na najniższym poziomie. Niestety, pod tym względem niewiele się zmienia od lat.



Autor jest lekarzem dentystą, wiceprezesem WIL, członkiem NRL

Podobnie jest z dodatkowymi punktami za wykształcenie. Fundusz przyznaje je tym specjalnościom, którym chce. Samorząd lekarski chciałby, aby powrócono do dawnego zwyczaju, kiedy punkty były przyznawane za I i II stopień każdej specjalności. W ten sposób promowano wykształcenie lekarza. Monopolista nie uznaje jednak naszych argumentów i uparcie trwa przy swoim.

Z NFZ uzgodniono, że na jednej wizycie pacjentowi przysługują dwa wypełnienia w jednym zębie (dotąd Fundusz płacił tylko za jedno). NFZ zobowiązał się także do obniżenia liczby punktów konkursowych dla personelu pomocniczego, co umożliwi lepsze promowanie kwalifikacji lekarza specjalisty. Udało się również ujednolicić interpretację procedur, których sprawozdawanie powodowało najwięcej nieporozumień. Nie doszło jednak do porozumienia

w kwestii karania za negatywne wyniki kontroli ujemnymi punktami w postępowaniu konkursowym lekarzy, którzy ponieśli już za to karę. Oznacza to, że lekarze nadal będą karani dwukrotnie za to samo. To prawnicze kuriozum i przejaw nierównego traktowania w stosunku do nowych podmiotów, które nie posiadając jeszcze umowy, nie były dotąd kontrolowane i karane.

Izba lekarska krytycznie oceniła zapisy w rozporządzeniu prezesa NFZ dotyczące obowiązku wprowadzenia separatorów amalgamatu. Przepis ten powinien dotyczyć nowych unitów, natomiast w przypadku starych należy wprowadzić okres dostosowawczy, wynoszący przynajmniej od pięciu do ośmiu lat. Trzeba przy tym zaznaczyć, że wymóg ten nie został powszechnie wprowadzony w Unii Europejskiej. Na dodatek jest traktowany bardziej jak zalecenie, które znalazło do tej pory zastosowanie w 11 państwach członkowskich UE.

Fundusz przyznaje dodatkowe punkty za wykształcenie tylko tym specjalnościom, którym chce.

Z krytyką izby spotkał się również zapis mówiący o zniesieniu możliwości zatrudnienia pomocy dentystycznych w charakterze personelu pomocniczego. Należy więc je zwolnić i w ten sposób zasilić szeregi bezrobotnych? Poza tym, co takiego zmieniło się w wykonywaniu świadczeń stomatologicznych, że raptem konieczne są kwalifikacje asystentki czy higienistki? Umiejętności pomocy już nie wystarczą? Lekarze doskonałe

wiedzą, że wieloletnie doświadczenie i sprawność pomocy dentystycznych są nie do przecenienia. Należy stworzyć im warunki, aby mogły potwierdzić swoje umiejętności stosownym dokumentem.

Wszystkie przyjęte ustalenia są bardzo ważne. Jednak jest to zaledwie pierwszy krok do ich ostatecznego zaakceptowania. I na dodatek wcale nie najważniejszy. Ostateczne decyzje podejmuje bowiem prezes NFZ. Jednoosobowo, uznając własne poglądy czy opinie za końcowe i wiążące, co często nie ma nic wspólnego z ustaleniami poczynionymi podczas dwustronnych spotkań.

Czekamy na kolejne spotkanie

Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia było przygotowaniem do audycji u minister Ewy Kopacz. Strona samorządowa sformułowała najważniejsze problemy stojące przed naszą specjalnością i wnioski, jakie z nich płyną. Wiceminister Andrzej Włodarczyk zobowiązał się do przekazania ich pani minister oraz ustalenia z nią daty spo-

tkania z samorządem. Dowiedzieliśmy się od niego, że zapadła już decyzja o powrocie gabinetów stomatologicznych do szkół.

Praktycznie we wszystkich przypadkach spotkań w NFZ czy MZ o ich zorganizowanie zabiega tylko samorząd.

Na wiadomość o ustalonym terminie wizyty u pani minister czekamy już od kilku tygodni. Tymczasem jesienią w kilku oddziałach NFZ mają się odbyć nowe konkursy. Izbie bardzo zależało na tym, aby uniknięto w nich błędów podobnych do tych, które pojawiły się w ostatniej edycji konkursu. Wygląda jednak na to, że zależało na tym tylko izbie...

Czyż nie potwierdza tej tezy fakt, że praktycznie we wszystkich przypadkach spotkań w NFZ czy MZ o ich zorganizowanie zabiega tylko samorząd? ☉

NASZE POSTULATY

Jakie propozycje samorząd chce przedstawić minister Ewie Kopacz?

1. Należy doprowadzić do urealnienia cen przez NFZ w taki sposób, aby uwzględniały one realne koszty wykonania świadczenia, do czego obliguje art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach.
2. Należy doprowadzić do zmiany procedury konkursowej regulowanej przez NFZ w taki sposób, aby zapewnić transparentność postępowania i gwarantowaną ustawowo równość świadczeniodawców oraz aby konkurowanie między nimi w zakresie ceny odbywało się na etapie jawnym postępowania (etap niejawnym obejmowałby jedynie ustalenie liczby zakupowanych świadczeń za zaproponowaną w postępowaniu jawnym cenę).
3. Należy doprowadzić do zmiany procedury konkursowej regulowanej przez NFZ w taki sposób, aby zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego osiągnięcie porozumienia z komisją konkursową było równoznaczne z zawarciem umowy, którą strony powinny spisać do celów dowodowych.
4. Na świadczenia stomatologiczne dla dzieci powinny zostać wprowadzone współczynniki korygujące.
5. Należy przywrócić skierowania do specjalistów w opiece stomatologicznej.
6. Ankieta w konkursie ofert powinna być sformułowana precyzyjnie i jednoznacznie.
7. Budżet na opiekę stomatologiczną powinien zostać określony na poziomie minimum 5 proc. budżetu NFZ na świadczenia gwarantowane.

Blżej praktyki i codzienności

Blisko 300 wystawców zaprezentowało swoje wyroby na XXI Środkowoeuropejskiej Wystawie Produktów Stomatologicznych CEDE 2011 w Poznaniu. Tegoroczne targi dostarczyły zwiedzającym sporo atrakcji.

LUCYNA KRYSIAK

Największą atrakcją imprezy, odbywającej się w dniach 22-24 września w Poznaniu, był pawilon Arena CEDE, przypominający stadion. Przy różnych ustawionych w nim stoiskach, na ekranach zamontowanych nad unitami można było śledzić każdy ruch lekarzy wykonujących rozmaite zabiegi stomatologiczne. Osoby uczestniczące w tych niecodziennych zajęciach mogły w najdrobniejszych szczegółach poznać nowe techniki leczenia i podpatrzeć, jakich czynności wymagają od lekarza dentysty. Pokazy były również transmitowane do sal wykładowych.

Nowości i hity

Największym zainteresowaniem cieszyły się prezentacje z udziałem pacjentów – opracowanie i wypełnianie kanału instrumentami rotacyjnymi z wykorzystaniem lup oraz mikroskopu, wybielanie zębów metodą gabinetową przy użyciu wielofunkcyjnego łuku plazmowego, skaling i piaskowanie, odbudowa estetyczna po leczeniu kanałowym z wykorzystaniem modelowanych wkładów z włókna szklanego, leczenie protetyczne wykonywane kompleksowo podczas jednej wizyty, czy też pokaz prawidłowo przeprowadzonego, standardowego badania jamy ustnej.

Tradycyjnie w pięciu pawilonach wystawcy z całego świata prezentowali swoje najnowsze i najciekawsze produkty. Hitem tegorocznych targów CEDE był bezprzewodowy laser do tkanek miękkich. Zaprezentowano również nowy, bardziej bezpieczny system płukania kanałów korzeniowych, przeciwwzapalną pastę do kanałów korzeniowych, wkłady koronowe z włókna szklanego. Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się także rentgen punktowy i pantomograf cyfrowy.

Hitem tegorocznych targów CEDE był bezprzewodowy laser do tkanek miękkich.

ProOne służące do precyzyjnej diagnostyki oraz unit implantologiczny.

– Staramy się, aby targi nie były oderwane od rzeczywistości, aby wychodziły naprzeciw codziennym problemom i oczekiwaniom stomatologów, a jednocześnie dawały możliwość kontaktu z tym, co najnowocześniejsze w tej branży – powiedziała „Gazecie Lekarskiej” Ewa Mastalerz z biura firmy „Exactus”, organizatora CEDE.

Jak uniknąć pułapek

Równolegle z wystawą odbywał się Zjazd Zespołów Stomatologicznych. Oprócz wykładów z zakresu endodoncji, stomatologii odwróconej, okluzji, stomatologii estetycznej oraz odbudów ceramicznych, w tym roku podjęto problem zmieniających się warunków społecznych, ekonomicznych i prawnych, z którymi lekarze muszą się mierzyć w codziennej praktyce. Blisko tysięcy osób zgromadziły sesje, na których zastanawiano się, co lekarz dentysta powinien wiedzieć o prawie, w jaki sposób może zabezpieczyć się przed nadmiernie roszczeniowymi pacjentami, jak prowadzić praktykę, aby uniknąć pułapek związanych z nowymi przepisami, nakazami, rozporządzeniami.

Tradycyjnie odbyły się specjalne sesje dla higienistek i asystentek stomatologicznych.

Organizatorzy zaprosili do grona wykładowców m.in. Jacka Santorskiego, Magdalenę Szumską i Justynę Zajdel, którzy mówili o psychologii biznesu, marketingu i zarządzania oraz o dylematach prawnych komercyjnej medycyny. Stomatolodzy otrzymali od nich fachowe wskazówki, jak zachować zdrowie psychiczne i fizyczne, uprawiając tak ciężki zawód oraz jak zorganizować praktykę stomatologiczną, by była ona w pełni bezpieczna.

Tradycyjnie odbyły się specjalne sesje dla higienistek i asystentek stomatologicznych oraz techników dentystycznych. Imponująco wypadła sesja implantologiczna New York University College of Dentistry, na której swoje prezentacje przedstawili: H. Kendall Beacham, MBA, Edgard El Chaar, DDS, MS, dr n. med. Piotr Majewski, prof. dr hab. Andrzej Wojtowicz.

CEDE odwiedziło w tym roku 13 tys. osób. ☉

Wymysł czy konieczność?

— Czy od 1 stycznia 2013 r. przy każdym unicie
* będą musiały być zainstalowane separatory? *

— ANNA LELLA —

Samorząd lekarski nie zgadza się, aby od posiadania separatorów amalgamatu uzależnić realizację świadczeń gwarantowanych w stomatologii. Wątpliwości budzi uzasadnienie, że jest to wymóg UE. Dane Europejskiej Rady Lekarzy Dentystów wskazują, że taki obowiązek ma jedynie 11 państw członkowskich. Z wyjaśnień, które na wniosek KS NRL złożyło Ministerstwo Zdrowia wynika, że podstawą prawną do opracowania projektu rozporządzenia z 20 czerwca 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego są postanowienia Konwencji o ochronie środowiska morskiego obszaru Morza Bałtyckiego, a to umowa międzynarodowa, nie prawo unijne. Obowiązek posiadania separatorów wywodzi się więc raczej z prac Komisji Helsińskiej nad nowelizacją zaleceń HELCOM 6/4, które dotyczą redukcji produktów związków rtęci od 2013 r. W tym kontekście wprowadzanie wymogu posiadania separatorów amalgamatu jako warunku realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego nie ma podstaw prawnych.

Może chciano w ten sposób poinformować lekarzy o zaleceniu planowanym przez Komisję Helsińską? W polskim prawodawstwie jest to jednak ewenement. Sprzeczne wyjaśnienia – raz po-

woływanie się na prawo unijne, raz na prawo wynikające z umowy międzynarodowej, a więc zaleceń, które mają dopiero zostać przyjęte – pozwalają sądzić, że prawdziwy powód zamierzeń resortu zdrowia jest inny. Jest to także przekroczenie upoważnienia wynikającego z art. 31d pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w którym określa się warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego. Dotyczą one m.in. personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń

zdrowotnych oraz ich zabezpieczenia. Jednak separatory amalgamatu nie mają z tym związku. Uznając, że ich używanie jest zasadne z uwagi na ochronę środowiska, kwestia ta powinna być uregulowana w przepisach określających wymogi dla podmiotów stosujących tego rodzaju materiały. Zdaniem samorządu lekarskiego ewentualne wprowadzenie obowiąz-

kowego posiadania separatorów amalgamatu (koszt jednego to ok. 7-8 tys. zł) wymaga więc czasu i rzetelnej oceny wpływu rozporządzenia na działalność gabinetów lekarskich oraz analizy kosztów, które obciążą świadczeniodawców. Aby sprostać wymogom ochrony środowiska, zasadne byłoby wdrożenie zaawansowanej profilaktyki, aby w ten sposób odchodzić od nadmiaru stomatologii naprawczej i stopniowo rezygnować ze stosowania amalgamatu. ☉



Autorka jest wiceprezesem NRL i przewodniczącą jej Komisji Stomatologicznej

KOMENTARZ

Prof. Janina Stopa, konsultant krajowy ds. stomatologii zachowawczej z endodoncją:

Musimy liczyć się z tym, że działania związane z ograniczaniem emisji rtęci, która jest realnym zagrożeniem dla środowiska, będą przybierać na sile. Niezależnie od tego, po jakim gruncie prawnym stąpamy, jeśli chodzi o wprowadzenie separatorów amalga-

tu do gabinetów stomatologicznych, prędzej czy później trzeba będzie podjąć to wyzwanie i zainwestować w te urządzenia. Separatory stały się wymogiem naszych czasów. Same nie są jednak dostatecznym rozwiązaniem. Wraz z ich instalowaniem pojawi się problem utylizacji czy recyklingu zbieranych resztek amalgamatowych.

Lekarze o możliwościach rozwoju zawodowego



* Lada dzień dwa tysiące wybranych losowo lekarzy i lekarzy dentyistów otrzyma zaproszenie do udziału w badaniach dotyczących naszego środowiska.

ROMUALD KRAJEWSKI

O potrzebie, konieczności czy wręcz obowiązku stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności praktycznych lekarze i lekarze dentyści wiedzą od zawsze. Obecnie w dyskusjach o kształceniu chętnie używa się terminu „rozwój zawodowy”, który obejmuje wiele form i celów kształcenia. Głównymi formami rozwoju są specjalizacje (zwane kształceniem podyplomowym), uzyskiwanie certyfikatów

w zakresie umiejętności (szkolenie w zakresie umiejętności) oraz tzw. doskonalenie zawodowe, obejmujące różnorakie formy kształcenia niebędące ani szkoleniem specjalizacyjnym, ani szkoleniem w zakresie umiejętności. Jako cele wszystkich form kształcenia wymienia się: uzyskiwanie aktualnej wiedzy, nabywanie praktycznych umiejętności wykonywania czynności zawodowych oraz doskonalenie relacji z pacjentami i współpracownikami. Harmonijne osiągnięcie tych wszystkich ce-

lów czyni lekarza profesjonalistą.

* Szkolenie jest regulowane przepisami prawa. Specjalizacyjne bardzo ściśle, w zakresie umiejętności przepisy są w trakcie tworzenia, a w zakresie doskonalenia zawodowego są ustalone formy oraz sposób oceny jego realizacji poprzez punkty edukacyjne. Polskie regulacje są w tym względzie bardzo podobne do obowiązujących w wielu innych krajach.

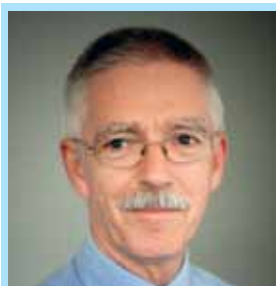
Najtrudniejsze do oceny i uregulowania są tzw. kompetencje miękkie, czyli umiejętności decydujące o podejściu do pacjentów i współpracowników, ale także o radzeniu sobie ze stresem zawodowym, problemami emocjonalnymi, przemocą. Z jednej strony nie ma dobrego sposobu, aby je ocenić, z drugiej zaś wiadomo, że mogą mieć większy wpływ na ocenę pracownika i jego samoocenę, niż wszystkie formalnie policzone i potwierdzone osiągnięcia.



