

BIULETYN INFORMACYJNY nr 6 (150) • POZNAŃ, CZERWIEC 2007

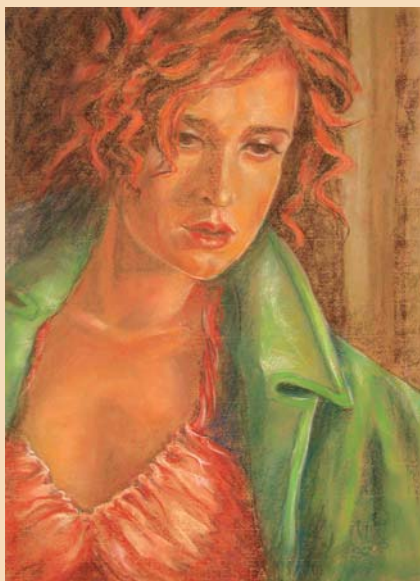


ISSN 1233-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

STRAJK

LEKARZY



Galeria sztuki „Starówka” przy DDPS nr 4 w Poznaniu, ul. Wielka 1
zaprasza w dniach 12 VI – 12 VII br.

na wystawę malarstwa

lek. med. **WIĘCESŁAWY POPRAWSKIEJ**

Od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–16.30, tel. 605 624 322

Wernisaż 12 VI 2007 r. o godz. 16.00



Diagnoza wstępna

Spis treści

Pytania



Dominujący temat w ostatnich dniach to strajki lekarzy. Kiedy będziecie Państwo czytać ten tekst, prawdopodobnie będą już jakieś rozstrzygnięcia. Albo będzie porozumienie, albo strajki rozszerzą się, czyli zmieniają swoją formułę – i wtedy co dalej? Mam nadzieję, że tym razem jednak porozumienie będzie, i to satysfakcjonujące lekarzy. Bo dotąd efekty naszych protestów bywały różne...

Obserwując akcję strajkową, słuchając komentarzy i opinii obu stron, rozumiejąc ich emocjonalny ton, chciałbym zwrócić uwagę na kilka spraw.

Po pierwsze, administracja nie potrafi zmienić swojego, wypracowanego przez dziesięciolecia, sposobu rozmawiania z lekarzami. I to – jak się okazuje – administracja każdego rządu. Nadal dominuje następujący schemat. W pierwszym momencie pojawiają się wypowiedzi uspokajające: *Tak, macie rację, zgoda – pensje lekarzy są niskie, mamy to samo zdanie – że trzeba to zmienić. Po czym wylewa się na nas kubeł zimnej wody: Tylko nie ma pieniędzy. Musicie zrozumieć, że budżet nie jest z gumy. Powiedzcie, komu mamy zabrać.*

Otóż my nie wiemy, czy komukolwiek trzeba coś zabierać. My nie wiemy, skąd wziąć pieniądze, bo my nie jesteśmy rządem, parlamentem, NFZ-em i czym tam jeszcze. My wiemy, jak leczyć naszych pacjentów. My domagamy się, aby nam to umożliwić. My wiemy, że trzeba inaczej gospodarować środkami finansowymi. Wiemy, że nie da się pomóc chorym bez leków, z psującą się aparaturą i przez wypisywanie farmaceutyków, których pacjent i tak nie może wykupić, bo nie ma na to pieniędzy. My to wiemy, bo to jest nasza codzienność. I ona musi być zmieniona. I po to między innymi jest ten strajk.

Po drugie, czekanie jak na zbawienie na koszyk świadczeń gwarantowanych. Agencja Oceny Technologii Medycznych musi go przygotować do początku czerwca. Dwudziestego czwartego pan minister ma go przedstawić. No i co wtedy? Minister powinien powiedzieć, co ile kosztuje i co za swoją składkę pacjent ma prawo dostać, nie uiszczając przy tym dodatkowych opłat. A reszta świadczeń? Za ile i dla kogo? A co z tymi, których na to nie stać?

Pani wicepremier Gilowska powiedziała, że jak będzie koszyk, to NFZ uruchomi rezerwy. Czyli jednak są rezerwy. Dla kogo je uruchomi?

No i po trzecie, co z wynagrodzeniami lekarzy?! Przecież od tego się zaczęło i na tym musi się skończyć. Więc?

I jeszcze...

Czy w negocjach służba zdrowia – rząd nie ma zastosowania stara zasada, że lepiej iść i rozmawiać razem, niż żeby to robiły poszczególne związki i organizacje osobno?

Dlaczego nadal mówi się, że to rząd dołoży do wynagrodzeń lekarzy, skoro jak dotąd wszystkie podwyżki finansuje NFZ? I czy wydatki Funduszu na świadczenia to 100%, jego budżetu, czy nie?

Obojętnie, jakie będą efekty protestów, to postawione tu pytania powinny doczekać się odpowiedzi.

Andrzej Baszkowski

Stanowisko Prezydium ORL WIL z dnia 11.05.2007 r. 4

Legitymacje lekarzy i lekarzy dentystów 4

List do Ireny Błońskiej 5

Komunikat ze spotkania z przedstawicielami mediów 6

Strajk OZZL – stan na 25 maja 2007 r. 6

Choroba i śmierć Zygmunta III Wazy 8

10 lat ustawy o zawodzie lekarza 9

PESEL dobry na wszystko 10

AKCJA SENIOR 13

Strażnicy jakości 14

Szkolimy się!!! 16

Zapytam przewrotnie: każdy daje? 18

Punkty edukacyjne – i co dalej? 19

Ojczyzna czy obczyzna? 21

Anty-Piecha 22

SHORT CUTS 24

Peryskop 26

Wspomnienie – lek. med. J.J. Szłapiński 29

Fraszki 30

Tytułem kontrastu do obecnej temperatury na dworze oraz w ochronie zdrowia proponujemy Państwu zimny i spokojny widoczek z lodowca Pitztal zamieszczony na okładce. Autorem zdjęcia jest Beata Ożegowska.

Stanowisko Prezydium ORL WIL z dnia 11.05.2007 r.

Prezydium ORL WIL popiera słuszne żądania lekarzy dotyczące zwiększenia nakładów finansowych na służbę zdrowia.

Uznaje również za bezwzględnie konieczne przeprowadzenie reform systemu opieki zdrowotnej, mających na celu zapewnienie stabilności i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi w Polsce.

Hańbą dla państwa jest dotychczasowe podejście do spraw opieki zdrowotnej oraz okradanie lekarzy z wartości ich pracy.

Wielkopolska Izba Lekarska wyraziła swoje poparcie i stanowisko w tej sprawie uchwałami Okręgowej Rady Lekarskiej i XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy.

Przypominamy jednocześnie, że działania i formy planowanego protestu nie mogą naruszać zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej.

PRZEWODNICZĄCY ORL WIL
STEFAN SOBCZYŃSKI
SEKRETARZ ORL WIL
IWONA JAKÓB

Legitymacje lekarzy i lekarzy dentyistów

**Koleżanki,
Koledzy,**

Uprzejmie informujemy, że zakończyliśmy wstępny etap prac związanych z przygotowaniem do drukowania legitymacji lekarzy i lekarzy dentyistów.

Pragniemy przypomnieć, że legitymacje te – zgodnie z uchwałą ORL WIL – będą wydawane bezpłatnie i po złożeniu odpowiedniego wniosku. Wniosek drukujemy poniżej, dostępny jest także na stronie www.wil.org.pl.

Wypełnione wnioski wraz z aktualnymi fotografiami – najlepiej w formie elektronicznej – proszę dostarczać do biura WIL do 15 lipca br.

Członkowie WIL posiadający jednocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty mogą wnioskować o wydanie dwu legitymacji; w tych przypadkach prosimy o złożenie dwóch wniosków.

Przed złożeniem wniosku prosimy o uregulowanie składek.

ZA PREZYDIUM ORL WIL
ZASTĘPCA PRZEWODNICZĄCEGO ORL
DR N. MED. STANISŁAW DZIECIUCHOWICZ

WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI LEKARZA*/LEKARZA DENTYSTY*

Wielkopolska Izba Lekarska
61-734 Poznań
ul. Nowowiejskiego 51

Proszę wypełnić drukowanymi literami:

Imię:	Nazwisko:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:		Telefony kontaktowe:
Podstawowe miejsce pracy:		

Załączam:

- Aktualną fotografię o wymiarach 4 x 5,5 cm
lub
 Plik z fotografią (minimalny format: 280 x 320 p) BMP, JPG, TIFF, RAW.

Oświadczam, że wyrażam zgodę*/nie wyrażam zgody* na umieszczenie w legitymacji mojego numeru PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Proszę podpisać się w ramce, nie przekraczając jej granic)

*niepotrzebne skreślić

data _____

Wypełnia WIL:

Legitymację numer:	Wydano dnia:	Podpis odbiorcy:
--------------------	--------------	------------------



List do Ireny Błońskiej Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Przypomnijmy, że UOKiK uznał kontrakty zawarte ze stomatologami na 2004 r. za nieuczciwe. Jednocześnie jednak stwierdził, że z dniem 1 stycznia 2005 r. NFZ zaniechał stosowania praktyk monopolistycznych, a więc Izba Lekarska nie ma powodów do skarg. Nie jest to prawda. NFZ dokonał tylko zmiany sposobu narzucania rażąco niskich cen z formy bezpośredniej na pośrednią podczas negocjacji. Zresztą wszyscy wiemy, jak ta praktyka negocjacyjna wyglądała. Zdecydowana większość Okręgowych Izb Lekarskich wystosowała już w związku z tym pisma do wojewódzkich oddziałów NFZ z postulatem przystosowania cen świadczeń stomatologicznych do warunków określonych w opinii UOKiK.

Przedstawiamy wystąpienie WIL w tej sprawie do WOW NFZ.



ANDRZEJ
CISŁO

Szanowna Pani Dyrektor,

Przesyłam Pani kopię decyzji Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 7 marca br., dotyczącej stosowania praktyk monopolistycznych wobec placówek udzielających świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego.

W związku z konkluzją decyzji, z której wynika, że NFZ stosował praktyki monopolistyczne, Wielkopolska Izba Lekarska stoi na stanowisku konieczności niezwłocznych re negocjacji aktualnie obowiązujących umów w zakresie leczenia stomatologicznego.

Decyzja UOKiK opiera się w dużej mierze na sytuacji z roku 2004, na który zarząd NFZ w sposób absolutnie bezprawny dokonał wyznaczenia stawek maksymalnych, co (biorąc pod uwagę, że ustalił je na poziomie dużo niższym od kosztów wytworzenia usługi) stanowiło rażące naruszenie prawa antymonopolowego.

Wielkopolska Izba Lekarska stoi na stanowisku, że sytuacja w latach następnych (choć zarządzenie 273/2003 już nie obowiązywało) **nie odbiegała** od sytuacji z roku 2004.

Powodem takiego przekonania są następujące fakty:

1. Negocjacje w konkursie ofert 2004/2005 odbywały się identycznie jak rok wcześniej. Komisje konkursowe proponowały ustaloną ogólnie wielkość świadczeń i cenę punktu, przez co oferenci pozbawieni zostali możliwości zróżnicowania swoich warunków w zależności od pozycji na lokalnym rynku, indywidualnych kosztów udzielania świadczeń itd. Dowód takiej sztywnej postawy komisji konkursowych znajdowałyby się zapewne w prawidłowo spisanych protokołach negocjacji, gdyby nie fakt, że WOW dopuścił się w tym konkursie do złamania przepisów:

- rozporządzenia MZ z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokovaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań, jak również

- uchwały Rady NFZ nr 22/2004 – Regulamin pracy komisji konkursowych – §17 ust. 2: „Zespół negocjacyjny dokumentuje przebieg i wyniki negocjacji z oferentami w protokole z negocjacji, stanowiącym część protokołu z postępowania” i ust. 3 pkt 3: „Protokół z negocjacji zawiera w szczególności – pkt. 3 – wnioski oferentów”.

Do dokumentowania przebiegu negocjacji używano programu komputerowego, gdzie możliwość zawarcia wniosków i oświadczeń oferentów pojawiała się tylko w momencie, kiedy strony nie dochodziły do porozumienia. Tymczasem z punktu widzenia prawa ważny jest też sposób, w jaki strony dochodzą do porozumienia. Oferenci często podejmowali decyzje o wyrażeniu zgody na proponowane warunki wskutek oświadczenia komisji, że w przeciwnym razie kontrakt nie zostanie podpisany. Przy prawidłowo spisywanym protokole oferent mógłby złożyć w tej sprawie oświadczenie i sposób dojścia do porozumienia z komisją konkursową byłby należycie udokumentowany. Wielkopolska Izba Lekarska uważa, że z tego względu nie można nakładać na oferentów w konkursie na rok 2005 ciężaru udowodnienia stosowania przez WOW praktyk monopolistycznych, gdyż z winy zamawiającego zostali pozbawieni możliwości udokumentowania przebiegu negocjacji. Konkurs na rok 2005 był *de facto* konkursem na kolejne 3 lata, toteż aktualnie obowiązujące umowy są w prostej linii jego wynikiem.

Wielkopolska Izba Lekarska zwraca się do WOW o zajęcie stanowiska w kwestii sposobu spisywania protokołów z negocjacji w konkursie na rok 2005 i zgodności przyjętej procedury z przepisami konkursowymi. W szczególności zainteresowani jesteśmy odpowiedzią na pytanie, do kiedy protokoły spisywane były w ww. sposób i czy przyjęty sposób protokołowania negocjacji obowiązywał tylko w oddziale wielkopolskim, czy też przyjęty był ogólnie w całym NFZ.

2. Następnym i w zasadzie głównym powodem występującej – naszym zdaniem – ciągłości pomiędzy postępowaniem w roku 2004 i w latach następnych jest fakt, iż algorytm oceny oferty w części dotyczącej ceny opiera się na relacji podanej przez oferenta ceny do tzw. „ceny oczekiwanej”, która jest matematycznym wyliczeniem stosunku budżetu danego rodzaju świadczeń do zapotrzebowania, a nie wynika w żaden sposób z kalkulacji kosztów, do jakiej zobowiązał NFZ ustawodawca w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z poważaniem

WICEPRZEWODNICZĄCY ORL WIL
ANDRZEJ CISŁO

Komunikat ze spotkania z przedstawicielami mediów w dniu 18.05.2007 r.



PRZEMYSŁAW
KOZANECKI

Aktualny protest lekarzy nie zawsze może być jasny dla szeroko rozumianego ogółu społeczeństwa. Rozważając ten problem, Delegatura Leszczyńska WIL i OZZL działający przy WSzZ w Lesznie w osobach swoich przewodniczących podjęli próbę objaśnienia naszych problemów na szerszym forum, zapraszając do siedziby Delegatury WIL przedstawicieli prasy, radia i telewizji. Obecni byli redaktorzy z Radia Merkury – Jacek Marciniak, „Głosu Wielkopolskiego” – Łukasz Zalesiński, „Panoramy Leszczyńskiej” – Marta Krzyżanowska, Telewizji Leszno – Justyna Rutecka-Siadek, Radia ESKA – Joanna Haliasz, Radia Elka – Jarek Adamek, Interaktywnej Telewizji Leszno TV – Kamil Gajdanowicz i gazety „ABC” – Jacek Kuik.

Nakreśliśmy szeroki kontekst celów i oczekiwań, odpowiadając na pytania redaktorów, które zadawane były bez emfazy i bez gorączkowego oczekiwania na „newsy”. Jak to przedstawią media w swoich wydaniach – pokaże czas.

Wszyscy uczestnicy otrzymali podpisany Komunikat, który tutaj w imieniu kol. Łukasza Kasprzaka jako przewodniczącego OZZL (przy WSzZ w Lesznie) i swoim w całości przytaczam:

KOMUNIKAT

Informujemy, że trwa akcja protestacyjna lekarzy, organizowana przez OZZL i popierana przez samorząd lekarski. Strajk zaistnieje w jednostkach po wyczerpaniu możliwości negocjacyjnych w ramach sporów zbiorowych, co przewiduje prawo. Obejmuje ponad 200 szpitali w Polsce. W naszym WSzZ w Lesznie obecnie prowadzona jest akcja plakatu i oflagowanie.

Na dzień 21 maja, w dniu rozpoczęcia strajku ciągłego, przez lekarzy zostanie wykorzystany jeden dzień urlopu „na

żądanie”. Do chwili obecnej nie zdecydowano się na wejście w spór zbiorowy z dyrekcją, prowadzący do ewentualnej czynnej akcji strajkowej.

W zależności od rozwoju sytuacji i potraktowania naszych słusznych oczekiwań stopień desperacji lekarzy może wzrosnąć – zatem i forma protestu może ulec zmianie.

Dobitnym wyrazem tej frustracji jest *exodus* szczególnie aktywnych, młodych lub w sile wieku lekarzy poza granice kraju – głównie do państw Unii Europejskiej.

Warunki pracy w całej Unii powinny się wyrównać. W stosunku do naszego zawodu nie dostrzegamy takiej tendencji!

Obowiązek ustawy ciągłego szkolenia zawodowego jest zagrożony ze względu na całkowicie „unijne”, a więc rynkowe koszty szkoleń naukowych, przy systemie wynagradzania naszej pracy tkwiącym w archaicznym socjalizmie. W innych państwach o podobnym przeciętnej bagażu historycznym – np. Czechach lub Bułgarii – zaprzestano okradania lekarzy z wartości ich pracy, doceniając we właściwy sposób tak wartościową rzecz, jaką jest zdrowie obywateli.

Sądząc po strukturze wynagrodzeń fachowców z innych dziedzin i części głosów opinii publicznej w Polsce – zdecydowanie cenniejsze są tutaj rury, cegły, banki, samochody czy komputery.

Reformowanie systemu opieki zdrowotnej *de facto* nie jest sprawą lekarzy, lecz polityków i fachowców. Dramatyzm sytuacji zmusza nas jednak do wzięcia spraw we własne ręce.

