



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 204

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

„A w Portofino jest jesień już...”



Fot. Artur Biernacki

Zapraszamy na bezpłatne szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny pracy oraz urologii z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego u mężczyzn powyżej 45 roku życia.

Termin: 20-21.09.2013

woj. opolskie

Miejsce: Hotel Festiwal, ul. Oleska 86,
Opole

Termin: 20-21.09.2013

woj. śląskie

Miejsce: Hotel Słoneczny Młyn, ul. Jagiellońska 96,
Bydgoszcz

Wszelkie pytania oraz zgłoszenia prosimy kierować do pracowników Biura Projektu pod numerami telefonów: (22) 634 93 22 lub (22) 546 32 41. Za udział w szkoleniu gwarantowanych jest 8 punktów edukacyjnych.

Uczestnictwo w szkoleniu można również zgłosić poprzez wypełnienie i przekazanie do Biura Projektu formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie www.mezczyzna45plus.pl. Wypełniony dokument należy przesłać na adres mezczyzna45plus@coi.pl lub za pośrednictwem faksu (22) 546 30 21.



**BĄDź
MĘŻCZYZNĄ.
CHROŃ ZDROWIE!**

www.mezczyzna45plus.pl



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

OD REDAKCJI

Czas szybko mija, a szczególnie szybko uciekają te przyjemne chwile. I tak też jest z wakacjami. Mignęły tylko i znowu czas wracać do pracy. Mam jednak nadzieję, że pomimo niezwykle upalnych ostatnich tygodni mile spędziliście czas i wypoczęci, pełni wakacyjnych wrażeń, bogatsi o nowe doznania i wspomnienia powracacie do swoich codziennych zajęć.

We wrześniowym numerze Biuletynu znajdziecie szereg ciekawych materiałów dotyczących aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Ponieważ jednak ja jestem jeszcze przez wypoczynkiem wakacyjnym, pozwolę sobie na odrobinę lenistwa i nie przedstawię Wam zawartości tego numeru. Natomiast gorąco zachęcam do jego przeczytania. Pozdrawiam serdecznie i do zobaczenia (zaczycia?) za miesiąc.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Sezon urlopowy (piszę te słowa w połowie sierpnia) ma to do siebie, że z reguły brak w nim jakiś spektakularnych wydarzeń, które przykuwałyby uwagę i zmuszały do skomentowania (pomijam oczywiście tragedię Egiptu, która jest czymś bardzo istotnym, ale na szczęście nie związanym bezpośrednio z naszą sytuacją). A jak nie ma niczego świeżego to się wraca do tematów, które w poprzednim czasie były ważne. Tym bardziej, że kończąca się powoli VI kadencja władz odrodzonego samorządu lekarskiego skłania do podsumowywania tego 4-lecia. Gdyby mnie ktoś

w środku nocy obudził i spytał o jedną, najważniejszą cechę tego okresu, to bez wahania wskazałbym na całkowite, wcześniej niewyobrażalne, lekceważenie samorządu przez Ministra Zdrowia. Takiego Ministra w okresie po 1989 roku jeszcze nie było.

W poprzednich rozdaniach ministerialnych można było jeszcze tłumaczyć, że Minister Zdrowia jest ograniczany przez Ministra Finansów i wiele z jego pomysłów nie może się przebić z powodu szczupłości środków. Ale ten Minister nie chciał nawet chcieć. Jego PR-owskie zagrania kończyły się na słowach – po wyjściu z sal konferencyjnych

czy studia telewizyjnego lub radiowego wszystko wracało do normy – czyli braku inicjatywy i woli dogadywania się. Przepraszam, że jestem taki zgorzkniały, ale byłem jednym z tych, którzy w grudniu 2011 r. uwierzyli Ministrowi, który zapewniał, że chce razem z samorządem tak zmieniać prawo w ochronie zdrowia, by wykonywanie zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów było pozbawione zbędnych administracyjnych ograniczeń. By to prawo było dla nich bardziej przyjazne. Słowa, słowa, słowa...

Na koniec coś bardziej pozytywnego i pozytywnistycznego. Wewnątrz numeru znajdziecie krótki artykuł autorstwa Wojciecha Łągiewki, przedstawiciela firmy DSA, który mówi o sposobie zabezpieczenia finansowego w przypadku braku możliwości zarobkowania z powodu nagłej choroby czy wypadku. W sytuacji coraz powszechniejszego wykonywania zawodu w oparciu o umowy cywilno-prawne, a tym samym braku kodeksowych zabezpieczeń socjalnych, być może warto z takiej oferty skorzystać.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 26 czerwca 2013 r. odbyło się kolejne, przedwakacyjne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Na samym początku kol. Lach przedstawił członkom Rady wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Katarzyny Nowogrodzkiej (przeniesienie z DIL),
- Marty Michali (przeniesienie z DIL),
- Alicji Fedczuk (przeniesienie z DIL),
- Katarzyny Krasowskiej (przeniesienie z ŚIL).

Wnioski te zostały przyjęte jednogłośnie.

Następnie Sekretarz przedstawił wniosek o podjęcie uchwały w sprawie zaliczenia przeszkolenia odbytego przez Krzysztofa Bielskiego, który po kilkuletniej przerwie w wykonywaniu zawodu do niego powrócił. Zainteresowany przedłożył potwierdzenia odbycia szkolenia na 6 oddziałach, Prezes potwierdził zaliczenie przez zainteresowanego sprawdzianu ze znajomości aktualnych przepisów, związanych z wykonywaniem zawodu. Także i ten wniosek został przyjęty jednomyślnie.

Dalej Prezes poinformował o korespondencji, jaka była prowadzona między nim, biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesem NRL, która dotyczyła jednego z lekarzy stomatologów. Otóż lekarz ten nie zapewnił dwóm pacjentkom dostępu do dokumentacji medycznej, związanej z ich leczeniem. Pisma Prezesa ORL do zainteresowanego nie przyniosły żadnego rezultatu, więc kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady, że skieruje wniosek do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Ponadto Prezes przedstawił kolejne pismo, jakie wpłynęło od Dyrektora WOMP-u, dotyczące naruszania procedur przez jednego z lekarzy, wykonujących badania profilaktyczne. Ponieważ jest to już kolejne zawiadomie-

nie dotyczące tego samego proceduru, również i w tym przypadku Prezes powiadomi Rzecznika.

W kolejnej części posiedzenia kol. Jakubiszyn przedstawił informację firmy VN Group z Jeleniej Góry – zarejestrowanej w DIL i posiadającej uchwałę Prezydium NRL o spełnianiu warunków do prowadzenia szkolenia – o dwóch kursach pt. „Świadomie o szczepieniach”, które odbędą się 28.06. br. w Nysie i 29.06.br. w Opolu. Kursom tym Rada przyznała po 2 punkty edukacyjne.

Drugim podmiotem, który zgłosił zamiar prowadzenia szkolenia, była firma „LOMA” – Laboratorium Medyczne z Olesna, które w dniu 22.06. przeprowadziło szkolenie z zakresu zakażeń u ciężarnych i interpretacji u takich pacjentek wyników badań serologicznych. Temu szkoleniu także przyznano 2 punkty edukacyjne.

W dalszej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn poinformował, że nie było wniosków o wyrejestrowanie jakiejś praktyki lekarskiej. Jednocześnie powrócił do sprawy sprzed kilku miesięcy dotyczącej konfliktu wokół jednej z praktyk grupowych i członków spółki. Ze względu na fakt, iż konflikt nadal trwa, a dalsze istnienie praktyki grupowej w tym składzie jest – z powodów formalnych – niemożliwe (początkowo brak polisy ubezpieczenia OC jednego z członków spółki; ostatnio taka polisa została przedstawiona, ale osoba ubezpieczona kwestionuje prawo do zawierania ubezpieczenia bez jej zgody), kol. Jakubiszyn zwrócił się z prośbą o upoważnienie Prezydium ORL do podjęcia ostatecznej decyzji o wyrejestrowaniu tej spółki (Prezes czeka na opinię PZU co do ważności kwestionowanej polisy). Przy jednym głosie wstrzymującym się Rada przyjęła tę propozycję.

W tym samym punkcie obrad kol. Jakubiszyn wspominał również o spotkaniu członków Prezydium z przedstawicielem firmy TAMAL, która jest jednym z większych konsorcjów brokerskich na rynku ubezpieczeń. Firma proponuje przedstawienie korzystnej propozycji ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów, z możliwością zawierania umowy ubezpieczenia poprzez internet.

Do Fundusz Samopomocy wpłynął tylko jeden wniosek o przyznanie pożyczki szkoleniowej oraz jeden wniosek o przyznanie zapomogi. Oba wnioski zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Prezes przedstawił również list dotyczący trudnej sytuacji materialnej, w jakiej znajdować się ma jedna z emerytowanych lekarek z terenu Opola. Ponieważ list nie zawierał żadnych konkretnych informacji kol. Jakubiszyn przekazał tę sprawę kol. Chowańcowi do rozpoznania przez Komisję Rencistów i Emerytów.

W części poświęconej konkursom, Prezes przedstawił prośbę Dyrekcji szpitala w Kędzierzynie-Koźlu o wyznaczenie przedstawiciela Rady w komisji konkursowej na Pielęgniarkę Naczelną tego szpitala. Kol. Jakubiszyn zaproponował kandydaturę Rafała Olejnika, która została jednogłośnie zaaprobowana przez Radę.

Następnie Prezes powrócił do sprawy konkursu na Ordynatora Oddz. Wewnętrznego prowadzonego przez szpital w Nysie. Przedstawił kolejne pisma dyrektora szpitala, w których najpierw odwołuje on ten konkurs, po czym otwiera go na powrót. Kol. Kowarzyk, który jest przewodniczącym tej Komisji, przybliżył członkom Rady wszystkie aspekty tej sprawy. Okazało się, że pierwsza decyzja dyrektora szpitala w Nysie o odwołaniu konkursu wynikała z jego przekonania, że obecny ordynator jest w okresie ochronnym (na 2 lata przed emeryturą) – nie ma więc potrzeby ogłaszania konkursu. Jednakże z powodu deklaracji samego zainteresowanego, iż nie zamierza przejść na emeryturę, dyrektor szpitala odwołał swoją poprzednią decyzję i ogłosił konkurs na nowo. Kol. Kowarzyk poinformował, że ogłoszenie, które zostało przekazane do prasy różniło się od tego, które członkowie komisji konkursowej otrzymali wraz z regulaminem, wobec tego wstrzymał postępowanie konkursowe. Ponieważ sprawa jest bardzo „świeża” dalszą dyskusję i ewentualne wnioski postanowiono odłożyć na później.

W części poświęconej składkom Prezes przedstawił jeden wniosek o zwolnienie z obowiązku płacenia składek oraz dwa wnioski o zmniejszenie do 10 zł wysokości składki członkowskiej. Wszystkie 3 wnioski zostały przez Radę zaakceptowane jednogłośnie.

Następnie kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o ostatecznym wykupieniu od miasta na własność działki, na której mieści się nasza Izba. W związku z powyższym otworzyły się wreszcie możliwości przeprowadzenia remontu naszej siedziby. Wobec tego Prezes

zaproponował powołanie zespołu, który miałby nadzorować przebieg prac remontowych Izby i zaproponował do jego składu kol. Kowarzyka jako przewodniczącego oraz kol. kol. B. Hamryszak, M. Łuszczynską-Ostrowską, Z. Kowalika i S. Chruszczyka. Rada przyjęła tę propozycję bez sprzeciwów. Zespół zbierze się po raz pierwszy 3 lipca.

Ponadto kol. kol. Jakubiszyn i Kowarzyk przedstawili pokrótce zakres planowanych prac remontowych, które miałyby objąć m. In. schody wejściowe, zabezpieczenie ciekących tarasów, adaptacje nowych pomieszczeń, wejścia do Klubu Lekarza, parking na terenie ogrodu, instalacje odgromowe, docieplenia, tynki i stolarkę okienną.

W części dotyczącej sprawozdań Prezesa, kol. Jakubiszyn zrelacjonował pokrótce przebieg 2 posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Przewodniczących okręgowych rad lekarskich.

Na Konwencie podsumowano przebieg wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. Potwierdzono nadzwyczaj sprawny przebieg wyborów w trybie korespondencyjnym, który w większości rejonów wyborczych zapewnił już na starcie quorum głosujących.

Ponadto ustalono jednolity sposób postępowania z lekarzami, którzy mieli przerwę w wykonywaniu zawodu powyżej 5 lat i z tego powodu muszą odbyć odpowiednie przeszkolenia. Zostały one ustalone na poziomie od 3 do 12 miesięcy – w zależności od długości przerwy w wykonywaniu zawodu oraz przebiegu pracy zawodowej przed przerwą.

Z kolei pierwsze posiedzenie NRL odbyło się w trakcie trwania Kongresu Polonii Medycznej w Krakowie, podczas którego wręczono – przyznane już według nowych zasad – Odznaczenia „Meritus pro Medicis”.

Na drugim posiedzeniu NRL zatwierdzono budżet na 2013 r. Zajmowano się także brakiem realnych szans na wprowadzenie w 2014 r. e-dokumentacji w ochronie zdrowia, o czym może zdecydować nieprzygotowanie samego resortu i placówek ochrony zdrowia do tego rozwiązania. Przy okazji ustalono, że lekarze seniorzy prawdopodobnie będą mogli liczyć na pewne odstępstwa od przepisów dotyczących e-dokumentacji. Ponadto na posiedzeniu Sekretarz NRL zaapelował o dokonywanie wpłat na konto Fundacji „Lekarze lekarzom” działającej przy NRL.

Prezes przedstawił również Radzie informacje o spotkaniu Prezydium z proponowanym na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ortopedii i Traumatologii dr Markiem Czernerem. Członkowie Prezydium zapoznali się z planami dr Czernera, jako przyszłego Konsultanta Wojewódzkiego i w pełni zaaprobowali jego kandydaturę na to stanowisko.

Część dotyczącą sprawozdań pozostałych członków Rady rozpoczął kol. Kowarzyk, który przedstawił informację dotyczącą przebiegu wyborów delegatów na

Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny nowej kadencji. Frekwencja w rejonach wyborczych wahała się od 25–78%. W najbliższym czasie odbędzie się spotkanie Okręgowej Komisji Wyborczej, która ostatecznie ogłosi wyniki wyborów na Opolszczyźnie. Natomiast Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy odbędzie się najprawdopodobniej w listopadzie br.

Kol. Lach z kolei mówił o świeżo zorganizowanym Reaktywowanym Stressowym Złazie Medyka, w którym uczestniczyło ponad 100 osób. Jednocześnie przekazał wszystkim zainteresowanym członkom Rady wydrukowane z tej okazji specjalne śpiewniki rajdowe i znaczki, jako że nasza izba sfinansowała ich wykonanie.

Kol. Martyniszyn mówił natomiast o spotkaniu z Prezes NFZ, które odbyło się w trakcie Zjazdu Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Poznaniu. Pani Prezes przedstawiła na nim potrzebę zmiany współczynnika dotyczącego realnych kosztów w POZ w poszczególnych przedziałach wiekowych. Na spotkaniu tym rozmawiano również o liczbie nieubezpieczonych, których w naszym województwie jest najwięcej, bo aż 9,6% (przy średniej krajowej 7,1%) ogółu ubezpieczonych.

Kol. Redelbach poinformował o prowadzonych pod egidą Urzędu Marszałkowskiego pracach nad strategią ochrony zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–20.

Kol. Kuzyszyn wspomniął o dwóch spotkaniach rzeczników odpowiedzialności zawodowej z Ministrem Zdrowia (jedno w Ministerstwie, drugie w siedzibie NRL).

W części poświęconej sprawom różnym kol. Chruszyk zwrócił się do Prezesa z prośbą o interwencję u Wojewódzkiego Inspektora San-Epid w sprawie częstotliwości przeprowadzania badań bakteriologicznych w gabinetach lekarskich. Obecnie badania te powinny być przeprowadzane co miesiąc. Kol. Jakubiszyn obiecał skierować odpowiednie pismo.

Posiedzenie Rady zakończyła informacja Prezesa o bieżącej korespondencji, jaka napłynęła w ostatnim czasie do Izby. Po wyczerpaniu programu zebrania, kol. Jakubiszyn zakończył na tym posiedzenie Rady.

Jerzy B. LACH

SZKOLENIA KADRY MEDYCZNEJ

GLÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

Warszawa, dnia 19.07.2013

GIS-PZ-PZ-441 -164/MW/13

Uprzejmie informuję, że Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął rekrutację kadry medycznej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, pediatrów, neonatologów, położników i położnych, pielęgniarek i pielęgniarzy) na szkolenia organizowane w ramach Projektu KIK/68 pt. „*Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych*” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Tematem szkoleń będą kwestie dotyczące wpływu substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu, uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, zasady prowadzenia minimalnej/krótkiej interwencji oraz edukacja pacjenta w zakresie negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (program szkolenia w załączeniu). Za udział w szkoleniu przewidziane są punkty edukacyjne dla lekarzy, które można będzie uzyskać po wypełnieniu testu dostępnego na stronie Projektu (www.zdrowiewciazy.pl).

Zgodnie z założeniami, planowane jest przeprowadzenie 10 szkoleń, w sumie dla 1000 osób, w następujących terminach i województwach:

- MAZOWIECKIE – 6–7.IX.2013
- WIELKOPOLSKIE – 13–14.IX.2013
- POMORSKIE – 20–21.IX.2013
- KUJAWSKO-POMORSKIE – 20–21.IX.2013
- DOLNOŚLĄSKIE – 4–5.X.2013
- ZACHODNIOPOMORSKIE – 11–12.X.2013
- ŚLĄSKIE – 18–19.X.2013
- PODLASKIE – 18–19.X.2013
- LUBELSKIE – 25–26.X.2013

Informacja nt. dokładnych miejsc szkoleń zostanie niebawem umieszczona na stronie internetowej Projektu (www.zdrowiewciazy.pl) i na stronie GIS (www.gis.gpy.pl). Tam również zamieszczone są wszelkie informacje o szkoleniach oraz regulamin, harmonogram i program szkoleń, deklaracja przystąpienia do szkolenia, oświadczenie uczestnika szkolenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz formularz zgłoszeniowy.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o rozpowszechnienie informacji nt. planowanych szkoleń oraz dotarcie i zachęcenie grupy docelowej do udziału w szkoleniu.