Rozwój zawodowy od zawsze jest zobowiązaniem etycznym i praktyczną koniecznością, ale coraz powszechniejsze staje się jego dokumentowanie i potwierdzanie. Kierunek jest dość wyraźny – liczy się to, co na papierze. Nawet jeżeli lekarz jest wybitnym i znanym specjalistą w danej dziedzinie, ale nie ma np. odpowiadającej płatkowi specjalizacji, całe jego doświadczenie nie liczy się przy zawieraniu kontraktu.

W niewielu krajach już wprowadzono mechanizmy „rewalidacji” czy „recertyfikacji”, uznając, że uzyskane tytuły i uprawnienia są ważne tylko jakiś czas, po upływie którego znów trzeba zdawać egzaminy, wykazać się kompetencją, ocenić dotychczasową praktykę. Na pewno można powiedzieć, że rozwój zawodowy, potwierdzany formalnie

albo nie, staje się coraz ważniejszy i ma największy wpływ na nasze życie zawodowe. Ale wpływa także na bardzo wiele innych spraw. Zapewne dlatego możliwości kształcenia i problemy z nim związane zostały wskazane jako najbardziej interesujący temat do badań w naszym środowisku („GL” 09/2011).



Autor jest wiceprezesem NRL, kierownikiem ODZ oraz Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL został powołany w celu prowadzenia badań w środowisku lekarzy i lekarzy dentystów. Jest wiele sposobów realizacji tego celu, ale naszym zamiarem od początku było stworzenie możliwości stałego prowadzenia badań w reprezentatywnej grupie. Poznanie opinii i potrzeb naszego środowiska powinno być działaniem ciągłym,

bo stale pojawiają się nowe problemy, powracają stare kłopoty, zmieniają się warunki, a także sami lekarze.

Uzyskiwanie aktualnej wiedzy, nabywanie praktycznych umiejętności wykonywania czynności zawodowych oraz doskonalenie relacji z pacjentami i współpracownikami czyni lekarza profesjonalistą.

W rozmowach z socjologami okazało się, że badań w środowisku lekarskim jest bardzo mało. Stale słyszymy o opiniach o służbie zdrowia, w tym zwykle również o lekarzach, ale nasze środowisko uchodzi za „trudne” do badania. Trochę wiemy o opiniach samych lekarzy na podstawie oficjalnych stanowisk naszego samorządu, towarzystw naukowych i innych organizacji. Te jednak przeważnie mają związek z polityką zdrowotną, organizacją systemu, legislacją, nie zaś z codziennymi doświadczeniami naszych Koleżanek i Kolegów. Efektem jest brak solidnych naukowo opracowań socjologicznych o naszym środowisku.

Po rozmowach i negocjacjach NIL podpisała porozumienie z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk. Celem porozumienia jest współpraca w realizacji badań naszego środowiska. Docelową formą będzie tzw. panel, czyli prowadzone przez Ośrodek NIL badanie reprezentatywnej grupy lekarzy i lekarzy dentystów (to oznacza 1500-2000 osób). Aby zachować reprezentatywność, panel musi być stale aktualizowany i uzupełniany. Jego zbudowanie zajmie na pewno co najmniej rok. Jeżeli się uda, będziemy dysponowali reprezentatywnymi i wiarygodnymi wynikami badań, które będą miały także wartość naukową.

Bardzo ucieszyliśmy się z wyników ankiety sugerujących, że akceptacja udziału w badaniach jest bar-

dzo wysoka. Będą one prowadzone jednocześnie różnymi metodami (formularze online, e-mail, tradycyjny formularz na papierze, wywiad telefoniczny), aby udzielanie odpowiedzi było jak najprostsze i zajmowało jak najmniej czasu. Już wkrótce zwrócimy się do wybranych w drodze losowania Koleżanek i Kolegów z prośbą o wzięcie udziału w pierwszym badaniu, które będzie dotyczyło rozwoju zawodowego. Na pewno w tym, i zapewne jeszcze w paru następnych badaniach, nie uda się jeszcze uzyskać pełnej reprezentatywności. Zawsze będziemy się starali, aby udzielenie odpowiedzi na pytania nie zajmowało więcej niż 15 minut, a badań nie będzie więcej niż pięć-sześć w ciągu roku. Nie będą więc stanowiły obciążenia. Jak we wszystkich tego rodzaju badaniach, zagwarantowana jest pełna poufność udzielanych odpowiedzi.

Zarówno nad przygotowaniem badania, jak i opracowaniem wyników czuwał będzie Instytut Filozofii

i Socjologii PAN, a raporty będziemy niezwłocznie publikować w „Gazecie Lekarskiej”, na naszym portalu NIL oraz w innych mediach. Mamy nadzieję, że wyniki będą ciekawe dla nas wszystkich. Często mówimy, że nasze środowisko jest bardzo rozbite, że mało wiemy o sukcesach i problemach innych lekarzy. Systematycz-

Nawet jeżeli lekarz jest wybitnym i znanym specjalistą w danej dziedzinie, ale nie ma np. odpowiadającej płatnikowi specjalizacji, całe jego doświadczenie nie liczy się przy zawieraniu kontraktu.

ne badania pomogą nam wszystkim uzyskać bardziej obiektywny pogląd i skuteczniej działać.

W październiku br. zwrócimy się listownie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej do losowo wybranych dwóch tysięcy lekarzy i lekarzy dentystów z prośbą o wyrażenie zgody na udział w badaniach oraz podanie aktualnych adresów mailowych i numerów telefonów. Koleżanki i Kolegów, którzy otrzymają zaproszenia prosimy o nawiązanie z nami kontaktu i pomoc w realizacji badania. W tego rodzaju przedsięwzięciach niewielkie osobiste zaangażowanie może w sumie dać bardzo interesujące i potrzebne nam wszystkim efekty.

Osoby, które nie zostaną wylosowane do badania także będą mogły wyrazić swoją opinię. W listopadzie br., na stronie internetowej Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji (www.osai.nil.org.pl) znajdzie się informacja o badaniu i adres formularza ankiety.



O lekarskim autorytecie słów kilka



Zawód lekarza od tysiącleci należy do najbardziej prestiżowych, znajduje się na liście najbardziej pożądanых profesji dla dzieci. Dzieje się tak mimo przyspieszenia rozwoju cywilizacyjnego całych społeczeństw.

WIESŁAWA KLEMENS

Dawniej lekarz należał do ścisłej elity, małego odsetka wykształconych osób, znacznie wyśtałał ponad przeciętność. Obecnie, w cywilizacji zachodniego świata, coraz więcej osób ma średnie i wyższe wykształcenie (pomiędzy sprawę poziomu tegorocznych matur), więc pozycja lekarza nie jest już tak prominentna. Leczymy często ludzi równie wykształconych jak my, nie możemy więc opierać się na tradycyjnym, paternalistycznym modelu „ja tu rządę”. Jeśli kurczowo będziemy trzymać się tradycyjnego sposobu ordynacji, to możemy zostać uznani za bufonów i ludzi bez klasy. Nikt z nas nie lubi być przecież traktowany jak dziecko.

Traktujmy pacjentów po partnersku

Kiedy odnosimy sprzęt komputerowy do naprawy, wzywamy specjalistę do popsutego telewizora, czy konsultujemy projekt domu z architektem, chcemy, by traktowano nas po partnersku, nie jak bezrozumne dziecko. Na czym takie partnerskie traktowanie ma polegać?

Przede wszystkim na dobrej komunikacji. Od wspomnianego architekta oczekujemy wyjaśnienia „ludzkim językiem”, na czym polega proponowane rozwiązanie, czemu jest lepsze w tej sytuacji niż to, które zachwala kuzynka szwagra. Kiedy do nas przyjdzie architekt czy informatyk jako pacjent, też oczekuje

od nas, fachowców, rzetelnego poinformowania, wyjaśnienia wątpliwości, przedstawienia planu działania...

Oczywiście, inna jest sytuacja w szpitalnej izbie przyjęć, inna w gabinecie lekarza POZ, inna w szpitalu, jeszcze inna w poradni specjalistycznej. Czasami wystarczą dwa, trzy zdania – zajmuje to minutę, innym razem potrzebna jest dłuższa rozmowa. W zależności od sytuacji. Pacjent do-

Otyły lekarz zalecający diabetykowi schudnięcie jest mało wiarygodny.

brze poinformowany, w pełni akceptujący, lepiej współpracuje, jest zadowolony, przekazuje dobrą opinię o naszej działalności dalej.

Zróbmy małe ćwiczenie. Przypomnijmy sobie nasze ostatnie wizyty u fachowców. Jak było? Czy dowiedzieliśmy się wszystkiego, co było nam potrzebne? Czy zbyt nas stwierdzeniem: „Pan/pani i tak tego nie zrozumie”, „Zawsze tak robimy”, „Jak się

panu/pani nie podoba, to nie ma musu”? Czy pamiętamy może nasze kontakty z kolegami lekarzami jako pacjenci, kiedy byliśmy incognito? Jakie wrażenia? Zwykle lekarze (w każdym razie większość z nich) jest dla kolegów lekarzy bardziej wyrozumiała. Przybierają koleżeński ton i ogólnie stają na wysokości zadania.

Strategia rozmowy, wyjaśnienia „dlaczego”, jest bardzo pomocna także dla nie lubianych pacjentów: znerwicowanych nauczycielek notorycznie przemęczonych ciężką pracą, hipochondryków, „bomisiów” przychodzących z listą badań zleconych przez sąsiadkę lub innego lekarza w prywatnym gabinecie z zaleceniem: „Pani sobie te badania zrobi w przychodni”.

Bądźmy przykładem do naśladowania

Z praktycznego punktu widzenia warto mieć pod ręką schematy i wykresy anatomiczne, tablice dotyczące schorzeń, którymi się zajmujemy. To nie jest takie trudne do zdobycia. Można skserować podręcznik, poprosić firmę farmaceutyczną (to cenniejsze od szesnastego kubka czy piętnastego fartucha), wiele gotowych plansz i tablic jest u wydawców. Nie chodzi o robienie jakichś długich wykładów, ale czasami warto pokazać pacjentowi, jak wygląda wypadnięty dysk, jak działa staw kolanowy, gdzie jest „trzeci” migdałek albo gdzie leży trzustka. Sztukę tę opanowało już wielu kolegów lekarzy dentystów, zwłaszcza tych sprywatyzowanych. W ich gabinetach są i ładne modele uzębienia, i tablice przedstawiające kolejne stadia próchnicy. Kamery pokazują na ekranie to, co dzieje się w trakcie leczenia itp. itd.

Warto też zapoznać się z internetowymi serwisami medycznymi dla pacjentów. To nie jest łatwe, zwłaszcza dla lekarzy POZ, którzy leczą wiele różnych schorzeń. Znacznie łatwiej będzie specjalistom. Wystarczy

Zwykle lekarze są dla kolegów lekarzy bardziej wyrozumiali. Przybierają koleżeński ton i stają na wysokości zadania.

w jeden listopadowy wieczór, szary i brzydki, wpisać w wyszukiwarke nazwy objawów czy chorób, którymi się zajmujemy. Mamy obraz tego, co otrzymuje zestresowany pacjent. Czasami rzetelne informacje, znacznie częściej śmieci, reklamy dziwnych firm, które wiedzą, co to jest pozycjonowanie w wyszukiwarce internetowej. Warto zatem w kolejny brzydki i szary listopadowy wieczór poszukać rzetelnych stron, które

z całą odpowiedzialnością możemy polecić naszym chorym. Do czytają sobie, poczuć się poważnie traktowani, nasz autorytet odrobinię wzrośnie...

Wbrew pozorom, mimo prasowej nagonki i roszczeniowego nastawienia niektórych pacjentów, nadal u większości chorych cieszymy się autorytetem. Nie niszczy go zatem przepisywaniem preparatów homeopatycznych na jakiekol-

wiek choroby, czy innych czarodziejskich środków, np. betahistyny na szumy uszne, bo to niezgodne z zasadami współczesnej medycyny opartej na dowodach. Bądźmy przykładem do naśladowania w kwestii dbałości o własne zdrowie. Otyły lekarz zalecający diabetykowi schudnięcie jest mało wiarygodny, podobnie jak szczerbaty dentysta czy lekarz zięjący oparami tytoniowymi zlecający pozbycie się nałogu palenia.

Ruszamy się coraz więcej, mimo nawału pracy? Doskonale, to idealny przykład dla pacjentów. Zobaczyć „swojego” doktora na basenie, siłowni czy biegającego rano to naprawdę bezcenne. ☉



Autorka jest redaktorem naczelnym Pomorskiego Magazynu Lekarskiego, miesięcznika OIL w Gdańsku

BIULETYN

Nr 6 (137) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, X 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 2 września 2011 roku

UCHWAŁA Nr 17/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2011 r.

w sprawie zakupu mebli i wyposażenia do biura
Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przeznaczyć na zakup mebli i wyposażenia do biura Naczelnej Izby Lekarskiej środki finansowe do kwoty 400.000 zł brutto (słownie: czterysta tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 18/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2011 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału
Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:
1) art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) z art. 68 ust. 1 i 2 oraz art. 92 ust. 1 w związku z art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji RP;
2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.) z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP;
3) komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2009 r. w sprawie rozliczeń świadczeń udzielanych pacjentom włączonym do badania klinicznego z art. 31 ust. 3, art. 68 oraz art. 93 ust. 2 Konstytucji RP;
4) komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2010 r. w sprawie przysługującego w ramach NFZ leczenia endodontycznego z art. 31 ust. 3, art. 68 oraz 93 ust. 2 Konstytucji RP.

§ 2.

Upoważnić
1) Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielania pełnomocnictwa;
2) radcę prawnego prof. Michała Kuleszę oraz radcę prawnego dr hab. Marcina Matczaka, z Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka sp. k., Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa, do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 19/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2011 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy
o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy
o działalności leczniczej

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

§ 1.

1. Ustala się projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o działalności leczniczej.
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu ustawy.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały NRL nr 19/11/VI z dnia 2 września 2011 r.

USTAWA

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
oraz ustawy o działalności leczniczej

Art. 1.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) dodaje się art. 49b w brzmieniu:

„Art. 49b.

1. Lekarz, lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu, wykonuje zawód w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub na rzecz innego podmiotu realizującego inne zadania określone w art. 2 na podstawie odrębnych przepisów, a także w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub w formacjach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub Szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, albo w jednostkach Służby Więziennej podległych Ministrowi Sprawiedliwości, w następujących formach:

- 1) jako pracownik w ramach stosunku pracy;
- 2) jako zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy o szkolenie lekarza;
- 3) w ramach stosunku służbowego;
- 4) jako uczestnik studiów doktoranckich;
- 5) w ramach odbywania studiów lub uczestniczenia w badaniach naukowych lub szkoleniach lub pracach rozwojowych, jako osoba nie będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym;
- 6) jako wolontariusz, na podstawie porozumienia z podmiotem leczniczym.

2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 1-3, może wykonywać zawód na stanowiskach w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz pełniący służbę w formacjach podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji również poza granicami kraju.

3. Lekarz, lekarz dentysta może również wykonywać zawód udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

4. Wykonywanie zawodu lekarza polegające na:

- 1) udzielaniu konsultacji lub uczestniczeniu w konsylium lekarskim, w sytuacji określonej w art. 37 ustawy,

- 2) pełnieniu funkcji lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarza członka komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
3) wykonywaniu funkcji lekarza sądowego w rozumieniu ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 oraz z 2008 r. Nr 51, poz. 293),

nie jest prowadzeniem działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)."

Art. 2

W art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) dodaje się ust. 4-6 w brzmieniu:

„4. Wolontariusz wykonujący zawód medyczny i udzielający świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego podlega bezpośrednio kierownikowi podmiotu leczniczego, który wyznacza lekarza sprawującego nadzór merytoryczny nad udzielaniem tych świadczeń.