Polecamy:

www.wil.org.pl www.ozzl.org.pl

Rzecznik Prasowy WIL dr Krzysztof Hajdo kraj@esculap.pl
Przewodnicząca Regionu Wielkopolska OZZL dr Halina Bobrowska

PRZEMYSŁAW KOZANECKI



Strajk OZZL – stan na 25 maja 2007 r. (Na podstawie relacji świadków i sprawozdań dostępnych do godz. 15:00 dn. 26 maja br.)



PIOTR
ŚLIWIŃSKI

Należy przypomnieć, że tegoroczny protest, który przerodził się w strajk, został zainicjowany przez OZZL na mocy uchwał Zjazdu Delegatów OZZL jesienią ubiegłego roku.

W tym czasie jedyne stanowisko rządu, które było odpowiedzią na przygotowywany ogólnopolski strajk lekarzy, to publiczne zadeklarowanie niewiary w jego realizację. Strajki ubiegłoroczne, które prawie ominęły Wielkopolskę, przyniosły przeciętnie 30-procentową

podwyżkę dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia z gwarancją tych środków do grudnia br. Większość grup zawodowych (poza lekarzami) stała się beneficjentami sporu, w którym nie brała udziału, a czasem nawet go potępiała.

Obecne postulaty roszczeniowe powstały jako kontynuacja walki z pauperyzacją zawodu lekarza, również w zgodzie z uchwałami VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy. Wówczas, w podsumowaniu uchwały o podniesieniu pensji lekarskich do 5 tys. zł, minister zdrowia Zbigniew Religa powiedział (05.01.2006 r.): „Mam tylko jeden problem, ponieważ w skali kraju to wychodzi 5 mld 200 mln zł dodatkowych pieniędzy tylko dla lekarzy. Jeżeli lekarze, to także pielęgniarki,

co daje kolejne 7 mld zł. (...) Będę prosił moich kolegów, żeby jeszcze rok wytrzymali, ponieważ od 2007 roku nastąpi istotny wzrost nakładów na ochronę zdrowia z budżetu państwa...”

Właśnie po tym Krajowym Zjeździe Lekarzy (przypominę, że jest to najwyższa władza samorządu zawodowego lekarzy) ruszyły strajki organizowane i autoryzowane przez OZZL.

Tu muszę z kolei przypomnieć, że członkowie OZZL są jednocześnie członkami samorządu zawodowego lekarzy. Potem przyjęto ustawę „podwyżkową”, której początek działania faktycznego zadeklarowano ostatecznie na 1 października 2006 r. Realizacja tej ustawy zaspokajała pierwszy punkt roszczeń OZZL, lecz nie odnosiła się wcale do punktu drugiego, zgłaszanego w zdecydowanej większości sporów zbiorowych, tj. dalszych 100% podwyżki w 2007 r. lub ustalenia dróg i terminów dojścia do tych kwot.

Dlatego też, już po przyjęciu ustawy, OZZL ustalił jednobrzmiącą dla wszystkich swoich oddziałów terenowych podstawę nowego sporu zbiorowego:

- 1) wprowadzenie minimalnej, miesięcznej płacy zasadniczej dla lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w przeliczeniu na jeden etat w odniesieniu do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej wg GUS:
 - dla lekarza stażysty 1,75;
 - dla rezydenta, młodszego asystenta 2,0;
 - dla asystenta 2,5;
 - dla starszego asystenta (specjalisty) 3,0;
- 2) wprowadzenie płatnego urlopu szkoleniowego dla lekarzy w wymiarze 14 dni w ciągu roku.

Część oddziałów terenowych umieściła też dodatkowy punkt:

- 3) wprowadzenia czasu pracy lekarzy zgodnego z dyrektywą Unii Europejskiej.

I RUSZYŁO zgodnie z jawnym harmonogramem dostępnym również na stronach internetowych... Politycy powiedzieli, że są zaskoczeni tą akcją OZZL i że chyba jest to działanie polityczne...?!

26.05.07 r. – serwis wp.pl: Prezydent Lech Kaczyński powiedział, że „nie ma mowy”, aby lekarze otrzymali jeszcze w tym roku podwyżkę płac. Powtórzył, że kilka miesięcy temu „była najwyższa podwyżka w historii polskiej służby zdrowia po 1989 roku”. „Jeśli po kilku miesiącach wybuchą strajk, to nie można tego traktować jako rzecz normalną i oczywistą”.

Kto strajkuje? W skali kraju 208 SPZOZ (wg moich danych, a dane są różne) spośród niewielu ponad 600 SPZOZ w Polsce. Strajki są w jedenastu – spośród szesnastu – województwach.

W tej liczbie nie strajkują lekarze z województwa łódzkiego, którzy zdecydowali się na mediacje centralne na szczeblu wojewódzkim (nie indywidualne każdego SPZOZ), zablokowane centralnie na etapie wyboru mediatora z listy krajowej...

W Wielkopolsce strajkuje 18 SPZOZ (w tym 5 w Poznaniu), a swoją gotowość i wchodzenie w spory zbiorowe zgłaszają następne, w tym dwie kliniki. Specyfiką Wielkopolski jest to, że kliniki przyłączają się do fali wchodzenia w spory zbiorowe na końcu, podczas gdy np. w Gdańsku i Warszawie są one inicjatorem protestu. Jesteśmy bardziej zwarci i jest nas więcej niż w ubiegłym roku. W tym roku występujemy wyłącznie w imieniu lekarzy, pozostawiając sprawę innych grup zawodowych ich reprezentantom samorządowym i związkowym. Poprzemy każdą ich inicjatywę zmierzającą w słusznym kierunku.

Nasz protest ma na celu zmiany systemowe, które w konsekwencji zahamują proces pauperyzacji zawodu. Po podwyżkach w 2006 r. utrzymano *status quo* proporcji wynagrodzeń, gdzie w większości SPZOZ przy porównaniu płacy „na rękę” w etatowym wymiarze czasu pracy okazuje się, że najmniej zarabia lekarz stażysta – tyle samo co salowa, potem jest lekarz rezydent – tyle samo co sekretarka, potem lekarz specjalista – tyle samo co pielęgniarka odcinkowa, potem pielęgniarki funkcyjne i wreszcie (jednak na szczycie) zastępca ordynatora i ordynator. Podstawa wynagrodzenia brutto pielęgniarek jest z reguły niższa o 25%, ale wyrównują to dodatki pracy zmianowej, których lekarz nie posiada. Stąd na rękę specjalista lekarz i szeregową pielęgniarkę odbierają tyle samo, z zastrzeżeniem identycznego stażu pracy. Dalsze egalitarne kroczenie z podwyżkami w „służbie zdrowia” nie jest możliwe, gdyż jest to konserwowanie skansenu wyniesionego z komuny, którego nikt nie chce ruszyć od 18 lat i który ciągle jest tematem tabu – czyżbym był pierwszy?

Sądząc po spokoju społecznym, wykazywanym przez inne niż lekarskie środowiska medyczne, osiągnęły one satysfakcjonujący je pułap w ubiegłym roku albo ich liderzy są świadomi, że płace lekarzy w obecnej sytuacji gwarantują im brak przestrzeni negocjacyjnej. Dlatego dla ich dobra – my musimy zrobić krok do przodu...

Na skutek zaproszenia telefonicznego ze strony Rządu doszło w ramach obecnego protestu do spotkań 18 i 25 maja. Na pierwsze spotkanie, bez uprzedzenia, zaproszono przedstawicieli strony społecznej Komisji Trójstronnej, gdzie przedstawiono brak woli do realizacji postulatów OZZL. Na drugim spotkaniu, gdzie przedstawiciele społeczni, o których mowa w poprzednim zdaniu, znaleźli się po zapowiedzi (OPZZ, Solidarność i przedstawicielki Forum ZZ – OZZ Pielęgniarek i Położnych) okazało się, że tematem spotkania ma być po pierwsze zeszłoroczna 30-procentowa podwyżka, a po drugie strajki w służbie zdrowia.



Wówczas przewodniczący OZZL stwierdził, że przyszedł, aby rozmawiać o strajku i postulatach, bo to przecież OZZL strajkuje, a nie inne związki, z którymi na ten temat tutaj nie chce rozmawiać. Rozmowa, którą chce prowadzić, powinna odbyć się z ministrem zdrowia, a nie z pozostałymi związkami. Wówczas dowiedział się, że skład stron debaty ustalił premier i polecił ministrowi zdrowia taką jej organizację. Potem strony rozstały się.

Skutkiem komunikatu w mediach o przebiegu ww. spotkania Koledzy z PSK 2 natychmiast podjęli uchwałę o wstąpieniu w spór zbiorowy.

Wieczorem wicepremier Przemysław Gosiewski zaprosił do siebie na rozmowy przedstawicieli wszystkich związków zawodowych działających w służbie zdrowia – poza OZZL, którego nie zaprosił. Rozmowy trwały kilka godzin i będą

kontynuowane w poniedziałek. Rząd utrzymuje, że tamte związki też reprezentują lekarzy i to jest taka sama prawda jak to, że Emmanuel Olisadebe jest polskim piłkarzem.

25 maja na posiedzeniu Zarządu Krajowego OZZL po wysłuchaniu sprawozdania ze wszystkich spotkań, w tym z prawie wszystkimi klubami parlamentarnymi, postanowiono zaostrzyć protest na drodze: zorganizowanego składania wypowiedzi z pracy, niewypełniania danych administracyjnych i statystycznych. Dzień 30 maja 2007 r. ogłoszono dniem urlopu na żądanie dla wszystkich lekarzy w Polsce. Przyjęto na drodze uchwały brak dalszych ustępstw ze strony OZZL.

PIOTR ŚLIWIŃSKI

Choroba i śmierć Zygmunta III Wazy



ANDRZEJ
BASZKOWSKI

Na posiedzeniu Komisji Historii i Filozofii Medycyny Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w marcu br. Witold Dudziński wygłosił referat pod tytułem *Choroba i śmierć króla Zygmunta III Wazy*.

Historia to nie tylko wielkie wydarzenia, bitwy i dokonania. To przede wszystkim ludzie, którzy ją tworzą. Ich charakter, osobowości, ich charyzma i małośćkość. To walka o władzę, zwycięstwa, rozczarowania, załamania i upadki. To troski o posiadanie dziedzica i o choć odrobinę miejsca dla własnego szczęścia... Historia zapisuje dla wieczności i wielkie czyny królów i wodzów, i błahe anegdoty z nimi związane. Szkoda, że tych ostatnich tak niewiele. Przecież tak powstają dzieje.

Czyż nie jest tak, że stan zdrowia fizycznego i psychicznego władców często miał wpływ na ich decyzje i działania? Dobre i złe? Korzystne i fatalne?

Nie mogło być inaczej: królów czasami bywali pełni majestatu, ale zawsze byli tylko ludźmi...

Zygmunt III Waza zasiadł na tronie Polski po śmierci Stefana Batorego. Był rok 1587. Pięć lat później zasiadł także na tronie szwedzkim. Powstała więc unia personalna polsko-szwedzka. Trwała 7 lat, do momentu detronizacji Zygmunta w Sztokholmie. W Polsce panował 45 lat, aż do śmierci w 1632 roku. To bardzo długi okres. Tylko Władysław Jagiełło zasiadał na tronie dłużej. Tymczasem Zygmunt przeminał w historii prawie bez echa. Historycy nie mają o nim zbyt dobrego mniemania. Dziwna rzecz: była to epoka wielu wielkich wydarzeń i wielu wybitnych Polaków. Wystarczy wspomnieć tylko o Janie Zamoyskim, Janie Karolu Chodkiewiczu, Stanisławie Żółkiewskim, Stanisławie Lubomirskim... Mimo to kraj po rządach Zygmunta III Wazy stał się osłabiony i po dwudziestu kilku latach Polskę załapał potop szwedzki... To nie przypadek, to logiczne następstwo.

Król był człowiekiem bardzo obowiązkowym i pracowitym. Nawet pod koniec życia, gdy był już bardzo schorowany, powinności królewskie wykonywał starannie i dokładnie.

Jednak panuje przekonanie, że obowiązki i zadania wynikające z epoki, w której przyszedł mu żyć, przerosły jego możliwości.

Pozostała po nim kolumna na placu Zamkowym w Warszawie. Ale czy to pamiątka po królu, czy symbol miasta? Miasta, które ze statusu prowincjonalnej miejsciny mazowieckiej podniósł do godności stołecznej.

Koniec życia króla, który przedstawił Witold Dudziński, nie był zbyt szczęśliwy. Zygmunt III Waza kilka lat przed śmiercią zachorował na podagrę. Choroba stopniowo nasilała się. W ostatnim roku życia Zygmunta wnoszono na specjalnym krześle na obrady sejmowe i do kościoła, bo nie był w stanie sam się poruszać.

Witold Dudziński ostatnie dni króla opisał bardzo szczegółowo. Zygmunt III Waza zmarł 30 kwietnia 1632 roku. Ciało króla zostało starannie zabalsamowane, a pogrzeb odbył się dopiero w styczniu następnego roku w Krakowie, w katedrze na Wawelu.

Dziś, po wielu latach, opierając się na przekazach pisemnych opisujących dokładnie przebieg choroby króla i jego zgon i w oparciu o wiedzę medyczną XXI wieku można stwierdzić, że Zygmunt, cierpiący na podagrę, doznał porażenia połowicznego prawostronnego, z afazją motoryczną. Prawdopodobnie na skutek zakrzepu tętnicy środkowej mózgu.

Dziwny wydaje się fachowy, medyczny opis choroby w odniesieniu do królów... Ale jak już było powiedziane – władcy są także tylko ludźmi...

Nie wiemy, czy dokonania Zygmunta III Wazy, gdyby był zdrowszy pod koniec swojego życia, byłyby inne. Czy inaczej zapisany byłby w historii naszego kraju. Czy oceniono go jako władcę lepszego, czy gorszego? A może jako takiego samego? Nigdy tego nie będziemy wiedzieć. Możemy co najwyżej spekulować. Tylko po co?

Na pewno wszystko mogłoby być inaczej. Ale wszystko jest tak właśnie i to na zawsze, jak zauważył Jean d'Ormesson...

20.05.2007 r.

ANDRZEJ BASZKOWSKI



10 lat ustawy o zawodzie lekarza



GRZEGORZ
WRONA

W dniu 9 marca 2007 r. uczestniczyłem wraz z dr Haliną Bobrowską i dr. Krzysztofem Kordelem w konferencji poświęconej 10-leciu uchwalenia ustawy o zawodzie lekarza, dzisiaj ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Pragnę przedstawić kilka zdań o konferencji, a być może przez to zachęcić do bardziej wnikliwej oceny tych 10 lat.

Konferencja zorganizowana przez Naczelną Izbę Lekarską i prezesa NRL Konstantego Radziwiła zgromadziła inicjatorów i współtwórców tekstu ustawy. W słowach powitania prezes przytoczył fragmenty korespondencji naszego kolegi Jerzego Stanisława Czecha. Było to przypomnienie, krytyka, ale też konstatacja ostatecznie osiągniętego sukcesu. Mnie szczególnie miło było wysłuchać tych wspomnień.

Dr Jacek Piątkiewicz przedstawił w obszernej prezentacji dziennik powstawania i uchwalania ustawy. Kopię prezentacji posiadam i przekażę, na wniosek autora, Jurkowi Czechowi. Myślę, że ze względów historycznych warto tej prezentacji dzisiaj poświęcić najwięcej miejsca.

I tak wspomniana została uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy, powołująca 17-osobową Komisję Legislacyjną, której zadaniem była nowelizacja ustawy o izbach lekarskich. W skład tej Komisji weszli m.in. Jerzy Czech, Maria de Mezer-Dambek, Henryk Bartkowiak. Niedługo później NRL poszerzyła zadania Komisji i uzupełniła jej skład. Do zadań Komisji dodano przygotowanie ustawy o zawodzie lekarza. Prace rozpoczęto 18 maja 1990 r.

Przed Komisją postawiono zadanie ukształtowanie prawa stanowionego wówczas tekstami ustawy o zawodzie lekarza (tej uchwalonej 28 października 1950 roku!) i rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystrycznej (z 1927 roku!). Prace Komisji w pewnym sensie konkurowały z pracami powoływanych w różnym czasie zespołów w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. W maju 1991 r. odbyło się w NRL spotkanie tych ostatnich i Komisji. Wówczas padły istotne propozycje problemowe. Powstające projekty przekazywano systematycznie do konsultacji w Izbach Okręgowych.

Niestety, nie udało się podjąć dyskusji nad projektami ustawy podczas II KZL. W związku z najistotniejszym zadaniem – uchwaleniem KEL – zabrakło czasu. Zjazd uchwalił Komisję oraz NRL do dalszych prac. Prowadzono je podczas wielu – wymienionych w prezentacji – posiedzeń Komisji. Opublikowano („Gazeta Lekarska” nr 20) projekt ustawy.

Po dyskusji przeprowadzonej w dniach 5–6 grudnia 1992 r. podczas posiedzenia NRL projekt ustawy przekazano w styczniu 1993 r. do MZiOS. Wobec oporów w MZiOS

projekt przekazano do sejmowej Komisji Zdrowia z prośbą o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. Stało się to tuż przed rozwiązaniem Sejmu I kadencji.

NRL nie rezygnowała i natychmiast po wyborach ponownie przekazała projekt do kolejnej sejmowej Komisji Zdrowia. Przewodniczącym tej Komisji był dr Jan Kopczyk – to kolejny wielkopolski akcent w pracach nad naszą ustawą.

Komisja po dyskusji większością głosów przyjęła projekt za własny i skierowała do marszałka Sejmu. Dr Piątkiewicz przypomniał również o zasługach ekspertów opiniujących tekst projektu podczas jego powstawania, dziękując prof. prof. Arnoldowi Gubińskiemu, Marianowi Filarowi, Mirosławowi Nesterowiczowi, dr. Andrzejowi Śmieji, a szczególnie mec. Witoldowi Preissowi.