Szczegółowych informacji o szkoleniu udzielają pracownicy Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (tel. 22 536 13 99 oraz 22 496 55 03)

p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego
Marek POSOBKIEWICZ

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2013 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6.IX.2013 r. (piątek) godz. 10.00	mgr Wojciech Krówczyński, dr Teresa Sławińska	Emocje, które leczą, czyli sztuka porozumiewania się z pacjentem (dla stomatologów)	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
21.IX.2013 r. (sobota) godz. 9.00–17.00	Kurs organizowany przez Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Ministerstwo Zdrowia	Profilaktyka chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego u mężczyzn (dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy medycyny pracy i urologów)	Hotel Festival w Opolu ul. Oleska 86
4.X.2013 r. (piątek) godz. 10.00	Inspektor Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla stomatologów	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4–8.XI.2013 r. (poniedziałek–piątek) godz. 9.00–14.00	dr Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa (dla lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych)	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu al. Witosa 26
9.XI.2013 r. sobota godz. 10.00	Prof. dr hab. n. med. J. Krupiński	Wypełnianie kanałów korzeniowych w zależności od ich opracowania (program poniżej)	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
część I 14–17.XI.2013 r. (czwartek–niedziela) część II 21–24.XI.2013 r. (czwartek–niedziela)	dr Marek Lenart – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy wszystkich specjalności w trakcie specjalizacji)	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
6.XII.2013 r. (piątek)	mgr Elżbieta Karczyńska	Terapia manualna stawów skroniowo-żuchwowych	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Kursy nr 2, 4, 5 – zapisy na adres e-mail opole.szkolenia@hipokrates.org.

Kurs nr 4 i 5 w ramach obowiązkowego programu do specjalizacji – bez dodatkowych punktów edukacyjnych Program kursu „Wypełnianie kanałów korzeniowych w zależności od ich opracowania”:

- 1) Metody wypełniania gutaperką
- 2) Dlaczego tylko gutaperką?
- 3) Boczna kondensacja na zimno, czy gutaperka termoplastyczna?
- 4) Wypełnianie 1 sztyftem gutaperkowym dopasowanym do ostatniego instrumentu opracowującego kanał.

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują punkty edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dn. 20 czerwca br. odbyło się kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej. Na początku przewodnicząca powitała zebranych na ostatnim przedwakacyjnym zebraniu Komisji. Poruszono następujące tematy:

Dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka zrelacjonowała spotkanie KS Naczelnej Izby Lekarskiej, na której przedstawiono pismo do dr n. med. Marka Habera, przewodniczącego zespołu ds. ustalenia kryteriów oceny jakościowej ofert, w którym przesłano uwagi dotyczące kryteriów oceny ofert składanych w konkursach o udzielenia świadczeń stomatologicznych.

KS NIL zwróciła się z wnioskiem do dr Mariusza Janikowskiego, sekretarza NIL o włączenia do porządku obrad na najbliższe posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej zagadnienia związanego z datą wejścia w życie

obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i wystąpienie o przesunięcie daty obowiązywania tej ustawy.

Dr Rafał Pędich przedstawił relacje ze spotkania Przewodniczących Sądów Lekarskich i Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem. Ministerstwo Zdrowia powołało specjalną komisję do spraw etyki lekarskiej. Poruszono wiele spraw dotyczących pracy Rzeczników i Sędziów.

Prezentowano relacje członków Komisji Wyborczych z okręgów, gdzie wybory już się odbyły. A na zakończenie zebrania Przewodnicząca przypomniała o szkoleniach dla lekarzy dentyków organizowanych przez naszą izbę, szczegóły na stronie internetowej.

Robert RYPNIEWSKI

OTRZYMUJ PIENIĄDZE NIE PRACUJĄC!!

Lekarzu – ile razy zdarzyło się, że złamana noga czy ręką (np. na nartach) unieruchomiła Cię w domu i uniemożliwiła zarabianie pieniędzy? A może dłuższa grypa czy inna choroba skutecznie oderwała Cię od pracy na miesiąc albo dłużej? Może miałeś wypadek, np. samochodowy i zwolnienie chorobowe trwało kilka miesięcy? Co wtedy z Twoim dochodem? Nie możesz przecież pracować i zarabiać. Czy pieniądze z zasiłku chorobowego wystarczą na życie na normalnym poziomie? Na spłatę raty kredytu czy leasingu? Wątpię...

A co gdybyś Lekarzu w przyszłości nie mógł pracować w swoim zawodzie, czyli jako lekarz? Towarzystwo ubezpieczeniowe na pytanie o odszkodowanie odpowie zapewne mniej więcej tak – „Może Pan wykonywać inną pracę, np. stróża. Więc jest Pan zdolny do pracy i pieniądze z tytułu niezdolności do pracy się Panu nie należą”. Takie są dotychczasowe realia...

A teraz fantastyka – coś zupełnie nie z tego świata. Wyobraź sobie Lekarzu, że nieszczęśliwie upadasz na stoku w Austrii. Diagnoza – zerwane więzadło krzyżowe. Konieczność operacji i co najmniej 3 miesiące zwolnienia. Czy nie przyjemniej jest się rehabilitować, wiedząc, że co miesiąc oprócz zasiłku z ZUS otrzymasz np. 5 000 zł jako gwarancję podtrzymania dochodu? A może wystarczą 3 000 zł? Albo potrzebować będziesz 10 000 zł? Nie ma problemu, sam zdecydujesz ile chcesz otrzymywać.

Nie zawsze unieruchamia nas wypadek – może być również choroba. Zasada ta sama – leczysz się i nie pra-

cujesz, a na konto wpływają co miesiąc dodatkowe pieniądze. Żeby utrzymać Twój poziom życia.

Pójdźmy dalej – z jakiegoś powodu (wypadek bądź choroba) nie możesz Lekarzu pracować już nigdy w swoim zawodzie. Ale tylko w swoim, możesz wykonywać inną pracę. Np. chirurg traci kciuk – skalpela już nie utrzyma. Może robić co innego. Ubezpieczyciel powie jak wyżej – „Może Pan wykonywać inną pracę, np. stróża. Więc jest Pan zdolny do pracy i pieniądze z tytułu niezdolności do pracy się Panu nie należą”. Ale że to nie fantastyka to nie mogąc pracować w swoim zawodzie (ale mogąc robić co innego) otrzymujesz co najmniej 300 000 zł!! I np. spłacasz kredyt. Albo kupujesz samochód. Bądź mieszkanie.

Drodzy Państwo – fantastyka, o której piszę powyżej to już nie coś nie z tego świata. To rozwiązanie jak najbardziej realne, dostępne dla lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, z którą współpracuję. Gwarancja podtrzymania dochodu to rozwiązanie, z którego korzystają już np. lekarze zrzeszeni w Śląskiej czy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Zachęcam do kontaktu i zapoznania się z najnowszymi rozwiązaniami finansowymi, dedykowanymi lekarzom.

Wojciech ŁAGIEWKA

Doradca finansowo-prawny

tel. 604 961 730

e-mail: wojciech.lagiewka@dsa.pl

CO WIEMY O HISTORYCZNEJ „UCZCIE U WIERZYNKA”?

Wędrując podczas licznych sympozjów, zjazdów i kongresów naukowych ulicami królewskiego Krakowa warto zajrzeć do:

- „Jamy Michalikowej” tuż koło Bramy Floriańskiej, która była „Bohemią” Młodej Polski z Tadeuszem Boy-Żeleńskim na czele,
- „Piwnicy pod Baranami” na Krakowskim Rynku, założonej przez niezapomnianego Piotra Skrzynecznego, gdzie do dzisiaj gwiazdami są Ewa Demarczyk, Grzegorz Turnau, Jacek Wójcicki i in.,
- restauracji „Hawelka” również na Krakowskim Rynku (jej właścicielem był ojciec Kardynała Franciszka Macharskiego – największego przyjaciela papieża Jana Pawła II),
- niezwykle obecnie modnych na Krakowskim Kazimierzu żydowskich restauracji „Ariel”.

Wszystkie te restauracje pod każdym względem przebija jednak Restauracja „Wierzynek” znajdująca się na linii E-F Krakowskiego Rynku naprzeciwko najmniejszego w Krakowie kościoła pod wezwaniem św. Wojciecha w tzw. Kamienicy „Morsztynowskiej”.

W tym miejscu należy podkreślić, że na znajdującej się naprzeciwko linii A-B koncentruje się życie kulturalne i intelektualne Krakowa w licznych restauracjach, kawiarniach i ogródkach. Te ogródki, dzięki ogrzewaniu i zabezpieczeniu przed wiatrami i opadami, czynne są – w przeciwieństwie do innych miast polskich – przez cały rok. Dla tysięcy zagranicznych turystów przesiadujących w tych ogródkach, nawet w miesiącach zimowych wysłuchanie co godzinę hejnału z Wieży Mariackiej, granego na cztery strony świata, stanowi niezwykle przeżycie.

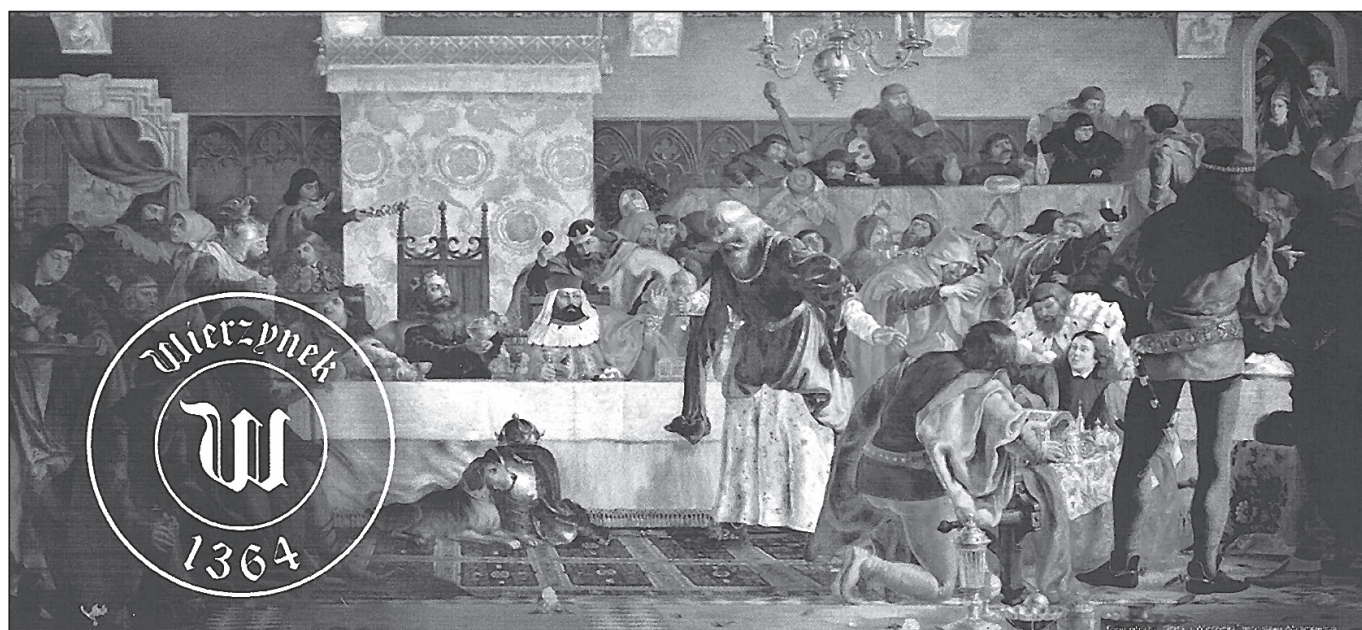
Wracając do Restauracji „Wierzynek”. Zajmuje ona kilka pięter zabytkowej kamienicy, a szczególne wrażenie robią niektóre sale, z których można polecić: Salę Zegarową, Salę Rycerską – ozdobione unikalnymi autentycznymi historycznymi akcesoriami.

Ale dlaczego „Wierzynek” przeszedł do historii Polski? Otóż we wrześniu 1364 r. król Kazimierz Wielki zwołał do Krakowa zjazd wybitnych monarchów i panujących w Europie. Pretekstem do zorganizowania tego zjazdu było, m. in. uczczenie ślubu wnuczki Kazimierza Wielkiego – Elżbiety z cesarzem niemieckim Karolem IV, zawartego 21 maja 1363 roku.

Jednak prawdziwym motywem spotkania panujących w Europie było stworzenie ligi państw Europy Środkowej wobec zagrożenia tureckiego i zorganizowania krucjaty antytureckiej, o co szczególnie zabiegał król Cypryjski – Piotr, podróżujący wówczas po Europie.

W uczcie u Wierzynka udział wzięli:

- cesarz rzymski i równocześnie król Czech Karol IV Luksemburski (do dzisiaj największą atrakcją Pragi jest most Karola),
- król węgierski Ludwik I Wielki,
- król duński Waldemar IV,
- król cypryjski Piotr Lusignan,
- książę brandenburski Otton,
- książę austriacki Rudolf Założyciel,
- książę mazowiecki Siemowit III,
- książę świdnicki Bolko II Mały,



„Uczta u Wierzynka” – obraz Jana Matejki (1838–1893) ze zbiorów prywatnych.

- książę opolski Władysław Opolczyk (późniejszy ojciec chrzestny króla Władysława Jagiełły),
- książę słupski Bogusław V z synem Każkiem Słupskim (Kazimierz Wielki na łożu śmierci chciał, aby on przejął koronę królewską),
- nuncjusz papieski Jan,
- i oczywiście król Kazimierz Wielki.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że podczas tej uczty pierwsze miejsce na specjalnym podwyższeniu przeznaczone było dla króla Kazimierza Wielkiego, co stanowiło wykroczenie przeciwko etykietce dworskiej, ponieważ pierwszeństwo przy stole należało się cesarzowi Karolowi IV.

Uczta u „Wierzyńka” wg kroniki Jana Długosza miała trwać kilka dni (22–26 wrzesień 1364 r.), zaś wszyscy goście zostali hojnie obdarowani darami przez Kazimierza Wielkiego. Na samego Mikołaja Wierzyńka spłynęły zaś liczne zaszczyty i przywileje.

Na zakończenie należy powiedzieć, mimo że zamki królewskie w Czechach (Hradczyny) i węgierskie (Veszehrad) były piękniejsze, to Wawel i Kraków, który dzięki Kazimierzowi Wielkiemu z drewnianej zabudowy



„Uczta u Wierzyńka” – obraz Bronisława Abramowicza (1837–1912) ze zbiorów Muzeum Narodowego w Krakowie

stał się murowany, zrobił na wszystkich gościach ogromne wrażenie.

Zjazd monarchów został uświetniony na dziedzińcu wawelskim wielkim turniejem rycerskim, w którym walczone indywidualnie oraz zbiorowo w formacjach zbrojnych. Do pojedynków rycerskich stanęli również monarchowie, przy czym zwycięzcą okazał się król Cypru – Piotr.

Wg historyków zjazd monarchów w roku 1364 można było porównać wystawnością do Zjazdu Gnieźnieńskiego w roku 1000 za czasów Bolesława Chrobrego z udziałem cesarza niemieckiego Ottona III.

Ucztę u „Wierzyńka” udokumentował nasz największy malarz historyczny Jan Matejko. I tutaj ciekawostka: Jan Matejko nie lubił się ze wspa-

niałym pisarzem historycznym Józefem Ignacym Kraszewskim („Król Chłopów”, „Czasy Zygmunta”, „Hrabina Cosel” i in.). Kiedy Józef I. Kraszewski pochowany został w kryptach Paulinów na krakowskiej „Skałce”, Jan Matejko kazał się pochować na cmentarzu Rakowickim. Jego monumentalna kaplica znajduje się w głównej alei Cmentarza Rakowickiego w Krakowie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

XI MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym odbyły się w tym roku w dniach 24–26 maja w Pogórzu. Piękna majowa aura oraz malowniczo położone niewielkie jezioro rozbudziło fantazję o wielkich rybach ponad 25 uczestników tegorocznych Mistrzostw Polski Lekarzy w wędkarstwie spławikowym. Na starcie stawiło się wielu wspaniałych lekarzy. Niektórzy pokonali setki kilometrów, bo atmosfera panująca na zawodach jest wspaniała, a i organizator zapewniał w komunikacie o rybnoci łowiska.

W sobotę rano, przy niesprzyjającej deszczowej pogodzie, punktualnie o 9 rozpoczęły się zawody. Zgodnie z regulaminem każdy z uczestników miał 10 minut

na zanęcenie wylosowanego wcześniej łowiska. Raca hukowa wystrzelona w górę przez organizatora doktora Klaudiusza Komora dała sygnał do zarzucenia wędek. Główny faworyt zawodów – dwukrotny Mistrz Polski Lekarzy rozpoczął wędkarskie zmagania od mocnego akcentu łowiąc piękną płoć. Pozostali uczestnicy również co chwilę wrzucali ryby do siatki, tylko moja 13 metrowa wędka nasadowa pozostawała „uśpiona”. To mogło sugerować tylko jedno... w łowisku były duże ryby (!), które skutecznie wypłoszyły drobnicę. Pozostało tylko cierpliwe czekać i po 30 minutach pierwszy leszcz zameldował się w podbieraku, potem kolejny i kolejny... I turę wygrałem z wynikiem 5100 g pozostawiając w tyle mo-



Autor w trakcie zawodów

jego głównego rywala, ale też bardzo serdecznego kolegę Tomka Skorzyńskiego ze Skierniewic, który złowił 3600g – głównie wspaniałych płoci.