5. Podmiot leczniczy, jako korzystający, pokrywa koszty szkoleń wolontariusza w zakresie wykonywanych przez niego świadczeń zdrowotnych, określonych w porozumieniu, na zasadach dotyczących pracowników, określonych w odrębnych przepisach.

6. W przypadku wolontariusza wykonującego zawód medyczny w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, koszty zawarcia umów, o których mowa w art. 25 ust. 1 ponosi podmiot leczniczy."

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie...

Uzasadnienie

Proponowane brzmienie artykułu definiuje wykonywanie zawodu przez lekarza jako wykonywanie czynności zawodowych w podmiocie leczniczym, prowadzącym działalność leczniczą w zakresie określonym ustawą, a także innych zadań zawodowych, określonych w ust. 2 ustawy, jak prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia albo nauczanie zawodu lekarza w okresie przed- i podyplomowym na podstawie odpowiednich przepisów formalizujących uzyskanie uprawnień do wykonywania tych czynności, jako realizacja zadań podmiotu (Kodeks pracy, Kodeks cywilny, ustawy regulujące wykonywanie zawodu na podstawie stosunku służbowego, ustawa – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawa o wolontariacie).

W ust. 2 proponuje się również określenie wykonywania zawodu w jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz w formacjach podległych ministrowi spraw wewnętrznych i administracji, poza granicami kraju jako równoważnego z wykonywaniem zawodu w Polsce.

Proponowane brzmienie ust. 3 odnosi się do wykonywania zawodu lekarza w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej szczegółowo określonej przepisami ustawy o działalności leczniczej.

Proponowana zmiana przepisu art. 21 ustawy o działalności leczniczej szczegółowo określa dodatkowe wymogi, jakie powinno spełniać porozumienie zawierane z wolontariuszem.

UCHWAŁA Nr 20/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2011 r.

w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do podpisania weksła w związku z realizacją umowy z Mazowiecką Jednostką Wdrażającą Programy Unijne

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Sawoniego do podpisania weksła stanowiącego zabezpieczenie ewentualnych zobowiązań związanych z realizacją umowy z Mazowiecką Jednostką Wdrażającą Programy Unijne na realizację projektu: „Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy. Szkolenia kompetencyjne szansą na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej”, nr projektu: POKL.08.01.01-14-545/10.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 3/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2011 r.

do Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia
w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu
ambulatoryjnej opieki
specjalistycznej

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem o pilną zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie wymaganych kwalifikacji personelu.

Naczelna Izba Lekarska otrzymuje coraz więcej sygnałów od lekarzy posiadających specjalizację I stopnia m.in. z zakresu ginekologii, którzy niezwykle krytycznie oceniają zmianę wymaganych kwalifikacji personelu wprowadzoną ww. rozporządzeniem. Lekarze ci wskazują, że wejście w życie wymogów dotyczących posiadania tytułu specjalisty lub specjalizacji II stopnia pozbawi ich możliwości udzielania świadczeń specjalistycznych i doprowadzi do zmniejszenia liczby świadczeniodawców udzielających tych świadczeń.

Przyjęte w rozporządzeniu z dnia 27 maja 2011 r. rozwiązanie polegające na uniemożliwieniu samodzielnego kontraktowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lekarzom posiadającym specjalizację I stopnia prowadzi do zawodowego wykluczenia dużej liczby lekarzy posiadających bardzo często wieloletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń specjalistycznych. Zmiana ta, ograniczając liczbę lekarzy posiadających dotychczas kontrakty na udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów. Dostępność świadczeń specjalistycznych może zmniejszyć się zwłaszcza w małych miejscowościach, w których możliwości takiej reorganizacji świadczeniodawcy, aby spełniał wymogi rozporządzenia są bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe.

Wobec powyższego Naczelna Rada Lekarska apeluje o zmianę rozporządzenia z dnia 27 maja 2011 r. w taki sposób, aby wymogi dotyczące kwalifikacji personelu spełniali działający samodzielnie lekarze z specjalizacją I stopnia, bądź o odroczenie w czasie wejścia w życie ww. wymogu, aby możliwe było uzupełnienie kwalifikacji przez lekarzy udzielających dotychczas świadczeń specjalistycznych, którzy nie posiadają tytułu specjalisty ani specjalizacji II stopnia.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projekt po raz kolejny warunkuje możliwość podpisania kontraktu posiadaniem przez lekarza certyfikatu umiejętności (w tym przypadku w zakresie żywienia pozajelitowego), co jest niezgodne z ogólnymi zasadami wykonywania zawodu oraz wieloma stanowiskami samorządu w podobnych sprawach.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz



Stop zakażeniom szpitalnym

W sierpniowym numerze „Gazety Lekarskiej” ukazał się artykuł „Stop zakażeniom szpitalnym”, który zawiera bardzo dużo nieścisłości. A to chociażby przywoływane przez autorkę Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 maja 2010 r. o prowadzeniu rejestrów. To rozporządzenie dotyczy rejestrów, które prowadzone są przez jednostki inspekcji sanitarnej, powstało ono w oparciu o art. 30 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – Dz.U. 234 poz. 1570 z 2008 r., a jest rozwinięciem ust. 5 tego artykułu.

Jak rejestrować zakażenia i jak je raportować w szpitalach to nadal Dz.U. 54 poz. 484 z 2005 r. z modyfikacjami zawartymi w wyżej wspomnianej ustawie.

Zwalczanie zakażeń związanych z opieką medyczną (szpitalnych = zakaźnych) ma być prowadzone w oparciu o zespoły kontroli zakażeń szpitalnych i komitety kontroli zakażeń, których skład został przypomniany i usankcjonowany prawnie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia – Dz.U. 108 poz. 706 z 2010 r. i nadal główną postacią w walce z zakażeniami jest lekarz, a nie pielęgniarki epidemiologiczne.

Dokładnie zostało ustalone kto jaką rolę ma do spełnienia w walce z zakażeniami. Cieszę się, że rzesze pielęgniarek kończą specjalizacje z epidemiologii zakażeń szpitalnych, ale jednocześnie chcę powiedzieć, iż nieliczne z nich podejmują pracę w zespołach kontroli zakażeń szpitalnych. (...) To lekarz leczący ma rozpoznawać zakażenia, to on ma je widzieć i zgłaszać do zespołu, a z drugiej strony to członkowie zespołu zakażeń szpitalnych mają szukać czynników zakażeń i im przeciwdziałać. Zespoły, a nie pielęgniarki epidemiologiczne, mają prowadzić prewencję zakażeń, nadzór nad nimi, w tym kontrole wewnętrzne (obowiązek – Dz.U. 100 poz. 646 z 2010 r.), rejestrację, raportowanie zakażeń, dokonywanie oceny ryzyka wystąpienia zakażeń itp., a wszystkie wymienione czynności mają

być dokumentowane (Dz.U. 100, poz. 645 z 2010 r.).

Z artykułu dowiaduję się, iż to Centrum Monitorowania Jakości może zmusić do rejestrowania i monitorowania zakażeń, czyżby nowe centrum władzy? Chylę czoło nad pracami tego Centrum, wiele się od nich nauczyłam – chociażby świetne opracowanie ostatnich wytycznych akredytacyjnych, z których korzystam, a koronne hasło „Nie ma jakości bez prawidłowego nadzoru nad zakażeniami” wyznacza kierunki mojej pracy. W dalszej części artykułu czytamy, iż to wizytatorzy Centrum chcą wiedzieć, kto przynosi gronkowca MRSA – pacjent czy personel. Myślę, że wizytatorzy Centrum chcą zobaczyć, jak działają systemy nadzoru nad osobami zakażonymi, skontrolować procedurę izolacji, badań środowiska, prowa-

dzonych dochodzeń epidemiologicznych, badań przesiewowych itp.

Jeżeli przywołuje autorka autorytet Pana Dr. P. Grzesiowskiego w kontekście, iż prowadzone rejestry są mało przydatne, to może należałoby je zmienić, przecież jednym z decydentów jest Instytut Profilaktyki Zakażeń.

Głównym powodem niedoskonałości w walce z zakażeniami związanymi z opieką medyczną w Polsce jest to, iż lekarze wolą zajmować się chirurgią, ginekologią, niż myśleć o prewencji zakażeń, czy brać czynny udział w kreowaniu szpital-

nej polityki antybiotykowej.

Na koniec chciałabym zauważyć, iż higienę szpitalną należy pojmować szeroko i może zostawmy w spokoju te maseczki, fartuchy czy ochraniacze na obuwiu (wszyscy te tematy już przerobili i przetrawili), ale pamiętajmy, że higiena to nie wszystko, ale wszystko bez higieny skazane jest na klęskę w walce z zakażeniami. (...)

LEK. BARBARA SZMAJ

PRZEWODNICZĄCA ZESPOŁU

KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPI-

TALNYCH AKADEMICKI SZPI-

TAL KLINICZNY IM. JANA MI-

KULICZA-RADECKIEGO WE

WROCŁAWIU

Bez kolejki

Proszę o poruszenie na łamach „Gazety Lekarskiej” tematu przyjmowania lekarzy emerytów bez kolejki we wszystkich placówkach leczniczych. Przykro jest mi czekać w kolejce do lekarza rejonowego niekiedy razem z moimi byłymi pacjentami. Często mało kto mnie pamięta w rejestracji, najczęściej lekarz przyjmujący też mnie nie zna, a nawet jeśli zna lub wie, że jestem lekarzem, boi się mnie poprosić, bo pacjenci się nie zgadzają. Powstaje przykra sytuacja dla mnie po prawie 40 latach pracy. Mam 73 lata, bardzo zły stan zdrowia, żyję samotnie, a niska renta nie pozwala mi na godne życie, w tym na robienie prywatnie badań laboratoryjnych. Może ktoś z izby lekarskiej poruszy ten temat w Ministerstwie Zdrowia, bo każdy kiedyś będzie emerytem, o ile oczywiście dożyje tych lat.

WŁODZIMIERZ POŁAŃSKI
LEKARZ MEDYCyny

Rocznica mordu lwowskiego

Wsierpniowym numerze „GL” została zamieszczona migawka upamiętniająca rocznicę mordu lwowskiego. Mord lwowski, którego realizatorami byli niemieccy policjanci z Einsatzgruppe „Galizien”, objął wielu profesorów UJK, m.in. medycyny, prawa, ekonomii, nauk ścisłych, a także Ossolineum i Politechniki Lwowskiej – ostatnim był zamordowany 26 lipca 1941 r., na osobisty rozkaz Himmlera, prof. dr Kazimierz Bartel, pięciokrotny premier II RP. Wśród zamordowanych byli również członkowie ich rodzin, pracownicy, goście, a nawet osoby aresztowane przypadkowo, co poniekąd świadczy o furii wykonawców.

Piszę o tym, ponieważ nie daje mi przejść nad nim do porządku dziennego użyte sformułowanie „hitlerowcy”. To nie była jednostka policji hitlerowskiej. To >>

była policja niemiecka, organ III Rzeszy, państwa niemieckiego, a nie hitlerowskiego. A tak w ogóle, kto to są ci „hitlerowcy”? Pragnę zauważyć, że słowo to zostało sprofanowane przez propagandę komunistyczną jako przeciwwaga dla tzw. demokratycznej opozycji niemieckiej, która, jakkolwiek niewidoczna w czasie istnienia III Rzeszy, stała się potem podwaliną dla innego „demokratycznego” państwa niemieckiego, mianowicie DDR.

Ponieważ nazywanie rzeczy po imieniu należy również do naszego etosu zawodowego, pozwoliłem sobie na przekazanie paru uwag na ten temat.

ZBIGNIEW KAURZEL

Tam zginęli konkretni ludzie

W sierpniowym numerze „GL” na stronie 3 ukazała się „Migawka” nt. mordu profesorów lwowskich. Uważam, że słowa „kilkudziesięciu” i „kilkunastu” w odniesieniu do rozstrzelanych bestialsko wybitnych przedstawicieli polskiej inteligencji przedwojennej są co najmniej nie na miejscu i świadczą o niechlujstwie autora tego tekstu. „Kilkadziesiąt” może być minut opóźnienia pociągu albo „kilkanaście” stopni mrozu, ale tam zginęli konkretni ludzie, którym należy się trochę szacunku. Dla ułatwienia dołączam tekst z Wikipedii na ten temat, podający liczby

40 profesorów, w tym 16 lekarzy. Znalezienie tej informacji zajęło mi mniej niż minutę. Można tu tylko jeszcze zacytować, bodajże Stalina, według którego „śmierć jednego człowieka to tragedia, ale śmierć milionów to tylko fakt statystyczny”.

PAWEŁ DASZKIEWICZ



Zachęcać i motywować, a nie straszyć

W tekście „Zachęcać i motywować, a nie straszyć” („GL” nr 07/2011) po raz kolejny poruszono dramatyczny problem, jakim jest w naszym kraju rak szyjki macicy. Ta jedna z najważniejszych chorób nowotworowych zbiera

w Polsce straszliwe żniwo (ok. 1700 zgonów rocznie) w znacznej mierze dlatego, że kobiety nie zgłaszają się na przesiewowe badania cytologiczne. Dzieje się tak od lat, pomimo że podejmowane są różne próby poprawy tej sytuacji. Niestety, wiele polskich kobiet nie ma świadomości istnie-

(nie: zamiast!) udostępnić przesiewowych badań cytologicznych na poziomie POZ? Nietrudno zgadnąć, że to właśnie lekarz rodzinny ma przynajmniej raz w roku kontakt z kobietami, które jak ognia unikają wizyty u ginekologa, a ze względu na wiek należą do grupy wysokiego ryzyka raka szyjki macicy. Co więcej, poradnie POZ zapewniają świadczenia profesjonalnych położnych środowisko-wo-rodzinnych, które znakomicie mogłyby pełnić rolę osób motywujących pacjentki do wykonania cytologii i pobierających rozmazy. Zacytuję tu za PAP („Trzeba zapoczątkować modę na chodzenie do ginekologa”, informacja z 19.07.2011 r.) Barbarę Jobdę, prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych: „Dopuszczmy pielęgniarki i położne do wykonywania cytologii. Większość z nich ma uprawnienia, a często i tak wykonuje te badania zamiast lekarzy. NFZ powinien je kontraktować. Gdyby pielęgniarki były zainteresowane finansowo, dostęp do cytologii byłby znacznie łatwiejszy”.

To samo dotyczy zresztą lekarzy rodzinnych. Problem jest zbyt ważny, żeby zbyć go milczeniem. Odpowiedzieć sobie bowiem trzeba na pytanie, czy rzeczywiście zależy nam na oszczędzeniu życia kilkuset Polek rocznie, czy też na zachowaniu – wygodnego jak widać dla niektórych – obecnego status quo.

DR HAB. MED. PROF. NADZW.
UM PRZEMYSŁAW KARDAS
KIEROWNIK I ZAKŁADU MEDYCYN
RODZINNEJ
UNIwersytet Medyczny
w Łodzi

jącego zagrożenia i mimo ponawianych (niekiedy nawet z kościelnych ambon) zachęt, nie zgłasza się na bezpłatne badania kontrolne.

Jedną z propozycji, którą zasugerowano we wspomnianym tekście, jest zachęcanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) do zwiększania korzystania z cytologii przez ich podopiecznych. W tym miejscu rodzi się jednak zasadnicze pytanie: skoro od lat działania podejmowane na poziomie poradni ginekologicznych nie przynoszą oczekiwanych efektów, czy nie należało by po prostu równolegle

Specjalista i p

Wszyscy „jedyńkowicze” pracujący dotychczas w ramach indywidualnych kontraktów z NFZ lub w ZOZ-ach, w których nie ma zatrudnionego „dwójkowicza”, stracą pracę! – alarmują lekarze.

MARTA JAKUBIAK

Takie głosy pojawiły się po ukazaniu się rozporządzenia ministra zdrowia z 27 maja 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 111, poz. 653), zawierającego nowe zapisy dotyczące personelu uprawnionego do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wprowadzone tam zmiany to echo znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 165, poz. 1116).

O komentarz w tej sprawie poprosiliśmy mec. Urszulę Gruszko-Szymańską z Kancelarii Adwokackiej Katarzyna Bondaryk.