5 grudnia 1996 r. Sejm przegłosował przyjęcie ustawy. Prace w senackiej Komisji Zdrowia zakończyły się katastrofą – warto przypomnieć sobie skład tej senackiej Komisji i ówczesne stanowiska wielce szacownych osób. 20 grudnia 1996 r. Senat RP na wniosek Komisji odrzucił ustawę w całości. Spotkało się to ze zdecydowanym protestem prezydium NRL, wyrażonym uchwałą z dnia 24 grudnia 1996 r. W dniu 6 lutego 1997 r. Sejm odrzucił uchwałę Senatu, co skutkowało przyjęciem ustawy – stąd widnieje na niej data

5 grudnia 1996 r. Ustawa weszła w życie w dniu 27 września 1997 r. Doktor Piątkiewicz przypomniał o 27 poprawkach, które wprowadzono w ciągu minionych 10 lat do ustawy, w tym o zmianie i o przyczynach zmiany nazwy.

Kolejni referenci odnosili się do potrzeby napisania wówczas ustawy, a także do czasów jej powstawania.

Profesor Marian Filar postawił tezę, że największym walorem ustawy jest to, że w ogóle jest. Podkreślił wielką

staranność i nakład pracy twórców ustawy w jej przygotowanie, co jest szczególnie dobrze widoczne na tle prawnej, tworzonej przez ciała ustawodawcze, szarzyzny. Ta ustawa wybija się poziomem ponad inne. Jest to akt niewątpliwie kompleksowy, najważniejszy składnik lekarskiego prawa medycznego. To nie chaotyczny zbiór zapisów, ale system przemyślanych regulacji. Reguluje cztery istotne sfery: 1) stosunek lekarza do władzy publicznej, w tym samorządu lekarskiego wypełniającego funkcję publiczną – prof. Filar podkreślił, że nie ma świata lekarskiego i wolności zawodu bez idei samorządności; 2) problem kodeksu etyki lekarskiej i stosunków między lekarzami; 3) relację między lekarzem a społeczeństwem; 4) relację między lekarzem a pacjentem. Te dwie ostatnie sfery to jądro ustawy. Referent podkreślał, że staranność to cecha mistrza, zburzył mit oczekiwania, iż lekarz to cudotwórca, który każdego wyleczy ze wszystkich chorób, w dodatku szybko i za darmo. Odnosił się też do przekazów medialnych podających nieprawdziwe informacje. Podkreślił ponadto potrzebę zmian, tj. uzupełnienia 2 dodatkowych sfer ustawy: 1) zagadnienia początku i końca życia, czyli kwestię prokreacji, 2) zagadnienia śmierci i eutanazji – człowiek przed Bogiem staje niewezwany.

Ta ustawa wybija się poziomem ponad inne. Jest to akt niewątpliwie kompleksowy, najważniejszy składnik lekarskiego prawa medycznego. To nie chaotyczny zbiór zapisów, ale system przemyślanych regulacji

Doktor Halina Porębska w zastępstwie dr. Andrzeja Fortuny przedstawiła historię związków lekarza i lekarza stomatologa.

Doktor Ładysław Nekanda-Trepka przedstawił bardzo szerokie, znakomicie uporządkowane informacje o realizacji przez samorząd poszczególnych zapisów ustawy. Pewnie nie wszyscy mamy świadomość, że wydano w ostatnich latach nowe dokumenty dla 110 tys. lekarzy i 29 tys. lekarzy dentyków. Zachęcam do odwiedzenia strony <http://test.hipokrates.org/index.php?id=342>

Kolejny wykładowca – prof. Leszek Kubicki – przedstawił miejsce lekarza w systemie prawnym. Przełom wieków XX i XXI to czas tworzenia prawa medycznego, to wydanie kilkunastu ustaw dotyczących poszczególnych problemów, wcześniej spychanych na margines. Zajęto się ochroną zdrowia psychicznego, w rewolucyjny sposób przekształcono model relacji lekarza i chorego, oparto ten model na zgodzie chorego.

Według prof. Kubickiego ustawa o zawodzie lekarza to

konstytucja prawa medycznego, kanwa systemu to ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, o zawodzie lekarza i o zakładach opieki zdrowotnej. Za problemy o niezwyklej wadze, być może do poprawienia, prelegent uznał to, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentydy nie określa wyraźnie, że wykonywanie zawodu jest związane z ryzykiem, że czynności medyczne są narażeniem na niebezpieczeństwo. Ponadto za nieszczęśliwe uważa formułę art. 30 ustawy. Artykuł ten winien zawierać ograniczenia. Przebudowania wymaga problem eksperymentu medycznego, jego kryteria, kwestia kryteriów zgonu. Za ważne prof. Kubicki uznał rozbudowanie rozdziału o zgodzie chorego i o wadze uprzednio wyrażanych życzeń.

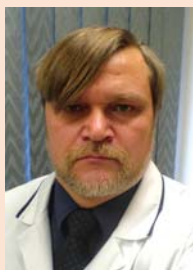
Ostatnim przed dyskusją referentem był prezes NRL, który sięgał bardziej do przyszłości niż do przeszłości. Ze szczegółami wykładu mogliśmy zapoznać się w „Gazecie Lekarskiej”.

GRZEGORZ WRONA

PESEL dobry na wszystko, czyli nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich z 17.05.2007 r.



Po blisko rocznych pracach minister zdrowia podpisał nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, które zastępuje obowiązujące dotychczas rozporządzenie



KRZYSZTOF
OŻEGOWSKI

No i stało się. Po blisko rocznych pracach (pierwszy projekt rozporządzenia jest datowany na 24.07.2006 r.) minister zdrowia podpisał 17 maja br. nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, które zastępuje obowiązujące dotychczas rozporządzenie z dnia 28.09.2004 r. **Nowe rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1.07.2007 r.**

Po jego lekturze dochodzę do wniosku, że jak zwykle intencją Ministerstwa nie było usprawnienie pracy lekarzy,

tylko ułatwienie życia NFZ.

Jakie zatem rewolucyjne zmiany przynosi nam to rozporządzenie, że wymagały one „aż” napisania nowego tekstu, a nie nowelizacji starego?

W sumie niewiele, gdyż większość zasad wystawiania recept obowiązuje nadal. Najistotniejszą i najbardziej widoczną innowacją jest **konieczność zamieszczania numeru PESEL na każdej receptce**, a nie jak dotychczas tylko na receptach wystawianych osobom „o których mowa w art. 45 i 46 usta-

wy” (tu wyjaśnienie dla osób niezbyt biegłych w rozumieniu uroczego slangu prawodawcy – „ustawa” oznacza ustawę o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, a w art. 45 teź mowa o inwalidach wojskowych; z kolei w art. 46 o inwalidach wojennych i osobach represjonowanych). Po co PESEL? Ano po to, aby można było „jednoznacznie zidentyfikować pacjenta” oraz w celu „monitorowania ilości przepisywanych konkretnemu pacjentowi” leków – jak to wyjaśnia na swojej stronie internetowej ministerstwo zdrowia. Na szczęście dla lekarzy „jeżeli na receptce wpisano mylnie lub w sposób nieczytelny numer PESEL, osoba wydająca lek może go skorygować na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę (§ 16 ust. 1 pkt 3)” – co to oznacza, pozostawiam Państwa inteligencji, gdyż nie chcę niczego sugerować.

Drugą zmianą, co prawda niezbyt widoczną dla osoby realizującej receptę, jest odstąpienie od obowiązku dostarczania (druku) przez Narodowy Fundusz Zdrowia recept z naniesionymi numerami oraz kodami paskowymi i co za tym idzie – zwolnienie go z obowiązku dofinansowania druku recept. Teraz Fundusz będzie zapewniał lekarzom tylko

„zakres numerów”, a w recepty każdy będzie musiał zaopatrzyć się sam, czy to kupując je w drukarni, czy to drukując je na własnej drukarce. Tak to zmieniając niewinny wydawałoby się zapis, Ministerstwo nałożyło na lekarzy dodatkowy ciężar finansowy oraz konieczność szukania dostawcy recept. Dodatkową konsekwencją tego zapisu jest obowiązek umieszczenia u dołu recepty danych podmiotu, który wydrukował receptę, a jeśli drukuje ją lekarz, to należy zamieścić napis „wydruk własny”. Tu ciekawostka: minister utrzymał możliwość odpłatnego dostarczania na dotychczasowych zasadach gotowych recept (ale już według nowego wzoru) przez NFZ do końca 2007 roku (sic!). Tylko czy NFZ będzie „chciał” to robić? A aby było „ciekawiej”, to Fundusz nadal będzie musiał dostarczać tzw. różowe recepty, gdyż nadal nie będzie wolno drukować ich samemu.

Kolejną innowacją, tym razem skierowaną do pacjentów i teoretycznie ułatwiającą im życie, jest możliwość wypisania leków na trzymiesięczną kurację nie na jednej receptce, jak dotychczas, tylko na trzech receptach – po jednej na każdy miesiąc. „Dowcip” w tym, że lekarz ma obowiązek określić na tych kolejnych receptach dzień, po którym może być zrealizowana ta recepta. Problem w tym, że nie przewidziano możliwości jednoczesowego zrealizowania wszystkich recept (choć postulowano Ministerstwu takie rozwiązanie). I w ten sposób „uszcześliwiono” część pacjentów, która np. zmieni zdanie lub będzie miała „nagły przypływ gotówki”. Lekarzy „uszcześliwiono” z kolei dodatkową pracą, choć był postulat, by to recepty można było realizować na raty, co byłoby oszczędnością czasu lekarza i papieru – przez wzgląd na dbałość o ochronę naszego środowiska.

W nowym rozporządzeniu rozszerzono katalog osób, dla których można wystawiać recepty „pro familia” o „własne rodzeństwo” (ciekawe, co to jest **nie-własne** rodzeństwo?), poza dotychczasowe kategorie: „małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej”.

Rozporządzenie wprowadza także jeszcze jedną nowość. Otóż dane podmiotu wystawiającego receptę (ZOZ lub praktyka lekarska) oraz dane lekarza (minimum: imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu) można nanieść na receptę nie tylko jako nadruk lub pieczętkę, ale także w postaci naklejki (uniemożliwiającej jej usunięcie bez zniszczenia).

Zmieniły się także zalecane wymiary recept.

I tak recepty na leki refundowane muszą mieć następujące wymiary: szerokość od 90 do 110 mm; długość od 200 do 215 mm.

Co ciekawe, zmienił się też minimalny wymiar recepty na leki niepodlegające refundacji. Teraz taka recepta nie może być mniejsza niż 90 mm szerokości i 140 mm długości (a było 95 x 140 mm).

Korekcie poddano także terminy ważności recept, wydłużając ważność recepty na tzw. import docelowy do 120 dni, a na indywidualne preparaty immunologiczne do 90 dni. Pozostałe terminy pozostały bez zmian (30 dni – zwykła recepta i 7 dni recepta na antybiotyk i wystawiona w ramach pomocy doraźnej).

Recepty wydrukowane przed wejściem w życie tego rozporządzenia zachowują ważność do końca tego roku (pod warunkiem uzupełnienia ich podczas wypisywania o brakujące elementy, tj. PESEL i ew. datę realizacji kolejnej recepty). Tzw. kupony RUM zachowują ważność do końca 2008 roku.

I to tyle krótkiej analizy nowości w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich, która, mam nadzieję, ułatwi Państwu korzystanie z nich do czasu przeczytania i przyswojenia pełnego tekstu rozporządzenia.

Jako uzupełnienie poniżej załączam rozwinięcie skrótów „kodów uprawnień dodatkowych” używanych na receptach, ponieważ aby je odczytać, trzeba posiadać oprócz rozporządzenia także tekst ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, oraz wzór nowej recepty na leki refundowane.

Kody uprawnień dodatkowych:

- 1) **IB** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 46 ustawy – **czyli inwalida wojenny**,
- 2) **IW** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 45 ustawy – **czyli inwalida wojskowy i osoba represjonowana**,
- 3) **ZK** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 43 ustawy – **czyli „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”**,
- 4) **AZ** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 7a ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz.U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20, Nr 96, poz. 959, Nr 120, poz. 1252 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 10, poz. 72) – **czyli osoba pracująca z azbestem**,
- 5) **WP** – osoba, o której mowa w art. 133 pkt 1, art. 134, 135 ust. 1, art. 161, 164 ust. 1, art. 170 ust. 1 i art. 206 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm. 1)) – **czyli żołnierz zawodowy**,
- 6) **PO** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 44 ustawy – **czyli żołnierze służby zasadniczej**,
- 7) **CN** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy – **czyli kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, nieubezpieczone z innego tytułu**,
- 8) **DN** – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy – **czyli dzieci do 18. roku życia, nieubezpieczone z innego tytułu**,
- 9) **IN** – osoba niebędąca ubezpieczonym, posiadająca uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 ustawy – **czyli więźniowie, alkoholicy, narkomani, psychicznie chorzy, zakaźnie chorzy, niektoży cudzoziemcy, korzystający z ratownictwa medycznego**.

WZÓR RECEPTY

Recepta		1568750000058761895	
Świadczeniodawca			
Pacjent	Oddział NFZ		
	Uprawnienia		
	Ch. przewlekle		
PESEL			
Rp.			
 1568750000058761895			
Data wystawienia	dane id. i podpis lekarza		
Data realizacji od dnia			
Dane podmiotu drukującego			

Objaśnienia:

Recepta ma wymiary nie mniejsze niż 90 mm (szerokość) i 200 mm (długość) oraz nie większe niż 110 mm (szerokość) i 215 mm (długość).

Druga strona recepty pozostaje pusta.

Dane niezbędne do wystawienia recepty, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia, umieszcza się na receptce w następujących miejscach:

- 1) dane dotyczące upoważnionego podmiotu – w części oznaczonej napisem „Świadczeniodawca”;
- 2) dane dotyczące pacjenta – w części oznaczonej napisem „Pacjent”. W przypadku pacjentów, którzy uzyskali świadczenie zdrowotne na podstawie przepisów o koordynacji, poniżej adresu pacjenta umieszcza się numer poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych, a w przypadku braku poświadczenia – numer identyfikacyjny znajdujący się na dokumencie uprawniającym do korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) numer PESEL, a w przypadku dziecka do pierwszego roku życia, nieposiadającego numeru PESEL albo w przypadku niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL jednego z rodziców, a w przypadku cudzoziemca – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – w części oznaczonej napisem „Pacjent”;
- 4) identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu – w części oznaczonej napisem „Oddział NFZ”;
- 5) symbol państwa, w którym znajduje się instytucja właściwa dla osoby korzystającej ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – w części oznaczonej napisem „Oddział NFZ”;
- 6) kod uprawnień dodatkowych pacjenta – w części oznaczonej napisem „Uprawnienia”;
- 7) kod uprawnień, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. e rozporządzenia – w części oznaczonej napisem „Ch. przewlekle”;
- 8) dane dotyczące przepisanych leków lub wyrobów medycznych – w części oznaczonej napisem „Rp.”;
- 9) datę wystawienia recepty – w części oznaczonej napisem „Data wystawienia”;
- 10) datę realizacji recepty – w części oznaczonej napisem „Data realizacji od dnia”;
- 11) dane dotyczące osoby wystawiającej receptę – w części oznaczonej napisem „Dane id. i podpis lekarza”;
- 12) dane, o których mowa w § 3 ust. 4 rozporządzenia, umieszcza się na receptce w następujących miejscach:
 - a) numer potwierdzający identyfikację pacjenta – w części oznaczonej napisem „Pacjent”;
 - b) numer recepty – po prawej stronie napisu „Recepta”;
- 13) dane, o których mowa § 2 ust. 4 rozporządzenia, umieszcza się na dole recepty w części oznaczonej napisem „Dane podmiotu drukującego”.

Wszystkie kody kreskowe umożliwiające automatyczny odczyt danych umieszcza się w dolnej części obszaru oznaczonego napisem „Rp.”.

I na koniec jeszcze jedna uwaga związana z rozporządzeniami w sprawie wystawiania recept. Nie wiem, czy zdają sobie Państwo sprawę, że lekarze są jedynymi obywatelami Polski, na których nałożono obowiązek posiadania telefonu i to aktem tak niskiej rangi (sic!) jak rozporządzenie ministra zdrowia. Gdzie to zapisano? Proszę przeczytać § 4 ust. 1 pkt 2

– dotyczy posiadaczy praktyk lekarskich oraz § 4 ust. 2 pkt 2 – dotyczy lekarzy posiadających umowę na wystawianie recept. Ciekawe, kiedy zainteresuje się tym Trybunał Konstytucyjny?

KRZYSZTOF OZĘGOWSKI

AKCJA SENIOR

Lekarze lekarzom

Koleżanki i Koledzy!

Zwracamy się do Was z propozycją udziału w akcji „Senior”. Jest to inicjatywa niesienia sobie wzajemnej pomocy przez lekarzy. Proponujemy, aby w jedną z sobót oddać nasze umiejętności, nasz czas, nasze gabinety potrzebującym lekarskiej pomocy koleżankom i kolegom. Nie zawsze potrafimy pomóc sami sobie. Służmy więc sobie nawzajem doświadczeniem, poradą, konsultacją, nawet badaniami diagnostycznymi, a przede wszystkim życzliwością. Dzień takiej pomocy po pewnym czasie utrwaliłby się w naszej pamięci jako dzień koleżeńskiej solidarności, wzajemnej pomocy zwłaszcza, że gdyby akcja zyskała Wasze poparcie, chcielibyśmy ją powtarzać. Niektórzy z Was być może pamiętają opowieści starszych kolegów, jak to przed wojną zwyczajem niektórych z nich było przyjmowanie pacjentów raz w miesiącu bez pobierania honorariów... Nasza akcja nawiązywałaby więc do pięknych tradycji naszego zawodu.

Do akcji zapraszamy zarówno lekarzy specjalistów, lekarzy POZ, jak i lekarzy dentystów z terenu całej Wielkopolski.

Mamy nadzieję, że wzajemna pomoc przyczyni się także do – tak potrzebnego – zwiększenia integracji środowiska lekarskiego. Gdyby nam, wielkopolskim lekarzom, akcja po-



wiodła się, moglibyśmy w przyszłości spróbować zachęcić Kolegów z innych części kraju do podobnych działań.