Wygrana pierwszego dnia nie oznaczała jeszcze wygrania całych Mistrzostw, stąd w napięciu oczekiwałem na niedzielną turę oglądając – wraz z pozostałymi uczestnikami zawodów – wspaniały finał Ligi Mistrzów. Mój konkurent w bojowym nastroju opuścił przedwcześnie „zgrupowanie” w góralskiej chatce i udał się wraz ze swoim synem Staśkiem do hotelowego pokoju ustalić taktykę, która okazałaby się skuteczna następnego dnia. Ja wraz z moim tatą-trenerem również analizowaliśmy naszą taktykę, delektując się przy tym góralską herbatą do późnych godzin nocnych. Wniosek z tej odprawy był jeden – nic nie zmieniam w dotychczasowym łowieniu

oraz sposobie nęcenia, walczę po prostu o swoje pierwsze w życiu złoto.

Niedzielny poranek przywitał nas piękną, słoneczną pogodą, a wspaniałe czyste górskie powietrze zachęcało do boju o złoto. Los tego dnia splotał figla, wylosowałem swoje stanowisko obok mojego głównego rywala – zapowiadała się więc piękna walka. Zawody rozpoczęły się dla mnie pomyślnie, odławiałem drobne płocie jednak na tyle często, że wyprzedziłem mojego sąsiada o kilka sztuk. Ale mój konkurent nie próżnował i również wrzucał do siatki płotki. Postanowiłem zaryzykować i dobrać się do dużych ryb. To był strzał w dziesiątkę! Branie, pewne zacięcie i... ryba wyciąga gumę amortyzacyjną prawie na 20 m od brzegu. Hol trwał ponad 10 minut i zakończył się podebraniem pięknego karpia. Zrazem potem udało mi się złowić następnego, a potem jeszcze kilka karasi.

W tym miejscu chciałbym napisać o wspaniałej postawie mojego głównego konkurenta doktora Tomasza Skorzyńskiego, który widząc jak zacięty karp na mojej wędce przekroczył jego stanowisko i zaczął utrudniać mu wędkowanie wyciągnął swój kij z wody i poczekał, aż ryba zawróci. Tym samym sędziowie nie mieli podstaw do dyskwalifikacji złowionej ryby. Takie zachowanie jest godne tylko Mistrza!! Więc chociaż tego dnia wygrałem ponownie drugą turę i w sumie całe Mistrzostwa – tak naprawdę obydwójce zasłużyliśmy na złoty medal.

*Wojciech ILKÓW
lekarz rezydent*

Oddz. Neurochirurgii WCM Opole

ETYKA

O AUTONOMII LEKARZA

Jak pogodzić treść Przysięgi Hippokratesa z realiami ekonomicznymi?

W większości placówek medycznych kłuje w oczy wywieszka: „Karta Praw Pacjenta znajduje się w...”, umieszczona z nakazu administracji czyli tzw. podmiotu leczniczego. Ta deklaracja respektowania szeroko rozumianej autonomii pacjenta pozostaje pustosłowiem, gdyż informowanie chorych, że mają jakieś prawa, nie oznacza, iż w danej placówce uprawnienia będą respektowane. Sama obietnica spełniania oczekiwań ma być substytutem realnych możliwości szpitala, a przekonanie administracji, że uchroni ona przed uzasadnionymi roszczeniami pacjentów jest błędne.

„Karta Praw Pacjenta”, będąca kompilacją przepisów prawa, obiecuje chorym błogostan, ale rzeczywistość skrzeczy, gdyż ogromny jest rozdziew pomiędzy nakła-

dami środków publicznych na lecnictwo, a nieograniczonym spectrum tzw. gwarantowanych świadczeń.

Lekarska uczciwość wobec usługobiorców, tj. P.T. Pacjentów wymaga, aby poinformować o utrudnieniach w dostępności do nowoczesnych metod leczniczych z powodu braków sprzętowych, o odległych terminach oczekiwania na badania i leczenie, bo nie ma specjalistów, o wyczerpaniu się limitów narzuconych przez NFZ, etc. Tymczasem pielęgnuje się ustawową fikcją, że „ubezpieczony ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej” oraz przemilcza się orzeczenia Sądu Najwyższego o „obowiązku stosowania najlepszych metod leczenia przez publiczne placówki służby zdrowia, a zarządzenia administracyj-

ne nie mogą wpływać na obniżenie wymagań i standardów funkcjonowania służby zdrowia”.

A może za sprawy zdrowia rodaków odpowiedzialni są tylko lekarze? Tak zwana reforma opieki zdrowotnej niejako zdjęła ten obowiązek z lekarzy, gdyż świadczeniodawcą jest szpital, a lekarz jest jedynie wykonawcą czynności medycznych. Natomiast ordynator, nazywany przez dyrektorów „kierownikiem”, bądź „zarządzającym kontraktem”, został sprowadzony do roli policjanta, pilnującego, aby kontrakt został zrealizowany – o czym pisał prof. Umiastowski. Biorąc pod uwagę szczególną rolę lekarza i jego relację z pacjentem, zamiana tradycyjnych pojęć – lekarz i pacjent, a zastąpienie ich określeniami zaczerpniętymi ze sfery innych usług, jest dla lekarzy trudna do zaakceptowania.

Pomimo faktycznej „detronizacji” lekarzy, wynikającej z wprowadzonych przepisów prawa i tzw. urynkowania opieki medycznej – reguły i tradycyjne pojmowanie zawodu, jako zawodu wolnego, jest związane z pełną odpowiedzialnością za pacjenta. Dlatego lekarze mają prawo się sprzeciwiać przyjmowaniu odpowiedzialności za wszystkie utrudnienia w procesie leczenia, które są narzucone przez regulacje w przepisach, także w przepisach najniższego rzędu, jakimi są zarządzenia dyrektorskie.

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że: *„lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej”, a „mechanizmy rynkowe... wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania zasady, że największym nakazem etycznym jest dobro chorego.”*

Dawniej zdrowie zależało od posiadanych indywidualnie pieniędzy, a obecnie zależne jest od środków publicznych, których stały niedobór w skali kraju nie zapewnia bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu obywateli. Decycentem w sprawach zdrowia stał się Narodowy Fundusz Zdrowia, który decyduje, co i w jakiej ilości jest potrzebne na danym terenie, biorąc na siebie zadanie podziału niewystarczających środków finansowych i dostarczenia usługobiorcom świadczeń na poziomie minimum.

Konsekwencją jest utrudniony dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, zadłużanie się szpitali, zaniżanie płac personelu medycznego i niekorzystne zmiany w strukturze zatrudnienia, tj. zastępowanie etatów umowami cywilno-prawnymi.

Powszechną „praktyką oszczędnościową” w szpitalach jest obarczanie najtańszego dla pracodawcy personelu, tj. rezydentów i lekarzy przed specjalizacją, obowiązkami leczniczymi, które powinny być wykonywane przez specjalistów. Odbywa się to najczęściej w sposób nieformalny, na podstawie presji lub ustnego polecenia przełożonego. Jakiegokolwiek błędy w postępowaniu lekarskim i roszczenia pacjentów mogą być cedowane na wykonawców czynności medycznych, a pracodawcy nie

obawiają się zarzutu popełnienia błędu organizacyjnego, gdyż finansowe roszczenia są pokrywane z budżetu szpitala i nie dotyczą kadry kierowniczej, bądź też przerzucane są na bezbronnych wobec prawa lekarzy, którzy nie odważą się, aby żądać od zwierzchnika „polecenia na piśmie”.

Przykładem ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych była ustawa o refundacji leków, skonstruowana na ustawie o ubezpieczeniu w NFZ: *„zaopatrzanie w leki przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, który zawarł z Funduszem umowę...”*. Po protestach Sejm wprowadził usunął drakońskie kary w nowelizacji ustawy, czyli „zdjął kajdanki z rąk lekarzy”, ale NFZ tylko „kajdanki naoliwił”, bo złagodzone kary za recepty pojawiły się w przepisach niższego rzędu. Symptomatyczny jest też fakt, że nowe przepisy prawne w końcowych artykułach zawierają sankcje karne dla lekarzy.

Protest „pieczętkowy” wielu organizacji lekarskich był odpowiedzią na represyjne przepisy, ale uderzył rykoszetem w pacjentów, którzy z dwójga złego mogli wybrać: albo miesiącami oczekiwać na wizytę do specjalisty w publicznej służbie zdrowia, albo pogodzić się z faktem, że porada w prywatnym gabinecie będzie się wiązała ze 100% odpłatnością za recepty. Osobnym problemem są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną administracyjne ograniczenia stosowania leków refundowanych.

Poza niechęcią do wypisywania recept, pojawiła się nowa jednostka chorobowa, która dotknęła lekarzy: lęk przed leczeniem, jako forma uzależnienia od zdolności płatniczych oddziału NFZ, gdyż obecnie lekarze nie mają dylematów, jak leczyć pacjenta, ale mają wątpliwości, czy dana terapia zostanie sfinansowana przez płatnika?

Lekarz doskonale wie, co jest dobre dla pacjenta, i nie ma w tym zakresie wątpliwości natury etycznej. Natomiast deontologia nie wyjaśnia, jak należy postępować, gdy piętrzą się bariery i błędy organizacyjne.

Osobiście zetknąłem się z tym problemem, kiedy do mojego gabinetu dotarł pacjent z niewydolnością oddechową i sinicą w przebiegu odmy objawowej. Po uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym miejsca w klinice, wezwałem karetkę pogotowia do przewiezienia chorego w trybie pilnym. Dyrektor pogotowia (który przyczynił się do upadku kilku placówek służby zdrowia w województwie), obarczył mnie kosztami transportu, za który musiałem zapłacić. Stosowanie przepisów zastępuje niektórym procesy lekarskiego, a więc logicznego myślenia.

„Lęk przed leczeniem” jest też naturalną reakcją na nowelizację ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którą o niepożądanych zdarzeniach medycznych ma decydować komisja z symbolicznym udziałem przedstawicieli zawodów medycznych, choć jej orzeczenia mogą być bardzo dotkliwe finansowo dla lekarzy kontraktowych. Dlatego lekarze nie podejmują się metod leczenia

o podwyższonym stopniu ryzyka, czyli nie oferują chorym pełnego wachlarza usług medycznych.

Nowe rozporządzenie ministerialne o konkursach ordynatorskich całkowicie omija ocenę merytoryczną kandydatów dokonywaną przez nadzór merytoryczny, gdyż w składzie komisji pominięto specjalistów wojewódzkich z danej dziedziny. O powołaniu ordynatora decydować będzie tylko dyrektor, mający zawsze większość swoich ludzi w komisji, bo „*ordynator nie musi leczyć, ale powinien realizować kontrakt*”.

W ustawie o działalności leczniczej określono, że stosuje się „minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek”, co oznacza balansowanie na granicy bezpieczeństwa, przede wszystkim pacjentów, ale też lekarzy. Wynika z tego, że oszczędności przesłaniają rozsądek, a pacjenci nie mogą liczyć na troskliwą opiekę.

Problemy ochrony zdrowia w Polsce są powszechnie znane, ale formy ich rozwiązywania są bardzo często niezrozumiałe. Dla nieprofesjonalnego obserwatora życia społecznego, politycznego, gospodarczego, rzeczywistość jest tak pełna sprzeczności, że bardzo trudno jest zrozumieć toczące się procesy i doszukać się w nich logiki, posługując się prostym, przyczynowo-skutkowym sposobem myślenia. Nie sprawdza się więc zasada Hegla, że „*wszystko, co rzeczywiste, jest rozumne*” – pisze prof. Szczepan Łukaszewicz w „Pożytkach z filozofii”.

Powszechne i niezrozumiałe zjawisko tzw. zadłużania się szpitali wynika z przeprowadzonego w NFZ minimalizowania i niedoszacowania rzeczywistych kosztów poszczególnych procedur medycznych. Szpitale, nawet wieloprofilowe, będą unikać przyjmowania chorych na „kosztochłonne”, bądź źle wycenione jednostki chorobowe. Na oddziałach chirurgicznych szybciej można ustalić termin przyjęcia młodej pacjentki z żylakami kończyn dolnych, niż chorego z ropniakiem płucnej czy powikłaniami zapalenia trzustki. Dochodzi do zamierzonej selekcji pacjentów jeszcze przed przyjęciem ich do leczenia. Określenia „selekcja” użyłem tutaj celowo, gdyż budzi ono emocje. Podobny sprzeciw moralny lekarzy jest uzasadniony, gdy uwzględnimy doktrynę medycyny katastrof zalecającą, aby nie wykorzystywać sił i środków służb ratowniczych w odniesieniu do ofiar wypadków masowych, które nie rokują przeżycia. Rachunek ekonomiczny ma decydować o tym, czy przedłużyć o kilka miesięcy życie pacjenta onkologicznego, czy też te środki przeznaczyć na inne cele. Wątpliwości czy zastosowane środki są proporcjonalne do oczekiwanych korzyści, stanowią dylemat dla lekarza.

„*Każdy lekarz, jeśli ma do wyboru życie lub zdrowie człowieka, albo poprawność ekonomiczną, wybierze to pierwsze, nawet, gdyby miał ryzykować utratę pracy*” – uważa prof. Łukaszewicz, ale dyrektor dużego szpitala klinicznego, nieżyjący już dr Jerzy Kurkowski napisał: „*Istnieje ścisła zależność pomiędzy warunkami pracy,*

a stopniem przestrzegania zasad deontologicznych przez lekarza”. Obawa przed zadłużeniem się oddziału, co może oznaczać redukcję personelu i utratę pracy, presja administracji i przełożonych – wywierają wpływ na decyzje lekarskie.

W bardzo dobrych przedsięwzięciach biznesowych fundusz płac wynosi ok. 10% zysku, w średnich – około 30–40%, a w sektorze usług medycznych – 70–80% i więcej. Można wysnuć wniosek, uwzględniając wynagrodzenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, które wynosi znacznie poniżej średniej krajowej, (która obecnie wynosi ok. 4 tys. zł), że „produkt finalny” szpitali, czyli zdrowie i życie obywateli, jest wyceniany bardzo nisko przez decydentów finansujących opiekę medyczną.

Jak pogodzić treść Przysięgi Hipokratesa z realiami ekonomicznymi? Retoryczne jest pytanie, czy wobec narzucanych nam ograniczeń, jesteśmy zdolni do wypełniania obowiązków zawodowych? – czego domaga się i oczekuje od nas każdy przedstawiciel społeczeństwa.

Post Scriptum:

XXXII Okręgowy Zjazd Lekarzy wystosował kilka apeli, w tym adresowany do Prezesa Rady Ministrów i parlamentarzystów RP w sprawie pogłębiających się od wielu lat problemów, związanych z brakiem odpowiednich nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Zdaniem Delegatów, taka sytuacja wpływa negatywnie na sposób leczenia pacjentów, ograniczając im dostęp do właściwej terapii, a także pozbawiając wielu lekarzy odpowiednich warunków udzielania świadczeń medycznych, zgodnie z ich najlepszą wiedzą i doświadczeniem. Śląc lekarze zaapelowali również do ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zniesienie obowiązku zawierania przez lekarzy umów upoważniających ich do wystawiania recept na leki refundowane. „*Wskazać należy, iż uprawnienie lekarzy i lekarzy dentyków do wystawiania recept wynika z istoty wykonywania zawodu lekarza i nie powinno wiązać się z innymi obowiązkami, w tym z koniecznością zawierania dodatkowych umów.*” – czytamy w Apelu Zjazdu. W części oficjalnej Zjazdu prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach Jacek Kozakiewicz, podsumował miniony rok działalności samorządu. W swoim wystąpieniu prezes szczególnie podkreślał konieczność obrony godności zawodu lekarzy i lekarzy dentyków. Wyraził także sprzeciw wobec obarczania lekarzy coraz większą odpowiedzialnością, przy braku właściwych warunków dla wykonywania ich zawodu. Zwrócił również uwagę na problemy młodych lekarzy, którzy przystępują do szkolenia i egzaminu specjalizacyjnego.

Mieczysław DZIEDZIC

(przedruk z „Pro Medici” nr 6/13)

TRANSGRANICZNA OPIEKA ZDROWOTNA W POLSCE

Od października za leczenie zagranicą koszty zwróci NFZ

W październiku upływa termin wdrożenia przez państwa członkowskie, w tym Polskę, nowych przepisów unijnych w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dyrektywa 2011/24/UE). Głównym celem dyrektywy jest zapewnienie realizacji zasady swobody świadczenia usług w sferze opieki zdrowotnej. Wprowadzane przepisy zagwarantują pacjentom korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich, z możliwością zrefundowania kosztów tych świadczeń przez publiczny system ubezpieczenia zdrowotnego, któremu pacjent podlega.

Na razie brak jeszcze projektu ustawy, która miałaby implementować dyrektywę, ale na stronie Ministerstwa Zdrowia pojawiły się założenia do projektu stosownej ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z założeniami, zmiany w polskim prawie miałyby wejść w życie 1 października 2013 r.

Co to oznacza w praktyce?

Pacjent podlegający systemowi ubezpieczenia zdrowotnego w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej (ubezpieczony) będzie mógł otrzymać zwrot kosztów, poniesionych w związku z uzyskanymi zagranicą świadczeniami zdrowotnymi, co do zasady bez potrzeby uzyskania uprzedniej zgody na skorzystanie z tych świadczeń (w dyrektywie przewidziane są wyjątki od tej zasady, w przypadku których konieczne będzie uzyskanie zgody płatnika). Kwota zwrotu, jaką otrzyma pacjent, będzie równa stawce stosowanej przez jego rodzimą instytucję ubezpieczeniową (w Polsce przez odpowiedni oddział wojewódzki NFZ). Warunkiem uzyskania zwrotu jest, by dane świadczenie wchodziło w zakres świadczeń gwarantowanych w kraju ubezpieczenia (w przypadku Polski – by było świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym w całości lub w części ze środków publicznych). Zwrot kosztów ma być dokonywany na podstawie rachunku wystawionego w miejscu udzielania świadczenia ze wskazaniem udzielonych świadczeń oraz ich cen.