– Kluczowa dla zrozumienia intencji ministra zdrowia jest lektura uzasadnienia do projektu zmiany ustawy – wyjaśnia mec. Gruszko-Szymańska. – W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej zmieniono art. 31d, a co za tym idzie – zwiększono wymagania wobec personelu oraz wyposażenia świadczeniodawców. W praktyce wygląda to tak, że „lub” zawarte w poprzednim rozporządzeniu zmieniono na „oraz”.

Wątpliwości interpretacyjne

I tu rodzą się pytania. Czy zapis „lekarz specjalista oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia”, którym zastąpiono obowiązujące do tej pory sformułowanie „lekarz specjalista lub lekarz ze specjalizacją I stopnia” oznaczać będzie, że od stycznia 2012 r. będzie musiało przyjmować co najmniej dwóch lekarzy – le-

karz ze specjalizacją I stopnia (lub w trakcie specjalizacji) w asyście lekarza ze specjalizacją II stopnia? Czy tam, gdzie przyjmuje tylko specjalista, nie będzie poradni specjalistycznej, ponieważ powinien być zatrudniony jeszcze przynajmniej

Problem dla lekarzy z I stopniem specjalizacji może powstać w 2013 r.

jeden lekarz w trakcie specjalizacji, gdyż „oraz” narzuca, że powinno być jednocześnie dwóch lekarzy? A może lekarze ze specjalizacją I stopnia stracą pracę tam, gdzie nie będzie lekarza ze specjalizacją II stopnia?

O wyjaśnienie tych wątpliwości poprosiliśmy Ministerstwo Zdrowia. Czekamy na odpowiedź.

W praktyce

– W razie niespełniania przez świadczeniodawcę określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia zwiększonych wymagań odnośnie do personelu lub wyposażenia, w nowym przepisie ustawy przewidziane zostało dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – uspokaja mec. Gruszko-Szymańska. Artykuł 161b umożliwi bowiem lekarzom ze specjalizacją I stopnia lub w trakcie specjalizacji zawarcie umowy o udzie-

ólspecjalista

lanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie świadczeń gwarantowanych w 2012 r., jednak tylko raz i wyłącznie na okres nie dłuższy niż rok.

– Realny problem dla lekarzy z I stopniem specjalizacji może powstać od 1 stycznia 2013 r. – Być może w obawie przed ograniczeniem

dostępu do lekarzy specjalistów, art. 161b ustawy o świadczeniach zostanie zmieniony w taki sposób, iż NFZ będzie mógł zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń z zakresu AOS ze świadczeniodawcą niespełniającym nowych wymogów personalnych więcej niż raz – podsumowuje mec. Gruszko-Szymańska. ☉

KOMENTARZ

Andrzej Troszyński, rzecznik prasowy NFZ:

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń mogą udzielać specjaliści, lekarze w trakcie specjalizacji, specjaliści w dziedzinie podstawowej posiadający co najmniej pięcioletnie doświadczenie w pracy w oddziale zgodnym profilem świadczenia gwarantowanego (np. w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej specjalista pediatrii z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w pracy w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej, a w kardiologii specjalista chorób wewnętrznych z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w pracy w oddziale kardiologii) oraz lekarze ze specjalizacją I stopnia. Zakresów, w których zatrudnić można tylko specjalistę, jest niewiele: choroby metaboliczne, leczenie bólu, ginekologia dla dziewcząt, proktologia, chirurgia onkologiczna dla dzieci, preluksacja, leczenie zęza, transplantologia, leczenie mukowiscydozy, chirurgia plastyczna, hepatologia,

wady postawy. W pozostałych przypadkach świadczeń może udzielać specjalista lub specjalista w połączeniu np. z lekarzem w trakcie specjalizacji czy lekarzem posiadającym określone doświadczenie w pracy w oddziale lub specjalistą I stopnia. W przypadku chorób metabolicznych świadczeń mógł dotychczas udzielać specjalista chorób wewnętrznych, pediatrii lub endokrynologii. W nowym rozporządzeniu koszykowym dopuszczono do udzielania świadczeń w tym zakresie jeszcze diabetologa. W przypadku leczenia bólu świadczeń mógł udzielać specjalista neurochirurgii, anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny paliatywnej, zaś w nowym rozporządzeniu dopuszczono do udzielania świadczeń w tym zakresie jeszcze specjalistę neurochirurgii i neurotraumatologii lub neurochirurgii. W przypadku proktologii świadczeń mógł udzielać specjalista chirurgii, chirurgii ogólnej lub gastroenterologii, w nowym rozporządzeniu dopuszczono jeszcze specjalistę chirurgii onkologicznej.

W przypadku leczenia mukowiscydozy świadczeń mógł dotychczas udzielać specjalista pediatrii, chorób wewnętrznych lub chorób płuc. Nowe rozporządzenie dopuszcza do udzielania świadczeń w tym zakresie jeszcze specjalistę gastroenterologii. W przypadku ginekologii dla dziewcząt, chirurgii onkologicznej dla dzieci, preluksacji, leczenia zęza, transplantologii, chirurgii plastycznej, hepatologii, leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży warunki realizacji świadczeń nie uległy zmianie.

Na pytanie, czy rozporządzenie spowoduje ograniczenie dostępu do opieki specjalistycznej, odpowiedź jest prosta: rozporządzenie to nie ogranicza liczby specjalistów potrafiących udzielić specjalistycznej porady. W tej chwili trudno ocenić, z iloma placówkami nie podpisano by kontraktów ze względu na niespełnienie warunku koniecznego, jakim jest zatrudnienie specjalisty. Można natomiast na podstawie danych z oddziałów wojewódzkich NFZ podać liczbę lekarzy z tytułem specjalisty, udzielających świadczeń w 2010 i 2011 r.

Przepis na sukces reformy służby zdrowia

Czy holenderski model opieki zdrowotnej spełnia oczekiwania polskich pacjentów i lekarzy?

KATARZYNA WALCZAK

W 2006 r. Holandia wprowadziła gruntowną reformę służby zdrowia, która wyparła funkcjonujący przez poprzednie 60 lat system publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. Ze względu na wysokie koszty tego rozwiązania, starzejące się społeczeństwo oraz długie kolejki na zabiegi i badania, zdecydowano się na daleko idącą transformację systemową. Główne zmiany polegały na wprowadzeniu standardowego zakresu podstawowego ubezpieczenia, wzmocnieniu roli prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych oraz zminimalizowaniu roli rządu w służbie zdrowia. W świetle reformy to ubezpieczyciele oraz dostawcy usług medycznych wraz z pacjentami decydują o cenach składek, jakości opieki medycznej oraz zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Wszyscy są równi

System wprowadzony przez Holandię ma bardzo wyraźnie zarysowany element socjalny. Wszyscy mieszkańcy tego kraju są bowiem wobec tego systemu równi. Niezależnie od tego, czy są młodzi czy starzy, zdrowi czy chorzy, ubezpieczyciele zdrowotni mają obowiązek ich ubezpieczyć. Nie jest

również możliwe różnicowanie składki ze względu na wiek, czy też wykluczanie osób chorych. Jest to podstawa solidarności ryzyka. Ubezpieczyciele dostają dodatek rekompensacyjny od rządu, tym większy, im większy jest udział chorych w portfelu danego towarzystwa.

Sporo zmian zaszło również w placówkach medycznych. Z uwagi na fakt, że pacjenci sami decydują, w jakich placówkach chcą się leczyć, istotną rolę zaczyna odgrywać jakość świadczonych przez nie usług i konkurencyjność. Często decydują się one na specjalizację, gdyż mogą w ten sposób przyciągnąć więcej pacjentów i skorzystać na efekcie skali.

Dla sukcesu reformy ważna jest również kwestia finansowania całego systemu. W Holandii ochrona zdrowia

jest finansowana z trzech źródeł: przez pracodawcę, który płaci składkę uzależnioną od poziomu dochodów pracownika, rząd, który wpłaca niewielką kwotę na każdego pacjenta oraz samego pacjenta, który ma obowiązek ubezpieczyć się w jednym z prywatnych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych. Najubożsi mogą otrzymać zasiłek, co sprawia, że system jest w stanie objąć praktycznie 100 proc. społeczeństwa.



Autorka jest dyrektorem Biura Marketingu i PR w Towarzystwie Ubezpieczeń INTER Polska S.A.



Regulowany system

Holendrzy są dumni ze swojego modelu systemu ochrony zdrowia. Wydaje się, że jest on umiejscowiony gdzieś pomiędzy systemem prywatnym i publicznym, co może stanowić podstawę jego sukcesu. Istotne jest również to, że pozwala on zarówno na kontrolę kosztów, jak i na rozwój mechanizmów rynkowych. Dlatego został nazwany regulowanym systemem rynkowym. Czy ten model można przenieść do Polski? To pytanie nurtowało uczestników konferencji „System zabezpieczenia zdrowotnego w Królestwie Holandii: strategia i tajniki sukcesu”, zorganizowanej w czerwcu br. przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska. Wzięli w niej udział przedstawiciele 11 samorządów lekarskich z całej Polski, zaś swoje wykłady zaprezentowali: Michiel Wesseling, starszy konsultant ds. polityki i doradca zarządu Holenderskiego Królewskiego Stowarzyszenia Medycznego oraz dr Ad R.

Niezależnie od tego, czy Holendrzy są młodzi czy starzy, zdrowi czy chorzy, ubezpieczyciele zdrowotni mają obowiązek ich ubezpieczyć.

Schuurman, reprezentujący holenderską izbę ubezpieczeń zdrowotnych CVZ.

Według Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, system holenderski byłby wręcz idealnie dostosowany do naszych potrzeb. Z jednej strony finansowałby usługi zdrowotne na odpowiednim poziomie, z drugiej – realizował nasze odwieczne marzenie o solidarności społecznej, równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, braterstwie, sięgając do naszych głęboko zakorzenionych tradycji chrześcijańskiej potrzeby wspierania potrzebujących. Sam system, ocenia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, jest sprawiedliwy, chociaż zapewne niedoskonały, bo takiego jeszcze nie wymyślono. Na pewno zabezpiecza interes pacjenta, wyrównując opłaty i sprawiając, że nikt nie pokusi się o leczenie wyłącznie młodych i w dobrym stanie ogólnym, a starych i schorowanych „podrzucając” innym.

Fundament systemu

Iwona Jakób, sekretarz ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, podkreśla, że po zreformowaniu opieki zdrowotnej w Holandii fundamentem ochrony zdrowia stał się lekarz rodzinny. Jest on przewodnikiem chorego po systemie i koordynatorem leczenia. W praktyce okazało się, że holenderski model jest najtańszy i najbardziej efektywny, choć lekarze rodzinni są grupą zawodową najlepiej wynagradzaną.

Podobne założenia przyświecały wprowadzonej w 1999 r. reformie w Polsce. U nas jednak zmieniły się priorytety i lekarz POZ nie pełni takiej roli. Może – jak sugeruje Iwona Jakób – powinniśmy wziąć przykład z tych, którym się udało.

Opinie uczestników konferencji potwierdza Jakub Owoc, sekretarz Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych Polskiej Izby Ubezpieczeń. Jego zdaniem system holenderski jest świetnym przykładem równowagi między konkurencją a solidaryzmem społecznym. – Konkurencja funkcjonuje tam, gdzie jest to pożądane, tj. na poziomie jakości świadczeń i obsługi ubezpieczonych, a neutralizowana jest w obszarze selekcji pacjentów. Dbą o to mechanizmy wyrównania ryzyka, nad którym Holendrzy pracowali latami i który cały czas doskonalią. Jakość systemu potwierdza m.in. ranking Euro Health Consumer Index i jest

Fundamentem ochrony zdrowia w Holandii jest lekarz rodzinny - przewodnik chorego po systemie i koordynator leczenia.

to idealny przykład dla Polski, nie mniej wymagający ogromu przygotowań i woli społeczno-politycznej – mówi Jakub Owoc.

Sami Holendrzy, pomimo optymizmu, widzą pewne zagrożenia dla swojego systemu. Wymaga on bowiem zaangażowania lekarzy w negocjacje z zakładami ubezpieczeń, które w celu zaoszczędzenia na procedurach medycznych mogą żądać zmiany sposobu leczenia. Problemy dotyczą również lekarzy pierwszego kontaktu, którzy stanowią barierę w dostępie do opieki szpitalnej. Ale Holendrzy patrzą na nie z właściwym sobie dystansem. W końcu – jak sami twierdzą – wszystko można przedyskutować i uzyskać konsensus odpowiadający zaangażowanym stronom. ●

Dura lex sed lex

W związku z wieloma listami, jakie otrzymałam od Czytelników, na łamach niniejszego wydania zamieszczam odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania i wątpliwości.

JUSTYNA ZAJDEL

Pragnę podkreślić, że w pełni rozumiem, a często również podzielam zaniepokojenie przedstawicieli środowiska lekarskiego w Polsce w związku z prawną rzeczywistością, jaka wyłania się z merytorycznej, a nie dowolnej interpretacji zmieniających się przepisów prawnych. Mam nadzieję, że przedstawione poniżej uwagi i wyjaśnienia rozwieją Państwa wątpliwości i przyczynią się do lepszego zrozumienia przepisów prawnych, co zapobiegnie w przyszłości zrozumiałym, jakkolwiek nie do końca uzasadnionym reakcjom. **Kiedy lekarz może zostać zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji produktów leczniczych, które przepisał pacjentowi?**

Zgodnie z art. 48 ust. 8 pkt.1-3 „ustawy refundacyjnej”, osoba uprawniona do wystawiania recept na produkty refundowane „(...) zobowiązana jest do zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej równowartość kwoty nienależnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji (...) w przypadku: wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi; wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy; wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach (...)”.

Jak wynika z powyższego cytatu, ustawodawca określa wprost przypadki, w których lekarz będzie zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji. Przepis wydaje się na tyle klarowny, że wydaje się rzeczą niemożliwą odczytać go w innym sposób.

Czy lekarz może zostać zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji leku, który przepisał członkowi najbliższej rodziny, nie będąc specjalistą w danej dziedzinie?

Tak. Zgodnie z art. 48 ust. 3 pkt 1 lekarz może zostać zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji, jeżeli wypisanie recepty nie zostało uzasadnione udokumentowanymi względami medycznymi. Do 1 stycznia 2012 r. lekarz nie ma obowiązku odnotowywania w indywidualnej dokumentacji pacjenta

przepisywania leku pro familiae, ani też uzasadniania wyboru

„Ustawa refundacyjna” reguluje kwestie związane z nowymi zasadami wypisywania recept na leki i inne produkty refundowane, a także zasady dotyczące ich promocji.

leku. Po 1 stycznia sytuacja ta ulegnie zmianie.

Do zwrotu kosztów refundacji nie dojdzie, jeżeli lekarz, który przepisał członkowi najbliższej rodziny lek refundowany, udokumentował ten fakt w indywidualnej dokumentacji pacjenta prowadzonej przez siebie np. w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.

W tym miejscu rodzi się pytanie, co oznacza stwierdzenie „uzasadnić zastosowanie leku poprzez udokumentowanie w indywidualnej dokumentacji pacjenta”?

Podstawą do zaordynowania refundowanego produktu leczniczego jest w szczególności odbycie przez pacjenta specjalistycznej konsultacji oraz odnotowanie jej przeprowadzenia i wyników w dokumentacji lub odnotowanie wyników badań diagnostycznych uzasadniających konieczność zastosowania konkretnego leku.

W szczególnych przypadkach udokumentowanie zasadności wyboru produktu leczniczego może mieć postać opisu objawów, które wystąpiły u pacjenta. Wstępna diagnoza, wynikająca z wywiadu i obserwacji, powinna jednak zostać zweryfikowana przez wykonanie dedykowanej diagnostyki i odbycie konsultacji. Należy pamiętać, że organ kontrolujący, a w szczególności płatnik (NFZ), we własnym interesie ekonomicznym może próbować podważyć decyzje terapeutyczne lekarza, który nie jest specjalistą w danej dziedzinie. Zalecenie posługiwania się konsultacjami lub badaniami dodatkowymi w przypadku leczenia najbliższej rodziny lub samego siebie, jakkolwiek na pierwszy rzut oka może wydawać się absurdalne, po głębszym zastanowieniu staje się trudną do zakwestionowania przez płatnika ścieżką decyzyjną.