W tym roku chcielibyśmy zaproponować przeprowadzenie akcji „Senior” w sobotę 29 września. Wszystkich chętnych do wzięcia udziału w akcji prosimy o zgłaszanie się do WIL. Informacji o akcji można zasięgnąć u kol. Dzieciuchowicza pod nr. tel. 061 867 46 09 lub +48 600 027 032.

Lista lekarzy biorących udział w akcji zostanie opublikowana we wrześniowym numerze Biuletynu WIL.

POZOSTAJĄCY Z WYRAZAMI SZACUNKU

INICJATOR AKCJI
ANDRZEJ A. PAJDOWSKI

KOORDYNATORZY AKCJI
ANDRZEJ BASZKOWSKI
STANISŁAW M. DZIECIUCHOWICZ

BRAVO. MADE IN FIAT.

Z GWARANCJĄ NA 1 000 000 KM PRZEZ 3 LATA*.



KREDYT 0% PRZEZ 3 LATA.

Nowy Fiat Bravo obudzi Twoje emocje. Pokochasz go za piękną linię i ognisty temperament. Dzięki zaawansowanej technologii i tysiącom godzin testów powstał samochód solidny i niezawodny.

* Szczegóły oferty w naszych salonach.

www.pol-car.pl



61-057 Poznań Gorzysława 9 tel. 061/87 32 101	61-568 Poznań Wierzbicęce 2a tel. 061/8 33 44 27	63-400 Ostrów Wlkp Krotoszyńska 18 tel. 062/735 50 55
--	---	--

bezpłatne połączenie 0 800 161 022

POL-CAR

Strażnicy jakości

Rozmowa z Jarosławem J. Fedorowskim, MBA, prof. nadzw. University of Vermont, USA, szefem Rady Programowej Konferencji *Hospital Management* – *Wyzwania 2007*

Jaka jest rola dyrektora medycznego w szpitalu?

To kluczowe stanowisko, a zarazem chyba najtrudniejsze w organizacji placówki ochrony zdrowia. Fakt ten dobrze odzwierciedla struktura szpitali oraz organizacja ochrony zdrowia w USA, kraju o najlepszych wzorcach zarządzania oraz zaawansowanego wolnorynkowego systemu ochrony zdrowia. Dyrektor medyczny, często zwany wiceprezesem do spraw medycznych, jest partnerem dyrektora (czy też prezesa) oraz partnerem zarządu kadry medycznej. Jest on przede wszystkim liderem, a mniej menedżerem, ze względu na specyfikę kadry lekarskiej. W Wielkiej Brytanii każdy *trust* regionalny w systemie Narodowej Ochrony Zdrowia powołuje dyrektora medycznego, który pełni niezwykle ważną rolę w całej organizacji.

Kim jest dyrektor medyczny w strukturze szpitala?

W USA czy Wielkiej Brytanii to lekarz, który stoi na straży przestrzegania jakości i standardów medycznych. Spotyka się on nie tylko ze specjalistami czy konsultantami, ale także współpracuje z personelem pielęgniarskim, działem jakości i wytycza standardy. Dokonuje też tzw. atestacji lekarzy – opracowania, a następnie wdrożenia i przestrzegania procedur regulujących praktykowanie medycyny przez wszystkich lekarzy na terenie szpitala. W Polsce zajmuje się tym po części dział kadr, który sprawdza, czy lekarz ma prawo wykonywania zawodu, specjalizacje i dodatkowe uprawnienia. Oczywiście dział kadr jest instytucją najmniej uprawnioną do oceny kwalifikacji kadry medycznej. Lekarza i jego kwalifikacje ocenia też ordynator, najczęściej według siebie tylko znanych kryteriów. Natomiast w nowoczesnym systemie konsultanckim rolą dyrektora medycznego i jego zespołu jest wyznaczanie uprawnień i obowiązków dla każdego lekarza, który pracuje w szpitalu, mając na względzie jego specjalizację, ale także dodatkowe uprawnienia, które wynikają z jego dodat-

kowych umiejętności. Ponadto w zespole dyrektora medycznego powinna działać specjalna osoba zajmująca się rekrutacją lekarzy. W szpitalach brytyjskich oraz amerykańskich funkcjonują tzw. biura kadry medycznej (*medical staff offices*), które podlegają dyrektorowi medycznemu, a zajmują się kompleksową obsługą lekarskiej kadry medycznej. Nowoczesne szpitale, konkurujące o lekarzy, dobrze zdają sobie sprawę z faktu, że lekarze, jako wysokiej klasy profesjonalści, a zarazem specjalna grupa zawodowa, nie powinni być obsługiwani przez ogólny dział kadr.

To dosyć niewdzięczna rola.

Ze względu na umiejscowienie dyrektora medycznego na styku linii biznesowej i medycznej, gdzie z jednej strony uczestniczy w tworzeniu i realizacji założeń typowo biznesowych, a z drugiej odpowiada za jakość usług medycznych oraz relacje z kadrą medyczną, można zaryzykować stwierdzenie, że jest pomiędzy młotem a kowadłem. Organizacja rynku zdrowia, która nie potrafi zrozumieć tego dylematu, świadomie rezygnuje z optymalnego wykorzystania możliwości tego stanowiska, a zatem traci jeden z ważnych elementów umożliwiających osiągnięcie przewagi konkurencyjnej.

W Polsce nie mamy prawdziwie wolnego rynku usług medycznych. Czy zatem możliwe jest implantowanie systemu, w którym znajdzie się miejsce dla dyrektora medycznego?

Bardzo powoli ewoluujemy w kierunku związanym z systemem konsultanckim, a co za tym idzie podniesienia rangi dyrektora medycznego. Są szpitale, które mają już bardziej zaawansowany schemat organizacyjny, gdzie są konsultanci i tam ta rola jest już znacząca. Jednym z elementów ograniczających

rolę dyrektora medycznego jest to, że bardzo często dyrektorami ochrony zdrowia są lekarze. Nierzadko wykonują oni prace należące do dyrektora medycznego, a to jest bardzo zły objaw, bo element zarządzania medycznego jest bardzo obszerny i dyrektor, który musi zajmować się całością, automatycznie będzie tracił przywództwo w organizacji. Niestety, w naszym kraju ciągle jeszcze dominuje system ordynatorski, który obniża wartość roli dyrektora medycznego.



Zadania dyrektora medycznego

- rekrutacja, dobór oraz zachowanie kwalifikowanej kadry medycznej
- opracowanie kategorii kadry medycznej oraz zestawów uprawnień wraz z ich przestrzeganiem
- atestacja okresowa kadry medycznej
- nadzór nad elementami systemu jakości pod względem wprowadzania, uaktualniania oraz przestrzegania standardów medycznych
- nadzór nad dokumentacją medyczną oraz elementami medycznymi systemów informatycznych
- stwarzanie jak najlepszej atmosfery w zespole kadry medycznej w kontekście wspólnej realizacji misji całej organizacji
- inicjatywa w zakresie poprawy ergonomii pracy kadry medycznej
- współpraca z innymi działami pomocniczymi w organizacji ochrony zdrowia
- opracowywanie i wprowadzanie nowych procedur oraz technologii medycznych
- reprezentacja organizacji wobec mediów oraz organizacji działających na rynku ochrony zdrowia
- nadzór nad medyczną działalnością naukową prowadzoną na terenie organizacji
- wykazywanie zarządowi organizacji, że odpowiednio zarządzana i zadowolona z pracy kadra medyczna jest gwarantem osiągnięcia sukcesu

Kto może zostać dyrektorem medycznym?

W Polsce jest kilka szkół czy kursów zarządzania medycznego, ale żaden z nich nie jest bezpośrednio ukierunkowany na kształcenie kadry dyrektorów medycznych. Ta rola nie ma w Polsce żadnych schematów czy kursów edukacyjnych. Stanowiska te są obsadzane lekarzami, którzy przez wiele lat uczestniczyli w zarządzaniu organizacją ochrony zdrowia i po odbyciu ogólnych kursów zarządzania w OZ albo bez nich, podjęli się lub zostali wyznaczeni do pełnienia takiej funkcji. Często są to klinicyści, którzy pełnią tę funkcję *pro forma*. Już sama



Fot. Archiwum Termedii

nazwa „zastępca dyrektora do spraw lecznictwa”, tak często stosowana w polskich szpitalach, nie wydaje się odpowiednia, bowiem w naszym kraju za lecznictwo odpowiadają wyłącznie ordynatorzy. Wzorce dla funkcji dyrektora medycznego trzeba czerpać z USA i Wielkiej Brytanii, gdzie bardzo silnie rozwinięty jest system konsultancki, ponieważ nie ma u nas ani tradycji, ani nawet organizacji, która zajmowałaby się szkoleniem czy też reprezentowaniem tej istotnej grupy liderów medycznych.

To oznacza, że daleko nam do standardów światowych.

W USA czy w Wielkiej Brytanii dyrektor medyczny ma kluczową pozycję w szpitalu, bo to ona pozwala na korzystanie ze zdobyczy systemu konsultanckiego. Bez koordynacji działań konsultantów, którzy są klinicznie samodzielni, bez upewnienia się, że standardy są w szpitalu przestrzegane, mogłoby dojść do obniżenia jakości opieki. Stałe monitorowanie i podnoszenie jakości oraz optymalnej organizacji pracy lekarzy może zapewnić tylko osoba będąca członkiem zarządu szpitala i osoba, która zna specyfikę medyczną. Bez tego będzie w Polsce bardzo ciężko wprowadzić system konsultancki, o którym teraz tak szeroko się dyskutuje. To jest osoba bardzo dobrze predysponowana do współpracy z zarządem personelu pielęgniarskiego, bo w systemie konsultanckim pielęgniarki mają swoją administrację i to one są gospodarzami oddziału. To właśnie dobra organizacja i do-

wartościowanie personelu pielęgniarskiego jest jednym z elementów kluczowych do wprowadzenia systemu konsultanckiego. Jeśli tego systemu u nas nie wprowadzimy i nie skorzystamy z wzorców zagranicznych, to nasi lekarze z niego skorzystają sami, ale już za granicą. Jednym z często cytowanych powodów wyjazdów polskich medyków jest właśnie niezreformowany system organizacji pracy lekarzy w szpitalu.

Co można zrobić, aby przekonać decydentów i lekarzy do wprowadzenia systemu dyrektorów medycznych?

Aby wprowadzić system konsultancki, a wraz z nim zwiększyć rolę dyrektorów medycznych, trzeba po pierwsze zwiększyć usamodzielnienie personelu pielęgniarskiego, po drugie wprowadzić konsultantów danej specjalności i po trzecie promować i wzmacniać rolę lidera medycznego. Dyrektor medyczny nie ma być człowiekiem, który będzie bezpośrednio zarządzał, ale przywódcą, który wskaże drogi rozwoju, wytyczy cele i będzie koordynował pracę. To lider, a nie zwykły menedżer. Tę koncepcję trudno zrozumieć w ochronie zdrowia, bowiem zbyt często stosuje się przestarzałe formy zarządzania oparte na nakazach i autorytetach. W nowoczesnej medycynie autorytetami są całe zespoły specjalistów reprezentowane przez renomowane towarzystwa lekarskie, szpitale uniwersyteckie czy też czasopisma medyczne. Widać, że system ordynatorski już się nie sprawdza i słuszne są zapędy naszego Ministerstwa Zdrowia do stworzenia systemu konsultanckiego. W Polsce powinna nastąpić reorganizacja pracy w szpitalu. Powstające szpitale prywatne mogą być motorem i tego typu zmian. Padają zarzuty, że w systemie konsultanckim panuje całkowity bałagan i że poszczególni konsultanci działają wyłącznie sami dla siebie. Te zarzuty wynikają z nieznamości systemu zarówno tego typowo konsultanckiego, który obowiązuje w Wielkiej Brytanii, jak i systemu samodzielnych specjalistów, który jest w USA.

ROZMAWIAŁA MAŁGORZATA WAWRZYŃIAK

I MY JAKO LEKARZE TWORZYMY HISTORIĘ

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie będzie wydawcą pierwszego w historii *Almanachu Lekarzy Częstochowskich*. Autorem pracy jest Mieczysław Wyględowski. Zwracamy się z prośbą do wszystkich lekarzy urodzonych w Częstochowie, pracujących w Częstochowie, zamieszkałych w kraju i za granicą o przekazywanie swoich biogramów lub biografii w celu zamieszczenia ich w niniejszej pracy na adres:

Siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42, 42-200 Częstochowa.
Osobisty adres e-mail autora: almanach@interia.eu

Dodatkowe informacje można uzyskać u autora – Mieczysława Wyględowskiego, tel. dom.: +48 34 324 34 75; tel. kom.: +48 604 49 79 23.

Szkolimy się!!!



MAREK
WALKIEWICZ

Nie po to onegdaj naród wywalczył wolne soboty, aby dłużej leżeć pod kołderką albo siedzieć przed telewizorem... W soboty się szkolimy i zbieramy punkty edukacyjne zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej. Koledzy z dużych miast mają wszystko w zasięgu ręki (wiadoma rzecz stolica), my – prowincjusze musimy jeszcze dojechać. W Poznaniu na tereny Międzynarodowych Targów, do Ośrodka

Polskiej Akademii Nauk lub na Miczurina. Za 10 punktów szkoli nas Agora, za 7 Symposion, za 6 Lancet, a za 5 Medius... Większą liczbę punktów przynosi udział w kilkudniowych kongresach i zjazdach. Tam jednak przeważnie obowiązuje spore wpisowe, dochodzą jeszcze koszty hotelu i opłaty za imprezy towarzyszące.

Za to w gronie kolegów lub nawet dawno niewidzianych przyjaciół możemy posłuchać sław polskiej, a coraz częściej zagranicznej nauki. Zamieszczony fotoreportaż dotyczy trzech różnych konferencji, których byłem ostatnio skromnym obserwatorem.



Fot. Archiwum Termedii

Ozdoba stoiska australijskiej firmy



Fot. Marek Walkiewicz

Nadciągają posiłki ministra Religi??? Autor reportażu w towarzystwie uroczych Azjatek, również uczestniczek Kongresu

W dniach 16–18 marca na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich odbył się I Kongres *Top Medical Trends*, organizowany wspólnie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej i Wydawnictwo Termedia (25 punktów edukacyjnych, wpisowe 300 zł, parę słów przemycielem w kwietniowym Biuletynie, tym razem większy serwis zdjęciowy z komentarzem).



Fot. Marek Walkiewicz

Mózg całego przedsięwzięcia – prof. Andrzej Steciwko



Fot. Marek Walkiewicz

Wykład inauguracyjny prof. Ryszarda Gryglewskiego



Fot. Archiwum Termedii

Niezawodna prof. Lidia Brydak



Warszawski Kongres otworzył prof. Witold Lukas, krajowy konsultant medycyny rodzinnej

Fot. Marek Walkiewicz

Po tygodniu w Warszawie, w samym Hotelu Marriott, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Lekarzy Rodzinnych (IFDA) i francuską firmą *Congres Colloques Conventions (CCC)* zorganizowało Międzynarodowy Kongres „Dowody i Praktyka” (*Preuves & Pratiques*). Udział był

bezpłatny!!! Do zdobycia 13 punktów, tematyka przekrojowa: kardiologia, angiologia, choroby zakaźne, diabetologia, geriatria, endokrynologia, onkologia i schorzenia narządów ruchu. Wykładali profesorowie polscy, zwłaszcza z *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, także z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Akademii Medycznej w Warszawie, Śląskiej Akademii Medycznej, Centrum Onkologii czy Centrum Zdrowia Matki Polki. Wśród ponad tysiąca uczestników było ponad 300 lekarzy z Francji i Belgii. Wszyscy zostaliśmy dobrze nakarmieni i wyposażeni w materiały konferencyjne w formie elektronicznej.



Fot. Marek Walkiewicz

Sympatyczny prof. Tomasz Grodzicki przedstawił problematykę kardiologiczną



Fot. Marek Walkiewicz

Uczestnicy Kongresu w stylowej sali obrad hotelu Marriott



Obrady w Bydgoszczy zainaugurował prof. Krzysztof Kusza, rodem z Wielkopolski (obecnie w Bydgoszczy, a właściwie na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu)

Fot. Marek Walkiewicz

Na końcu jesteśmy w Bydgoszczy – Opera Nova, 19–21 kwietnia. Gościmy na II Polsko-Amerykańskim Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii” (wpisowe 300–400 zł, 20 punktów szkoleniowych). Profesor Krzysztof Kusza wraz z Komitetem Organizacyjnym zaprosił nie tylko krajowe autorytety w zakresie anestezjologii i chirurgii, intensywnej terapii



Fot. Marek Walkiewicz

Perłą wystawy medycznej okrzyknięto tę ciemnoskórą piękność



Uczestnicy konferencji z całego kraju. Od lewej dr Władysław Kościelniak (Zielona Góra), dr Witold Micewski (Wolsztyn) i dr Wojciech Obojski (Ciechanów)

Fot. Marek Walkiewicz

i transplantologii, ale, a może zwłaszcza, liderów kilku departamentów z Cleveland Clinic (instytucji usytuowanej na drugim miejscu w rankingach amerykańskich instytutów medycznych). Wykłady inauguracyjne wygłosili profesorowie John E. Tetzlaff (Profesjonalizm w anestezjologii) i Charles Miller (Przeszczep wątroby od dawcy żywego: obecny stan sztuki). Obok naszych profesorów: Ewy Mayzner-Zawadzkiej, Leona Drobnika, Andrzeja Küblera, Jerzego Dobrogowskiego czy Andrzeja Nestorowicza, sesjom współprzewodniczyli Amerykanie: D. John Doyle (anestezjologia), David A. Goldfarb (transplantologia), Tracy Hull (chirurgia kolorektalna), Armin Schubert i Leonardo Kapural (neuroanestezja i ból), Jean Pierre Yared i Grzegorz A. Pitas (kardioanestezja) czy Marc J. Popovich (intensywna terapia).



Fot. Marek Walkiewicz

Wykład inauguracyjny wygłosił prof. John E. Tetzlaff (USA)



Profesor Ewa Mayzner-Zawadzka z mężem

Fot. Marek Walkiewicz

CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
DELEGAT POROZUMIENIA ZIELONOGÓRSKIEGO
MAREK WALKIEWICZ

Zapytam przewrotnie: każdy daje?