Placówki bez umowy z NFZ – nie wszyscy mogą z nich korzystać

Uprawnienie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, z możliwością otrzymania (przynajmniej częściowego) zwrotu kosztów od rodzimego ubezpieczyciela publicznego, rozciąga się na wszystkich dostawców usług zdrowotnych w innych państwach członkowskich, a więc także działających w pełni komercyjnie, poza publicznymi systemami opieki zdrowotnej.

Co za tym idzie, przykładowo obywatel Niemiec będzie mógł uzyskać świadczenie zdrowotne w polskiej placówce nieposiadającej umowy z funduszem, za co otrzyma zwrot kosztów od płatnika niemieckiego. W przypadku, gdyby z usług tego samego, prywatnego podmiotu leczniczego korzystał obywatel Polski, takiej możliwości mieć już nie będzie. Z drugiej strony NFZ zwróci pacjentowi koszty poniesione w związku z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego w komercyjnej placówce w innym kraju Unii Europejskiej, ale nie w Polsce.

Uznawanie ważności recept lekarskich

Dyrektywa przewiduje uznawanie ważności recept lekarskich sporządzonych w innym państwie członkowskim pod warunkiem, że dany lek będzie dopuszczony do obrotu na terytorium państwa uznającego receptę. Przewidziane są także szczególne regulacje w zakresie elementów, które mają zawierać recepty wystawione na prośbę pacjentów zamierzających skorzystać je w innym państwie członkowskim (m. in. dane kontaktowe osoby wystawiającej receptę, adres e-mail, numer telefonu lub faksu z prefiksem międzynarodowym, adres miejsca pracy).

Nowe obowiązki świadczeniodawców

Od października świadczeniodawcy będą zobowiązani informować pacjentów, zarówno polskich, jak i zagranicznych, o możliwości i dostępności leczenia u danego świadczeniodawcy, jego jakości i bezpieczeństwie, posiadanych przez świadczeniodawcę zezwoleniach na działalność leczniczą, wpisach do rejestrów, a także posiadanym ubezpieczeniu. Ponadto w miejscu udziela-

nia świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu mają zostać umieszczone informacje dotyczące rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz za świadczenia zdrowotne (które muszą być jednakowe dla pacjentów zagranicznych i krajowych).

Świadczeniodawca, z którego usług skorzysta zagraniczny pacjent, będzie zobowiązany do wystawienia mu rachunku z wyszczególnieniem udzielonych świadczeń oraz ich cen. Konieczne będzie także prowadzenie dokumentacji medycznej takiego pacjenta (pisemnej lub elektronicznej), z tym, że zarówno przepisy unijne, jak i założenia do przepisów krajowych nie zawierają precyzyjnych regulacji w tym zakresie. Nie wiadomo chociażby, w jakim języku ma być prowadzona dokumentacja medyczna, ani jakich dokumentów powinien od zagranicznego pacjenta wymagać polski świadczeniodawca. Świadczeniodawca będzie również zobowiązany do zapewnienia zagranicznemu pacjentowi – na życzenie – przynajmniej jednej kopii jego dokumentacji medycznej.

Uwagi do zmian proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia

Projekt ustawy, która ma implementować dyrektywę do polskiego porządku prawnego, jeszcze nie został opublikowany, a już zgłoszono uwagi i zastrzeżenia do jego założeń. Większości trudno odmówić racji.

Przede wszystkim za niezgodny z postanowieniami dyrektywy należy uznać sposób dokonywania zwrotu kosztów poniesionych przez polskich pacjentów z tytułu leczenia zagranicą. Założenia do projektu ustawy przewidują, że kwota zwrotu ma odpowiadać średniej kwocie refundacji w danym oddziale wojewódzkim NFZ. W praktyce będzie to oznaczać, że pacjenci z różnych województw otrzymają za te same świadczenia uzyskane w tym samym zagranicznym ośrodku różne kwoty zwrotu.

Za chybione należy także uznać przewidziane w założeniach do projektu wymogi posiadania przez pacjentów odpowiednich skierowań, recept lub zaleceń, które wprawdzie obowiązują w Polsce, ale już w innych państwach Unii Europejskiej mogą nie być wymagane. Sprzeczne z postanowieniami dyrektywy jest też wyłączenie z zakresu kosztów podlegających zwrotowi zakupu leku w innym kraju Unii Europejskiej, jeżeli lek ten jest refundowany w Polsce tylko w ramach programu lekowego. Dyrektywa wyraźnie wskazuje, jakie

świadczenia znajdują się poza jej zakresem, i leki z programów lekowych do tych wyjątków nie należą. Podobnie jest w przypadku wymogu uzyskania zgody przełożonego funduszu na leczenie zagranicą w przypadku, gdy świadczenie może zostać udzielone w Polsce w czasie nieprzekraczającym dopuszczalnego maksymalnego czasu oczekiwania. Kryterium to, które miało być wprowadzone do polskiego prawa, nie zostało przewidziane w dyrektywie.

Co istotne, projekt założeń do zmian w polskim prawie zakłada administracyjny tryb dochodzenia ewentualnych roszczeń pacjentów z tytułu odmowy zwrotu kosztów leczenia, nie cywilnoprawny, mimo ewidentnie cywilnego charakteru ewentualnego sporu. Tryb administracyjny będzie z pewnością mniej korzystny i efektywny dla pacjentów.

Skutki nowych regulacji

Do wejścia w życie przepisów dotyczących praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej zostało jeszcze kilka miesięcy. Być może w finalnym projekcie ustawy Ministerstwo Zdrowia uwzględni uwagi zgłoszone do założeń w celu uniknięcia niezgodności przepisów krajowych z unijną dyrektywą.

Przewidywane skutki obowiązywania dyrektywy to przede wszystkim wzrost tzw. turystyki medycznej (w szczególności w zakresie stomatologii, medycyny estetycznej, leczenia uzdrowiskowego) i napływ dodatkowych pacjentów, a wraz z nimi kapitału, do Polski. Jest to związane ze stosunkowo niskimi kosztami i wysoką jakością świadczeń opieki zdrowotnej oferowanych w naszym kraju. Zgodnie z założeniami projektu około 18% ubezpieczonych Polaków skorzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej. Optymiści przewidują, że skutkiem wejścia w życie nowych przepisów będzie skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w naszym kraju. Watpliwości budzą jednak kwestie związane ze zwiększeniem liczby oczekujących w Polsce na świadczenia zdrowotne, co z kolei może nawet wydłużyć czas oczekiwania na nie. Niewyjaśniona pozostaje także sprawa dochodzenia roszczeń z tytułu błędów lekarskich. Jakie jednak w rzeczywistości będą skutki wprowadzenia dyrektywy dla polskich pacjentów i świadczeniodawców, okaże się dopiero za kilka miesięcy.

*Katarzyna CZYŻEWSKA, adwokat
Joanna GWARDA, aplikant radcowski
Czyżewscy Kancelaria Adwokacka s.c.*

(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/13)

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ – PROBLEMY W REALIZACJI OBOWIĄZKU

Żadnemu z lekarzy i lekarzy dentystów nie trzeba przypominać o jednej z podstawowych powinności wpisanych w zasady wykonywania zawodu lekarza, a wyrażonej w art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta. Problem jednak w tym, że z uwagi na „newralgiczne” dane jakie zawiera ww. dokumentacja (dane osobowe pacjenta, informacje na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania, przebiegu leczenia etc.), ustawodawca określił także konkretne warunki przechowywania dokumentacji medycznej, które w zderzeniu z rzeczywistością następczą często szereg problemów i wątpliwości.

Podmiot obowiązany do przechowywania dokumentacji medycznej

Nie ulega wątpliwości, iż obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej i zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji spoczywa na podmiocie, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, czyli innymi słowy adresatem ww. obowiązku jest podmiot leczniczy (dawniej nazywany zakładem opieki zdrowotnej) oraz lekarz prowadzący praktykę zawodową (indywidualną lub grupową). Natomiast lekarz wykonujący zawód w ramach zatrudnienia w podmiocie leczniczym czy to na podstawie stosunku pracy, czy to na podstawie umowy cywilnoprawnej nie będzie miał takiego obowiązku. Wytworzoną bowiem przez lekarza dokumentację medyczną obowiązany będzie przechowywać zatrudniający go pracodawca czy zleceniodawca.

Istotnym jest, iż od dnia 30 czerwca 2012 r. ustawodawca do katalogu podmiotów obowiązanych do przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zaliczył także podmioty, które co prawda nie wykonują działalności leczniczej, ale przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Umożliwiono zatem powierzanie (zlecanie) innym, częstokroć profesjonalnym podmiotom, wykonanie ww. obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej w sytuacji, gdy nastąpi likwidacja podmiotu leczniczego lub lekarz zakończy prowadzenie praktyki zawodowej (art. 30a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Okresy przechowywania dokumentacji medycznej

Obecnie obowiązujące przepisy, a mianowicie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świad-

czeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (art. 29 ww. ustawy). Oczywiście od powyżej wyrażonej zasady ustawodawca przewidział cztery wyjątki tj.:

- **30 lat** przechowuje się dokumentację medyczną w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, przy czym 30 lat liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon. Wydaje się, iż ww. zapis skierowany jest głównie do podmiotów leczniczych prowadzących działalność w rodzaju lecznictwo szpitalne, w którym to leczeniu występuje ryzyko zgonu pacjenta;
- **10 lat** przechowuje się zdjęcia rentgenowskie, jeśli przechowywane są poza dokumentacją medyczną pacjenta, przy czym okres 10 lat liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie. W mojej ocenie zapis ten skierowany jest głównie do lekarzy, którzy w ramach swojej działalności leczniczej wykonują zdjęcia RTG pacjentom na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, albowiem w przypadku zdjęć RTG wykonywanych pacjentowi odpłatnie, lekarz ma obowiązek wydać to zdjęcie pacjentowi (pacjent przecież za nie zapłacił). Natomiast w przypadku zdjęć RTG wykonywanych w ramach umowy zawartej przez lekarza z NFZ, lekarz pozostawia zdjęcie w dokumentacji.

Należy także pamiętać, iż zapis obligujący do przechowywania zdjęć RTG przez okres 10 lat, dotyczy tylko tych zdjęć RTG, które są przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta. Oznacza to, iż jeśli lekarz przechowuje zdjęcia RTG w dokumentacji pacjenta, zastosowanie znajdzie dłuższy, bo 20-letni okres przechowywania dokumentacji medycznej, co biorąc pod uwagę jakość takich zdjęć po tak długim okresie czasu, stawia pod znakiem zapytania sens utrzymania 20 letniego okresu ich przechowywania.

- **5 lat** przechowuje się skierowania na badania lub zlecenia lekarza, przy czym ten okres liczy od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Oczywiście ww. przepis adresowany jest głównie do podmiotów, które realizują skierowania na badania i zlecenia lekarskie, czyli np. laboratorium.

- **22 lata** przechowuje się dokumentację medyczną dotyczącą dzieci, które nie ukończyły drugiego roku życia.

Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie określają szczegółowych warunków, jakie muszą spełniać pomieszczenia, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna, stanowią jedynie enigmatycznie, iż podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej winien zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację medyczną przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki (§ 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Miejsce przechowywania dokumentacji bez wątpienia określa podmiot, czyli upraszczając właściciel podmiotu leczniczego (zakładu opieki zdrowotnej), bądź lekarz prowadzący praktykę zawodową. Co istotne, zarówno podmioty lecznicze, jak i lekarze prowadzący praktykę zawodową mają obecnie obowiązek wskazać do rejestru podmiotów leczniczych oraz odpowiednio do rejestru praktyk zawodowych nie tylko dane dotyczące miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, w okresie prowadzenia działalności leczniczej, ale także zobowiązani są wskazać miejsce jej przechowywania w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego lub zakończenia praktyki zawodowej przez lekarza.

Wymóg ten został wprowadzony od dnia 30 czerwca 2012 r. znowelizowanymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2008 r. o działalności leczniczej, a które to zapisy miały na celu uregulowanie kwestii przechowywania dokumentacji medycznej, w sytuacji gdy podmiot leczniczy zaprzestaje wykonywania działalności leczniczej, bądź lekarz „zamyka praktykę zawodową”.

Co zatem może wydarzyć się z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza prowadzącego praktykę zawodową:

- lekarz przechowuje ją aż do upływu ustawowych terminów bądź dokumentację tę przechowują spadkobiercy lekarza w sytuacji śmierci lekarza;
- lekarz powierza jej przechowanie innemu podmiotowi, który przejmuje obowiązki lekarza obowiązujące w tym zakresie; w tym zapisie chodzi prawdopodobnie ustawodawcy o podmioty profesjonalnie świadczące usługi archiwizacji dokumentacji; lekarz wydaje dokumentację medyczną na wniosek uprawnionych podmiotów za pokwitowaniem; w przypadku niewskazania przez lekarza miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, jeśli wykreślenie z rejestru praktyk zawodowych następuje „z urzędu”, miejsce to wskaże or-

gan prowadzący rejestr, czyli właściwa okręgowa rada lekarska.

Natomiast z jakimi przypadkami przechowywania dokumentacji możemy mieć do czynienia w sytuacji, gdy lekarz prowadzi podmiot leczniczy (zakład opieki zdrowotnej):

- dokumentacja medyczna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez lekarza, który utworzył zakład, jeżeli likwidacja nastąpiła na jego wniosek, czyli w praktyce będzie to najczęściej miejsce zamieszkania lekarza, ale obecnie przepisy umożliwiają także powierzenie archiwizacji dokumentacji profesjonalnym podmiotom świadczącym usługi archiwizacji;
- dokumentacja medyczna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez organ prowadzący rejestr podmiotów leczniczych, czyli przez właściwego wojewodę, jeżeli wykreślenie zakładu z rejestru nastąpiło z urzędu;
- lekarz właściciel podmiotu leczniczego może przekazać dokumentację medyczną pacjentów innemu podmiotowi leczniczemu, który przejął zadania zakładu, czyli innymi słowy zapewnił ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Jak przedstawiono zatem powyżej, możemy mieć do czynienia z różnymi „trybami” postępowania z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza, a każdy z nich może powodować problemy i nastroczać wątpliwości w stosowaniu.

Z chwilą wprowadzenia chociażby nowych regulacji prawnych obligujących podmioty lecznicze i lekarzy prowadzących praktyki zawodowe do wskazywania w rejestrach również miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności tj. od dnia 30 czerwca 2012 r., odpowiadając na zapotrzebowanie rynku, pojawiły się firmy oferujące odpłatne usługi archiwizacji ww. dokumentacji, co z jednej strony może ułatwić lekarzowi wypełnienie obowiązku w zakresie przechowywania do dokumentacji medycznej, niemniej bez wątpienia powodować będzie powstanie dodatkowych kosztów finansowych dla lekarza.

Ponadto w praktyce może okazać się, iż wyżej wskazane regulacje prawne mimo iż mają na celu zabezpieczenie danych zawartych w dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej, mogą nie spełnić przypisanej im roli. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia w przypadku, gdy lekarz wskaże np. w rejestrze praktyk zawodowych jako miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu praktyki swój adres zamieszkania, a praktyka zawodowa lekarza zostanie wykreślona z rejestru na skutek śmierci lekarza. Wydaje się wówczas, iż obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej „przejdzie” na spadkobierców lekarza, którzy „odziedziczyli” po nim nieruchomości wskazaną przez lekarza do rejestru praktyk jako miej-

sce przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności.

Powstaje zatem istotny problem, na którego rozwiązanie nie znajdziemy odpowiedzi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, a mianowicie, co osoby spadkobierców lekarza (często niebędące lekarzami, a więc niezwiązane tajemnicą zawodową) mają dalej robić z ww. dokumentacją medyczną? Bez wątpienia przecież adresatem normy obligującej do przechowywania dokumentacji jest – podmiot leczniczy lub lekarz prowadzący praktykę zawodową, a spadkobiercy zmarłego lekarza nie spełniają tego warunku. Sam fakt wskazania przez zmarłego lekarza w rejestrze praktyk czy w rejestrze podmiotów leczniczych jako miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej nieruchomości (pomieszczeń), które następnie po śmierci ww. lekarza stały się przedmiotem spadku, trudno uznać w świetle przepisów prawa spadkowego za tzw. rozporządzenie na wypadek śmierci.

Ponadto pojawia się kolejna wątpliwość: czy spadkobiercy mają dalej przechowywać dokumentację medyczną pacjentów tj. aż do upływu ustawowych terminów jej przechowywania, biorąc również pod uwagę długie okresy jej przechowywania, które stanowić będą istotną i często uciążliwą dolegliwość dla spadkobierców? A jeśli tak, to czy nie narażają się na zarzut, że nie wykonując zawodu lekarza (nie będąc związani tajemnicą zawodową), nie mają prawa przetwarzać ww. dokumentacji (np. nie mają prawa wglądu, ale także archiwizacji)?

Podkreślić należy, iż przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, przewidują także możliwość przekazania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej prowadzonej przez lekarza czy podmiot leczniczy innemu podmiotowi, który przejmie zadania podmiotu wykreślonego z rejestru. W praktyce jednak z tego rodzaju przypadkami spotkamy się sporadycznie, trudno bowiem będzie ustalić, czy nowy podmiot przejął zadania likwidowanego podmiotu, czy jedynie kilku pacjentów.