Ciekawostką jest to, że konieczność posiadania obiektywnego uzasadnienia podejmowanych przez lekarza decyzji terapeutycznych w stosunku do siebie oraz rodziny funkcjonuje już od dawna w innych krajach UE.

UWAGA! Należy pamiętać, że jednym z celów „ustawy refundacyjnej”



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

jest ograniczenie wydatków na leki refundowane z budżetu państwa. W konsekwencji płatnik (NFZ) będzie weryfikował poprawność decyzji lekarza odnoszących się do zaordynowania leku refundowanego, w tym decyzji dotyczących leczenia siebie samego i najbliższej rodziny.

Nowe zasady promocji produktów leczniczych

„Ustawa refundacyjna” reguluje kwestie związane z nowymi zasadami wypisywania recept na leki i inne produkty refundowane, a także zasady dotyczące ich promocji. Podobnie jak inne umieszczone w niej zapisy, regulacje dotyczące ograniczenia promocji produktów objętych refundacją zaczyną obowiązywać od 1 stycznia 2012 r.

UWAGA! „Ustawa refundacyjna” wprowadza znaczne ograniczenia do-

Lekarz może przyjąć zaproszenie na spotkanie (konferencję, warsztaty, szkolenie) organizowane przy współudziale firm farmaceutycznych i medycznych.

tyczące promocji produktów refundowanych, a co za tym idzie – modyfikuje zasady przyjmowania przez lekarzy „korzyści” od przedstawicieli firm farmaceutycznych i medycznych. Przez pojęcie „korzyści” należy rozumieć np. przyjmowanie drobnych upominków, których wartość nie przekracza 100 zł itp. Zgodnie z art. 49 ust. 3 ustawy o refundacji produktów leczniczych, „zakazane jest stosowanie jakichkolwiek form zachęty odnoszących się do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych, w szczególności kierowanych do świadczeniobiorców, przedsiębiorców oraz ich pracowników lub osób uprawnionych, w tym sprzedaży uwarunkowanej, upustów, rabatów, bonifikat, pakietów i uczest-

nictwa w programach lojalnościowych, darowizn, nagród, prezentów, upominków, wycieczek, loterii, losowań, wszelkich form użyźnień, transakcji wiązanych, ułatwień, zakupów lub usług sponsorowanych, wszelkiego rodzaju talonów, bonów oraz innych niewymienionych z nazwy korzyści”.

Należy zaznaczyć, że „ustawa refundacyjna” przewiduje kary dla lekarzy, którzy naruszą zasady określone w jej art. 49 ust. 3. Zgodnie z art. 54 ust. 2, jeżeli osoba uprawniona do wystawiania recept na leki lub inne wyroby refundowane ze środków publicznych żąda lub przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę w zamian za wystawienie recepty lub wstrzymanie się od jej wystawienia, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

Co wynika z treści art. 49 ust. 3?

Regulacja zawarta w art. 49 ust. 3 „ustawy refundacyjnej” istotnie ogranicza zakres promocji produktów refundowanych przez wszystkie podmioty zajmujące się wytwarzaniem i obrotem produktów należących do tej grupy. Należy jednak podkreślić, że artykuł 49 ust. 3 odnosi się wyłącznie do działań producentów, dystrybutorów oraz pośredników, które podejmowane są w celu promocji produktów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Charakteru promocyjnego nie mają działania zmierzające do edukacji i szkolenia osób uprawnionych do wystawiania recept, które wiążą się bezpośrednio z przekazywaniem informacji na temat:

- sposobu działania produktu,
- skuteczności potwierdzonej obiektywnymi badaniami,

- wpływu jakości produktu na zastosowanie optymalnego postępowania profilaktycznego, diagnostycznego, terapeutycznego lub rehabilitacyjnego.

Jaką „korzyść” może przyjąć lekarz od producenta lub podmiotu zajmującego się obrotem produktów refundowanych?

Podstawowym obowiązkiem lekarza jest dołożenie należytej staranności w szeroko pojętym procesie leczenia i zastosowanie postępowania

zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej (art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – UoZL). Realizacja obowiązku określonego w art. 4 UoZL uzależniona jest od stałego podnoszenia i uaktualniania swoich kwalifikacji zawodowych, w szczególności poprzez uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach i warsztatach naukowych.

Oznacza to, że lekarz może przyjąć zaproszenie na spotkanie (konferencję, warsztaty, szkolenie) organizowane przy współudziale firm farmaceutycznych i medycznych. Oczywiście jest, że celem szkolenia nie może być pobieranie „korzyści” wynikających z promocji produktów refundowanych, ale uzyskiwanie „korzyści” polegającej na zdobywaniu profesjonalnej wiedzy, niezbędnej do właściwego wykonywania zawodu.

Dopuszczalne jest również zawieranie przez lekarzy umów (np. umowy o dzieło) z przedsiębiorcami zajmującymi się obrotem lub produkcją produktów refundowanych, np. w zakresie obserwacji działania wybranych produktów lub wykonania dzieła w postaci artykułu naukowego, monografii, opracowania itp. Zapłata, jaką otrzyma lekarz z tego tytułu nie stanowi „korzyści” niedopuszczalnej z punktu widzenia „ustawy refundacyjnej”, ale korzyść wynikającą ze sprzedaży wartości intelektualnej.

Ponadto, w pełni dopuszczalne są spotkania lekarzy z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego i medycznego, których głównym celem jest przekazanie informacji na temat merytorycznych aspektów działania produktu i obiektywnych badań potwierdzających korzyść z jego stosowania.

UWAGA! Ograniczenia dotyczące promocji produktów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, do których odnosi się „ustawa refundacyjna”, dotyczą wyłącznie produktów objętych refundacją! Do zasad promocji i reklamy produktów leczniczych, które nie są refundowane oraz produktów dostępnych bez recepty mają zastosowanie przepisy rozporządzenia w sprawie reklamy produktów leczniczych i ustawy Prawo farmaceutyczne, które są znacznie mniej restrykcyjne. ●

Zasady orzekania do pracy w razie

Świadczenia pieniężne z tytułu choroby i macierzyństwa objęte są w krajach UE koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego.

BOGDAN JAKUBSKI

Powstanie Unii Europejskiej, otwarcie granic i rynków pracy, spowodowały dużą migrację ludności na terenach nią objętych. W niedalekiej przyszłości planowane jest poszerzenie obszaru UE o kolejne państwa, m.in. tak popularną wśród polskich turystów Chorwację. Zasadne wydaje się więc przypomnienie zasad wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, zwanych potocznie zwolnieniami lekarskimi, w razie zachorowania obywatela polskiego poza granicami kraju, jak i obcokrajowca czasowo przebywającego w Polsce, któremu zdarzy się zachorować.

W krajach wchodzących w skład Unii Europejskiej obowiązuje zasada równego traktowania wszystkich obywateli oraz koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego świadczeń pieniężnych z tytułu choroby (w tym także spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową) i macierzyństwa. Tak jak kraje członkowskie UE, traktowane są także państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), tj. Norwegia, Islandia i Liechtenstein.

Koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego objęte są świadczenia pieniężne z tytułu choroby (w tym także spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową) i macierzyństwa, przysługujące wszystkim grupom osób ubez-

pieczonych w Polsce. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego objęte są następujące świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa:

- wynagrodzenie chorobowe,
- zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

W zakresie świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i macierzyństwa zastosowanie mają następujące zasady koordynacji:

- zasada równego traktowania,
- zasada jedności stosowanego ustawodawstwa,
- zasada sumowania okresów ubez-

pieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania w innych państwach członkowskich,

- eksport świadczeń, gdy osoba uprawniona mieszka lub przebywa w innym państwie niż państwo właściwe do wypłaty świadczeń.

Przepisy wspólnotowe przewidują określony tryb składania zaświadczeń lekarskich w przypadku zachoro-

wania podczas zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym osoba podlega ubezpieczeniom. Jeżeli świadcze-



Autor jest dr. n. med.,
głównym lekarzem
orzecznikiem Oddziału
ZUS w Zielonej Górze

o niezdolności zachorowania za granicą

nia przysługują zgodnie z ustawodawstwem jednego państwa, a uprawniony mieszka lub przebywa w innym państwie członkowskim, aby uzyskać świadczenia pieniężne jest zobowiązany w terminie trzech dni od daty powstania niezdolności do pracy powiadomić o tym instytucję ubezpieczeniową miejsca zamieszkania (pobytu) i przedłożyć jej zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego. Zaświadczenie to zostanie przekazane właściwej instytucji ubezpieczeniowej, zobowiązanej do wypłaty świadczenia. Instytucja ubezpieczeniowa miejsca zamieszkania (pobytu) traktuje chorego tak jak własnego ubezpieczonego. Może więc go także poddać kontrolnym badaniom lekarskim. Jeżeli w wyniku kontroli uzna, że jest on zdolny do pracy, poinformuje o tym instytucję ubezpieczeniową wypłacającą świadczenia. Na tej podstawie wypłata świadczeń może zostać wstrzymana. Przeprowadzenie kontroli może zlecić także instytucja ubezpieczeniowa wypłacająca świadczenie. Odpowiedni wniosek przekazuje się wtedy do kraju, w którym ubezpieczony przebywa.

Instytucje ubezpieczeniowe miejsca pobytu i właściwa w celu przekazywania zaświadczeń lekarskich i wymiany informacji związanych z niezdolnością do pracy stosują formularze E 115, E 116, E 117 i E 118.

Tryb postępowania, gdy o świadczenie pieniężne w czasie pobytu (zamieszkania) poza granicami kraju stara się osoba podlegająca polskiemu ustawodawstwu:

- w terminie trzech dni od daty powstania niezdolności do pracy zainteresowany winien powiadomić o tym zagraniczną instytucję ubezpieczeniową w miejscu pobytu i złożyć tam zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego. Zaświadczenie wystawia lekarz na formularzu obowiązującym w danym kraju, tak jakby orzekał wobec obywatela swojego kraju,
- instytucja ta niezwłocznie przekazuje

zaświadczenie o niezdolności do pracy odpowiedniemu oddziałowi ZUS, który ustala płatnika zobowiązanego do wypłaty świadczenia,

- oddział ZUS może zlecić zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej kontrolę ubezpieczonego,
- jeśli chory nie podporządkuje się formalnościom określonym w przepisach prawnych państwa pobytu, musi liczyć się z odmową wypłaty świadczeń pieniężnych. Decyzję o tym podejmuje oddział ZUS.

Tryb postępowania, gdy o świadczenie w czasie pobytu w Polsce ubiega się osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa członkowskiego:

- osoba, która mieszka lub przebywa w Polsce, a jest ubezpieczona w in-

W krajach należących do UE wszystkich obywateli traktuje się jednakowo.

nym państwie członkowskim, jeżeli stanie się niezdolna do pracy z powodu choroby w Polsce, w ciągu trzech dni winna złożyć zaświadczenie o niezdolności do pracy wydane przez lekarza leczącego na druku ZUS ZLA w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu). Wypisując zaświadczenie na nowym druku ZUS ZLA, w miejscu, gdzie zaznacza się rodzaj ubezpieczenia, wpisać należy kod 4 (instytucja ubezpieczeniowa innego kraju). W przypadku użycia druku starego wpisać należy kod 3 (inne). Na zaświadczeniu wpisuje się adres miejsca pobytu osoby, której zaświadczenie dotyczy i tylko te dane, które ubezpieczony posiada,

- oddział ZUS przesyła to zaświadczenie instytucji właściwej, w której ta osoba podlega ubezpieczeniu,
- instytucja ta ustala prawo do świad-

czenia, oblicza jego wysokość oraz realizuje wypłatę,

- osoba ubiegająca się o świadczenie podlega kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy według tych samych zasad, które dotyczą polskich ubezpieczonych. Kontrolę przeprowadzają lekarze orzecznicy oddziału ZUS właściwego ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu) uprawnionego w Polsce,
 - informacje o wynikach kontroli oddział ZUS przekazuje instytucji, która wypłaca świadczenia pieniężne uprawnionemu. To ona podejmuje decyzję o prawie do tych świadczeń,
 - zagraniczna instytucja ubezpieczeniowa może zwrócić się do oddziału ZUS o przeprowadzenie kontroli. Tryb postępowania w razie zachorowania obywatela polskiego poza granicami UE i EOG:
 - w razie zachorowania obywatela polskiego, mającego prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w Polsce poza granicami UE i EOG, podstawą do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza, wystawione na blankiecie stosowanym w danym kraju, z nadrukiem określającym nazwę zakładu lub imię i nazwisko lekarza, opatrzone datą wystawienia, podpisem i określające początkową i końcową datę tej niezdolności,
 - dokument ten składa się po powrocie do kraju w zakładzie pracy lub ZUS. Nie wymaga on żadnej akceptacji przez lekarza w Polsce.
- (Rozp. MPiPS z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. z 1999 r. Nr 65 poz. 742 z p. zm.)

Sen mara i kara

Obawiam się, że grozi nam felczeryzacja zawodu
i sowietyzacja umysłów.

KRYSTYNA KNYPL

Centralnym punktem w każdym systemie fikcji doskonałej jest sprawozdawczość. Jej zasady powinny być tak pokręcone, żeby nikt nie był w stanie ich w pełni zrozumieć ani przestrzegać. Dzięki tak ustawionemu systemowi zawsze można kogoś złapać na błędzie lub niedociągnięciu. Im bardziej gęsta sieć pułapek, tym łatwiej pojąć potencjalnego winowajcę. Organizacja i warunki pracy w ochronie zdrowia w wielu wypadkach przypominają takie właśnie pułapki doskonałe, które często robią wrażenie sennych mar. Co gorsza, gdy się budzimy ze snu, wpadamy w rzeczywistość równie koszmarną, z której ze wszystkich kątów zjawy wołają: „Kara! Kara! Kara!”. Płatnik ma jeden tryb zarządzania – jest on oparty na karze. W rozumieniu NFZ kara jest lekarstwem dobrym na wszystko. Taktyka, że nie ma ludzi niewinnych, tylko są niedokładnie skontrolowani, sprawdza się jak rzadko kiedy. Gdyby się nie sprawdzała, nie rozbudowywano by gigantycznego systemu kodów, grup, numerów, klasyfikacji i setek innych tajemniczych numerków.

**Druk mały,
ale kara duża**

Często podpisując umowę na świadczenie usług lub wystawianie recepty refundowanych, nie wiemy, jaka będzie ostateczna interpretacja tych dokumentów. Zwykle zresztą gonią nas terminy, zobowiązania

wobec pracodawcy oraz pacjentów i ani nam w głowie czytanie tasiemcowych umów spisanych najdrobniejszą czcionką, jaką znaleziono w komputerze. Podpisujemy je więc wśród objawów zadowolenia, że jutro nadal będziemy mogli przyjmować pacjentów. Cieszymy się, że nie odejdą spod drzwi naszego gabinetu bez ulgowej recepty na ważny lek. Będąc



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

stale w emocjonalnych okowach przymusu niesienia pomocy, powołania i paru innych pojęć niefunkcjonujących już w przepisach współczesnego świata, nie potrafimy odmówić, zastanowić się głębiej, zapytać, co znaczą poszczególne paragrafy i jakie niosą dla nas konsekwencje. Gdy na horyzoncie pojawiają się kary, poznajemy rzeczywiste znaczenie podpisanych dokumentów. Wystawiłeś zlecenie na pieluchomajtki komuś, kto ma nieaktualne ubezpieczenie – zostajesz sponsorem swojego pacjenta! Nie wpisałeś do historii choroby, że wystawiłeś receptę – zapłacisz za nią. Nie masz wpisanego wyniku badania histologicznego w kolejnej historii choroby tego samego pacjenta leczącego się u ciebie w różnych placówkach, mimo że pacjent ten sam i lekarz ten sam – płacisz za jego drogą kurację hormonalną.