ANDRZEJ
PIECHOCKI

Korupcja. Słowo – ponoć stare jak świat – dzisiaj odmieniane przez wszystkie przypadki. Dotykające z różną intensywnością różnych środowisk. Także – choć niektórzy skłonni są mówić, że przede wszystkim – medycznego. Korupcja, szeroko prezentowana i opisywana przez media, budzi emocje. Nierzadko wznieca też spory o metody walki z nią, o epatowanie opinii publicznej słowami i obrazami. Pieniądze skrywane w kopertach w szafach gabinetów, długie rzędy

brandy, wachlarze stu- i dwustuzłotówek, zegarki. Ujawnianie ostatnio fakty uruchamiają wyobraźnię. U niektórych osób tak dalece, że skłonne są one uogólniać patologiczne zjawisko. Mówią: tak jest wszędzie, każdy bierze...

Zapytam zatem przewrotnie: **każdy daje?** Informacje o zatrzymaniu lekarzy, przedstawieniu zarzutu korupcji, jak się ostatnio okazuje, wyraźnie aktywizują pacjentów. Wielu z nich, odnosząc się do informacji mediów, broni podejrzanych. Wystarczy poczytać fora internetowe. Znajdziemy tam mocne i liczne dowody na to, że dany lekarz nie bierze. Pacjenci-internauci są zdziwieni, opisują swoje przypadki, a przy okazji wyrażają wdzięczność za troskliwą opiekę, udaną operację. I na ogół nie dowierzają, że taki doktor mógł od kogoś coś wziąć. Ale też nie brakuje mocnych dowodów na to, że gdzieś ktoś zapłacił. I podaje się konkretne kwoty, ale na ogół nie miejsca i nazwiska. Także media co jakiś czas sporządzają nieoficjalne cenniki różnych usług medycznych. Tak czy inaczej, skoro nie każdy daje, nie mówmy pochopnie, że każdy bierze.

Nie od rzeczy w tej sytuacji będzie wszakże pytanie: **dla czego daje?** Odzywa się stereotyp: nie dasz, nie będziesz dobrze leczony. Zdaniem dr Katarzyny Tymowskiej, eksperta ds. organizacji i finansowania systemu zdrowia, „korupcja to nie tylko problem tej strony, która bierze, ale też tej, która daje, a czasami wręcz wmusza przyjęcie dowodów wdzięczności”. Na pytanie Elżbiety Cichockiej, dziennikarki „Gazety Wyborczej” – Skąd to się bierze? – odpowiedziała: – To efekt braku zaufania do systemu. Nie do lekarza, ale do systemu zdrowia. Jeśli chory ma bardzo złe zdanie o systemie, to kupuje sobie swoje prawa. Im mniej wierzy, że dostanie pomoc, tym częściej będzie się bronił, kupując tę pomoc. I zawsze będzie tak robił, niezależnie od etycznego osądu łapówek. Ale jest też drugi czynnik. Kiedy brakowało guzików, społeczeństwo korumpowało producentów i dystrybutorów guzików. System zdrowia to zarządzanie gospodarką niedoboru. I z tego powodu walka z korupcją tylko z pomocą organów ścigania nie rozładuje kolejek.

Kolejne pytanie: **czy możliwe jest, aby ktoś komuś wręczał pieniądze na siłę?** Historia – jak się okazuje – zna ta-

kie przypadki. Oto dwa najnowsze. Lekarz, u którego policja znalazła w szafie w gabinecie plik stuzłotowych banknotów i miała informacje o korupcji uzyskane z podsłuchu, taką właśnie wersję przedstawił. Jego zdaniem, pieniądze te pozostawiono mu właśnie na siłę, wobec czego zamierzał wpłacić je na konto jakiejś fundacji, ale nie zdążył. Inny lekarz, któremu również na siłę wręczono łapówkę, powiadomił o tym prokuraturę. Pieniądze pozostawione przez pacjentkę wbrew jego woli w jego gabinecie wpłacił na konto Fundacji na rzecz Rozwoju Onkologii Ginekologicznej. W piśmie do prokuratury szczegółowo opisał tę sytuację, jak i bezowocne poszukiwania pacjentki, która „rzuciła kopertę na stół”, wybiegła z gabinetu na korytarz i ślad po niej zaginął. – Znam opowieści lekarzy, którzy nie chcieli łapówek, a pacjenci im je wręczali i uciekali z gabinetu – powiedziała Jolanta Orłowska-Heitzman, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej, Iwonie Hajnosz, dziennikarce „Gazety Wyborczej”.

Znane mi statystyki, jak i różnego rodzaju kontrole zarządzane przez NFZ lub urzędy marszałkowskie nie pozostawiają wątpliwości. Ci, którzy biorą, są w zdecydowanej mniejszości. Ich zachowania, niestety, kładą się cieniem na wszystkich lekarzy. Wskutek tego, choć nie brałeś, nie bierzesz i tak jesteś o to pomawiany. Jak wyjść z tego błędnego koła odpowiedzialności zbiorowej za nieodpowiedzialność

niektórych? Cytowana już dr Katarzyna Tymowska nie jest optymistką. Jej zdaniem „im bardziej będzie się nagłaśniać przypadki patologiczne, tym mniejsze będzie zaufanie pacjentów. Im mniejsze zaufanie, tym większa skłonność do korumpowania lekarzy” („Gazeta Wyborcza”, 25 kwietnia 2007 r.).

Według badań CBOS, w minionych sześciu latach wskaźnik zaufania do lekarzy spadł o 12 procent. Równocześnie

liczba osób deklarujących nieufność wobec nich wzrosła o 11 procent. Transplantolodzy alarmują: spada liczba przeszczepów, bo ubywa dawców. Ludzie nie dają wiary także temu, że ich organ uratuje komuś życie w sposób wolny od podejrzeń o korupcję. Media informują: w szpitalach umierają pacjenci, którzy nie doczekali się dawców narządów do przeszczepienia. Jeśli jeszcze w styczniu 2007 r. przeszczepiono narządy 103 chorym, o tyle w kwietniu tylko 34. Wiele mówi się teraz o przejrzystości wszelkich procedur transplantacyjnych, począwszy od zasad rozpoznawania zgonu człowieka.

Zabierając głos w dyskusji o korupcji, prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak pisze na łamach „Gazety Wyborczej”: „Czy w służbie zdrowia mamy w ogóle do czynienia z korupcją? Nigdy nie pracowałem u więcej niż jednego pracodawcy, nie miałem prywatnego gabinetu i nie akceptuję przyjmowania pieniędzy bezpośrednio od pacjentów, a jeśli zdarzy się, że pacjent zostawi pieniądze w moim gabinecie, wpłacam je na konto fundacji na rzecz ochrony zdrowia. A jednak w moim gabinecie każdego dnia pojawiają się dziesiątki

Ci, którzy biorą, są w zdecydowanej mniejszości. Ich zachowania, niestety, kładą się cieniem na wszystkich lekarzy. Wskutek tego, choć nie brałeś, nie bierzesz i tak jesteś o to pomawiany

sytuacji, które obiegowo łączy się z tzw. korupcją właśnie”. W konkluzji profesor stwierdza: „Jeśli społeczeństwu nie podoba się obecna sytuacja w zakresie sposobu wynagradzania pracowników ochrony zdrowia – włącznie z tzw. korupcją – to powinno wynegocjować z reprezentantami zawodów medycznych inny system wynagradzania (w tym system honorariów). Takiego systemu nie ma i nikt nawet nie próbuje go stworzyć. Dopiero kiedy zostanie zdefiniowane, co i w jakim zakresie jest zgodne z prawem i zdrowym rozsądkiem, będzie można określić, co jest wynagrodzeniem (i kto płaci jaką jego część), co jest prezentem, a co korupcją. Co jest wykroczeniem, co przestępstwem karnym, co przestępstwem podatkowym, a co przejawem normalnych stosunków międzyludzkich.”

Normalne stosunki międzyludzkie, rzecz jasna, nie zaistnieją w anormalnych warunkach. A z takimi właśnie wcale nie tak rzadko mamy do czynienia. System ochrony zdrowia co rusz zaskakuje zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Chory w pierwszej kolejności obarcza winą zazwyczaj tego, kogo ma pod ręką. Resort i Fundusz są daleko od pacjenta, od lekarza dzieli go poręcz łóżka lub blat biurka.

Zaryzykuję stwierdzenie, że szybkimi krokami zbliżamy się do punktu krytycznego. Lekarze utrzymują, że są ofiarami nagonki. Że czarny PR buduje i utrwała wizerunek lekarza-oszusta, który na dodatek strajkuje i domaga się wyższego wynagrodzenia. Pacjenci tymczasem są pełni obaw, czy w razie potrzeby we właściwym czasie i odpowiednich warunkach będzie im udzielona pomoc.

Interes jest wspólny i społeczny, jak rzadko który. Lekarze chcą mieć dobrą opinię i godziwe warunki pracy i płacy, a pacjenci – gwarancję, że będą przywracani do zdrowia wedle możliwie najlepszych standardów. Etycznych i medycznych. I dlatego nie zdziwiłaby mnie informacja, że w jakimś polskim mieście wspólnie zaprotestowali lekarze i pacjenci. Że domagali się rychłej zmiany zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Jasnego i czytelnego

podziału pieniędzy podatników, którymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia. Rząd licytuje, a raczej blefuje ostro, gdy zapewnia, że przeznaczy na służbę zdrowia dodatkowe pieniądze. Ile ich będzie, zależy przecież nie od administracji, ale od sumy składek, jakie wnoszą do systemu wszyscy ubezpieczeni.

Minister zdrowia, który w sondażach cieszy się niezmiennie dużym zaufaniem, od momentu objęcia urzędu obiecuje naprawę. Zgoda, nie nastąpi ona z dnia na dzień, z miesiąca na miesiąc. Ale, Panie Profesorze, chociaż z półroczna na półroczu. Może czerwiec rozpocznie ten cykl korzystnych zmian? Wszak w tym miesiącu mamy wreszcie poznać zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych. Ponoć od niego wszystko co dobre w ochronie zdrowia ma się zacząć. Jeśli tak, niechaj się bez przeszkód zaczyna. I to jak najszybciej. W interesie lekarzy. W interesie pacjentów. Proszę, Panie Ministrze, przekonać opinię publiczną, że bardzo myli się Donald Tusk, gdy mówi o Panu: zagubiony i ubezwłasnowolniony, mający na swoim koncie jedną tylko zasługę, mianowicie przeciwstawianie się pomysłom upaństwowienia całej służby zdrowia.

ANDRZEJ PIECHOCKI



Punkty edukacyjne – i co dalej?

Minęły ponad dwa lata od wprowadzenia obowiązku Mustawicznego kształcenia lekarzy weryfikowanego tzw. **punktami edukacyjnymi** (rozp. MZ z dnia 6 października 2004 r. sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, Dz.U. Nr 231, poz. 2326). Zdążyliśmy już przyzwyczaić się do systemu, który na podobnych zasadach od wielu lat istniał w wielu innych krajach. Nadal jednak wielu z nas ma wątpliwości dotyczące obligatoryjnego charakteru szkolenia, zasad weryfikacji punktów i celowości ich uzyskiwania.

Punkty edukacyjne są tylko środkiem w osiągnięciu celu, jakim jest utrzymywanie przez lekarza wysokiego poziomu wiedzy fachowej. Natomiast praktyczną przydatność zgromadzenia określonej liczby tych punktów określa przepis § 3 pkt 1 Uchwały Nr 98/04/IV NRL z 17 grudnia 2004 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Stanowi on następująco: „Lekarz, lekarz dentyśta, który przystępuje do konkursu na **stanowisko**

kierownicze lub inne stanowisko w zakładzie opieki zdrowotnej, występujący o zatrudnienie jako **nauczyciel akademicki**, występujący o uzyskanie **środków finansowych na kształcenie podyplomowe** lub **pracę naukową**, występujący o **zmianę warunków zatrudnienia**, występujący o zawarcie **umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych**, przedstawia dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyśta”, zawierający wpis o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z liczbą uzyskanych punktów edukacyjnych”. Oznacza to m.in., że NFZ może przy rozpatrywaniu ofert świadczeniodawców brać pod uwagę poziom merytoryczny kadry lekarskiej oferenta, potwierdzony niezbędną ilością uzyskanych punktów edukacyjnych.

Zdaję sobie doskonale sprawę z różnego stopnia trudności w dostępie do kształcenia podyplomowego przez lekarza z kliniki czy szpitala wojewódzkiego a samodzielnie pracującego na wsi lekarza rodzinnego. Jednak przy dostępności

internetowych form edukacji i różnorodności ofert szkoleniowych, niewymagających dodatkowych nakładów finansowych, **uzyskanie 200 punktów w okresie 4 lat** wydaje się całkowicie wykonalne.

W poniższej tabeli przypominam punktowanie poszczególnych form kształcenia ustawicznego lekarzy.

Koledzy mają czasami wątpliwości, kto jest uprawniony do przyznawania punktów edukacyjnych. Zgodnie z § 2 Uchwały Nr 98/04/IV NRL, lekarz i lekarz dentysta uczestniczący w zorganizowanej formie doskonalenia zawodowego, a w szczególności w zjeździe, konferencji, sympozjum naukowym lub szkoleniu wewnętrznym, realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego, jeśli podmiot prowadzący to wydarzenie edukacyjne jest: **uprawniony do kształcenia podyplomowego** na podstawie odrębnych przepisów (tj.: wyższa szkoła medyczna, jednostka badawczo-rozwojowa, zakład opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia lekarzy, lekarzy dentyistów udzielających w nim świadczeń zdrowotnych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, podmiot prowadzący kształcenie w ramach programu doskonalenia zawodowego, przyjętego przez zarząd główny towarzystwa naukowego lub kolegium specjalistów, zaakceptowanego przez Naczelną Radę Lekarską, lub podmiot, który uzyskał wpis do rejestru podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe, prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską).

Na koniec kilka porad praktycznych:

- pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczął się 6 listopada 2004 r. – zakończy się 5 listopada 2008 r.;
- jeżeli uzyskaliśmy już **niezbędne 200 pkt**, po wpisaniu ich do zestawienia, zawierającego datę szkolenia, temat, organizatora, liczbę poszczególnych punktów z potwierdzeniem, np. certyfikatem – przekazujemy to zestawienie

do Izby w celu weryfikacji i wpisu do prawa wykonywania zawodu;

- nie czekajmy do końca pierwszego okresu rozliczeniowego, by liczba złożonych jednocześnie dokumentów nie przekroczyła możliwości weryfikacji przez Komisję Kształcenia Medycznego; ponadto mając zaliczony teraz obowiązek kształcenia, mamy „święty spokój” na kolejne 4 lata;
- punkty edukacyjne rozliczamy 4 lata wstecz od daty złożenia dokumentów (lub daty ostatniego udokumentowanego w zestawieniu szkolenia);
- w poczet pierwszego okresu rozliczeniowego zaliczyć możemy również wszystkie **właściwie udokumentowane** wydarzenia edukacyjne, w których uczestniczyliśmy przed 6 listopada 2004 r., nie wcześniej jednak niż 4 lata od daty złożenia dokumentów;
- w przypadku braku szczegółowego programu niezbędnego do wyliczenia należnej liczby punktów przed 6 listopada 2004 r. stosuje się standardowy przelicznik liczby godzin przypadających na 1 dzień aktywności; np. jednodniowy zjazd – 5 pkt.
- dokumentem potwierdzającym dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego po weryfikacji punktów przez Komisję Kształcenia Medycznego i zatwierdzeniu przez Radę Okręgową WIL jest **wpis w prawie wykonywania zawodu**.

Jeżeli ktokolwiek z członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej będzie miał wątpliwości dotyczące dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, może uzyskać niezbędne informacje w biurze Izby lub od członków KKM.

KOMISJA KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO WIL
DR N. MED. MAREK POPIELARZ

Liczba punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób weryfikacji
grupa 1. – aktywności podstawowe			
1	realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności	50 pkt na 1 rok	zaświadczenie wydane przez kierownika specjalizacji lub umiejętności
2	udział w kursie medycznym, nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności	1 pkt za 1 godz., maks. 40 pkt za 1 kurs	zaświadczenie lub dyplom wydane przez organizatora
3	odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym	3 pkt za 1 dzień, maks. 50 pkt	zaświadczenie wydane przez kierownika jednostki
4	udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	1 pkt za 1 godz., maks. 40 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
5	udział w posiedzeniu oddziału towarzystwa naukowego lub kolegium specjalistów	3 pkt za posiedzenie, maks. 60 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
6	udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy	2 pkt za posiedzenie, maks. 60 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7	wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	10 pkt, maks. 40 pkt	na podstawie programu

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób weryfikacji
grupa 1. – aktywności podstawowe			
8	udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów	maks. 0,2 pkt za jedno pytanie, maks. 100 pkt	zaświadczenie wydane przez organizatora
9	uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych	200 pkt	dypłom
grupa 2. – łącznie maks. 100 pkt w okresie rozliczeniowym			
10	napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	50 pkt, wznowienie – 30 pkt	notka bibliograficzna
11	napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym	10 pkt	notka bibliograficzna
12	przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	15 pkt, wznowienie – 10 pkt	notka bibliograficzna
13	napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym przez Filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus	20 pkt	notka bibliograficzna
14	napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym	10 pkt	notka bibliograficzna
15	przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym	5 pkt, maks. 20 pkt	notka bibliograficzna
16	kierowanie stażem podyplomowym, specjalizacją lub nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentyistów	5 pkt za 1 rok za 1 lekarza, maks. 40 pkt	potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia specjalizacji lub umiejętności
17	indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez Filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus	5 pkt za tytuł, maks. 10 pkt	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
18	przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego	5 pkt	zaświadczenie

Ojczyzna czy obczyzna?