W mojej ocenie, obecnie obowiązujące regulacje prawne w zakresie przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej wymagają doprecyzowania i pilnej nowelizacji, przystającej do realiów wykonania ww. obowiązku. Samo wskazanie przez lekarza w rejestrze podmiotów leczniczych czy w rejestrze praktyk zawodowych miejsca przechowywania dokumentacji po zakończeniu działalności, trudno uznać za przepis wystarczająco zabezpieczający ww. dokumentację przed zniszczeniem czy dostępem osób nieupoważnionych. Żaden z obecnie obowiązujących przepisów nie wskazuje chociażby wprost, iż spadkobiercy zmarłego lekarza są adresatem normy obligującej ich do przechowywania dokumentacji medycznej po śmierci le-

karza, tj. aż do upływu terminów ustawowych. Bez wątpienia adresatem tej normy prawnej jest podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej – czyli podmiot, który ją sporządził (wytworzył). Spadkobierca nie jest tym podmiotem. Co prawda lekarz mógłby innej osobie czy firmie zlecić przechowywanie ww. dokumentacji po zakończeniu przez niego działalności leczniczej, niemniej wówczas w rejestrze podmiotów leczniczych czy w rejestrze praktyk zawodowych należałoby wskazać nie miejsce przechowywania dokumentacji, ale dane konkretnej osoby czy firmy, której powierzono wykonanie ww. obowiązku. Tymczasem obecnie przepisy ustawy o działalności leczniczej obligują jedynie lekarza do wskazania w ww. rejestrach wyłącznie miejsca przechowywania dokumentacji, co poddaje w wątpliwość należyte zabezpieczenie danych zawartych w dokumentacji medycznej tj. w sposób chroniący je przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

Oczywiście możemy mieć także do czynienia z sytuacją, gdy w rejestrze praktyk lub rejestrze podmiotów leczniczych, mimo obowiązku wskazania przez lekarza miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności, brak będzie adnotacji, gdzie należy ją przechowywać np. lekarz zmarł i nie zdążył wskazać ww. miejsca, wówczas zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (§ 76 ust. 2) miejsce to zobowiązany będzie wskazać organ prowadzący rejestr, czyli odpowiednio wojewoda lub okręgowa rada lekarska. W praktyce ów zapis również może nastroczać wiele problemów w stosowaniu. Ustawodawca nie dookreślił bowiem, w jaki sposób organ prowadzący rejestr ma ów obowiązek realizować, tj. jakimi kryteriami ma się kierować organ rejestrowy przy wskazywaniu ww. miejsca, w jaki sposób i kto ma pokryć koszty jej przechowywania, czy wreszcie komu organ rejestrowy ma powierzyć przechowanie ww. dokumentacji, a także, co istotne, czy takie wskazanie organu rejestrowego będzie wiążące dla właściciela miejsca, które organ wyznaczy jako miejsce przechowywania dokumentacji.

Trudno nie odnieść wrażenia, że brak w przepisach wyżej wskazanych warunków, jakimi powinien się kierować organ rejestrowy przy określaniu miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności przez lekarza „z urzędu”, można uznać za celowe działanie ustawodawcy. Brak regulacji prawnych w tym zakresie niejako wymuszał będzie na organach rejestrowych, aby jako jedyne (bo realne) miejsce przechowywania dokumentacji po np. zmarłym lekarzu, wskazywał pomieszczenia, którymi włada organ rejestrowy. Wówczas to na organie rejestrowym spoczywałby obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej do czasu upływu terminów ustawowych, a tym samym po-

noszenia kosztów z tym związanych, udostępniania tej dokumentacji etc. Takie rozwiązania prawne obecnie należy ocenić jako nierealne. Zarówno bowiem okręgowe izby lekarskie, jak i wojewodowie nie dysponują ani zapleczem lokalowym, ani przeszkolonym personelem, a tym bardziej nie posiadają wystarczających środków finansowych na realizację ww. obowiązku.

W świetle powyższych przedstawionych wątpliwości, powstających na tle obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej, w mojej ocenie obecnie obowiązujące przepisy powszechnie obowiązującego prawa wymagają pilnej nowelizacji, tak by dostosować przepisy do realiów życia codziennego oraz wypracować mechanizmy zabezpieczające dokumentację medyczną, pamiętając, iż zawiera „newralgiczne” dane pacjentów.

Obecnie obowiązujące przepisy prawa dotyczące m.in. przechowywania dokumentacji medycznej:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 417);

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010, nr 252, poz. 1697 ze zmianami);

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zmianami);

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami);

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657).

Eliza NAHAJOWSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 4/13)

CO PISZĄ INNI

CZEGO POTRZEBUJE RYNEK OCHRONY ZDROWIA – EWOLUCYJNYCH REFORM CZY REWOLUCYJNYCH POSUNIĘĆ?

Ewolucja czy rewolucja – zdania w tej kwestii były i są podzielone, niestety nie ma już czasu na ewolucję, ten czas już minął. Rewolucja w ochronie zdrowia jest nieunikniona i oby ona była w jak największym zakresie kontrolowana. Domeną Polaków było i jest zawsze działanie na ostatnią chwilę. Dopiero w warunkach rewolucyjnych potrafimy się zmobilizować, działać racjonalnie i odpowiedzialnie. Tego właśnie potrzebuje nasza ochrona zdrowia.

Polski system ochrony zdrowia może ocalić jedynie rewolucja zmierzająca w trzech kierunkach. Po pierwsze, nastawiona na zidentyfikowanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a następnie na konieczność dostosowania do nich rozwiązań prawnych i finansowych. Najważniejsze zadanie „na już” to postawienie piramidy zdrowotnej na jej fundamencie tj. podstawowej opiece zdrowotnej, jak to robi cały świat. Po drugie, należy położyć nacisk na lepsze wykorzystanie istniejących zasobów ludzkich w systemie i dopływ nowej kadry medycznej. Po trzecie, nieuchronne są też zmiany w podejściu pacjentów do opieki medycznej, z modelu konsumpcyjnego do współodpowiedzialnego za tworzenie i korzystanie z systemu opieki zdrowotnej.

Przede wszystkim zacząć trzeba od pełnej oceny zapotrzebowania zdrowotnego społeczeństwa w zestawie-

niu z posiadanymi aktualnie środkami na ten cel, oczywiście po realnej wycenie świadczeń. Dopiero wówczas będzie można określić zmiany prawne wskazujące właściwą rolę szpitali, AOS-u i POZ-u. Postawienie na podstawową opiekę zdrowotną – jako nie tanią, ale jednak najtańszą w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie określając, czy za te świadczenia będzie można realnie zapłacić z obecnych środków, czy może będzie taka potrzeba, aby wprowadzić inne regulatory. Dzisiaj mamy taką sytuację, że medycyna, jak i zapotrzebowanie społeczne, jest na bardzo wysokim europejskim poziomie (w randze Mercedesa), ale niestety za tym nie idzie takie samo finansowanie (finansowania starcza na Syrenkę lub Trabanta). To powoduje, że te dwa aspekty się rozmiągają. Druga sfera, która pilnie potrzebuje przebudowy i rewolucji, dotyczy kadr medycznych. Tu rewolucja powinna pójść w dwóch kierunkach, po pierwsze racjonalne i najbardziej efektywne wykorzystanie tych zasobów, które mamy, tak jak już się to robi w ratownictwie medycznym. Karetkę pogotowia (jeszcze do niedawna było to nie do pomyślenia) w zakresie podstawowym zabezpiecza ratownik medyczny, nie lekarz, którego wiedza i doświadczenie powinny i są wykorzystane na innym etapie, do innych celów. Podobnie należałoby podejść do NPL. Czy na pewno ten pediatra w nocnej pomo-

cy jest niezbędny? Czy może jest bardziej potrzebny w tym czasie na oddziale, gdzie ratuje życie małych pacjentów? Drugi kierunek, jeśli chodzi o kadry, to takie przemodelowanie systemu kształcenia, aby zwiększyć liczbę lekarzy w Polsce. Jesteśmy na ostatnim miejscu pod względem liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Już wkrótce nie będzie miał kto leczyć Polaków. Zmiany w zasobach kadrowych i „łatanie dziury pokoleniowej” są bardzo pilne, aby zabezpieczyć zapotrzebowanie zdrowotne społeczeństwa i chociaż utrzymać obecną jakość usług medycznych. Ostatnim z najważniejszych kierunków reform systemu, są działania zmierzające do zwiększenia świadomości społecznej, co do odpowiedzialności za swoje zdrowie, a przez to odpowiedzialne i racjonalne uczestniczenie w tym systemie. Pacjent ma nie tylko prawa, ma też obowiązki. Dlatego potrzebne jest wypracowanie społecznej, świadomej odpowiedzialności za ten

system, nasz wspólny system. Ustalenie regulatorów popytu, po to by zmniejszyć nadkonsumpcję poprzez edukację zdrowotną, programy profilaktyczne.

Są to kluczowe kierunki, dzięki którym rewolucja systemu zdrowia pozwoli w sposób kontrolowany przejść przez zapaść. Rozwiązania przytaczane przez ekspertów są nieustannie podnoszone i to od lat („Okrągły Stół”, „Biały Szczyt”). Jednak należy pamiętać, że dopóki nie będzie woli i odwagi politycznej naprawy polskiego systemu, dopóty system ochrony zdrowia będzie z dnia na dzień ulegał coraz to większej destrukcji. A niestety woli, raczej decyzji politycznych dla naprawy naszej ochrony zdrowia nadal brak!

dr BOŻENA JANICKA

Prezes Porozumienia Pracodawców

Ochrony Zdrowia

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Opieki Zdrowotnej” nr 6/13)

DLACZEGO KOLEJKI DO SPECJALISTÓW SĄ TAK DŁUGIE?

Ślepy zaulek

W dyskusjach dotyczących zakresu potrzebnych zmian w systemie opieki zdrowotnej zwraca się uwagę na nierozwiązany problem kolejek do specjalistów. Część menedżerów służby zdrowia uważa, że przyczyną tej sytuacji może być zbyt mała liczba specjalistów.

Najważniejszą metodą finansowania świadczeń specjalistycznych w systemie publicznym (NFZ) jest tzw. opłata za usługę. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że każde otwarcie drzwi, wejście pacjenta do gabinetu specjalisty wiąże się z określoną opłatą za konsultację i ewentualną inną czynność diagnostyczną bądź zabiegową. Z tego powodu specjalista jest zainteresowany, aby świadczeń było dużo, jak najwięcej.

Poszukiwanie choroby

Pamiętam z własnej praktyki w prywatnym pogotowiu (niestety, nie wzbudza to we mnie wyrzutów sumienia), że najlepszym dla moich dochodów okresem był przełom jesieni i zimy. Kilkakrotnie wzrastała wtedy liczba wyjazdów z powodu zachorowań na przeziębienia oraz grypę i kilkakrotnie zwiększały się także moje dochody. Przedwojenne przysłowie mówi, że lekarzowi i grabarzowi nie życzy się dobrego roku. Specjaliści mają wpływ na zwiększenie liczby świadczeń (dodatkowe badania i konsultacje). Uzasadniają to koniecznością zapewnienia wysokiej jakości usług ze względu na dobro pacjenta. Dociekliwość i skrupulatność w poszukiwaniu choroby są przecież wysoko cenione, także przez chorych. Wśród lekarzy znane jest powiedzenie, że nie ma ludzi zdrowych, są tylko niedostatecznie przebadani.

Wynagradzanym za usługę specjalistom może zależeć, aby pacjent miał rozpoznaną chorobę, wykonywane badania i „pozostawał w leczeniu” (pozostawał chory).

Rachunek ekonomiczny

Ekonomiści wiedzą, że stan zdrowia Polaków nie jest w prosty sposób uzależniony od liczby świadczeń, tzn. osoba, która poszła do lekarza dziesięć razy, nie jest dziesięć razy zdrowsza od takiej, która była u lekarza tylko raz, dlatego nie rekomendują systemów generujących udzielanie bardzo dużej liczby świadczeń. Dodatkowo wiemy, że takie „nadmiarowe”, drogie systemy początkowo odnotowywały tzw. niedobór pacjentów, a w miarę zwiększania finansowania stymulują wzrost liczby świadczeniodawców, którzy rozwijają pakiety wysoce opłacalnych, ale niekoniecznie najbardziej potrzebnych świadczeń. W Polsce dotyczy to np. niektórych świadczeń kardiologii inwazyjnej. Znałe są metody pobudzania popytu na takie świadczenia. Im więcej specjalistów, tym więcej świadczeń specjalistycznych do sfinansowania, bez wyraźnego wpływu na stan zdrowia społeczeństwa. Analiza rodzajów i jakości świadczeń specjalistycznych może prowadzić do przekonania, że ich realna wartość, oparta na ocenie współczynnika koszty-efektywność, jest problematyczna. Nie stwierdzono np., żeby zwiększenie liczby specjalistów poprawiało stan zdrowia populacji. Można się natomiast spodziewać, że większa liczba specjalistów wygeneruje większą liczbę świadczeń i problem kolejek pozostanie nierozwiązany.

Krytycy stawki kapitałowej

Niektórzy uważają, że kolejki można zmniejszyć, likwidując kapitałową technikę finansowania i wprowadzając gratyfikację za usługę, ponieważ wynagradzani w ten sposób lekarze rodzinni (podstawowej opieki zdrowotnej) będą zmotywowani do udzielania większej liczby konsultacji i w ten sposób odciążą specjalistykę. Jednym z osiągnięć reformy systemu opieki zdrowotnej po 1990 r. było wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego z kapitałowym sposobem jej finansowania. Wolny wybór lekarza rodzinnego i lista podopiecznych gwarantują korzystny dla pacjenta mechanizm, motywujący lekarza rodzinnego do skutecznego leczenia i utrzymywania osób z listy w dobrym zdrowiu. Lekarz rodzinny chce bowiem tego samego, co jego podopieczny – aby pacjent pozostawał w jak najlepszym stanie zdrowia (i do lekarza nie przychodził). Nietrudno też zrozumieć, że lekarz rodzinny powinien być „strażnikiem bramki” i koordynatorem procesu konsultowania pacjenta przez specjalistów. Informacje o wszystkich zdarzeniach medycznych powinny się zbierać w jego gabinecie. Lekarz rodzinny powinien mieć szerokie kompetencje i uprawnienia oraz właściwie skonstruowane bodźce (motywacje) do rozwiązywania większości problemów pacjentów na tym poziomie opieki (według WHO do 85% świadczeń). W Polsce realizowano kilka interesujących eksperymentów w podstawowej opiece zdrowotnej, np. w pilotażach „lekarza rodzinnego z budżetem” w województwach małopolskim i zachodniopomorskim. Wykorzystanie doświadczeń lekarzy rodzinnych z budżetem (fund holding) może stanowić istotny wkład w budowanie polskiej koncepcji opieki koordynowanej. W tym przypadku struktury powinno się tworzyć od dołu, łącząc grupy lekarzy i populacje ich pacjentów z instytucją nabywcy świadczeń. Następnie w imieniu tych pacjentów lekarze rodzinni i urzędnicy NFZ mogliby dokonać zakupu świadczeń specjalistycznych oraz szpitalnych na odpowiednich szczeblach opieki. Takie subsystemy, ze względu na rozkład ryzyka, powinny obejmować populacje powyżej 100 tys. osób. Przywrócenie lub wprowadzenie niektórych rozwiązań organizacyjnych oraz poprawienie stawek korygujących (wiekowych) i technik pozakapitałowych (obecne wymagają zmian) może spowodować kolejne dobre zmiany w całym systemie opieki zdrowotnej, o czym mówiono podczas seminarium zorganizowanego w związku z dwudziestolecie medycyny rodzinnej w Pałacu Prezydenckim 19 listopada 2012 r. Deklarację poparcia takiego kierunku zmian można było usłyszeć zarówno od przedstawicieli prezydenta Komorowskiego, jak i Światowej Organizacji Zdrowia.

Kolejki, ciąg dalszy

Znam menedżerów służby zdrowia, którzy twierdzą, że przyczyną kolejek jest brak elektronicznego syste-

mu weryfikacji ubezpieczonych. System rejestracji rzeczywiście może być przydatny w racjonalizowaniu zasad dostępu do świadczeń deficytowych. Istnieją europejskie rekomendacje dotyczące sposobów zarządzania kolejkami, bo chyba nie ma kraju, w którym by nie występowały. Bardzo rozbudowane i bezwzględnie egzekwowane regulacje ma np. Kanada. Funkcjonuje tam jeden z najdroższych na świecie systemów opieki zdrowotnej, a mimo to są kolejki. Z tego powodu znaczącym problemem ekonomicznym były wyjazdy bogatych Kanadyjczyków, którzy nie chcieli czekać, a których stać na opłacenie usługi medycznej w nieodległych Stanach Zjednoczonych. W Polsce istnieje obawa, że samo wprowadzenie systemu eWUŚ i jego następnych generacji nie poprawi sytuacji. Wolne miejsca będą się błyskawicznie wypełniać. W kwestii wpływu eWUŚ na skrócenie kolejek do specjalistów może spotkać nas rozczarowanie. Zrównoważenie popytu i podaży w systemie opieki zdrowotnej jest jednym z najtrudniejszych problemów. Nie ma łatwych wzorców i sposobów. Zastanówmy się, dlaczego chodzimy do lekarzy i czy to jest w każdym przypadku potrzebne? Liczba świadczeń (wzorców korzystania) zależy od tzw. kultury zdrowotnej rodzin, od propagandy medialnej, reklamy producentów sprzętu, firm farmaceutycznych i paramedycznych, marketingu usług itp. Pacjenci nie mają wystarczających kompetencji w sprawach zdrowotnych, niełatwo je pozyskać. Asymetria informacji jest istotną barierą w dokonywaniu właściwych wyborów. Polacy przychodzą do lekarza „niepotrzebnie” albo „za późno”. Nierzadko są zachęceni do zachowań opisywanych jako prozdrowotne albo profilaktyczne, chociaż nie przeprowadzono dostatecznej analizy podstaw naukowych (evidence based) potwierdzających ich skuteczność. Agencja Oceny Technologii Medycznych wielokrotnie wyrażała negatywne opinie o tzw. programach profilaktycznych inicjowanych i realizowanych przez samorządy terytorialne. Marnowane są pieniądze publiczne, które przecież powinny być wydawane rzetelnie, gospodarnie i celowo.