Z pacjentami umowy podpisać się nie da, choć może warto się zastanowić nad tym, prawdopodobnie pionierskim, pomysłem. Władza ciągle unika jak ognia określenia „obowiązek pacjenta” w odniesieniu do systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Stosuje więc NFZ inną taktykę – obiecać dużo, dać mało. Lista wyborczych obietnic jest zawsze długa, a pamięć wybranych zdecydowanie krótsza. Podczas konferencji prasowej w Ministerstwie Zdrowia, poświęconej nowemu budżetowi NFZ, oddzielny slajd poświęcono cenie za jeden punkt w leczeniu szpitalnym – stawka z 51 zł ma poszybować w 2012 r. do 52 zł. Zinterpretowano tę zapowiedź jako podwyższenie ceny, dyskretnie przemilczając szacunki, zgodnie z którymi inflacja w przyszłym roku będzie prawdopodobnie na poziomie 3 proc. Brakujące kwoty muszą się znaleźć, a będzie się ich szukać w kieszeniach nie tylko pacjentów, ale i lekarzy.

Taktyce, aby „obiecać dużo, dać mało” sprzyjają ciągle niedostatecznie dokładnie zdefiniowany zakres świadczeń obowiązkowych oraz próby najróżniejszych nacisków na lekarzy. Mają one formę nie tylko bezpośrednich żądań zwrotu pieniędzy za zlecane leki, ale także wywierania nacisków psychologicznych na ordynujących je lekarzy. Za takie naciski uważam podanie do publicznej wiadomości kwot refundacji, jakie każdy praktykujący lekarz wygenerował. Zdumiewa dokładność informacji o każdej receptce w systemie, który podobno nie może dopracować się danych o tym, kto jest ubezpieczony, a kto nie. W świetle opublikowanych danych o kosztach ordynowanych przez nas leków sądzę jednak, że baza ubezpieczonych istnieje.

Nowe rozwiązania

NFZ nie szuka nowych rozwiązań organizacyjnych, a jedynie składa pacjentom obietnice, których dotrzymać zapewne nie ma zamiaru oraz ochoczo karze lekarzy. Świat zaś nie poprzestaje na składaniu obietnic, lecz szuka nowych rozwiązań.

**Gdy świat poszukuje racjonalnych rozwiązań, my
zyskujemy sławę, stosując
rozwiązania irracjonalne.**

zań organizacyjnych. Na przykład w Stanach Zjednoczonych opracowano program medycznej opieki domowej, który w sposób zintegrowany zapewnia grupom przewlekłe chorych właściwą opiekę. Program działa w 10 stanach i obejmuje różne grupy podopiecznych. W czerwcowym numerze czasopisma „Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” opublikowano ocenę takiej opieki dotyczącej chorych z cukrzycą w stanie Pensylwania. Dobrze zorganizowana komplek-

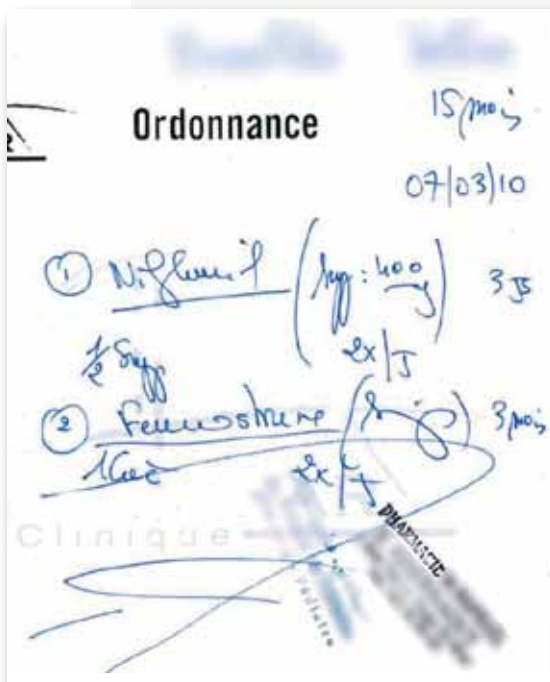
Władza ciągle unika jak ognia określenia „obowiązkki pacjenta” w odniesieniu do systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

sowa opieka nad 10 tys. pacjentów przyniosła wiele korzyści, a wśród nich wzrost wczesnego wykrywania objawów stopy cukrzycowej z 50 do 69 proc., zwiększenie odsetka osób stosujących leki obniżające cholesterol z 36 do 57 proc. oraz stosujących leki obniżające ciśnienie krwi z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę i sartanów z 36 do 57 proc. Zmiany te znacząco obniżyły zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób układu krążenia. Zrozumiała jest więc informacja, że programy domowej opieki medycznej cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem prywatnych ubezpieczycieli amerykańskich. Znakiem współczesnych czasów jest także możliwość kontaktowania się pacjentów objętych programem domowej opieki medycznej ze swoim lekarzem przez pocztę elektroniczną.

Oto prasa codzienna donosi, że dyrektorzy kilku szpitali postanowili >>

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Zagadka zawierająca receptę na proszki poczwórne zamieszczona w numerze sierpniowym przyniosła dość obfitą korespondencję zarówno krajową, jak i zagraniczną. U wielu Kolegów obudziła wspomnienia minionych lat, kiedy to przepisywaliśmy takie właśnie specyfiki przeciwbólowe. Dr med. Jerzy Walczak nadesłał ciekawy opis losów pewnej recepty na proszki poczwórne, którą napisał w 1955 r. Realizujący receptę farmaceuta chciał dodać do składu proszków calcium carbonicum, co mogłoby mieć niezbyt dobre skutki dla pacjenta w czasach, gdy lekiem często zlecanym były preparaty naparstnicy. Na marginesie tego opisu nasuwa mi się myśl, że idea ulepszania naszych recept w aptekach ma już długą i nie zawsze chlubną tradycję. Wielu Czytelników zwróciło uwagę na błędy literowe w nazwach łacińskich kwasu salicylowego oraz kodeiny, które były w tekście recepty. Laureatami zostają dr Jerzy Walczak oraz dr Juliusz Kubisz (absolwent z roku 1953) – czekam na adresy pocztowe od Szanownych Kolegów. Prześlemy na nie nagrody książkowe. Recepta na proszki poczwórne okazała się nadal dobrze znaną i chyba dość łatwą zagadką. Tym razem podnoszę więc poprzeczkę i zamieszczam receptę zagraniczną. Czekam na odpowiedzi pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



kary nałożone przez NFZ kreatywnie przenieść na lekarzy. Tym niekonwencjonalnym podejściem doścignęli NFZ, zdaniem którego nie można zachorować na tę samą jednostkę chorobową wcześniej niż dwa tygodnie po wypisaniu ze szpitala. Wygląda na to, że NFZ wymyślił pierwszą w historii kartę gwarancyjną leczenia. Wprawdzie termin gwarancji jest krótki, ale pomysł pionierski.

Jesteśmy zróżnicowani

Przeciwstawianie się różnym absurdom nie jest łatwe z powodu naszego bardzo zróżnicowanego zatrudnienia. Większość innych zawodów ma dość jednorodną formę relacji z pracodawcą – etat w jednym miejscu pracy. Tymczasem my możemy pracować na etacie, kontrakcie, w gabinecie prywatnym, w NZOZ, być w trakcie specjalizacji lub jej realizację nadzorować, być tylko lekarzem przyjmującym pacjentów prywatnych lub z kontraktu

Zdumiewa dokładność informacji o każdej receptce w systemie, który podobno nie może dopracować się danych o tym, kto jest ubezpieczony, a kto nie.

NFZ – wariantów może być więcej. Każda z form zatrudnienia lub kariery zawodowej wiąże się z nieco innym rozumieniem tego, co jest dla lekarza ważne. Na przykład lekarz rezydent kształcący się w szpitalu klinicznym słabo będzie identyfikował się z problemami dotyczącymi POZ.

Wszyscy wiedzą, jak powinniśmy wykonywać nasz zawód i beztrudnie każdego dnia podrzucają nam setki gotowych rozwiązań. Bombardowani od rana do wieczora podpowiedziami,

jaki lek powinniśmy zlecić, jak wypisać receptę, który numer uśmiechu posłać na powitanie konsumenta usług zdrowotnych, a który na pożegnanie, zaczynamy powoli ulegać tym sugestiom. Mogę stosować się do tego, co inni dla mnie wymyślili – tak uważa zapracowany absolwent wydziału lekarskiego, przeziębiony wszechogarniającymi radami, wytycznymi, krokami do zrealizowania i innymi formami gotowych schematów, dość podstępnie eliminującymi proces samodzielnego myślenia. Ci u steru władzy wszelakiej wiedzy lepiej – tak myślał człowiek sowiecki.

Bardzo serio obawiam się, że niestety grozi nam felczerizacja zawodu i sowietyzacja umysłów. Przeciwdziałanie tej nieciekawej perspektywy jest bardzo trudne, a jedną z ważniejszych przeszkód jest znaczne zróżnicowanie w obrębie form wykonywania naszego zawodu, zapracowanie oraz uwikłanie w sieć zależności niewystępujących w innych zawodach. ☉

I KONCERT POLSKIEJ ORKIESTRY LEKARZY

DYRYGENT DOBROCHNA MARTENKA



GOŚCINNIE:

CHÓR KAMERALNY LEKARZY
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
DYRYGENT JUSTYNA CHEŁMIŃSKA

CHÓR MEDICANTUS
PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
DYRYGENT BEATA HERMAN

ORGANY - ROBERT NAPIERAŁSKI

W PROGRAMIE M. IN.:

P. CZAJKOWSKI
IV SUITA ORKIESTROWA "MOZARTIANA"

16.10. 2011
GODZ. 15.00
FARA POZNAŃSKA

WSTĘP WOLNY

ORGANIZATORZY:

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA
POZNAN
TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ FARY POZNAŃSKIEJ

SPONSORZY:

inter UBEZPIECZENIA
MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO MAREK WOŹNIAK

Po raz dziewiąty pod



Igrzyska Lekarskie mają swój rytm. Odbývają się zawsze w drugi weekend września, zaczynają jazdą na czas, a kończą triathlonem. Jest tam około 800 osób, a obserwując całe rodziny, które towarzyszą startującym lekarzom – na pewno dużo więcej.

W tym roku było wielu młodych kolegów.

MACIEJ JACHIMIAK

Spotkanie pod Tatrąmi miało też licznych gości, w tym wiceministra Andrzeja Włodarczyka, dyrektora MOW NFZ Barbarę Bulanowską, wiceprezesa OIL w Krakowie Jerzego Friedigera, burmistrza Zakopa-

nego, starostów tatrzańskich. Był też redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Ryszard Golański oraz szef Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL Jacek Tętnowski. Wszyscy brali udział w dekoracjach medalowych, a do rozdania było 360 medali!

Największą popularnością cieszył się turniej piłkarski. W finale Zabrze pokonało w rzutach karnych Toruń, wygrywając szósty z kolei turniej, w tym tegoroczne Medigames. Królem strzelców został Michał Kaczyński (Zabrze). Brąz dla Wojskowej Izby Lekarskiej. Rozegrano też turniej seniorów. Tu wygrał Toruń przed Krakowem i Przemyślem.

Na wysokim poziomie stała koszykówka, a wielokrotny mistrz, Grodno, nie „załapał się” na podium, m.in. przegrywając po czterech dogrywkach z Lublinem! W finale pewnie wygrała Warszawa, drugi był wracający do świetności Lublin, trzecie Katowice.

Mękę przeszli siatkarze. Cały czwartek grali w plażówkę w prze-

FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI

Tatrami

nikliwym zimnie, a potem przez dwa dni toczyli boje na hali. Pierwsze Katowice przed Mińskiem i drużyną z Bielska Białej/Wrocławia. W turnieju pań złoto dla Lublina, srebro dla Katowic, a brąz dla Wrocławia. W plażówce I miejsca: Rafał Pustelnik/Michał Leśnikowski, Krzysztof Makuch/Grzegorz Sapeta oraz Ola Wabik/Zofia Nowicka.

Tradycyjnie późno w nocy skończono badminton. U pań najlepsza łodzianka Joanna Kaszuba, u panów: Wojciech Król, Jarosław Dójczyński, Mirosław Steć i Andrzej Tomczak. Nocą grano też w squasha. Tu także wygrała Joanna Kaszuba oraz Krzysztof Goral, Rafał Drygałski i Wojciech Jurasz.

Popularny na igrzyskach tenis stołowy podzielił medale: w singlach panów Mateusz Gałuszka, Andrzej Kapłon, Andrzej Wnęk, Paweł Daszkiewicz, Zbigniew Stefański, u pań mistrzynią jest Grażyna Wagner-Kozioł.

Tenis ziemny ponownie okazał się najtrudniejszy do organizacji. Lekarze w Zakopanem biegają bowiem między stadionami, przez co trudno się im spotkać na korcie. Ale taki jest urok igrzysk, różny od innych turniejów. Wiele to się jednak podoba, sądząc po frekwencji na kortach COS.

Na pływalni COS pojawiły się nowe twarze, ale dawnym mistrzom udało się utrzymać prymat. Wśród pań brylowała 8-krotna złota medalistka Ewa Zimna-Walendzik (Łódź), poza tym Ola Herman (Katowice), Dorota Wiesiołek (Turek), Jagoda Molska, Danuta Ziarko. Wśród panów 7 złotych krążków zdobył Jeremi Pawlak (Łódź), poza tym czołowe pozycje zajęli: Marek Trzensiok (Katowice), Piotr Kalinowski (Włocławek), Jan Wilczek, Krzysztof Kaczmarek, Krzysztof Kaźmierczak, Jerzy Leszczyński (Warszawa), Tomasz Rechberger, Janusz Schabowski (obaj z Lublina).

Na lekkoatletycznym tartanie wśród pań dominowały: Elżbieta Warzecha (Łęborg) – 9 złotych medali,



Małgorzata Gąsowska (Płock), Oliwia Gawlik (Łódź), Patrycja Kowalska (Lublin), Joanna Kała i Alina Sowa, a wśród panów Konrad Bońda (Warszawa), Stefan Madej (Katowice), Julian Pełka (Toruń), Andrzej Kacała (Wieluń), Włodzimierz Dłuziński (Łódź), Leszek Albiniak (Olkusz), Leszek Stecula (Bytom), Jakub Gołyski,

**Organizatorzy zapraszają
na X Igrzyska Lekarskie
w dniach 5-9 września
2012 r. Będzie piękny
jubileusz i wielka feta!**

Zenon Krukowski, Adam Kabiesz, Łukasz Lubelski, Adam Siekirski i wielu innych. Klasą w biegach długich był oczywiście mistrz z Sandomierza – Jacek Łabudzki, który dla żartu przebiegł trasę MTB w czasie nie gorszym niż kolarze oraz zapowiedział na przyszły rok organizację na tej trasie (na zboczach Krokwi) MTB.

Kolarze szosowi tym razem ścigali się i w Kuźnicach, i nad Jeziorem Czorsztynskim. Wśród pań najlepiej prezentowały się: Katarzyna Klimala z Częstochowy, siostry Jur-

kiewicz z Tarnowa, a wśród panów Michał Małysza z Lublina (najszybszy), Dariusz Morawiec z Opola, Stanisław Kołodziej z Ostrowca Św.

W triathlonie najszybszy Piotr Kalinowski (Włocławek), Jan Plaskacz (Rzeszów), Michał Niewczas (Lublin) i Piotr Mikołajski (Będzin) oraz Małgorzata Szeszo (Białystok). W dyscyplinach szosowych, i nie tylko, znakomicie prezentowała się 3-osobowa rodzina Zajuszów z Andrychowa (liczne medale), Szafranków (Chełm) i Sobelów (Wodzisław).

W turniejach golfa, organizowanych przez Artura Czekierdowskiego z Lublina, zagrało 30 (rekord) uczestników. Strzelanie jak zwykle zdominowało małżeństwo Chmichowskich ze Świętochłowic. Komu było mało w dzień, mógł jeszcze do późnych godzin grać w brydża lub scrabble albo podźwigać ciężary, posłuchać koncertów w namiocie ewentualnie iść na dyskotekę. Atmosfera była wspaniała. Organizatorzy zapraszają na X Igrzyska Lekarskie w dniach 5-9 września 2012 r. Będzie piękny jubileusz i wielka feta!