Migracja personelu medycznego do pracy za granicą oraz plany zawodowe studentów uniwersytetów/akademii medycznych



JERZY
MARCINKOWSKI¹

Dnia 2 kwietnia 2007 r. w Sali Herbowej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego odbyło się spotkanie z konsultantami wojewódzkimi Wojewody Wielkopolskiego Tadeusza Dziuby i dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu dr. n. med. Jana Tadeusza Głębockiego. Po wystąpieniu dyrektora Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu, dr. n. med. Elżbiety Prussak², która przedstawiła aktualne problemy i trudności związane z uzyskiwaniem specjalizacji, rozpoczęła się dyskusja na ten temat. Podkreślano, że zaistniała wyraźna luka pokoleniowa wśród specjalistów. Wielu dobrze wyspecjalizowanych lekarzy przeszło już na emerytury, a młodzi mają często większe trudności z rozpoczęciem specjalizacji w Polsce niż za granicą, np. w Wielkiej Brytanii, Irlandii czy w Niemczech.

Na tymże spotkaniu wielu konsultantów wojewódzkich podniosło problem migracji lekarzy i pozostałego personelu medycznego za granicę, głównie do dobrze rozwiniętych państw Unii Europejskiej. Z wypowiedzi konsultantów wojewódzkich wynikało, że ta migracja jest już wyraźnie od-

czuwana. Czy grozi nam z tego powodu załamanie systemu opieki zdrowotnej? Niewykluczone. Istnieje potrzeba aktualnych badań w tym zakresie. Zachęcam do ich prowadzenia. Póki ich nie ma, warto przytoczyć te, które wykonano w nieodległej przeszłości.

Badania takie prowadzili mgr Kazimiera Nosowska (Ministerstwo Zdrowia, Departament Dialogu Społecznego) i dr Paweł Goryński (Państwowy Zakład Higieny, Zakład Statystyki)³. Dokonali oni oceny aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego do pracy za granicą w okresie po 1 maja 2004 r. oraz ewentualnych skutków tej migracji dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Posłużyli się metodą analizy retrospektywnej i dokonali oceny wskaźników zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w Polsce w latach 1995–2004 w porównaniu z analogicznymi wskaźnikami innych krajów europejskich. Aktualna ocena stanu zabezpieczenia kadry lekarsko-pielęgniarskiej została przedstawiona na podstawie analizy wskaźników bezrobocia oraz planowanych limitów kształcenia w omawianych zawodach. Wyliczyli oni, że w 2004 r. mogło wyemigrować z kraju 3% lekarzy medycyny, 3,6% lekarzy dentyistów oraz 1,2% pielęgniarek, podejmując pracę za granicą. Ich wnioski były następujące: skala odpływu kadry medycznej do 2004 r. nie była masowa, ale nie była też zjawiskiem marginalnym; w przypadku nasilenia

się tej migracji może być ona szczególnie dotkliwa dla polskiego społeczeństwa, gdyż może dochodzić do zagrożenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Kolejne wnioski tych autorów były następujące: w wypadku wystąpienia problemów na rynku pracy minister zdrowia może – zgodnie ze swoimi kompetencjami – zwiększyć limity przyjęć na uczelnie medyczne oraz zwiększyć liczbę finansowanych z budżetu państwa miejsc specjalizacji w ramach rezydentury; przeciwdziałanie migracji lekarzy i pielęgniarek wymaga zwiększenia wynagrodzeń i stosowania odpowiedniej polityki płacowej w sektorze ochrony zdrowia.

A jakie są plany zawodowe studentów polskich uniwersytetów/akademii medycznych? Ojczyzna czy obczyzna? Badania takie przeprowadziła dr hab. n. med. Jadwiga Jośko wraz z zespołem autorów (Marcin Kostkiewicz, Michał Mazurek, Łukasz Mazurek, Piotr Wojcieszek) z Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Zabrzu Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach⁴. Cele ich badań były następujące: ustalenie, jaki odsetek studentów medycyny zamierza wyjechać do pracy za granicę, poznanie motywów podjęcia decyzji o rozpoczęciu pracy poza granicami kraju i krótka charakterystyka studentów deklarujących chęć wyjazdu. Badania przeprowadzono w 2005 r. i objęto nimi studentów Wydziału Lekarskiego oraz Oddziału Lekarsko-Dentystycznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wyniki były porażające, gdyż aż 42,8% studentów zadeklarowało chęć wyjazdu do pracy

za granicę. Wśród osób pragnących pozostać w Polsce byli głównie studenci VI roku, wśród których 92% przebywało już za granicą na stypendiach. Wśród osób deklarujących chęć wyjazdu większość pozostawała pod silnym wpływem wykładowców uczelni i znajomych, którzy zachęcali ich do wyjazdu. Motywem wyjazdu dla większości studentów były wyższe zarobki (75%) i lepsze perspektywy rozwoju zawodowego (69%), ale również większy prestiż zawodu lekarza (38%) i lepsza organizacja pracy (38%). Wśród krajów, do których chcieli wyjechać przyszli absolwenci, znalazły się przede wszystkim: Wielka Brytania (33%), Szwecja (11%), Norwegia (10%) i Niemcy (10%).

JERZY T. MARCINKOWSKI

¹ Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; konsultant wojewódzki w dziedzinie epidemiologii, e-mail: jmarcin@amp.edu.pl

² Prezentacja multimedialna: dr Elżbieta Prussak, mgr Jolanta Zgrabczyńska: „Przebieg procesu specjalizacji w Wielkopolsce” <http://wczp.poznan.uw.gov.pl/445-44b2454619cca.htm>

³ Nosowska K., Goryński P.: Migracja personelu medycznego do pracy za granicą w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2006; 1: 55-60; można ściągnąć bezpłatnie z www.phie.pl

⁴ Jośko J., Kostkiewicz M., Mazurek M., Mazurek Ł., Wojcieszek P.: Ojczyzna czy obczyzna? Planu zawodowe studentów Śląskiej Akademii Medycznej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 1; można ściągnąć bezpłatnie z www.phie.pl

Anty-Piecha

– Zawsze chciałem być ministrem – przyznaje Jarosław Pinkas. – Nie jestem człowiekiem, który planuje tylko weekendy. Nie będę udawał, że jest inaczej. Przyznaję szczerze, że planuję dokładnie całe życie i zawsze chciałem robić to, co robię w tej chwili – dodaje wiceszef resortu zdrowia. Osoby z otoczenia Pinkasa mówią, że to dobry lekarz, ambitny człowiek i urzędnik mający raczej przeciętne osiągnięcia. Jarosław Pinkas w dużej mierze swoją pozycję zawdzięcza szczęśliwemu zbiegowi okoliczności i Zbigniewowi Relidze, z którym los zetknął go 15 lat temu.

Wiceminister zdrowia przekonuje, że karierę w resorcie skończy na obecnym szczeblu. Jak twierdzi, nie chce zostać ministrem konstytucyjnym. Zapewnia, że wystarczy mu rola podsekretarza stanu. – To jest szczególna praca. Trzeba jej poświęcić każdą minutę. A ja boję się, że chwilami tracę bezsensownie czas. Po zakończeniu tej kadencji poszukam zajęcia zupełnie gdzie indziej – oświadcza enigmatycznie.

Zaufany Religi

W resorcie zdrowia Jarosław Pinkas odgrywa rolę anty-Piechy. To odpowiedź Religi na obecność w ministerstwie prominentnego polityka PiS. Jest najbliższym i najbardziej zaufanym współpracownikiem ministra.

Jarosław Pinkas może się pochwalić niezłym wykształceniem. Jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie ze specjalizacją II stopnia w zakresie chirurgii ogólnej, II stopnia w zakresie medycyny rodzinnej (lekarz rodzinny) i II stopnia w zakresie zdrowia publicznego. A także doświadczeniem w pełnieniu funkcji społecznych,

politycznych i kierowniczych. Był m.in. doradcą w gabinecie politycznym ministra zdrowia Wojciecha Maksymowicza. Od 1999 r. jest członkiem Grupy Roboczej Euro Forum pod auspicjami *World Organization of Family Doctors* (WONCA). Dwa lata później wszedł w skład Zespołu ds. Zdrowia przy prezydencie Miasta Stołecznego Warszawy.

Gracz personalny

Osoby pracujące w resorcie zdrowia mówią o Pinkasie: pracowity, kompetentny, ale lubiący prowadzić rozgrywki personalne. – Choć nie zawsze mu to wychodzi, bo nie bardzo jest kim rozgrywać. Po pierwsze, w ministerstwie jest zbyt mało osób kompetentnych, a jeszcze mniej ma ochotę w nim pracować – mówi jeden z wysoko postawionych pracowników resortu.

Zasługą Pinkasa jest przygotowanie ustawy o ratownictwie medycznym. Ale za to może się stać grabarzem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Nie radzi sobie z przygotowaniem przetargu na śmigłowce dla LPR.



Lubią go posłowie, nawet opozycyjni. Nikt z naszych rozmówców w Sejmie nie chciał lub nie umiał powiedzieć o nim złego słowa. Gorszą opinię o wiceministrze mają dziennikarze zajmujący się służbą zdrowia. – Może Pinkas był dobry lekarzem, ale urzędnikiem jest fatalnym. Ma problemy z podejmowaniem decyzji. Odnoszę wrażenie, że często nie do końca rozumie to, czym się zajmuje. I pytany o sprawę ze swojej działki strasznie kręci – mówi dziennikarka mediów elektronicznych. – Nie ma sensu dzwonić do niego w żadnej sprawie, bo on nigdy niczego nie wie. Od czasu, gdy został ministrem, rozmawiałam z nim raz, bo robiłam materiał dotyczący Religi, ale akurat swego szefa Pinkas świetnie zna – dodaje druga dziennikarka.

Z asystenta minister

Obserwując drogę zawodową wiceministra zdrowia, można dojść do przekonania, że więcej zawdzięcza szczęśliwemu zbiegowi okoliczności niż planowaniu własnej kariery. Gdyby w latach 80., na początku pracy zawodowej, nie spotkał Zbigniewa Religi, dziś zapewne nie urzędowałby w pałacyku przy ul. Miodowej. – Poznałem Pinkasa jako młodego i zdolnego chłopaka uczącego się chirurgii. Przez trzy lata był moim asystentem w Klinice Kardiochirurgii CSK MSW – przyznaje minister zdrowia.

Nawiązana tam współpraca połączyła ich losy na lata. Kiedy Pinkas po zmianie układu politycznego stracił posadę zastępcy dyrektora do spraw medycznych Mazowieckiej Kasy Chorych, Religa ściągnął go do kliniki kardiochirurgii w Aninie, powierzając stanowisko dyrektora ds. lecznictwa. A gdy Lech Kaczyński namówił Religę na objęcie resortu zdrowia, ten zaproponował Pinkasowi fotel wiceministra. – Mam do niego ogromne zaufanie. To jest bardzo ważne. Wiem, że on nie zrobi niczego, nie informując mnie uprzednio i nie będzie proponował rozwiązań niezgodnych z moją filozofią polityki zdrowotnej – mówi Religa. Połączyła ich nie tylko praca, ale i polityczne idee. W 2004 r. tworzyli program naprawy służby zdrowia dla kierowanej przez Religę Partii Centrum. Tam zrodził się skopiowany dziś pomysł, by kierowcy dokładali się do budżetu służby zdrowia. Wówczas zasugerowano, aby dodatkowo opodatkować każdą transakcję kupna-sprzedaży pojazdów ratownictwa drogowego. Pinkas w imieniu Religi przedstawiał ten projekt ówczesnemu premierowi Markowi Belce. Przed ostatnimi wyborami parlamentarnymi znalazł się w gronie ekspertów w stworzonym przez posłankę PO Elżbietę Radziszewską zespole przygotowującym program medyczny Platformy Obywatelskiej. W tym samym czasie Religa współpracował z PO i znajdował się w Komitecie popierającym Donalda Tuska w walce o prezydenturę.

Czarna lista dyrektora

Nim Pinkas trafił do Anina, współtworzył i kierował Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Choć piastował stanowiska pu-

bliczne, bo m.in. na przełomie 1998 i 1999 r. pełnił funkcję doradcy w gabinecie politycznym ministra zdrowia i opieki społecznej, nie był znany. W internetowym archiwum „Gazety Wyborczej” jest zaledwie 150 tekstów, w których pada jego nazwisko. Z jego pracy w Mazowieckiej Kasie Chorych zapamiętano z kolei tylko jeden epizod. Był autorem wyjątkowo kontrowersyjnego pomysłu zamknięcia

kilku warszawskich szpitali, w tym wówczas niedawno wyremontowanego szpitala Ginekologiczno-Położniczego przy ul. Inflanckiej, placówki wielokrotnie nagradzanej w ramach akcji *Rodzić po ludzku*. Na czarnej liście Pinkasa znalazło się jeszcze kilka uznanych szpitali. Decyzja, że placówki otrzymają kontrakty i pieniądze tylko na trzy miesiące, zapadła najprawdopodobniej w ostatniej chwili. Informacje, że umowy będą zaledwie na kwartał na kontraktach dopisano

długopisem. Pinkas nigdy nie wyjaśnił, jakimi kryteriami kierował się, wpisując szpitale na swoją czarną listę. Religa jednak ma zaufanie do swojego zastępcy. – Uważam, że ma on ogromne doświadczenie w organizacji opieki zdrowotnej i wiedzę na ten temat. Swoje kompetencje potwierdził podczas prowadzenia ustawy o ratownictwie medycznym – podkreśla.

W ustawie przygotowanej przez ministra Pinkasa nawet osoby mu życzliwe widzą jednak zagrożenia dla całego systemu. – Finansowanie ratownictwa na dużym poziomie jest zapewnione tylko na rok. Nikt nie wie, co będzie później – mówi Ewa Kopacz, przewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia.

Lotnictwo Prawie Rozwalone

O ile ustawę o ratownictwie medycznym można uznać za sukces, o tyle nadzorowany przez wiceministra przetarg na śmigłowce dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego może świadczyć o jego całkowitej bezradności. Od 28 marca aż 16 z 17 śmigłowców powinno zostać wycofanych z eksploatacji. Latają tylko dlatego, że otrzymały warunkową zgodę od Urzędu Lotnictwa Cywilnego. Jednak najpóźniej od 1 stycznia 2010 r. będą musiały pozostać w hangarach. Mimo że od 2005 r. obowiązuje ustawa o wymianie śmigłowców LPR, do dziś nie ogłoszono przetargu.

Pinkas najpierw usiłował pozbyć się problemu z głowy najprostszą metodą. Zasugerował resortowi obrony, by przejął pogotowie lotnicze z dobrodziejstwem inwentarza



Fot. Dziaki
Jarosław Pinkas – czyli nikt nic nie wie

w postaci lekarzy, pilotów i przestarzałego sprzętu. Jak można usłyszeć z kularowych plotek, Religa, gdy usłyszał o działaniach zastępcy, wpadł w szal. Dziś mówi o tym spokojnie. To nie był dobry pomysł. Ale jeśli nawet jakaś koncepcja nie jest najlepsza, to trzeba pamiętać, że rzeczą ludzką jest się mylić. A ostateczne przepisy czy pomysły resortu powstają w trakcie dyskusji całego kierownictwa ministerstwa.

Mimo że prace nad przetargiem trwają już półtora roku, wciąż nawet nie opisano przedmiotu zamówienia. Wszystko jest dopiero w fazie *konkurencyjnego dialogu producentów*. A wiceminister wpada na coraz bardziej kuriozalne pomysły: a to wzięcia w leasing śmigłowców, a to wypożyczenia używanych maszyn od firmy, która wygra przetarg. Piloci i ratownicy z każdym dniem coraz bardziej boją się latać. A minister, pytany, kiedy przetarg zostanie rozstrzygnięty i kiedy pojawią się pierwsze śmigłowce, bezradnie rozkłada ręce. Dlaczego mimo tych oraz innych informacji o Jarosławie Pinkasie (do którego przylgnęła opinia człowieka niemającego większych osiągnięć) politycy tak chwalą wiceministra? – Może po prostu działa solidarność zawodowa. Służbą zdrowia w Sejmie zajmują się lekarze, którzy prawdopodobnie nie chcą atakować kolegi po fachu – zastanawia się jeden z dziennikarzy medycznych.

PAWEŁ RADUŁA

Pinkas w pigulce

W środowisku jest doceniany za skuteczność. Jednak jego oponenty mówią z przekąsem: *Idzie przebojem, walcząc o realizację swoich koncepcji*. Podczas podejmowania decyzji jest jak rewolwerowiec – strzał następuje niemal natychmiast. Podczas akcji ratunkowej w katowickiej hali targowej zaimponował ratownikom, którym załatwił wojskowy samolot po jednym telefonie (dzięki temu przeżyły dwie osoby). Lojalny wobec szefa, lubi otaczać się sprawdzonymi współpracownikami. Urzędnikom, którym ufa, daje dużą samodzielność. Przywiązuje dużą wagę do kontaktów z dziennikarzami, bardzo dba o wizerunek osoby dostępnej dla mediów. Dżentelmen w każdym calu. Znany z niezwyklej szarmanckości wobec kobiet. Jest estetą, ma wyrafinowany gust, lubi otaczać się pięknymi przedmiotami. Kolekcjonuje meble w stylu art déco. Innym hobby Jarosława Pinkasa jest kuchnia, w której relaksuje się po pracy. Jego potrawy są niezwykle wyszukane. Na święta Wielkanocne przygotowuje np. białą kielbasę w cieście drożdżowym. Na obiad gęś – sauté lub nadziewana wątróbką, a na deser lekki baranek z galaretki owocowej. – Co roku baranek ma inny kolor, w zależności od smaku galaretki. Kiedy zastygnie w specjalnej formie, to ogrzewam ją suszarką, żeby się od niej odkleił – zdradza wiceminister zdrowia. Do dobrego jedzenia konieczny jest dobry napój, dlatego inną pasją Jarosława Pinkasa jest enologia, czyli dział nauki zajmujący się problematyką produkcji wina. Miłośnik do kuchni wiceszef resortu zdrowia dzieli z żoną i dwójką dzieci oraz ulubionym psem dalmatyńczykiem.