Niewypał ekonomiczny

Takim niewypałem ekonomicznym może się także okazać program badań osób zdrowych. Proponuję pójść z takim projektem do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Prawdopodobnie odradzą. Innym kontrowersyjnym pomysłem, mającym się przyczynić do zmniejszenia kolejek, jest wprowadzanie opłat za wizytę od pacjentów. Może się wydawać, że to działanie szybkie, spektakularne, relatywnie łatwe, potencjalnie zmniejszające kolejki do specjalistów, ale należy pamiętać, że nawet małe zobowiązania w istotny sposób uderzają w grupy ekonomicznie i zdrowotnie najsłabsze (osoby starsze, ubogie, najbardziej chore). Nie bez znaczenia są także wysokie koszty realizacji takich rozwiązań. Ponadto są

one bardzo kosztowne politycznie, zwłaszcza w czasach kryzysu.

Niewłaściwa organizacja

Według badań europejskich – Organisation for Economic Co-operation and Development, ECO/EDR 2012/3 – kolejki w Polsce są spowodowane niedostatecznym finansowaniem opieki zdrowotnej oraz niewłaściwą koordynacją leczenia (niedostatecznym wykorzystaniem lekarzy rodzinnych). Istnienie kolejek wynika z szeregu niekorzystnych tendencji. Długi czas oczekiwania na usługi specjalistyczne powoduje stres i złą opinię Polaków o systemie.

Świadczy o niedostatecznej jego jakości. Może powodować pogorszenie stanu zdrowia. Pacjenci usiłują „przeskoczyć kolejkę”, wykorzystując strategie niezgodne z prawem, w tym korupcyjne. Warto na zakończenie dodać, że istnieje (z powodów efektywnościowych) pewien pożądany czas oczekiwania na procedury, które nie są pilne – optymalnie około siedmiu dni.

Jacek R. ŁUCZAK

Autor jest ekspertem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 1/13)

LEKARZ NA MINIE

W teorii – jak zwykle – jest pięknie. Mamy Państwowy System Ratownictwa Medycznego do działań przedszpitalnych i zobowiązanie szpitali, by zapewniły sobie transport sanitarny (co nie znaczy: „weszły jego w posiadanie”), także w celu pilnego przewiezienia pacjenta do innej placówki. W praktyce może być tak, jak niedawno na Dolnym Śląsku – po pacjenta z zawałem do szpitala w Nysie jechała karetka z Opola. Zajęło jej to 1,5 godziny. Tym razem pacjent przeżył.

To nie pierwsze tego typu zdarzenie. Dość przypomnieć przypadek rannego pięcioletka, który kilka godzin czekał w szpitalu w Gostyniu na karetkę mającą przewieźć go do Poznania na skomplikowaną operację. Karetka specjalistyczna, którą dysponował szpital w Gostyniu, akurat wiozła pacjenta z udarem do szpitala w Śremie. Lekarz dyżurny na próżno starał się wezwać pogotowie.

Na taką minę narażonych jest wielu dyżurujących lekarzy w szpitalach, które nie mają pełnego profilu działalności leczniczej. Ich los, a tym bardziej los ich pacjentów, w takich nietypowych sytuacjach zależy od rodzaju umowy podpisanej przez dyrektora placówki z firmą dysponującą karetkami.

Chodzi o pieniądze?

Jak informuje „Puls” rzeczniczka Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Gołabek, zgodnie z przepisami zawartymi w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej placówka, która posiada umowę z NFZ na leczenie szpitalne, jest zobowiązana do „zapewnienia usług transportu sanitarnego międzyszpitalnego (w tym specjalistycznego) w sytuacjach, w których zachodzi konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym, jak również wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.”

Szpital może dokonać tego samodzielnie, utrzymując własny środek transportu, bądź zawrzeć umowę o pod-

wykonawstwo w zakresie transportu sanitarnego. Rzeczniczka tłumaczy, że „*obie strony umowy określają sposób finansowania.*” – *Transport sanitarny międzyszpitalny nie jest odrębnie finansowany przez NFZ* – podkreśla.

Czasami (tak jest np. w Szpitalu Wojewódzkim w Radomiu) placówka ma własną kolumnę transportu. Wiele szpitali jednak nie posiada swoich karetek. Nie chodzi tu tylko o koszt ambulansu, ale zapewnienie zespołu, który byłby w gotowości. Przy mizerii finansowej szpitali zdarza się, że transport sanitarny to ten element, na którym zarządzający starają się oszczędzać. Póki transportu wymagają pacjenci, którzy nie są w stanie zagrożenia życia, problemu nie ma. Mogą czekać, aż przyjedzie karetka z firmy odległej o ponad 50 km (bywa, że i o 100 km). Gorzej, gdy chory czekać nie może.

Jeśli na terenie szpitala znajduje się pacjent w stanie zagrożenia życia, a placówka nie jest w stanie udzielić mu pomocy, pogotowie nie przyjedzie. Tak stanowi prawo.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nakazuje, by „*zespół ratownictwa medycznego podejmował medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych*” w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zespół ratowniczy ma przewozić ją do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego czy lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Jeśli pogotowie przyjechałoby po pacjenta przebywającego w szpitalu, naraziłoby się na karę ze strony NFZ. Ratownictwo medyczne finansowane jest co prawda z budżetu państwa, ale te pieniądze przekazywane są funduszowi na zawarcie stosownych umów z pogotowiem. Umowy te zakazują wprost zespołom ratownictwa medycznego, które mają zapewniać gotowość do udzielania świadczeń z dziedziny ratownictwa, realizowania innego rodzaju świadczeń, „*w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej wyjazdowej pomocy lekarskiej i pielęgniarstwa, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.*”

Nie jest dobrze

Już od jakiegoś czasu media karmią się przypadkami podobnymi do wspomnianych na wstępie. Problem istnieje. Co robić w sytuacji, gdy pacjent wymaga pilnego transportu specjalistycznego ze szpitala do szpitala?

- *To jest problem. Jednak na pewno takiego transportu nie powinny wykonywać zespoły ratownictwa medycznego* – stanowczo ucina wątpliwości pełnomocnik wojewody mazowieckiego ds. ratownictwa medycznego Michał Borkowski.

Szef Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” Artur Kamecki tak stanowczy już nie jest, ale dobrego rozwiązania w obecnej sytuacji nie widzi. Przypomina jednak, że funkcjonuje w systemie lekarz koordynator ratownictwa medycznego, który ma bardzo szerokie uprawnienia i być może w sytuacjach bardzo trudnych to on powinien wydać dyspozycję wyjazdu karetki do szpitala.

Ministerstwo Zdrowia wpadło na inny pomysł. Chce, by każdy szpital utrzymywał swój zespół ratownictwa. Stosowne rozporządzenie do czasu zamknięcia „Pulsu” nie zostało podpisane, być może dlatego, że napłynęło bardzo dużo uwag krytycznych. – *Szpitali po prostu na to nie stać, a na dodatek jest to nieracjonalne* – mówi dyrektor Szpitala Wolskiego Marek Balicki. – *Karetki powinny jeździć, a nie stać.*

Jego zdaniem cały system jest po prostu źle zorganizowany, bo działania poszczególnych instytucji nie zawsze – delikatnie mówiąc – służą pacjentowi. Dyr.

Balicki tłumaczy, że w obowiązującym systemie racjonalnym działaniem pogotowia jest pozostawanie w gotowości, a potem zawiezienie pacjenta do najbliższego szpitala, nawet jeśli wiadomo, że tam mu pomocy nie udzielą i szpital będzie musiał go przetransportować dalej. Racjonalnym działaniem szpitala jest „wypchnięcie” pacjenta nie swoim transportem, a racjonalnym działaniem zakontraktowanego transportu sanitarnego – pozostawanie w gotowości.

Pragnący zachować anonimowość szef jednej z wielkich firm ratownictwa medycznego mówi: – *Teraz najlepiej, kiedy nie ma pacjenta. Dziwi się, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontroluje umów zawieranych przez szpitale dotyczących transportu sanitarnego.* – Uważa, że nie powinno się wprowadzać przepisu, który pozwoli zespołom ratownictwa medycznego wykonywać usługi pilnego transportu sanitarnego. – *Takie usługi zaczęły być nadużywane, podobnie jak teraz nadużywane są SO-R-y* - tłumaczy. Rozwiązaniem problemu na pewno nie jest wprowadzenie wymagania, by każdy szpital miał swoją jednostkę ratownictwa medycznego.

Nie można udawać, że tego problemu nie ma. Media co jakiś czas nagłaśniają pojedyncze przypadki, ale nie wiadomo, jaka jest rzeczywista skala problemu. Często najbardziej winny okazuje się lekarz, który miał pecha akurat pełnić dyżur.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/13)

WSZYSTKO NA SPRZEDAŻ?

Bardzo kosztowna i szeroko zakrojona kampania przeciwników zakazu reklamy aptek i ich działalności wskazuje, jak ważne interesy zostały naruszone. Połem bitwy są na razie przede wszystkim środki masowego przekazu.

Sowicie opłacone artykuły i wywiady (w gruncie rzeczy materiały reklamowe i promocyjne, a nie prasowe), badania i analizy firm doradczych, na które nie szczędzono pieniędzy, opinie wynajętych prawników, przybranych w szaty obiektywnych ekspertów, konferencje prasowe – to arsenał użyty w wojnie nie tylko przeciwko przepisom ustawy – Prawo farmaceutyczne, które dotyczą zakazu reklamy aptek i ich działalności, ale także przeciwko ustawie o refundacji leków, a zwłaszcza sztywnym cenom i jednakowym odpłatnościom za leki refundowane ze środków publicznych.

Co tak rozsierdziło przeciwników zakazu reklamy aptek i ich działalności? Nie ulega wątpliwości, że poczuł się zagrożeni wyrokami Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, wydanymi 24 i 25 stycznia 2013 r. Sąd oddalił skargi DOZ SA na decyzje Głównego Inspektora Farmaceutycznego w przed-

miocie nakazu zaprzestania prowadzenia niezgodnej z przepisami reklamy aptek. W tej sytuacji, oczekując orzeczenia Naczelnego Sądu Administracyjnego, władze spółki postanowiły od 7 kwietnia zawiesić realizację swoich programów lojalnościowych w sieci aptek „Dbam o Zdrowie”. Równocześnie ruszyła kampania medialna. Odniosłem się do niej między innymi 23 kwietnia na konferencji „LEGISLACJA 2013. Aktualne problemy prawne w ochronie Zdrowia” w Centrum Prasowym PAP w Warszawie. Uczestnikom konferencji przedstawiłem między innymi kuriozalną argumentację jednego ze znanych przedsiębiorców działających na rynku farmaceutycznym, który skrytykował brak możliwości obniżenia ceny leku refundowanego, gdy na przykład opakowanie jest uszkodzone (sic!). Znany przedsiębiorca ubolewał również, że nie można zorganizować sezonowej wyprzedaży leków (może ktoś powinien wreszcie wyjaśnić biznesmenowi, że leki to nie sandały czy stroje kąpielowe). Takie poglądy to bez wątpienia jeszcze jeden argument przemawiający za tym, że trzeba jak najszybciej przywrócić zasadę „apteka dla aptekarza bądź spółki aptekarzy”.

W jednostronne, nieobiektywne prezentacje argumentów przeciwników zakazu reklamy zaangażowane zostały znane dzienniki i tygodniki. Jeden z tekstów promocyjnych w obronie działalności spółki DOZ uznanej przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie za niezgodną z prawem ukazał się w tygodniku „Polityka”. „Materiał informacyjny” (takim hasłem, a nie nadtytułem „promocja” lub „reklama”, opatrzone ów tekst, który graficznie upodabnia się do kolumn redakcyjnych tego opiniotwórczego czasopisma) „DO ZOBACZENIA W APTECE” („Polityka”, nr 16, 17–23 kwietnia 2013 r.) zaczyna się od zdania: „*Celem aktywności sieci aptek Dbam o Zdrowie jest zapewnienie pacjentom opieki farmaceutycznej na najwyższym poziomie*”. Otóż zgodnie z art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy o izbach aptekarskich, „*wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających*” między innymi na „*sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta*”. Zdaniem przedstawicieli najważniejszych środowisk zrzeszających polskich farmaceutów, „*działania podjęte przez spółkę DOZ, wykorzystujące opiekę farmaceutyczną do działań marketingowych mających na celu zwiększenie woluminu sprzedaży leków oferowanych przez wybrane apteki współpracujące bądź współzależne od spółki DOZ nie mają nic wspólnego z podstawowymi zadaniami opieki farmaceutycznej*” (pismo do ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza z dnia 9 lutego 2012 r., pod którym podpisali się przedstawiciele środowisk akademickich i niektórzy członkowie Naczelnej Rady Aptekarskiej). „*Autorzy programu DOZ tak bardzo zaangażowali się w działania mające na celu ukrycie rzeczywistych swych intencji, jakimi są reklama i promocja wyłącznie ich aptek oraz dostosowanie ich dawnego programu lojalnościowego do nowych realiów prawnych, że nie zadali sobie trudu zapoznania się z głównymi, podstawowymi działaniami, które wyróżniają opiekę farmaceutyczną od wielu innych działań wykonywanych przez aptekarzy i apteki na rzecz pacjenta. Tymczasem sprzeczny z ideą opieki farmaceutycznej jest jakikolwiek proces rabatowania czy zachęcania do zwiększenia zakupu leków oraz stosowania nagród dla pacjentów uczestniczących w programie lojalnościowym*” – wyjaśniają autorzy wspomnianego listu do ministra zdrowia.

W kwietniowym wydaniu dziennika „Super Express” ukazał się blok tekstów promocyjnych „Absurdalne prawo uderza w pacjenta” i „Informacja o ofercie to nie reklama” (nr 83 z 9 kwietnia 2013 r.). Czytelnik poinformowany został, że „**MATERIAŁ POWSTAŁ WE**

WSPÓŁPRACY Z DOZ S.A.”. Jeden z tekstów to wywiad, jaki sama z sobą przeprowadza mecenas Paulina Kieszkowska-Knapik, która w czasie prac w Sejmie nad rządowym projektem ustawy o refundacji leków była ekspertem Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiadając sobie na własne pytanie: „*Czy uznając programy zdrowotne za reklamę, nie wylewa się dziecka z kąpielą?*”, pani mecenas ubolewa: „*Wylewa. Neguje się istotę roli apteki w opiece zdrowotnej. Zakaz obliczony jest na zerwanie stałych relacji pacjent – apteka. A stałość tych relacji to warunek sensownej pomocy i opieki farmaceutycznej*”. Otóż samorząd aptekarski zdecydowanie sprzeciwia się redukowaniu opieki farmaceutycznej do określonych działań marketingowych. Pod pojęciem opieki farmaceutycznej kryją się przecież konkretne potrzeby pacjentów, którzy codziennie informowani są przez farmaceutów w aptekach o bezpiecznym stosowaniu leków, działaniach niepożądanych i interakcjach leków etc. Nie ma tu miejsca na programy lojalnościowe i reklamę aptek.

W Polsce nie mogą reklamować swojej działalności przedstawiciele innych zawodów zaufania publicznego, w tym lekarze, pielęgniarki, weterynarze i prawnicy. Nie mogą się reklamować szpitale, kancelarie prawne i lecznice weterynaryjne. Nie może reklamować swojej działalności mecenas Paulina Kieszkowska-Knapik. Zgodnie z par. 23 Zbioru Zasad Etyki Adwokackiej i Godności Zawodu (Kodeks Etyki Adwokackiej): „*Adwokata obowiązuje zakaz korzystania z reklamy, jak również zakaz pozyskiwania klientów w sposób sprzeczny z godnością zawodu oraz współpracy z podmiotami pozyskującymi klientów z naruszeniem prawa lub zasad współżycia społecznego*”. Nie są znane żadne wywiady, w których Pani mecenas ubolewa nad tym zakazem, uniemożliwiającym przekazywanie klientom kancelarii prawnych informacji o tańszych usługach świadczonych przez prawników (a może wręcz programach lojalnościowych dla klientów czy promocjach w rodzaju: „porady za złotówkę”). Powyższy kodeks nie zawiera definicji reklamy, nie wyjaśnia też, co oznacza „*zakaz pozyskiwania klientów w sposób sprzeczny z godnością zawodu*”, a jednak adwokaci nie protestują z tego powodu. Należy domniemywać, że także Pani mecenas nie ma problemu z interpretacją tego zakazu, a przynajmniej nie mówi o tym w wywiadach na łamach ogólnopolskich dzienników. Na koniec rozmowy z sobą (a zatem bardziej monologu) Pani mecenas zauważyła: „*Zakaz reklamy aptek to nasz krajowy pomysł samorządu aptekarskiego, niemający nic wspólnego z interesem pacjentów, ale raczej z niechęcią do konkurencji*”. Chciałbym zatem przypomnieć Pani mecenas, że Kodeks Etyki Adwokackiej uchwalony został przez Naczelną Radę Adwokacką, a więc organ samorządu adwokackiego. Pragnę również zdecydowanie podkreślić, że lek to nie jest zwykły towar, a apteka to nie jest butik z lekami. Pacjent nie może być traktowany in-

strumentalnie, nie można go też zachęcać do większej konsumpcji leków. Zgodnie z Kodeksem Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, „*stosunek Aptekarza do pacjenta oparty jest na zaufaniu*” (art. 7). Ponadto, zgodnie z art. 19 tego Kodeksu, „*Aptekarz nie reklamuje siebie oraz swoich usług. Nie uczestniczy w reklamie usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami*”.

Czytelnicy zasługują na szacunek i rzetelne informacje. O sytuacji na rynku farmaceutycznym i problemach polskiego aptekarstwa społeczeństwo powinno być informowane zgodnie z zasadami prawdy, obiektywizmu, uczciwości i odpowiedzialności, jakie wynikają z „Karty Etycznej Mediów”. Czy doprawdy wszystko jest na sprzedaż?

dr GRZEGORZ KUCHARIEWICZ
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” nr 6/2013)

WIEM, ŻE SOBIE PORADZĘ

Życie młodego lekarza w trakcie specjalizacji nie jest usłane różami. Już samo rozpoczęcie specjalizacji w wymarzonej dziedzinie medycyny graniczy z cudem.