W tej krótkiej relacji trudno zamieścić nazwiska wszystkich medalistów. Pełne wyniki oraz zdjęcia do pobrania na stronie www.igrzyskalekarskie.org. ●

Dookoła Mont Blanc

Po trzech latach przerwy (kilka maratonów i pięć ultramaratonów), po uzyskaniu stosownej liczby punktów oraz dzięki szczęśliwemu uśmiechowi losu, pod koniec sierpnia zjawiłem się w Alpach, by stanąć do kolejnej wielkiej bitwy, a mianowicie górskiego biegu dookoła Mont Blanc (Ultra Trail du Mont Blanc), drugiego po Spartathlonie topowego biegu ultramaratońskiego w Europie.

JACEK ŁABUDZKI

Bieg ten cieszy się renomą na całym świecie – w tym roku chęć startu w nim zgłosiło 4000 biegaczy, lecz ze względu na limit (2300 osób) odbyło się losowanie. Byłem jednym z 10 Polaków, którym szczęście dopisało i wraz ze swoimi towarzyszami, Zbyszkciem i Edwardem, ruszyliśmy z Chamonix, aby obieć dookoła Białą Górę.

Ze względu na załamanie pogody najpierw przełożono nam start z godz. 18.30 na 23.30, by później kilkakrotnie modyfikować trasę (SMS-y od organizatorów w trakcie biegu). Z przewidzianych 166 km zrobiło się 170 km, a suma przewyższeń wzrosła z 9400 m do 9700 m. Barwny karawan ruszył w strugach deszczu przy taktach „Rydwonów Ognia” Vangelisa i ogłusza-

jącym dopingiem kibiców w trasę przez trzy kraje: Francję, Włochy i Szwajcarię, aby z powrotem zameldować się na mecie w Chamonix.

W czasie czterech pierwszych godzin biegu zmokliśmy doszczętnie, na zbiegach wielu zaliczyło „glebę”, by następnie najpierw w mroku nocy, a później o brzasku poranka zdobywać coraz to nowe szczyty i przełęcze na coraz większych wysokościach. Oczywiście odcinki pod górę w ekspozowanym terenie pokonywaliśmy marszem asekurowując się kijami, bowiem stopień ekspozycji był porównywalny ze szlakami wytyczonymi w naszych Wysokich Tatrach np. na Rysy. Na wysokości 2200 m n.p.m. napotkaliśmy świeży śnieg, który jeszcze potem niejednokrotnie dawał nam się we znaki.

Pomimo niesprzyjającej aury czułem się bardzo dobrze, „noga podawała”, tak że dosyć płynnie przemieszczałem się przez kolejne punkty kontrolne (na całej trasie było ich ponad 20). Na granicy francusko-włoskiej (przełęcz Col de la Seigne) przywitała nas kolejna kurniawa z opadem typu „kaszka manna”, ale na szczęście włoskie doliny przywitały nas słońcem, które osiągnęło swoje apogeum w kurorcie Courmayeur, do którego zawitaliśmy około godziny 13.00 następnego dnia (byliśmy mniej więcej w połowie trasy). Ja nadal czułem się bardzo dobrze, bogaty w doświadczenia z Grecji, oprócz pożywienia serwowanego w punktach kontrolnych w niewralgicznych momentach, tj. pod długimi podejściami, często o przewyższeniu 2000 m, korzystałem z batonów oraz żeli energetycznych. Niestety, mój kompan ze Spartathlonu Zbysiu, z którym do tej



FOT.: JACEK LABUDZIN

pory razem pokonywaliśmy trudy trasy, poczuł się gorzej, miał problemy żołądkowe, nie mógł przyjmować żadnych posiłków, poprosił o 1,5-godzinną przerwę na sen. Ponieważ mieliśmy duży zapas w stosunku do wyznaczonego w tym miejscu limitu czasu przez organizatorów, przystałem na jego życzenie. Jak się okazało, w tym miejscu plasowaliśmy się w pierwszych trzech setkach biegaczy, mając za sobą ponad 2000. Pomimo tego odpoczynku, po wyruszeniu w dalszą drogę Zbysiu nadal nie był sobą i nasze tempo robiło się coraz wolniejsze. Na 90. kilometrze doszedł nas Edward, który cały czas biegł za nami i od tej pory postanowiliśmy biec razem, w trójkę, nawzajem się wspierając. O godzinie 20.00, po morderczej wspinaczce w niewiarygodnym wietrze i temperaturze ok. 0 st. C, osiągnęliśmy przełęcz Col du Grand Ferret (2537 m n.p.m.)

Znajdowaliśmy się na granicy między Włochami i Szwajcarią. Zmarznięci do szpiku kości wyciągnęliśmy z plecaków wszystkie możliwe ciepłe rzeczy – czapki, rękawiczki, kurtki, polary, aby stracić jak najmniej energii, wszakże przed nami jeszcze 70 km dystansu.

Trzeba bowiem wiedzieć, że ekwipunek każdego biegacza musi zawierać 17 pozycji obowiązkowych, oprócz odzieży – apteczkę, dwie czołówki, gwizdek, zapas żywności i picia, tele-

fon komórkowy. Elementy te są szczegółowo sprawdzane w punktach kontrolnych w czasie biegu. Ich brak powoduje automatyczną dyskwalifikację zawodnika.

Weszliśmy w drugą już noc – w oddali słychać było rytmy muzyki tanecznej (ostatni weekend wakacji), a my cały czas w dół i pod górę do następnego punktu. Ten odcinek dłużyl nam się najbardziej. W końcu koło północy zameldowaliśmy się w La Fouly na 110. kilometr trasy. Zbyszek dalej niedomagał, jednakże po krótkiej naradzie bojowej postanowiliśmy iść do kolejnego punktu w Champex na 124. kilometr i tam odpocząć przed decydującym starciem.

Około 3.00 nad ranem zameldowaliśmy się w Champex, z trudem wynajdując ostatnie wolne materace, by na dwie godziny zapomnieć o wszystkim. Przed szóstą z trudem zmobilizowaliśmy nasze mięśnie i siebie samych do dalszego wysiłku. Jeszcze jeden plasterzek pysznego szwajcarskiego, oślego salami, łyk kawy i ruszyliśmy dalej w drogę. Przed nami długi zbieg – kilkanaście kilometrów do Martigny (700 m n.p.m.), by na następnych kilku kilometrach wznieść się na 2000 m n.p.m. Jest dobrze, Zbyszek odzyskał wigor, mnie i Edwardowi cały czas „noga podaje”. Po drodze minęliśmy Trient, gdzie w pięknym słońcu oczekiwali na nas

moi synowie Piotr i Bartłomiej, robiąc nam zdjęcia i zagrzewając do dalszego boju. Do mety pozostało 16 km. Jeszcze tylko jedna góra, a za granicą szwajcarsko-francuską tylko parę „kępek” i będziemy z powrotem w Chamonix. Te ostatnie kilometry to w odróżnieniu od Grecji nagły przypływ pozytywnej energii. Prawie wszyscy zawodnicy przemieszczali się tempem spacerowym, a my biegliśmy. Jak obliczył Edward, na ostatnich 40 kilometrach wyprzedziliśmy około 150 rywali.

Na metę w Chamonix wbiegliśmy razem. Tłumy widzów oklaskują każdego, kto ukończy bieg, bowiem każdy „finisher” jest tutaj zwycięzcą. W sumie pokonanie tej morderczej trasy (mając po drodze cztery pory roku) zajęło nam nieco ponad 41 godzin, przy limicie 46 godzin. Uplasowaliśmy się w połowie stawki, która zdołała dobiec do celu. Biegu nie ukończyła ponad połowa uczestników, w tym czterech Polaków.

Europa została zdobyta. Teraz kolej na świat. Aby na stałe wpisać się do historii, trzeba jeszcze ukończyć Comrades Marathon w RPA, Marathon des Sables (Sahara, Maroko), Western State Endurance Run – 100 mil w Górach Skalistych (Kalifornia, USA) i Badwater – 130 mil w Dolinie Śmierci w Kalifornii (do tej pory nie startował tam żaden Polak). ●



FOT.: RYSZARD GOLĄSKI

Sasanki na Kisajnie

W pierwszych dniach września w Ośrodku Almatu w Giżycku odbyły się już XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy.

ZBIGNIEW GUGNOWSKI

Przy letniej pogodzie na jeziorze Kisajno 28 załóg z całego kraju rywalizowało o tytuł Mistrza Polski Lekarzy. Zawody rozegrane zostały na jachtach klasy sasanka systemem przesiadkowym. Każda tura wyścigów poprzedzona była losowaniem nowego jachtu, przy czym jachty, które zajęły miejsca w drugiej części stawki losowane były dla załóg, które w danej turze zajęły czołowe miejsca. Pogoda jak dla żeglarzy mogła być nieco lepsza. Przy słabych i średnich wiatrach swój kunszt mogli i pokazali ci, co już wcześniej udowodnili, że sztuka żeglarstwa regatowego nie jest im obca. Na uwagę zasługuje drugie kolejne zwycięstwo załogi z Poznania, dowodzonej przez sternika Marka Kmiecica.

W ostatnim dniu regat rozegrany został bieg memoriałowy o Puchar dr. Władysława Lipeckiego, zmarłego przed kilku laty organizatora i sędziego tych regat. W odróżnieniu od biegów regatowych, bieg memoriałowy rozegrany został w formie długodystansowego. Zwycięsko w tej rywalizacji wypadła załoga sternika Macieja Sadowskiego z Olsztyna.

Trzydniowe regaty to nie tylko rywalizacja na wodzie. Jak zwykle organizatorzy zapewnili liczne dodatkowe atrakcje. W pierwszym dniu, w trakcie lekarskiej biesiady żeglarskiej, mogliśmy podziwiać wzbudające ogromny aplauz uczestników występy artystyczne poszczególnych załóg rywalizujących w regatach.

Drugi dzień, a w zasadzie druga noc umilił wszystkim znany szeroko zespół szantowy „Trzy Refy” w składzie: Izabela Puklewicz – skrzypce, Maciej Łuczak – voc., gitara; Jerzy Ozaist – voc., bodhrán, Zbigniew Zakrzewski – voc., drumla, Wiktor Bartczak – fłażolety, mandolina, gitara i Jerzy Rogacki – voc., anglo-concertina, którzy zaprezentowali muzykę szantową, pieśni morskie, pieśni wielorybnicze, ballady rybackie, pieśni o bitwach morskich oraz muzykę instrumentalną opartą na folklorze irlandzkim, szkockim, angielskim i bretońskim, przy której wszyscy znakomicie się bawili do późnych godzin nocnych.

Medale i nagrody zwycięzcom regat wręczyli wiceprezes NRL Anna Lella oraz komandor regat Bogdan Kula, szef Komisji Sportu i Rekreacji Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

Regaty odbyły się dzięki wsparciu finansowemu Naczelnej Izby Lekarskiej, firmie ubezpieczeniowej Inter Polska oraz firmie Apotex.

Końcowa klasyfikacja regat na stronie www.wmil.olsztyn.pl ☉

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE



Wydział Lekarski

AM we Wrocławiu, rocznik 1986

Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1986 – 25 lat po dyplomie, odbędzie się 3.12 br. (sobota) o godz. 19.00 w Starej Garbarni (Wrocław-Leśnica). Osoby zainteresowane udziałem w tym spotkaniu towarzyskim są proszone o zgłoszenie swojego uczestnictwa drogą mailową do Doroty Kuśtrzyckiej-Kratochwil (dkratochwil@plusnet.pl). Prosimy o podanie ewentualnego udziału osoby towarzyszącej.

Wpłaty w wysokości 250 zł od osoby do 15.11 br. na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, z dopiskiem „Zjazd 1986” oraz podaniem danych uczestnika (uczestników) lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poziom -1). Oczekujemy na szybki odzew! W imieniu organizatorów: Halina Jamróży-Morawiak, Dorota Kuśtrzycka-Kratochwil, Małgorzata Firkowska-Skóra, Hanna Gerber, Małgorzata Winiarska.

KOMUNIKAT
W SPRAWIE NUMERU NIP

Od 1 WRZEŚNIA 2011 R.

ULEGŁ ZMIANIE ZAKRES DANYCH

IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ, PODAWANY
W DOKUMENTACH UBEZPIECZENIOWYCH PRZEKAZYWANYCH
DO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W BLOKU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ NALEŻY
PODAWAĆ JAKO NUMER IDENTYFIKACYJNY NUMER PESEL, A W RAZIE, GDY
UBEZPIECZONEMU NIE NADANO TEGO NUMERU – SERIE I NUMER DOWODU

OSOBIŚTEGO LUB PASZPORTU. ZATEM W DOKUMENTACH

UBEZPIECZENIOWYCH SKŁADANYCH OD 1 WRZEŚNIA 2011 R.

NIE POWINIEN BYĆ UŻYWANY NUMER NIP JAKO NUMER IDENTYFIKACYJNY
OSOBY UBEZPIECZONEJ. NUMER NIP OSOBY UBEZPIECZONEJ NIE MUSI BYĆ
TAKŻE PODAWANY NA DRUKACH ZWOLNIEŃ LEKARSKICH – ZUS ZLA. DO-
TYCZY TO JEDNAK

TYLKO NUMERU NIP OSOBY UBEZPIECZONEJ,

NIE DOTYCZY NATOMIAST NUMERU NIP PŁATNIKA,

CZYLI PRACODAWCY, KTÓRY TO NUMER

NA DRUKACH ZUS ZLA NADAL MUSI BYĆ WPISYWANY.

WIĘCEJ NA STR. WWW.ZUS.PL

KOMUNIKAT KAPITUŁY ODZNACZENIA
MERITUS PRO MEDICIS

SZANOWNE KOLEŻANKI, SZANOWNI KOLEDZY

ZAPRASZAM WSZYSTKICH CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH DO ZGŁASZA-
NIA KANDYDATUR OSÓB, KTÓRE W SZCZEGÓLNY SPOSÓB ZASŁUŻYŁY SIĘ

DLA NASZEGO SAMORZĄDU I WASZYM ZDANIEM ZASŁUGUJĄ

NA ODZNACZENIE MERITUS PRO MEDICIS.

WNIOSKI O NADANIE ODZNACZENIA MOGĄ SKŁADAĆ TAKŻE ORGANY

IZB LEKARSKICH. MOŻE ONO BYĆ PRZYZNAWANE LEKARZOM I LEKARZOM

DENTYSTOM ORAZ INNYM OSOBOM SZCZEGÓLNIIE ZASŁUŻONYM

DLA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO.

WNIOSKI MOŻNA POBRAĆ ZE STRONY INTERNETOWEJ NACZELNEJ IZBY

LEKARSKIEJ: [HTTP://WWW.NIL.ORG.PL/XML/NIL/ODZNACZENIA/MPM](http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm),NA KTÓREJ JEST WIĘCEJ INFORMACJI O ODZNACZENIU I ZASADACH JE-
GO NADAWANIA. WYPEŁNIONE WNIOSKI NALEŻY NADSYLAĆ NA ADRES:

NACZELNA IZBA LEKARSKA, UL. SOBIESKIEGO 110, 00-764 WARSZAWA

Z DOPISKIEM NA KOPERCIE: MERITUS PRO MEDICIS LUB URSZULA.ROL-

CZYK@HIPOKRATES.ORG – W TERMINIE DO 30 LISTOPADA 2011 R.

ROMUALD KRAJEWSKI

KANCLERZ KAPITUŁY ODZNACZENIA MERITUS PRO MEDICIS

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ
ZAPRASZA NA WARSZTATY:

„JAK PRACOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM
– WSTĘP DO UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJ-
NYCH”: 13.10.2011, 28.10.2011, 16.11.2011,
08.12.2011.

„WYSTĄPIENIA PUBLICZNE – WARSZTATY”
CZĘŚĆ I – 22.11.2011, CZĘŚĆ II – 29.11.2011.

„TECHNIKI NEGOCJACJI – WARSZTATY”:
19.10.2011, 25.11.2011.