Wolne głosy

KRZYSZTOF ŹEGOWSKI

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL

„W styczniowych ścinkach poświęciłem parę wersów specjalizacjom, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. rezydentur oraz kuriozalnego sposobu zdobywania tytułu specjalisty w trybie „wolontariatu”, czyli specjalizowaniu się bez wynagrodzenia. Wydawało się, że to już „szczyt” pomysłowości naszego „wspaniałego” ministerstwa. Ale jak to zwykle bywa, życie jest bogatsze i całkiem niedawno rozległ się jego złośliwy chichot, gdy padła wypowiedź naszego ministerialnego orła, wiceministra Bolesława Piechy. Otóż ten ministerialny urzędnik, będący hańbą dla stanu lekarskiego, zaprezentował publicznie swój kretyński pomysł, by lekarze chcący się specjalizować w trybie rezydentury, zaciągali pożyczki na ich sfinansowanie. Pożyczki „oczywiście” nisko oprocentowane, zapewne by osłodzić gorycz ich spłacania przyszłym

specjalistom. W ten sposób ministerstwo pozbyłoby się nie tylko kłopotu z ciągłymi narzekaniami na niewystarczającą wysokość wynagrodzenia w czasie rezydentury, ale także zapewniło dodatkowy dochód jednostkom kształcącym, gdyż te nie tylko otrzymywałyby darmowego pracownika (choć w mniemaniu naszych ministerialnych interpretatorów prawa i sprawiedliwości, ups – rzeczywistości rezydent nie pracuje, tylko się uczy), ale także wpływy z opłat za umożliwienie nauki zawodu. Tym sposobem po raz kolejny okazałoby się, że lekarz jest gorzej traktowany niż na przykład (z całym szacunkiem) uczeń fryzjerski, który podczas nauki jest wynagradzany i to, co ciekawe, z każdym rokiem nauki coraz wyżej.” Ten ścinek powstał jakieś dwa miesiące temu, jednakże nie został wykorzystany, gdyż jak to zapewne niektórzy z Państwa zauważyli, ostatnio „Short cuts” nie było w Biuletynie. I wydawałoby się, że zakończy żywot w komputerowym koszu, ale przy okazji ogłoszenia przez rząd, że jednak wygospodaruje 5,8 miliarda złotych na podwyżki w służbie zdrowia w roku przyszłym, zrozumiałem, że nie był to samodzielny wyskok ministra Piechy, lecz charakterystyczne dla formacji, którą reprezentuje, „przygotowanie gruntu” pod następny ruch, którego my „szaraczkowie” w swym ograniczeniu jeszcze nie widzimy, a oni już wiedzą, że będzie konieczny. Otóż jednym z pytań stawianych obecnie rządowi jest: „Skąd weźmie środki na podwyżkę dla pracowników służby zdrowia?” Teraz już wiemy, że ich część będzie stanowiła kwota zaoszczędzona na rezydenturach, gdyż ich finansowanie przejmą sami lekarze lub banki, w których się zadłużą. Przy okazji okazało się, że ten rząd rozwiązał, nierozwiązalny wydawałoby się, dylemat – jak zjeść ciasteczko i mieć ciasteczko. Tyłu się głowiło, a tu voilà: problem rozwiązany.

Poszukiwanie pieniędzy na podwyżki dla lekarzy to w ogóle ciekawy temat. „Naturalnym” źródłem wydaje się, poza budżetem państwa, Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak też, naiwnie, myślały Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Naczelna Rada Lekarska, wskazując go (Fundusz), po kompromisowej propozycji związku lekarzy, by w tym roku przeznaczono na wynagrodzenia lekarskie tylko 1 mld złotych. Swoje poglądy opierały na fakcie uzyskania przez Fundusz większych wpływów niż to wcześniej zakładano i posiadaniu przez niego rezerw, które nie są przeznaczone na zakontraktowane świadczenia i „leżą” sobie spokojnie na koncie NFZ. Oferta ta spotkała się „ze wzruszeniem ramion” ze strony rządzących, a prezes NFZ Andrzej Sośnierz, indagowany w tej kwestii przez dziennikarzy, stwierdził, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest od szukania pieniędzy na pensje dla lekarzy. Według Sośnierza, Fundusz chciałby przeznaczyć te nadprogramowe środki finansowe na zakup dodatkowych świadczeń medycznych, w tym, w szczególności, zwiększenie ilości świadczeń stomatologicznych. Nie wiem, czy prezes Sośnierz jest takim dyletantem, czy tylko „tak go pięknie gra”. Zapewne doskonale wie, że pieniądze na podwyżki dla lekarzy można nie tylko przekazać w „czystej” postaci żywej gotówki, ale także dowartościowując opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, grubo poniżej ich wartości, procedury medyczne wykonywane przez lekarzy czy z udziałem lekarzy. Truizmem jest stwierdzenie, że jeśli nie będzie lekarzy chętnych pracować dla NFZ, to większość świadczeń medycznych nie będzie wykonana i co za tym idzie, nie zwiększy się ich dostępność dla ludności, o przepraszam – świadczeniobiorców. Z tego zresztą zdaje sobie sprawę prezes NFZ, czego dał wyraz w jednym z wywiadów, ale obecnie najwyraźniej postanowił udawać Greka. To „udawanie Greka” ma zresztą dłuższą historię. Niewątpliwie wskutek sugestii NFZ, resort zdrowia odciążył Fundusz z obowiązku współfinansowania recept lekarskich, co zaskutkuje pewną ilością wolnych środków finansowych, które, przynajmniej teoretycznie, będzie można przeznaczyć na zakup dodatkowej ilości świadczeń medycznych. To, że zwiększą się koszty działalności lekarzy czy szpitali, to już nie problem Funduszu. Zapewne podobna motywacja legła u podstaw wycofania się Narodowego Funduszu Zdrowia z bezpłatnego dostarczania świadczeniodawcom programów komputerowych, niezbędnych do wymiany danych pomiędzy nimi a Funduszem. Zwolnione w ten sposób, niewątpliwie nie małe sumy pieniędzy, Fundusz zapewne będzie chciał także przeznaczyć na zakup dodatkowych świadczeń medycznych, oczywiście w „deficytowych obszarach kontraktowania”, jak „ładnie” wyraził się jeden z przedstawicieli NFZ. Zapewne zauważyli Państwo, że Fundusz mówi zawsze o dodatkowej ilości świadczeń, a nie o zwiększeniu np. wartości punktu kontraktowego (no może poza stomatologami, którzy udowodnili przed sądem, że NFZ ich ordynarnie, od lat, kantuje). To niedoszacowanie świadczeń skutkuje nie tylko tym, że szpitale się zadłużają, ale także tym, że wynagrodzenia lekarzy i pozostałego personelu medycznego pozostają wciąż na poziomie urągającym cywilizowanym krajom. Ubocznym efektem braku bezpłatnych programów wymiany danych może być niemożliwość rozliczenia się z Funduszem, gdyż zaskoczone jakąś zmianą „formatu wymiany danych” firmy komputerowe mogą nie zdążyć z przygotowaniem aktualizacji oprogramowania, nie wspominając o tym, że lekarz może także nie otrzymać wiadomości o konieczności zakupu uaktualnienia. Ciekawe będzie zapewne „doświadczenie bojem” korzystania z SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji – to wyjaśnienie dla osób niemających bezpośredniego kontraktu

z NFZ – czyli program, bez którego nie można się z Funduszem ani rozliczyć, ani mu wystawić rachunku za swoje usługi) w sytuacji, gdy świadczeniodawca będzie korzystał z programu niemającego „błogosławieństwa” NFZ. Ci, którzy obecnie „wymieniają dane z Funduszem” wiedzą, ile pracy i stresu dostarcza ta pozornie trywialna czynność, choć program, którego używają, jest autoryzowany i zaprojektowany pod SZOI.



Jak zapewne część z Państwa wie, Wielkopolska Izba Lekarska wystąpiła do prezesa NFZ z protestem przeciwko zaprzestaniu bezpłatnego dostarczania programów wymiany danych z Funduszem (w Wielkopolsce i części województw jest to KS-SWD, w innych województwach funkcjonuje Pakiet Świadczeniodawcy) i zaproponowała przynajmniej przedłużenie bezpłatnego udostępniania tych programów do końca 2007 r. Trochę to trwało, ale w końcu „góra przyszła do Mahometa”. 17 maja na ręce prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wpłynęło pismo od prezesa NFZ Andrzeja Sośnierza (do przeczytania w całości na stronie internetowej WIL). W liście tym prezes Sośnierz okazał się „ludzkim paniskiem” i łaskawie przedłużył okres bezpłatnego udostępniania KS-SWD i Pakietu Świadczeniodawcy do 30 września 2007 r., po którym to terminie ich dystrybucja ma być wstrzymana. Dlaczego tylko do końca września, a nie do końca roku, tego łaskawca Sośnierz nie wyjaśnia. W zamian, a w zasadzie obok tego, uzasadnia, dlaczego Fundusz nie może dalej bezpłatnie dostarczać tych programów. I tak okazuje się (przynajmniej według NFZ), że domagali się tego świadczeniodawcy. Być może tak było w przypadku dużych ZOZ-ów, ale dla indywidualnych praktyk lekarskich dotychczasowe rozwiązanie jest optymalne ze względu na koszty, a w zasadzie ich brak oraz to, że fundując jakieś nowelizacje, to Fundusz jest zobowiązany dostarczyć na czas odpowiedni i w dodatku prawidłowo funkcjonujący program. W związku z „uwolnieniem się” przez NFZ z tego obowiązku mali świadczeniodawcy obawiają się nie tylko kosztów, ale przede wszystkim tego, że Fundusz nadal będzie zaskakiwał świadczeniodawców nagłymi zmianami wymagań dotyczących formatu wymiany danych, tak że nie będą mogli na czas uzyskać znowelizowanego programu i przez to nie otrzymają z Funduszu należnych im pieniędzy. Następny argument, biorąc pod uwagę dotychczasową praktykę NFZ walczenia do upadłego, czyli do kasacji wyroku włącznie, z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, powoduje u czytającego „dziką” radość. Okazuje się, że „nagle” Narodowy Fundusz Zdrowia przejmuje się zarzutami UOKiK, który podobno wytknął mu, że „bezpłatne udostępnianie Pakietu Świadczeniodawcy i KS-SWD powoduje ograniczenia w dostępie do rynku innych podmiotów dostarczających oprogramowanie”. Jak z tego wynika, jeśli tak Funduszowi pasuje, to realizuje nawet nieśmiałe sugestie UOKiK, a jeśli nie, to robi wszystko, by ich nie wykonać. A tak na marginesie – prezes Sośnierz nie poparł swojego stwierdzenia zawartego w liście do WIL żadnym dowodem, tak że można stwierdzić, iż jest to gołosłowie. Dlaczego o tym wspominam? Ano dlatego, że w liście do Naczelnej Rady Lekarskiej, która postulowała ponowne opracowanie ogólnych warunków umów na następne lata, prezes Sośnierz zarzucił NRL, że nie przedstawiła dowodów na swoje tezy i zarzuty. Ale jak widać, prezes Funduszu „widzi w oku przeciwnika źdźbło trawy, a belki w swoim nie zauważa”.

Peryskop



JANUSZ
SKOWRONEK

(Doniesienia opracowane na podstawie internetowego serwisu www.onet.pl)

Joga wywołuje biochemiczne zmiany w mózgu

Ćwiczenie jogi podnosi w mózgu poziom substancji, która wycisza aktywność neuronów – zaobserwowali naukowcy z USA. Dzięki temu jogę można będzie wykorzystać w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych, które mają związek z niedoborem tego neuroprzekaźnika – napisali autorzy artykułu na łamach pisma „Journal of Alternative and Complementary Medicine”.

Chodzi tu o kwas gamma-aminomasłowy (GABA), który jest głównym neuroprzekaźnikiem odpowiedzialnym za wyciszenie pobudzonych neuronów. Zbyt niski poziom GABA obserwuje się u osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, jak depresja czy stany lękowe oraz neurologicznymi, jak padaczka. Obecnie, aby zwiększyć stężenie tego neuroprzekaźnika, stosuje się odpowiednie leki. Naukowcy z Wydziału Medycyny Uniwersytetu w Bostonie zaobserwowali, że na poziomie GABA w mózgu można wpływać nie tylko farmakologicznie, ale również poprzez styl życia. W doświadczeniu wykorzystano technikę o nazwie spektroskopia rezonansu magnetycznego, która pozwala ocenić niewielkie zmiany w poziomie różnych związków w mózgu. Przebadano mózgi 8 osób, które ćwiczyły jogę oraz w ramach kontroli 11 osób, które jej nie praktykowały i zamiast treningu przez godzinę czytały. Badania wykonywano przed i po jednogodzinnej sesji jogi bądź sesji czytania. Okazało się, że u osób, które ćwiczyły jogę, bezpośrednio po treningu poziom GABA w mózgu wzrósł o 27 proc. W drugiej grupie osób nie odnotowano żadnych zmian w stężeniu tego związku.

– Nasze badania wyraźnie wskazują, że u osób praktykujących jogę po treningu rośnie poziom GABA – komentuje prowadzący badania dr Chris Streeter. Zdaniem badacza, rodzi to nadzieję na wykorzystanie jogi w łagodzeniu objawów depresji, zaburzeń lękowych oraz padaczki. Metoda ta może mieć wiele zalet, gdyż jest tania, nie daje ubocznych skutków zdrowotnych i łatwo ją zastosować.

Elektryczna prognoza porodu

Opracowane w Wielkiej Brytanii urządzenie ma pozwalać na przewidywanie terminu porodu dwa tygodnie wcześniej. Przyrząd o nazwie POLO przewiduje poród na podstawie elektrycznej aktywności macicy, rejestrowanej przez elektrody umieszczone na brzuchu. Jego powszechne stosowanie pozwoliłoby uniknąć kosztownego i kłopotliwego pobytu w szpitalach kobiet, które zgłosiły się do porodu zbyt wcześnie. Potencjalne oszczędności tylko w Wielkiej Brytanii obliczane są na miliony funtów. Na razie metodę

wypróbowano na 60 kobietach podczas badań prowadzonych przez Leeds University. Planowane jest opracowanie zminiaturyzowanej wersji urządzenia.

Pożyteczne bakterie w organizmie człowieka

Flora bakteryjna zasiedlająca jelita ma znaczący wpływ na stan zdrowia gospodarza – informują naukowcy z Wielkiej Brytanii na łamach internetowej wersji pisma „Molecular Systems Biology”. Naukowcy wierzą, że utrzymywanie zrównoważonej flory bakteryjnej jelit może pomóc zapobiegać niektórym chorobom metabolicznym u ludzi.

Jelito ssaków jest miejscem bytowania niezwykle złożonej flory bakteryjnej. Materiał genetyczny wszystkich bakterii mieszkających w jelitach składa się z ponad 100 razy większej ilości genów niż nasz własny, dlatego też badacze nazywają społeczność bakteryjną jelit mianem „superorganizmu”. Ekologia tych bakterii odgrywa prawdopodobnie ważną rolę w rozwoju takich chorób jak cukrzyca i otyłość.

W swojej najnowszej pracy Jeremy Nicholson z Imperial College London wraz z zespołem badali zmiany w składzie kwasów żółciowych i metabolizmie lipidów u myszy, których naturalna flora bakteryjna jelit została zastąpiona bakteriami naturalnie występującymi w ludzkich jelitach. Naukowcy wykazali, że u takich myszy występują zmiany w składzie kwasów żółciowych i poziomie krążących we krwi lipoprotein. Zwierzęta wykazują też wczesne zmiany patologiczne, takie jak nagromadzenie lipidów w wątrobie.

Analiza powiązania pomiędzy składem kwasów tłuszczowych a gatunkami bakterii bytujących w jelitach wykazała, że ludzka flora bakteryjna była w stanie nawiązać bardzo słabą sieć reakcji metabolicznych w mysim jelicie. Zdaniem autorów pracy ich odkrycie dowodzi, że flora bakteryjna jelit reguluje wchłanianie, przechowywanie i poziom energii uzyskiwanej z diety. Naukowcy podkreślają, że niedostosowana do warunków flora bakteryjna może doprowadzić do rozwoju chorób przez naruszenie równowagi pomiędzy układem żołądkowo-jelitowym i wątrobą.

Zielona herbata chroni przed stanami zapalnymi

Składniki zielonej herbaty można wykorzystać w leczeniu stanów zapalnych pęcherza – wskazują wstępne wyniki amerykańskich badań, o których informuje serwis internetowy EurekAlert. Naukowcy z Uniwersytetu w Pittsburgu prowadzili badania na komórkach pęcherza moczowego hodowanych w laboratorium. Były to zarówno komórki zdrowe, jak i zmienione nowotworowo. Poddawano je działaniu nadtlenu wodoru, który jest silnym utleniaczem zaliczanym do tzw. wolnych rodników. Pod jego wpływem dochodzi do uszkodzeń cennych składników komórkowych, śmierci komórek oraz rozwoju stanów zapalnych w tkankach.