Mimo wciąż rosnącej średniej wieku specjalistów w Polsce, nikomu nie zależy na zwiększaniu liczby miejsc. Ostatecznie lekarz bez specjalizacji mniej chętnie wyjedzie na Zachód, nie będzie dopominał się większej pensji... Powodów jest pewnie więcej, a zamysły Ministerstwa Zdrowia jak dotąd pozostają nieodgadnione. Reasumując: masz szczęście, jeśli w ogóle otworzy się miejsce i pojawi się cię szansy.

Jak w szpiegowskim filmie...

Mając dobry wynik z LEP-u/LEK-u być może uda się zdobyć jedno z nielicznych miejsc rezydentkich, mając gorszy – pozostaje tryb pozarezydentki (zupełnie abstrakcyjny wolontariat lub nieosiągalna umowa o pracę). Ilość miejsc w poszczególnych trybach jest, niczym w szpiegowskim filmie, ujawniana w przededniu składania dokumentów. Jeszcze do niedawna trzeba było od razu zdecydować się na którąś z opcji, obecnie system poszedł młodym lekarzom na rękę – mogą startować w dwóch trybach równocześnie. Tak jakby umowa o pracę była w ogóle czymś dostępnym – w większości przypadków umów o pracę dana specjalizacja jest raczej cechą dziedziczną, niż kwestią wyboru – dla osób o tak wspaniałym zestawie genów z reguły już w momencie kończenia studiów, a kto wie czy nie wcześniej, znane jest dalsze miejsce pracy, a także zapewnione słodkie poczucie bezpieczeństwa. Pozostałym szarym obywatelom, takim jak ja, pozostaje tryb rezydentki, a wraz z nim walka o miejsce. Kwestią zupełnie odrębną jest zasadność uznania wyniku LEP-u jako dobrego kwalifikatora – ostatecznie wielu znanych mi świetnych operatorów, ujmując to delikatnie, miała problemy z rozwiązywaniem testów. Ale skoro nie wszystko da się zmienić, trzeba się dostosować.

Kształcenie w anonimowym tłumie

Jeśli już uda się dostać na rezydenturę, pozostaje poszukiwanie miejsca, w którym będzie można ją realizować. Wbrew logice, wybór jest tu wysoce zawężony. Promowane są ośrodki kliniczne, szpitale uniwersyteckie, ponieważ – zdaniem specjalistów z CMKP – tylko tam

proces kształcenia może przebiegać w sposób właściwy. Małe szpitale, oddziały miejskie z reguły nie posiadają miejsc specjalizacyjnych. Jakiegokolwiek próby zmiany tego stanu rzeczy są skazane na porażkę. Mnie udało się rozpocząć specjalizację w trybie rezydentkim w oddziale miejskim. Oddział mój posiada tylko jedno miejsce specjalizacyjne. Liczba zabiegów, profil oddziału, a także zapotrzebowanie na młodą kadrę oraz chęć pomocy ze strony starszych kolegów – wszystko to umożliwiłoby kształcenie większej liczby osób, jednak wielokrotne apele o zwiększenie ilości miejsc spełzły na niczym. Zdaniem Komisji do spraw kształcenia przy CMKP powodem odmowy jest „*zbyt mała liczba zabiegów, zbyt mała liczba porodów*”. Według mnie 2000 porodów rocznie i 500 zabiegów dzielone przez 2–3 młodych lekarzy, to w dalszym ciągu więcej, niż 3000 porodów kliniki dzielone przez 20... Ale widać kształcenie w anonimowym tłumie cechuje lepsza jakość. Małe jednostki zmuszone są swoich młodszych asystentów delegować do miejsc posiadających do tego uprawnienia. Tworzy to patologiczną sytuację, w której część oddziałów może i zdecydowałaby się zatrudnić młodego lekarza na etacie, jednak świadomość, iż przez ponad 70% czasu będzie on stacjonował poza jednostką macierzystą, pobierając wynagrodzenie, skutecznie je do tego zniechęca.

Rezydentura – jedyna szansa

Jedyna szansa to rezydentura – szpital nie płaci, więc może i nie odmówi. Wszystko to okazuje się jednak być fikcją. Coraz częstsze są przypadki odmowy realizowania rezydentury – szpitale nie chcą ponosić kosztów socjalnych. Zwłaszcza jeśli lekarz ma podwójnego pecha i na dodatek jest kobietą. Ryzyko macierzyństwa jest w tym przypadku nie do udźwignięcia przez administratorów. Ostatnie zmiany w urloпах macierzyńskich jeszcze dodatkowo skomplikowały sprawę. Kto o zdrowych zmysłach, nawet za darmo (koszty rezydentury w większości ponoszą Urzędy Marszałkowskie), przyjmie do pracy kobietę, która będąc w wieku rozrodczym pewnie zdecyduje się na ciążę i wypadnie z obiegu na

dwa lata? Szczególnie, jeśli w odwodzie jest męski kandydat, nawet jeśli gorzej rokujący. Zna mi się przypadki, gdy koleżankom odmawiano miejsca, ponieważ „w oddziale jest już wystarczająco dużo bab”. Pikanterii sprawie dodaje jeszcze kwestia pracy podczas ciąży. Coraz częściej spotykam sytuacje, w której ciężarne lekarki zmuszane są do realizowania zwolnień lekarskich. Jednej z moich koleżanek, również na rezydenturze, oznajmiono, iż jej wybór jest prosty: albo „idzie na L4, albo zostanie przesunięta do pracy w sekretariacie”. Wybór rzeczywiście był prosty: 9 miesięcy pracowałaby jako sekretarka, a następnie przez 9 miesięcy po ukończeniu płatnej rezydentury program specjalizacji realizowałaby za darmo. Jest to szczególnie bolesne, ponieważ jako środowisko medyczne powinniśmy wspierać się w takich sytuacjach, a nie rzucać sobie kłody pod nogi.

Koniec rezydentury i co dalej?

Zupełnie innym ekstremum jest kwestia nadużywania taniej siły roboczej. Wiele jest szpitali, które uczyniły z rezydentów podstawę funkcjonowania swoich oddziałów. Na kilkunastu pracujących w danej jednostce lekarzy, 60% i więcej to rezydenci bez żadnych perspektyw. Za pięć lat przyjdzie kolejne pokolenie rezydentów, a obecnym z przykrością się podziępuje. Coraz częściej koniec rezydentury to strach o jutro. Od momentu zakończenia rezydentury do przystąpienia do egzaminu (a piszę z premedytacją przystąpienia, bo opcja zdanie egzaminu jest wielce wątpliwa) większość lekarzy zostaje na lodzie. Jeśli mają dodatkowe źródła dochodu – mają z czego żyć, jeśli nie, płacą niższą składkę członkowską dla izb lekarskich. Nikogo nie interesuje ich przyszłość. Mimo braku specjalistów w Polsce, nie ma też dla nich ofert pracy. Jedyną opcją pozostają umowy kontraktowe, które być może są dobrze płatne, ale wiążą się dla młodych lekarzy z ogromnym ryzykiem. Małe doświadczenie to większe ryzyko błędu – większe ryzyko roszczeń. Często koledzy zdają sobie z tego sprawę, gdy okazuje się, że ich ubezpieczenie nie pokrywa takiej kwoty. Zasadnym wydaje się zachęcanie szpitali do kontynuowania współpracy z lekarzem, który w danej jednostce uzyskał swoje uprawnienia, przecież jest to specjalista, który w najwyższym stopniu zapoznał się ze specyfiką pracy oddziału. Na dziś nie ma jednak metody rozwiązania tego impasu. Kolejny fakt, który trzeba zaakceptować: kończysz rezydenturę – zostajesz z niczym.

Kontakt z OROZ zapewniony

Następnym problemem jest kwestia dyżurów. Program specjalizacji zakłada, iż każdy specjalizujący się lekarz ma obowiązek odbywania trzech dyżurów miesięcznie. Niestety, pojęcie dyżuru nie jest definiowane. Są ośrodki, w których dyżur to praca od 15.00 do 21.00 – mniejsze koszty, a obsada zapewniona – i tak za niewielki dodatek młody rezydent spędza w szpitalu 48 godzin, od ponie-

ziałku do piątku. Inną interpretacją jest praca w systemie równoważnym – niby dyżur, ale nie do końca lub proste ujęcie sprawy: chcesz dyżurować – poszukaj sobie innego miejsca. Niestety, brak dyżurów jest przez większość odczuwany dość boleśnie, jeśli chodzi o kondycję finansową. Część moich kolegów stara się pomagać sobie pracami dorywczymi: w krwiodawstwie, w poradniach, NOL-ach – czy jeśli mają mniej wyobraźni – w karetce. Pieniądzy jakby więcej, ale czasu brak i szybki kontakt z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej zapewniony.

Staże specjalizacyjne – kwestia irracjonalna

Jeśli już uda się dopiąć w ten lub inny sposób budżet i poświęci się specjalizacji 5 czy 6 lat życia, rzuca się w oczy zupełnie irracjonalna kwestia staży specjalizacyjnych. Chcąc nie chcąc, zmuszani jesteśmy do dłuższych lub krótszych wizyt w ośrodkach akredytowanych dla podniesienia swoich kwalifikacji. Pech chce, że tych ośrodków w naszym województwie jest niewiele. Dla przykładu: dwutygodniowy staż w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej można realizować w Radomiu, Kaliszu i Białymstoku. Zupełnie pominięto lokalne ośrodki, które wielokrotnie oferują kształcenie na najwyższym światowym poziomie. W gestii konsultantów wojewódzkich i urzędu marszałkowskiego leży zmiana zaistniałego stanu rzeczy – zachęcanie kierowników zakładów i ordynatorów do podejmowania trudu uzyskania akredytacji, wiąże się to przecież z podnoszeniem prestiżu oraz umożliwia nawiązywanie tak niezbędnych w dzisiejszych czasach przyjacielskich stosunków.

Kolaż dobrych i złych chwil

Jednak czas specjalizacji mija szybko. Większość z nas budzi się z przerażeniem pod koniec tego czasu – na horyzoncie egzamin, a za nami kolaż wszystkich tych chwil: złych i dobrych. O sobie mogę powiedzieć, że miałam szczęście – trafiłam dobrze. Jestem dozwrotnie wdzięczna swoim kolegom za pomoc i wsparcie w trudnych chwilach, za to, że zechcieli dzielić się ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem. Nauczyli mnie, z pewną dozą czarnego humoru, podchodzić do kolejnych złotych rozwiązań, poruszać się w gąszczu formularzy, zestawień i analiz, które, jak się wydaje, stały się ostatnio główną gałęzią medycyny. Być może jestem już z pokolenia świadczeniodawców, ale od swoich mentorów nauczyłam się lojalności i pokory. Z niejakim spokojem więc spoglądam w przyszłość. Znam biegle dwa języki obce, uczę się dwóch kolejnych, zdobywam wszystkie możliwe uprawnienia i certyfikaty, a aktualnie funkcjonujący system ochrony zdrowia stanowi najlepszy na świecie kurs przetrwania. Świat stoi przede mną otworem. Patrę w przyszłość i wiem, że sobie poradzę, ale nadziei na to, że coś się zmieni – już nie mam.

Lekarka w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii

(Imię i nazwisko autorki do wiadomości Redakcji)

(przedruk z „Pro Medici” nr 6/13)

Robert Koch urodził się 11 grudnia 1843 r. w Clausthal. W 1862 r. rozpoczął studia medyczne na uniwersytecie w Getyndze, gdzie znalazł się pod wpływem Jacoba Henlego (1809–1885), słynnego anatoma i patologa niemieckiego, twórcy anatomii i fizjologii nerki.

W 1866 r. ukończył studia. W 1869 r. przeprowadził się do Rakoniewic, gdzie rozpoczął praktykę lekarza ogólnego. W 1870 r. brał udział w wojnie francusko-pruskiej, a w 1872 r. przeprowadził się do Wolsztyna, gdzie pracował jako lekarz powiatowy do 1880 r. Podczas tego pobytu w niezwykle skromnym laboratorium na terenie domu, w którym mieszkał (obecnie mieści się tam Muzeum Roberta Kocha), dokonał pierwszych odkryć, w tym w 1876 r. odkrył laseczkę wąglika i opisał gronkowce. Badania swe zaprezentował profesorom Cohnowi i Cohnheimowi we Wrocławiu i wzbudził ich uznanie. Zostały one następnie opublikowane w czasopiśmie botanicznym we Wrocławiu. W kolejnych latach godził pracę lekarza powiatowego w Wolsztynie z pracą naukową prowadzoną we współpracy z naukowcami z Wrocławia.

W 1880 r. przeniósł się do Berlina, gdzie otrzymał posadę w Cesarskim Urzędzie Zdrowia. Kontynuował badania naukowe i w marcu 1882 r. ogłosił odkrycie bakterii wywołującej gruźlicę. Choć dzięki wcześniejszym badaniom zakaźna natura gruźlicy była już wtedy prawie pewna, nie udało się nikomu wcześniej zidentyfikować i opisać bakterii ją wywołującej. To odkrycie uczyniło Kocha sławnym na cały świat i stało się podstawą przyznania mu Nagrody Nobla w 1905 r. W 1883 r.

przewodniczył niemieckiej wyprawie badawczej do Egiptu i Indii, zajmującej się badaniem cholery. Podczas tej wyprawy wyizolował i opisał przecinkowca cholery. W 1885 r. został mianowany profesorem bakteriologii w Berlinie, a w 1891 r. oddano mu specjalnie dla niego wybudowany Instytut Kocha.

W 1890 r. Koch ogłosił, iż uzyskał substancję, która hamuje rozwój prątków gruźlicy u zwierząt i która, jego zdaniem, może również mieć znaczenie w leczeniu gruźlicy u ludzi. Znana była ona później jako tuberkulina. Informacja ta została wyolbrzymiona przez prasę naukową i popularną na całym świecie i wywołała ogromne zamieszanie. Wiele osób, w tym Artur Conan Doyle (lekarz i twórca postaci Sherlocka Holmesa) i Joseph Lister (twórca zasad antyseptyki), osobiście wybrało się do Kocha do Berlina po dawkę lekarstwa. Szybko jednak okazało się, iż nadzieje związane z tuberkuliną były bezpodstawne, a Koch stał się obiektem krytyki. Później jednak tuberkulina znalazła zastosowanie w diagnostyce gruźlicy, w różnicowaniu osób zarażonych od niezarażonych.

Koch był żonaty dwa razy, z pierwszego związku miał jedną córkę. Zmarł w Baden-Baden w 1910 r. [...]*

Prof. nadzw. dr hab. med.

Andrzej GRZYBOWSKI

ae.grzybowski@gmail.com

* skrót pochodzi od Redakcji Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7-8/13)

Po wakacyjnej przerwie **zapraszamy wszystkich chętnych do naszego chóru**, którego próby rozpoczynają się w środę 4 września o godz. 18.00 w Izbie. Podobnie, jak w roku ubiegłym próby odbywać się będą w środy w godz. 18.00–20.00 i prowadzić je będą Państwo E. i A. Willimowie.

Serdecznie zapraszamy obecnych i nowych chórzystów – Marta Kabarowska



ultrasonografy.pl
ECHOSON

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

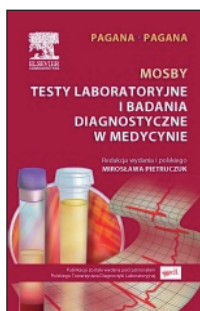
ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

Elsevier Urban & Partner
Sp. z o.o. 50-011 Wrocław,
ul. Kościuszki 29

Zamówienia: www.elsevier.pl
tel. 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86
e-mail: zamowienia@elsevier.com

Mosby. Testy laboratoryjne i badania diagnostyczne w medycynie; T. Pagana, K. Pagana; wyd. I polskie, red. M. Pietruczuk; ISBN: 978-83-7609-886-9, format: 140x215, opr. broszurowa, 1000 stron, cena: 160.65 zł (378 ELS pkt)

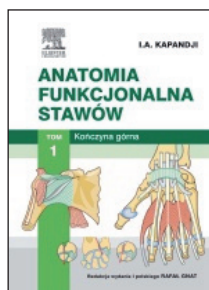
Testy laboratoryjne i badania diagnostyczne w medycynie to zbiór badań diagnostycznych i testów laboratoryjnych, zarówno przesiewowych, podstawowych, jak i referencyjnych.



Układ książki pozwala na łatwe i szybkie odnajdowanie określonych badań diagnostycznych. Przy opisie każdego typu badania zawarte są informacje dotyczące nazwy/nazw badania/testu laboratoryjnego, informacje na temat zasad i znaczenia badania, procedury postępowania z pacjentem zarówno przed, jak i w trakcie oraz po wykonaniu badania, zakresy wartości referencyjnych/prawidłowych, stany patologiczne, w których wykonuje się badanie i występują wartości patologiczne, w tym decyzyjne czy wyniki alarmowe. W opisie badań uwzględniono również czynniki interferujące, mogące wpływać na wynik badania i być przyczyną wyników zarówno fałszywie dodatnich, jak i fałszywie ujemnych.

Książka ta jest typem podręcznika, który powinien znajdować się „pod ręką”, w miejscu łatwo dostępnym, ponieważ bardzo dobrze się sprawdza w codziennej praktyce, do weryfikacji, potwierdzenia swojej wiedzy na temat badań diagnostycznych lub też do wyszukiwania badania i uzyskiwania pełnej informacji na jego temat, w tym jak postępować z pacjentem i jak interpretować uzyskane wyniki.

Z przemowy do wydania polskiego.