„ASERTYWNOŚĆ I ROZWIĄZYWANIE KON-
FLIKTÓW W RELACJI PACJENT-LEKARZ”
POZIOM PODSTAWOWY: 24.11.2011.

„TRENING ASERTYWNOŚCI I ROZWIĄZY-
WANIE KONFLIKTÓW W RELACJI PACJENT-
LEKARZ” POZIOM ZAAWANSOWANY:
03.11.2011.

„RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I PRZECIW-
DZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU”:
06.10.2011, 27.10.2011, 15.12.2011.

„WARSZTATY SKUTECZNYCH NEGOCJA-
CJI”: 04.10.2011, 06.12.2011.

„MOBBING – PRZEMOC PSYCHICZNA
W MIEJSCU PRACY – JAK ROZPOZNAWAĆ,
ZAPOBIEGAĆ, POSTĘPOWAĆ?”: 26.10.2011.

„BUDOWANIE I PRACA W ZESPOLE”:
18.10.2011, 17.11.2011.

„ANALIZA TRANSAKCYJNA JAKO METODA
REAGOWANIA NA ZACHOWANIA AGRESYW-
NE”: 10.10.2011, 30.11.2011.

„PSYCHOMANIPULACJE”: 24.10.2011,
28.11.2011.

WARSZTATY ODBYWAJĄ SIĘ W SIEDZI-
BIE NIL W WARSZAWIE PRZY UL. SO-
BIESKIEGO 110. UDZIAŁ JEST BEZPŁAT-
NY DLA CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH
OPLACAJĄCYCH REGULARNIE SKŁADKI
CZŁONKOWSKIE. UCZESTNICY WARSZ-
TATÓW OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJ-
NE. W CELU ZAPISANIA SIĘ NA WYBRANE
WARSZTATY NALEŻY POBRAĆ FORMU-
LARZ ZGŁOSZENIOWY, KTÓRY ZNAJDU-
JE SIĘ NA STRONIE INTERNETOWEJ: WWW.ODZ.NIL.ORG.PL I PO JEGO WYPEŁNIENIU
PRZESŁAĆ DO ODZ E-MAILEM: ODZ@HIPOKRATES.ORG BĄDŹ FAKSEM: (22) 559
02 70. TEL.: (22) 559 02 69,
(22) 559 02 86.

R E K L A M A

PREMIERA „KORMORANÓW”

Z OKAZJI XX-LECIA DZIAŁALNOŚCI CHÓRU „MEDICI PRO MUSICA” ZAPRASZAMY 26 LISTOPADA BR. DO NOWEJ FILHARMONII WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ NA KONCERT JUBILEUSZOWY. CHÓR POWSTAŁ W KOŃCU 1991 R., JAKO PIERWSZY W POLSCE ZESPÓŁ WOKALNY, SKUPIAJĄC LEKARZY RÓŻNYCH SPECJALNOŚCI OGARNIĘTYCH WSPÓLNĄ PASJĄ MUZYKOWANIA. POCZĄTKOWO LICZYŁ 10 LEKARZY. ROZRSTAŁ SIĘ Z CZASEM, AŻ DO AKTUALNEGO 30-OSOBOWEGO SKŁADU. OBECNIE CHÓR PROWADZI MAŁGORZATA WAWRUK. JEJ REPERTUAR JEST RÓŻNORODNY I OBEJMUJE ZARÓWNO PIEŚNI DAWNE, JAK I KOMPOZYCJE WSPÓŁCZESNE, UTWORY MUZYKI POWAŻNEJ I STANDARDY ROZRYWKOWE A CAPELLA, A TAKŻE UTWORY WOKALNO-INSTRUMENTALNE Z TOWARZYSZENIEM ORKIESTRY. KAMERALNY CHÓR LEKARZY „MEDICI PRO MUSICA” WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OLSZTYNIE PRZEZ 18 LAT PROWADZIŁ BOGUSŁAW PALIŃSKI, ABSOLWENT KATEDRY WYCHOWANIA MUZYCZNEGO WSP W OLSZTYNIE. TO WŁAŚNIE PIERWSZEMU DYRYGENTOWI ZESPÓŁ ZAWDZIĘCZA GŁĘBOKIE POSZANOWANIE TRADYCJI CHARAKTERYSTYCZNE DLA PREZENTOWANEGO REPERTUARU. „MEDICI PRO MUSICA” KONCERTUJE PRZED EWSZYSTKIM DLA ŚRODOWISKA LEKARSKIEGO, UŚWIETNIAJĄC RÓŻNE WAŻNE WYDARZENIA (KONFERENCJE, ZIAZDY). CHÓR MIAŁ MOŻLIWOŚĆ WSPÓŁPRACY Z EUROPEJSKĄ ORKIESTRĄ LEKARZY, Z KTÓRĄ M.IN. DWUKROTNIE WYKONAŁ „IX SYMFONIĘ” LUDWIGA VAN BEETHOVENA W POZNANIU (ROK 2004 I 2009). WIELE MUZYCZNYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ ZOSTAŁO ZREALIZOWANYCH PRZY WSPÓŁPRACY Z CHÓREM LEKARZY „REMEDIUM” ZE SZCZECINA (WYKONANIE „REQUIEM D-MOLL” W.A. MOZARTA W ROKU 1999, ORATORIUM „MESSA DI GLORIA” G. PUCCINIEGO W ROKU 2000, „COMPLETORIUM” G.G. GORCZYCKIEGO W RAMACH INAUGURACJI VI MIĘDZYNARODOWEGO FESTIWALU „MUZYKA W KATEDRZE” W KOŁOBRZEGU W ROKU 2006 ORAZ „MSZY KORONACYJNEJ C-DUR” W.A. MOZARTA W SZCZECINIE W ROKU 2008). W ROKU 2006 CHÓR ZDOBYŁ WYRÓZ-

NIE NIE NA V MIĘDZYNARODOWYM FESTIWALU MUZYKI CHÓRALNEJ IM. F. NOWOWIEJSKIEGO W BARCZEWIE. „MEDICI PRO MUSICA” WIELOKROTNIE PREZENTOWAŁ SIĘ ZA GRANICĄ (KONCERTY NA LITWIE, W SZWECJI, NIEMCZACH), A TAKŻE BRAŁ UDZIAŁ W III MIĘDZYNARODOWYM FESTIWALU CHÓRÓW I ORKIESTR „LAGO DI GARDA” WE WŁOSZACH. W RAMACH OBCHODÓW JUBILEUSZU USŁYSZYMY NIE TYLKO NASZ OLSZTYŃSKI CHÓR LEKARZY, DZIAŁAJĄCY OD 20 LAT PRZY WSPARCIU IZBY WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ, ALE RÓWNIEŻ CHÓR

„REMEDIUM” OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ ZE SZCZECINA WRAZ Z ZAPROSZONYMI SOLISTAMI. W PROGRAMIE „GLORIA” VIVALDIEGO I MUZYKA A CAPELLA, A W TYM PREMIEROWE WYKONANIE CHÓRALNE „KORMORANÓW”, KOMPOZYCJI PROF. JERZEGO WOY-WOJCIECHOWSKIEGO. LICZYMY NA NIEZAPOMNIANE PRZEŻYCIA ARTYSTYCZNE. PREZYDIUM WMIL INFORMACJE, BILETY: WARMIŃSKO-MAZURSKA IZBA LEKARSKA W OLSZTYNIE, UL. ŻOŁNIERSKA 16C, WWW.WMIL.OLSZTYN.PL, TEL.: (89) 539 19 29.




KONCERT JUBILEUSZOWY

z okazji 20-lecia Chóru Lekarzy
MEDICI PRO MUSICA



w programie:

muzyka choralna à cappella
Antonio Vivaldi
„Gloria” D-dur RV 589

wykonawcy:

Chór Lekarzy „Medici pro Musica”
Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie

Chór Lekarzy „Remedium”
Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Orkiestra Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej

soliści:

Małgorzata Wawruk – I sopran
Dorota Michałowska – II sopran
Marta Panfil – alt

dyrygenci:

Magłorzata Wawruk
Ryszard Handke
Marcin Wawruk

Filharmonia Warmińsko-Mazurska
im. Feliksa Nowowiejskiego w Olsztynie
26 listopada 2011 r., godz. 18⁰⁰

informacje: Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie, ul. Żołnierska 16c, www.wmil.olsztyn.pl, tel. 89 539 19 29






Oglądając debatę o zdrowiu, czułem się jak bohater skeczu Kabaretu Dudek stojącego przed wyborem „słusznej” kolejki. Jednym z argumentów przekonujących Wiesława Michnikowskiego do ustawienia się we „właściwym ogonku” było stwierdzenie: „Nasza kolejka jest ważniejsza, bo my jesteśmy mądrzejsi”.

Wybór kolejki

» Różnica między kabaretem a rzeczywistością jest jednak taka, że kolejka chorych nie stoi „do niczego”, prezentując jedynie swoje racje i będąc alternatywą jałowych gestów w zamian za jałowe słowa. Ustawia się niezmiennie do szpitali i przychodni, by móc skorzystać z coraz nowocześniejszej aparatury diagnostycznej i metod terapii pod kierunkiem dobrze wykształconego personelu. Natomiast politycy odwrotnie, sprawiają wrażenie, jakby nic się od zakończenia socjalizmu nie zdarzyło. Ich kolejka jest ważniejsza, a pomysł na uzdrawianie ludzi cudowny, jedyny i niepodlegający dyskusji.

» Dlatego właśnie ochrona zdrowia jest zaklętym kręgiem, z którego od dwudziestu z górą lat działać nie potrafią wyjść. Dzieje się tak głównie z powodu braku odwagi w mówieniu prawdy o niewydolnych systemach, które z powodu niedostatecznej ilości środków finansowych wydolne nie będą nigdy. Brakuje wizji zdrowego społeczeństwa, zamiany hasel wyborczych na hasła organizujące nas wokół profilaktyki i wczesnego rozpoznawania zagrożeń, które, jeśli stracimy czas, i tak nieuchronnie skończą się śmiercią pacjenta i utra-



tą niebagatelnym sum z budżetu. Biedny naród i w tym wypadku zapłaci dwa razy.

» Zamiast tego bałwochwalczo wierzymy w uporządkowanie kolejki, czyli mechanizm biurokratyczno-informatyczny, który policzy, ujawni na stronach internetowych, będzie przejrzysty jak liza, zbilansowany i jednorodny. Urzędnicy kochają papier, tabele, statystyki, komputery, plastikowe karty i elektroniczne dokumentacje – wszystko z mocy rozporządzeń, zarządzeń, uchwał, ustaw, orzeczeń, wytycznych, instrukcji i dyrektyw. Kto za to zapłaci? Przepraszam, to takie niestosowne pytanie podczas biegu do wyborczej urny. Już nigdy się to nie powtórzy.

» Stoimy przed kolejnym wyborem. To przecież prowokacja. Wybieramy między pustymi sloganami, które nie przyniosą żadnych zmian, jeśli nie znajdzie się ktoś brutalnie objaśniający rzeczywistość. Porównanie szpitala do sklepu mogłoby być pierwszym odważnym krokiem, gdyby nie zabrakło drugiego zdania, że na końcu każdego osiedlowego sklepiku i wykwintnej galerii handlowej ustawiony jest rząd kas, a koszyk dóbr gwarantowany jest siłą karty płatniczej nabywcy.

» – Kolejka, którą tworzymy jest kolejka słuszną. Staliśmy, stoimy i będziemy stali w naszej kolejce. Nie mó-

wimy, że stoi nam się łatwo, ale stoimy w ważnej kolejce i o to stoimy – mówią rządzący. A co odpowiada opozycja? – Nie potrzebuje nic mówić. Z gadania nic nie wynika. Wynika ze stania. Przyszłość pokaże, że nasza kolejka jest słuszną i ważną kolejką, a my na tamtą kolejkę gwizdźmy.

» Ludzie chcą być zdrowi, ale chcą także być bogaci, mądrzy, szanowani. Zdrowie można nadal rozdawać na ulicznym billboardzie bez żadnych konsekwencji. Na wszystko inne trzeba zapracować. Przyjdzie czas, kiedy i to się zmieni. Razem zrobimy więcej? Na razie stoimy w kolejce. ☉



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 160 000 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

„Gazeta Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Jerzy Badowski (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

Projekt graficzny, skład,

druk, kolportaż, reklama:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordynacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: 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: aldona.ciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

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

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałazka

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

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Magdalena Maj-Nowisz

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

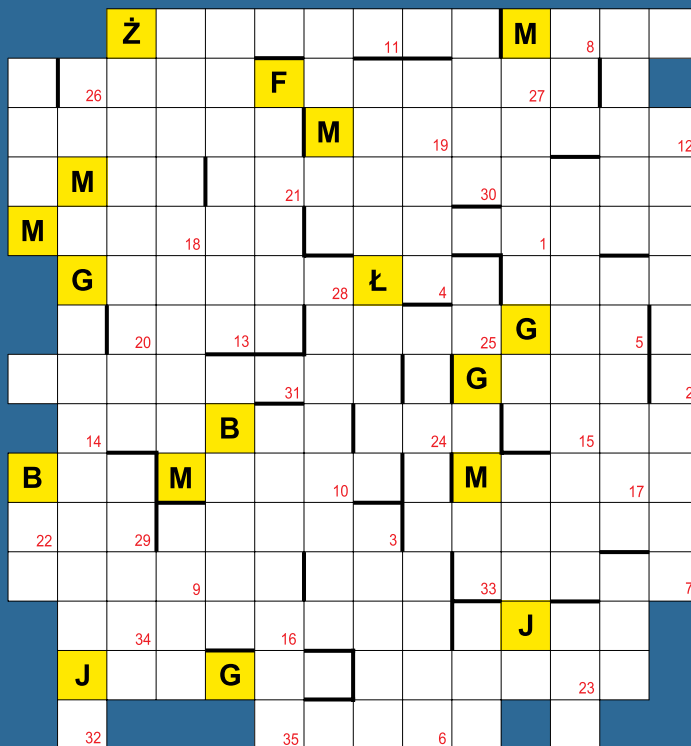
e-mail: magda.maj@axelspringer.pl

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



Jolka lekarska 171

BJER



Objaśnienia 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, J, Ł, M i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 listopada br. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

• zlepianie się erytrocytów • Północna z Phenianem • portret, podobizna • von Welsbach, promotor oświetlenia gazowego • słowackie tak • Ramzes • tatarak • epoka • jezioro pod Pasymiem • Centralna Agencja Wywiadowcza • cimetydyna • kielich goryczy • autor „Państwa bez stosów” • kuna leśna • białucha • landrynki i karmelki • diathesis • ma skrzydła przy górnej części kadłuba • hasło, motto • nasz huragan • napad • port z rafinerią w Sinaloa • zbiór podań o bogach i herosach • produkt z kości, chrząstek i rybich łusek • król Judei, syn Abiama • córka Ledy i Zeusa • twarda guma • po Baranie • Północna z Raleigh • biznes • trądzik (łac.) • ateńska doktryna hedonistyczna • pierwszy człowiek • z jego żebra • lamantyna • szef Zefira • elewator zbożowy znad Motławy • Lars, noblista z 1968 • cenny starość • stolica regionu Centre • angielska dziewczyna • parzy i leczy • główne urzędy • James, idol lat 50. • koniec etapu • szał malajski • siła zmniejszająca prędkość • w Lombardii z torem F1 • odmiana złocienia • hałas • briofilum • autor „Przygód Hucka” • tajlandzka złotówka • niedoczynność (łac.) • niemiecki myśliwy • Indianie znad Orinoko i Amazonki • 03 • stolica Vaud • z mane i fares • droga w parku • sławne stanowisko antropologiczne w Westfalii

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 169 („GL” nr 8/2011)

Niewolnikiem jest ten, kto nie umie wyrazić swoich myśli. Eurypides

Nagrody otrzymują: Krystyna Czopik (Jarosław), Barbara Fiedor-Kryśka (Piekelnik), Adam Górnik (Radzyń Podlaski), Władysław Saj (Warszawa), Władysław Tejchman (Rzeszów), Lidia Wejs-Łapińska (Klepacze)

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Elsevier Urban & Partner, Instytut Żywności i Żywienia i progress. Nagrody prześlemy pocztą.