Anatomia funkcjonalna stawów. Tom 1. Kończyna górna. I.A. Kapanidji; wyd. I polskie, red. R. Gnat; ISBN: 978-2-224-02647-9, format: 216x276, opr. broszurowa, 356 stron, cena: 93.61 zł (208 ELS pkt)

Jest to pierwsze polskie wydanie znakomitego podręcznika opisującego anatomię funkcjonalną stawów kończyny górnej człowieka. Autorem książki jest wybitny specjalista z zakresu ortopedii i chirurgii ręki dr Adalbert Kapanidji. Największą wartością tej pozycji są z pewnością doskonale ilustracje przygotowane przez samego autora, ułatwiające zrozumienie poszczególnych

zagadnień z zakresu biomechaniki. Książka jest znakomitą źródłem wiedzy na temat budowy i funkcjonowania narządu ruchu człowieka. Ta ponadczasowa pozycja od 35 lat nieprzerwanie służy specjalistom w różnych dziedzinach medycyny, a także fizjoterapeutom, trenerom oraz studentom.

Dr Adalbert Kapanidji jest członkiem wielu międzynarodowych towarzystw naukowych. Podczas długiej kariery zawodowej specjalizował się w ortopedii, a następnie w chirurgii ręki. Ostatnio poświęcił się wyłącznie pracy nad kolejnym wydaniem 3-tomowego podręcznika Anatomia funkcjonalna. Podręcznik ten został przetłumaczony na 11 języków. Podobnie jak w poprzednich edycjach, dr Kapanidji osobiście wykonał ilustracje do książki.

Gastroenterologia praktyczna Tom 2.

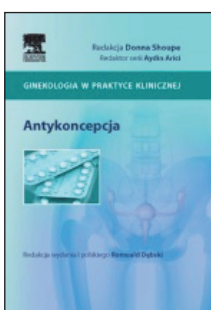
P. Layer, U. Rosien; wyd. I polskie, red. L. Paradowski; ISBN: 978-83-7609-879-1, format: 168x238, opr. twarda, 300 stron, cena: 111.60 zł (248 ELS pkt)

Jest to nowoczesny podręcznik diagnostyczno-terapeutyczny z zakresu gastroenterologii i hepatologii. Stanowi godne zaufania źródło wiedzy dla gastroenterologów, lekarzy chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. W sposób szczegółowy, a zarazem przejrzysty i praktyczny przedstawiono w nim diagnostykę, obraz kliniczny, różnicowanie oraz postępowanie terapeutyczne w schorzeniach układu pokarmowego, a także w chorobach wątroby, trzustki i dróg żółciowych.

Książka zawiera: • Opisy najnowszych technik obrazowania przewodu pokarmowego, w tym m.in. ultrasonografii wzmocnionej kontrastem (CEUS) i diagnostyki czynnościowej, • Wnikliwą charakterystykę poszczególnych objawów i stanów patologicznych, • Przejrzysty, dobrze rozplanowany układ tekstu, • Liczne tabele wyróżniające najważniejsze zagadnienia, schematy diagnostyczne i metody leczenia.

Antykoncepcja. Seria Ginekologia w Praktyce Klinicznej; red. D. Shoupe; wyd. I polskie, red. R. Dębski; ISBN: 978-83-7609-928-6, format: 170x240, opr. twarda, 258 stron, cena: 125.10 zł (278 ELS pkt)

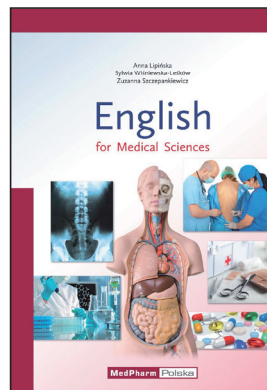
W serii „Ginekologia w Praktyce Klinicznej” ukazują się przewodniki kliniczne, które mają na celu pomóc ginekologom w zapewnieniu skutecznej opieki medycznej wszystkim pacjentkom. W każdym



z tomów serii zostało szczegółowo omówione oparte na faktach postępowanie w określonych problemach z dziedziny ginekologii. Zawarte w tekście podsumowanie danych nauko-

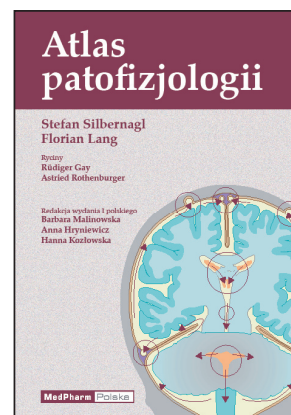
wych są źródłem wiedzy na temat prowadzonych badań i najistotniejszych publikacji. Dzięki zamieszczeniu na końcu każdego rozdziału obszernemu piśmiennictwu możliwe jest również pogłębienie wiedzy dotyczącej określonego zagadnienia klinicznego.

Wydawnictwo MedPharm Polska Sp. z o.o.
53-333 Wrocław,
ul. Powstańców Śląskich 28-30
tel.: 71/33 50 360, fax: 71/33 50 361
e-mail: info@medpharm.pl,
www: www.medpharm.pl



English for Medical Sciences – NOWOŚĆ, Anna Lipińska, Sylwia Wiśniewska

ska-Leśków, Zuzanna Szczepankiewicz; rok wydania: 2013 r.; ISBN: 978-83-7846-030-5, format: 165x235 mm, oprawa: miękka, 400 stron, sugerowana cena detaliczna: 79.00 zł, nasza cena: 69.00 zł.



Atlas Patofizjologii; Stefan Silbernagl, Florian Lang; Wydanie I polskie pod redakcją Barbary Malinowskiej, Anny Hryniewicz, Hanny Kozłowskiej; rok wydania: 2011 r.; ISBN: 978-83-62283-65-1, format: 176x250 mm, oprawa: miękka, 453 stron, sugerowana cena detaliczna: 145.00 zł, nasza cena: 69.99 zł.

do każdego zestawu KOSZULKA GRATIS

Atlas anatomii człowieka. Sobotta. Tom 1, 2, 3 + Atlas anatomii człowieka. Sobotta. Tablice anatomiczne mięśni, stawów i nerwów 324,00 zł

www.elsevier.pl

PROMOCJA
tylko do końca października 2013

Anatomia Gray. Podręcznik dla studentów. Tom 1-3 207,00 zł

Atlas anatomii człowieka + Anatomia Nettera do kolorowania 198,00 zł

Atlas anatomii człowieka + Anatomia Nettera do kolorowania 198,00 zł

Atlas głowy i szyi dla stomatologów Nettera + Anatomia dla stomatologów 180,00 zł

III Kongres Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego



Zapraszamy na III Kongres Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego 11–12 października br. do Warszawy. W programie: Czy Polsce jest potrzebny narodowy program wykrywania i leczenia dyslipidemii? Rozpowszechnienie i kontrola zaburzeń lipidowych w Polsce i na świecie. Kontynuacja badania NATPOL i POLSENIOR w Polsce – założenia i oczekiwane wyniki, Zaburzenia lipidowe a ryzyko wystąpienia nadciśnienia. Dwa czynniki miażdżycy – razem czy osobno?, Nowe biomarkery w rozpoznawaniu i monitorowaniu leczenia zaburzeń lipidowych. Rekomendacje 2013, Inhibitory CETP – czy to już koniec?, Cholesterol HDL – dobry czy zły? Dysfunkcjonalne HDL a predykcja zdarzeń sercowo-naczyniowych, Kwas nikotynowy – kolejna stracona szansa na optymalizację leczenia zaburzeń lipidowych?, Inhibitory PCSK9 – nowe skuteczne leki u chorych z zaburzeniami lipidowymi. Potencjalne wskazania, zastosowania, aktualny stan wiedzy, Rekomendacje stosowania fibratów w leczeniu zaburzeń lipidowych, Cukrzyca u dzieci, zaburzenia lipidowe a ryzyko miażdżycy. Czy wszystko jest jasne?, Czy powinniśmy unikać wysokich dawek statyn? Monoterapia czy leczenie skojarzone?, Bezpieczeństwo stosowania statyn. Statyny a cukrzyca – stanowisko PTL i PTD, Hipercholesterolemia rodzinna – stanowisko Forum Ekspertów Lipidowych 2013, Statyny a choroby nerek – czy znamy już odpowiedź? Wyniki najnowszych metaanaliz, Ryzyko sercowo-metaboliczne (cardiometabolic risk). Jakie działania profilaktyczne należy podjąć i kiedy u dzieci, by uniknąć chorób i ich powikłań w życiu dorosłym, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych u chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2, Statyny w profilaktyce pierwotnej u osób z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym, Znaczenie i wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych u chorych w podeszłym wieku. Leczyć czy nie leczyć – rekomendacje 2013, Aktualne rekomendacje leczenia zaburzeń lipidowych – wytyczne ATP IV, Najnowsze badania w zakresie zaburzeń lipidowych. Krótkie podsumowanie – ACC, NLA, ESC 2013, Leczenie skojarzone zaburzeń lipidowych z zastosowaniem ezetimibu. Wciąż wiele pytań, Paradoxy lipidowy u chorych z otęślością. Jak to wpływa na postępowanie w tej grupie pacjentów? Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 11–12 października 2013 r. **Miejsce:** Warszawa **Kierownik naukowy:** prof. nadzw. dr hab. Maciej Banach **Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, wydawnictwo Termedia

Biurowe organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

IV Kongres Top Nephrological Trends Aktualności nefrologiczne



Serdecznie zapraszamy na IV Kongres Top Nephrological Trends Aktualności nefrologiczne, który odbędzie się 11–12 października br. w Poznaniu. W programie: Nowe aspekty patogenetyczne kzn, Rola nefropatologa w diagnostyce i terapii glomerulopatii, Identyfikacja chorych zagrożonych progresją kzn, Farmakogenomika immunosupresji w służbie nefrologii, Znaczenie korekcji zaburzeń metabolicznych w leczeniu chorych na kzn, Leczenie chorych na kzn: dla kogo tylko nefroprotekcja?, Leczenie chorych na kzn: dla kogo terapia immunosupresyjna?, Miejsce plazmaferezy w leczeniu chorych na glomerulopatie pierwotne i wtórne, Kłębuszkowe zapalenia nerek u ciężarnych – rokowanie i leczenie, Immunosupresja u chorych na kzn w starszym wieku – korzyści i zagrożenia, Wskazania do terapii biologicznej u chorych na glomerulopatie pierwotne i wtórne, Nawrót glomerulopatii w nerce przeszczepionej – możliwości modyfikacji immunosupresji, Kiedy chory dializowany wymaga terapii immunosupresyjnej?, Glomerulopatie uwarunkowane genetycznie – nieuchronna progresja?, Steroidoopronek zespołu nerczowego u dzieci – rokowanie i alternatywne sposoby leczenia, Zaburzenia mineralne i kostne w przewlekłej chorobie nerek w świetle

badania EVOLVE, Szczególne sytuacje kliniczne – nasze sukcesy i porażki – prezentacja przypadków. Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne

Termin: 11–12 października 2013 r. **Miejsce:** Poznań IBB Andersia, Plac Andersa 3 **Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Andrzej Oko **Organizatorzy:** Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, wydawnictwo Termedia

Biurowe organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Pułapki Codziennej Praktyki Lekarskiej



Szybki postęp medycyny, zmieniające się co kilkanaście miesięcy wytyczne i zalecenia, liczne doniesienia i opinie docierające do nas dzięki internetowi często nie ułatwiają podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Ciągła praca pod presją czasu oraz rosnące wymogi formalne wobec praktyki lekarskiej znacząco zmniejszają nasze możliwości kształcenia się i rozwijania. A jednocześnie wiemy, że jako ludzie jesteśmy ułomni i każdy z nas kiedyś w swojej praktyce popełnił lub popełni błąd, oby jak najmniejszy.

Postanowiliśmy zatem zaproponować Państwu odmieną od tradycyjnej drogi edukacji. Przygotowaliśmy konferencję, w trakcie której wybitni specjaliści praktycy przedstawiają najczęściej popełniane przez nas – lekarzy – błędy w diagnostyce i leczeniu oraz pokażą sposoby ich unikania. Nie usłyszą Państwo zatem podczas naszego spotkania wykładów pod hasłem „Jak najlepiej leczyć...”, ale raczej „Jak NIE należy leczyć...”.

Jednocześnie konferencja będzie miała silny aspekt pozytywny, gdyż oprócz przykładów pułapek cyhających na nas w codziennej pracy w gabinecie lekarskim, będziemy pokazywać również sposoby na ich unikanie. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne

Termin: 18–19 października 2013 r. **Miejsce:** Poznań; **Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Leszek Czupryniak • **Organizatorzy:** Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, wydawnictwo Termedia • **Biurowe organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

XXV Jubileuszowe Sympozjum Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego



Zapraszamy na XXV Jubileuszowe Sympozjum Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, które odbędzie się 11–12 października br. w Poznaniu. W programie: choroby alergiczne skóry, problemy suchej i łojotokowej skóry, światłolecznictwo oraz leki biologiczne w alergologii. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 11–12 października 2013 r. **Miejsce:** Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37 A

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Wojciech Siłny • **Organizatorzy:** Sekcja Alergologiczna Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, wydawnictwo Termedia • **Biurowe organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Zapraszamy na bezpłatne szkolenia dla młodych lekarzy realizowane w ramach projektu „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę” realizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską.

Najbliższe szkolenia odbędą się w następujących terminach i miejscach:

23–28 września Jura Krakowska Częstochowska Hotel „Ostaniec” w Kroczykach, 21–26 października, Ustroń, hotel „Belweder”, 12–17 listopad, Ustroń hotel „Belweder”, 18–23 listopad, Ustroń hotel „Belweder”, 2–7 grudzień, Ustroń hotel „Belweder”, 2–7 grudzień, Jastrzębia Góra, hotel „Faleza”. Więcej informacji na stronie www.future.edu.pl, email biuro@future.edu.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi organizuje kurs doskonalący pt. „CZWARTE ŁÓDZKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE”. Kurs odbędzie się w terminie 27–29 września 2013 r. w Hotelu Wodnik w Słoku k/Belchatowa <http://www.hotel-wodnik.com.pl>. Rejestracja uczestników w dniu 27.09.br. od godz. 11⁰⁰ do godz. 13⁰⁰. **Za udział w kursie uczestnik otrzyma 25 punktów edukacyjnych.**

TEMATY: ■ Monitorowanie leczenia endodontycznego – prof. dr hab. Elżbieta Boltacz-Rzepkowska. ■ Nowoczesne metody leczenia endodontycznego – dr hab. Łukasz Tyszyński ■ Problemy diagnostyki i leczenia chorób błony śluzowej jamy ustnej – dr hab. Sebastian Kłosek. ■ Rola szamana w Afryce a leczenie zębów. Znaczenie czarów w Afryce, a leczenie różnych przypadłości – lek. Wiesław Krakowski. ■ Leczenie rekonstrukcyjne w chirurgii szczękowo-twarzowej – prof. dr hab. Marcin Kozakiewicz. ■ Współczesna diagnostyka nowotworów złośliwych jamy ustnej – prof. dr hab. Józef Kobos. ■ Jak uniknąć błędów w procedurach rekonstrukcji tkanek zębów materiałami kompozycyjnymi – prof. dr hab. Jerzy Sokolowski. ■ Urazy zębów mlecznych i stałych. Jak postępować, żeby nie zrobić krzywdy pacjentowi – prof. dr hab. GUM Katarzyna Emerich. ■ Odpowiedzialność lek. dentysty za szkodę wyrządzoną pacjentowi podczas udzielania świadczeń zdrowotnych – dr n. praw. Małgorzata Serwach. ■ Diastema: wada czy zaleta. Korekta zębów w strefie estetycznej – lek. dent. Remigiusz Budzillo. ■ Obrażenia bojowe kompozycjami. Wspólne pole dla wykonywanych czynności przez anestezjologa i chirurga szczękowo-twarzowego – prof. dr hab. Waldemar Machala. ■ Laseroterapia w stomatologii: nowe możliwości i wyzwania – dr n. med. Stanisław Żmuda. ■ Czego można się spodziewać w implantoprotezie po współpracy chirurga z protezykiem – lek. dent. Jacek Woszczyk.

• Koszt udziału w kursie dla członków OIL w Łodzi i WIL z obiadem w sobotę i niedzielę – **300,-**

• Koszt udziału w kursie dla członków innych izb z obiadem w sobotę i niedzielę – **350,-**

• Koszt kursu i imprez towarzyszących z noclegiem w pokojach dwuosobowych (dla członków OIL w Łodzi i WIL) + 1 godz. basenu gratis – **680,-**

• Koszt kursu i imprez towarzyszących z noclegiem w pokojach dwuosobowych (dla członków innych izb) + 1 godz. basenu gratis – **730,-**

WARUNEK PRZYJĘCIA NA KURS: wypełnić załączony na stronie internetowej OIL w Łodzi formularz zgłoszenia i wysłać on-line na adres e-mail: u.pruszyńska@hipokrates.org, a następnie w ciągu 3 dni dokonywać wpłaty na konto: PKO BP SA I Oddział w Łodzi nr konta: 98 10203352 0000160200100362 – (tytuł wpłaty: „Kurs IV LSS-2013”).

Pilnie poszukiwany lekarz do współpracy w POZ (powiat Kędzierzyn-Koźle). Zapewnione korzystne warunki finansowe. Czas pracy do uzgodnienia (nawet 1–2 godziny tygodniowo) oraz ew. mieszkanie. Kontakt 501-426-727.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie zatrudnia:

• lekarza chirurga do pracy w oddziale chirurgicznym Szpitala Powiatu Mogileńskiego filia w Strzelnie. • lekarza internistę lub specjalistę medycyny rodzinnej do pracy w Przychodni Rejonowej. • lekarzy pediatrów do pracy w oddziale dziecięcym Szpitala Powiatu Mogileńskiego filia w Strzelnie. • lekarzy medycyny ratunkowej – praca w zespołach wyjazdowych OPD.

Warunki pracy do omówienia na miejscu. Możliwość zatrudnienia na umowę kontraktową. Zainteresowane osoby prosimy o składanie aplikacji (CV+list motywacyjny) na adres e-mail: kadry@mpcz.pl.