Badacze zaobserwowali, że aktywne składniki zielonej herbaty, tzw. katechiny, które są silnymi przeciwutlenia-

Czasopismo *Menedżer Zdrowia* oraz
Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie

przy współpracy

Konfederacji Pracodawców Polskich,
portalu www.rynekmedyczny.pl
i Komitetu Założycielskiego Europejskiego Towarzystwa Dyrektorów Medycznych

zapraszają na międzynarodową konferencję,
która odbędzie się w Warszawie 18–19 czerwca 2007 r.,
w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego



HOSPITAL MANAGEMENT

wyzwania 2007

Temat przewodni:

DYREKTOR MEDYCZNY – JEGO ROLA I ZADANIA

BIURO ORGANIZACYJNE
Wydawnictwo Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81

Kontakt:
Małgorzata Wawrzyniak: m.wawrzyniak@termedia.pl, tel. kom. 0 515 06 86 31
Ewa Maza: e.maza@termedia.pl, tel. kom. 0 515 06 86 30
www.termedia.pl

Organizatorzy: katedry i kliniki, towarzystwa naukowe, czasopisma medyczne Wydawnictwa Termedia

Kalendarium zdarzeń edukacyjnych **2007**

Data	Miejsce	Tytuł konferencji	Patronat naukowy	Opłaty
19–20.10.2007	Poznań	Wielkopolskie Dni Hipertensjologiczne	prof. dr hab. Andrzej Tykarski	100 zł
24–27.10.2007	Piła, hotel Gromada	XXI Sympozjum <i>Choroby alergiczne skóry</i>	prof. dr hab. Wojciech Silny	350–600 zł
9–10.11.2007	Poznań	Postępy w kardiodiabetologii	prof. dr hab. Ida Kinalska prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik	110 zł
16–17.11.2007	Poznań	Postępy w reumatologii	prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński prof. dr hab. Jacek Pazdur	130 zł
29–30.11.2007	Poznań	Postępy neuropsychiatrii i neuropsychologii	prof. dr hab. Janusz Rybakowski	100–150 zł
7–8.12.2007	Poznań	Postępy w gastroenterologii	prof. dr hab. Grażyna Rydzewska	120 zł

czami, chronią komórki pęcherza – zarówno zdrowe, jak i nowotworowe – przed niszczącym działaniem nadtlenu wodoru. Do hodowli komórkowych dodawano na 23 godziny jedną z dwóch głównych katechin – galusan epigalokatechiny (EGCG) bądź galusan epikatechiny (ECG).

Obydwa związki skutecznie zapobiegały zniszczeniu komórek z pęcherza przez nadtlenek wodoru i to w stężeniach, które w organizmie można osiągać za pośrednictwem diety.

– Wyniki naszych badań sugerują, że suplementy zawierające katechiny z zielonej herbaty mogą znaleźć zastosowanie w leczeniu chorób pęcherza spowodowanych stanami zapalnymi lub urazami – komentuje kierujący pracami dr Michael B. Cancellor. Naukowcy zaprezentowali wyniki swoich badań na dorocznym spotkaniu Amerykańskiego Stowarzyszenia Urologicznego w Anaheim (stan Kalifornia).

Jabłka i ryby pozwalają mieć zdrowe dzieci

Dzieci matek, które w czasie ciąży jadły dużo jabłek, są mniej narażone na astmę, jedzenie zaś ryb chroni przed alergiami u potomstwa – poinformowano podczas konferencji American Thoracic Society. Badania ankietowe na grupie 2000 przyszłych matek przeprowadzili naukowcy z University of Aberdeen. Następnie przez pięć lat śledzono losy urodzonych dzieci. Okazało się, że kobiety jedzące cztery lub więcej jabłek tygodniowo były o połowę mniej narażone na urodzenie dziecka z astmą w porównaniu z kobietami zjadającymi jedno jabłko tygodniowo. Z kolei jedzenie ryb obniżało ryzyko alergicznej choroby skóry – egzemy. Przy najmniej jedna porcja ryby tygodniowo zmniejszała ryzyko egzemy w pierwszych pięciu latach życia o połowę.

Na razie nie wiadomo, w jaki sposób jabłka i ryby miałyby zapobiegać chorobom alergicznym, jednak nie stwierdzono, by jakieś inne pokarmy działały w ten sposób. Być może chodzi o zawarte w jabłkach przeciwutleniacze oraz kwasy tłuszczowe omega-3 występujące w rybach.

Umiarkowane picie alkoholu a ryzyko raka nerki

Picie od jednego do dwóch drinków alkoholowych dziennie może obniżyć ryzyko najczęstszego raka nerki, tzw. komórkowego – dowodzą najnowsze badania amerykańskie.

Jak wynika z artykułu opublikowanego na łamach pisma „Journal of the National Cancer Institute”, związek ten nie zależy od rodzaju pitego alkoholu. Naukowcy kierowani przez dr Jung Eun Lee z Brigham and Women’s Hospital

w Bostonie doszli do takich wniosków po przeanalizowaniu wyników 12 badań klinicznych, które przeprowadzono na ogólnej populacji mieszkańców USA, Kanady, Szwecji, Finlandii oraz Holandii. Ogółem zebrano informacje dotyczące ponad 530 tys. kobiet i ponad 229 tys. mężczyzn. Na początku badań uczestnicy wypełniali ankiety na temat częstotliwości spożywania różnych pokarmów i napojów, w tym alkoholowych.

Za osoby pijące umiarkowane ilości alkoholu naukowcy uznali tych badanych, którzy średnio wypijali od jednego do dwóch drinków alkoholowych dziennie. Badaczom nie udało się jednak oddzielić osób, które znalazły się w tej grupie, bo faktycznie piły umiarkowane ilości alkoholu codziennie, od tych, które wypijały go sporadycznie w większych ilościach. Z dalszej analizy wyłączono natomiast osoby, które piły więcej niż 1–2 drinki. Jeden drink (porcja) alkoholu odpowiada jednemu kieliszkowi wina lub małej puszcze piwa.

Stan zdrowia pacjentów śledzono w okresie od 7 do 20 lat. Jak obliczyli badacze, w grupie pijącej alkohol, komórkowy rak nerki rozwijał się u 15 na 100 tys. osób na rok. Natomiast w grupie niepijącej liczba ta wyniosła 23 przypadki raka na 100 tys. osób rocznie.

Gdy naukowcy uwzględnili w obliczeniach wiek pacjentów, okazało się, że ryzyko raka nerek było o 25 proc. niższe w grupie osób pijących umiarkowane ilości alkoholu w porównaniu z abstynentami. Związek ten nie zależał od rodzaju wypijanego alkoholu i był podobny dla piwa, wina i likierów.

Inne czynniki ryzyka raka nerki, takie jak masa ciała, predyspozycje do nadciśnienia czy palenie papierosów również nie miały wyraźnego wpływu na ostateczne wyniki, podobnie jak posiadanie potomstwa, stosowanie suplementów diety i kaloryczność diety.

Zdaniem badaczy, napoje alkoholowe mogą obniżyć ryzyko raka nerki m.in. dzięki temu, że zawierają przeciwutleniacze z grupy fenoli. Są to związki zwalczające tzw. wolne rodniki, tj. cząsteczki biorące udział w rozwoju nowotworów. Niezależnie od mechanizmu, który za to odpowiada, autorzy pracy przypominają, że alkohol może podnosić ryzyko wielu innych nowotworów złośliwych, w tym raka piersi, wątroby i przełyku. Dlatego, ich zdaniem, najskuteczniejszymi godnymi polecenia metodami obniżania ryzyka raka nerek jest utrzymywanie prawidłowej masy ciała i unikanie palenia papierosów. W ten sposób można zapobiec również wielu innym nowotworom oraz chorobom układu krążenia, konkludują autorzy pracy.

JANUSZ SKOWRONEK

**Lekarz stomatolog
poszukuje pracy na
terenie Poznania
i okolic
tel. 0662 906 514**

**WYNAJMĘ 100 m² pow. w Poznaniu
na gabinety
- medycyny estetycznej
- dermatologicznej
tel. 0508 251 888**

**Z przyczyn losowych sprzedam
dom z dobrze prosperującym
gabinetem stomatologicznym
w Janowcu Wielkopolskim,
tel. 0602 495 015**

**ZATRUDNIĘ LEKARZA
STOMATOLOGA
z min. 3-letnim stażem
pracy
0512 301 105**

Wspomnienie

Lek. med. Janusz Jan Szłapiński
(7.06.1925–21.09.2005)

Założyciel i pierwszy ordynator Oddziału Urologicznego WSZ w Koninie

„Idź tak, by ślady twoich stóp przetrwały Ciebie”
(ks. bp J. Chrapek)

Janusz Jan Szłapiński urodził się 7 czerwca 1925 r. w Poznaniu w rodzinie nauczycielskiej, jako trzeci, najmłodszy potomek płci męskiej. Po ukończeniu szkoły powszechnej w czasie okupacji uczęszczał na tajne komplety, a świadectwo dojrzałości uzyskał w Liceum Św. Kantego w Poznaniu w dniu 3.06.1946 r. W latach 1946–1952 studiował na Wydziale Lekarskim AM w Poznaniu. Tytuł lekarza uzyskał 30.08.1952 r.

Od roku 1952 pracował w Szpitalu Miejskim w Poznaniu na oddziale urologicznym, kierowanym przez doc. dra Zygmunta Bartkowiaka. 12 marca 1958 r. został uznany specjalistą drugiego stopnia w zakresie urologii. Od tego czasu nieprzerwanie do 1973 r. pracował jako starszy asystent oddziału, pełnił rolę lekarza rodzinnego w dzielnicy Poznań Stare Miasto, był konsultantem w Szpitalu w Gostyniu i Szpitalu Dziecięcym przy ul. Krysiewicza w Poznaniu oraz prowadził prywatny gabinet urologiczny. W 1973 r. na wniosek lekarza wojewódzkiego podjął się organizacji oddziału urologicznego w nowo wybudowanym szpitalu wojewódzkim w Koninie i został jego ordynatorem. Stworzył całą sieć poradni konsultacyjnych w ościennych szpitalach powiatowych (Koło, Słupca i Turek), obsadzając je stopniowo nowymi asystentami, szkolonymi na tutejszym oddziale, oraz sieć poradni resortowych (przemysłowej i kolejowej). W czasie swojej pracy wyszkolił czterech specjalistów z zakresu urologii, kilkudziesięciu lekarzy pod jego opieką odbyło staże cząstkowe w ramach specjalizacji z ginekologii, chirurgii, ortopedii, czuwał nad rozwojem zawodowym całej rzeszy personelu pielęgniarskiego. Był członkiem rzeczywistym PTU. W czasie jego kadencji oddział był kilkakrotnie wizytowany przez konsultantów krajowych i regionalnych (doc. Z. Bartkowiaka, prof. S. Wesołowskiego, prof. L. Mazurka, doc. T. Twardsza i doc. S. Wróbla). Oddział urologiczny konińskiego szpitala oraz sam ordynator Janusz Szłapiński był przez nich wysoko oceniony za osiągnięcia i nowatorskie metody pracy.

W Koninie pracował nieprzerwanie do 31.08.1986 r. W tym czasie pełnił rozliczne funkcje na terenie województwa konińskiego, między innymi wiceprzewodniczącego Konińskiego PCK i rzecznika Dobra Spraw Służby Zdrowia, rzecznika PZU. Za zasługi

został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Odznaką za Zasługi dla Województwa Konińskiego, Odznaką Honorową za Zasługi dla Miasta Konina, Odznaką Honorową PCK, Złotym i Srebrnym Krzyżem PCK i innymi.

Janusz Szłapiński był też inicjatorem i organizatorem zebrań naukowych Oddziału Wielkopolskiego PTU, odbywających się na terenie Konina. Przedstawiał na nich swe prace z dziedziny urologii, m.in. „Embolizacja tętnic pęcherzowych w przebiegu krwawiących raków pęcherza moczowego”, „Usuwanie złożeń z dolnego odcinka moczowodu, głównie pętlą Zeissa”, „Zagadnienia urologii dziecięcej – głównie operacji antyrefluksowych”, „Zagadnienia nowotworów nerek, moczowodów, pęcherza moczowego i stercza na terenie województwa konińskiego”. Był doskonałym operatorem w kamicy mnogiej nerek. Wielu ludziom uratował życie i zdrowie.

Był nie tylko wspaniałym lekarzem, ale i organizatorem, szefem i opiekunem. Swą wiedzę przekazał następcom, dbając, by wykorzystywali wiedzę rzetelnie, zgodnie z lekarską etyką i zaangażowaniem.

Jako człowiek odznaczał się ogromnym poczuciem humoru, „ojcowskim” traktowaniem swoich podwładnych. Był pasjonatem nie tylko pracy, ale i podróży. Zwiedził niemal cały świat. Niezwykle odczytany, elokwentny i otwarty na ludzi. Był prawdziwym szefem, który pomimo rubaszości, pobłażliwości dla ludzkich słabości, budził respekt i szacunek dla swej wiedzy i osobowości.

W 1986 r. po odejściu na zasłużoną emeryturę opuścił Konin i przeniósł się do Wielkiej Polany koło Jordanowa w województwie nowosądeckim. Nie stracił jednak kontaktu z konińskimi środowiskiem urologów. Nadal był obecny w życiu swoich wychowanków, śledził ich dokonania, dopingował do dalszych działań.

Od 1.10.1988 r. podjął pracę w Nowym Targu na stanowisku lekarza poradni urologicznej, którą prowadził do 2002 roku. Rok później, z przyczyn zdrowotnych, przeniósł się do Tuczna pod Poznaniem. Zmarł 21 września 2005 roku. Pochowany został na cmentarzu komunalnym na Junikowie w Poznaniu.

Taki mistrz to szczęście dla każdego, kto się z nim zetknął. Jemu zawdzięczam to, kim jestem. Nigdy już nie spotkałem takiego człowieka, jakim był On – ludzkiego, opiekuńczego, wrażliwego na każdą, najmniejszą nawet krzywdę, najmniejszy problem. Ślady jego stóp przetrwały.

Dziś, gdy już nie ma go wśród nas, pozostaje nadal w naszej wdzięcznej pamięci i w pamięci licznych pacjentów.



LEK. MED. MAREK SAUCZEK
ODDZIAŁ UROLOGICZNY WSZ W KONINIE

Fraszki



ALOJZY ADAMSKI

Płatna protekcja

Już świt nastał – szósta
pięć

Wstrzymaj oddech
– cicho siedź

Nie myśl wiele i nie pytaj
Lecz wypatruj – jest kibitka?
Na cóż lęki, dziwne myśli –
Skąd obawy, jakieś zjawy?
Czy to harce, czy zabawy?
Nieraz coś się nocą przyśni,
ale bywa, że się ziści.

Grzech mi ciąży – moja wina.

Opowiastkę czas zaczynać.

Otóż rzecz się miała tak:

Przed kościołem zebrał „Dziad”,

Więc współczując jego nędzy,

Coś uszczknąłem z mych pieniędzy.

„Dziad” się szczerze przy tym wzruszył

(i ulżyło mi na duszy).

Chciał mnie w rękę pocałować

i obiecał mi, że „Zdrowaś-

ki” odmówi za me zdrowie

i że w niebie o tym powie

(nikt na pewno się nie dowie).

Stąd się biorą lęki moje –

o donosy wciąż się boję.

A protekcja tego „Dziada”

kłeskę moją zapowiada.

Gdy wywęszą w „Ce-Be-Esiu” –

to... po tobie już kolesiu!

Gdy wysłucha Bóg te modły

i gdy będzie dla mnie szczodry

i odpuści moje grzechy –

jak „amen” w pacierzu...

trafię „na dechy”.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

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

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66;

praktyki indywidualne (061) 851 87 62

rejestr lekarzy (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59,

faks/tel. (061) 851 87 62

e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.pl

Konto WIL: PKO BP SA

4. Oddział w Poznaniu

45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5

przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo

tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16

sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk

kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2

przewodniczący – dr Krzysztof Połec

tel./faks (063) 245 66 10, 0 783 993 909

sekretarka – Izabela Tomaszewska

konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47

przewodniczący – Przemysław Kozanecki

tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59

sekretarka – Hanna Krukowiecka

leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2

przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska

sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec

tel./faks (067) 212 04 87

pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A

przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak

tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,

Andrzej Cisko, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Połec, Przemysław Kozanecki,

Wiesław Wawrzyniak, Andrzej Piechocki

Na zlecenie WIL wydany przez

Termedia Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

▣ GABINETY LEKARSKIE ▣

- ▣ PROJEKTOWANIE NOWYCH GABINETÓW
ORAZ PRZYCHODNI LEKARSKICH
WEDŁUG WYMOGÓW NZOZ
- ▣ DOSTOSOWYWANIE ISTNIEJĄCYCH GABINETÓW
DO OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW UNIJNYCH
- ▣ ZAŁATWIENIE WSZELKICH FORMALNOŚCI
I UZGODNIEN (SANEPID, BHP, PPOŻ)
- ▣ WYKONAWSTWO

PRACOWNIA ARCHITEKTEKTONICZNA
DR HANNA CYTRYŃSKA
ul. Matejki 60/50; 60-770 Poznań
tel. 0 61 865 82 00 tel.kom. 601 821 748
e-mail: artysci@gazeta.pl

NZOZ w Poznaniu zatrudni
lekarza medycyny pracy
(lub z uprawnieniami)
tel. 0506 081 771
lub 061 868 43 17 (po 20⁰⁰)

SPZOZ Środa Wlkp.
pilnie zatrudni lekarza
na oddziale chorób
wewnętrznych
(Istnieje możliwość specjalizacji)
tel. 061 285 40 31 w. 210

NZOZ ZATRUDNI
STOMATOLOGA
I ORTODONTĘ
W POZNANIU
tel. 0602 624 567

NZOZ nawiąże współpracę
z lekarzem pediatrą lub lekarzem
medycyny rodzinnej (z praktyką
w leczeniu małych dzieci)
Warunki pracy i płacy do uzgodnienia.
tel. 0601 884 081

NZOZ w Gnieźnie
zatrudni lekarzy stomatologów na
atrakcyjnych warunkach
wynajmie nowoczesne gabinety
tel. 061 424 32 09

SPECJALISTA
MEDYCYNY
RODZINNEJ
podejmie pracę w POZ na terenie
Poznania
tel. 061 879 94 92
lub 0503 668 058

TU JEST MIEJSCE
NA TWOJĄ
REKLAMĘ

Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Szamotułach
zatrudni od zaraz
lekarza specjalistę ginekologa
na oddziale położniczo-
ginekologicznym szpitala
w Szamotułach.
Zapewniamy atrakcyjne
warunki pracy i płacy w formie
umowy o pracę lub umowy
o świadczenie usług
medycznych.
Tel. 061 292 71 01

NZOZ Przychodnia Lekarzy
Rodziny zatrudni
lekarza w pełnym
wymiarze godzin.
[lekarz rodzinny
lub inna specjalizacja]
tel. 0605 034 300

 **kliniKa okulistyczna**
INTERMEDICA
www.intermedica.pl
Klinika Okulistyczna INTERMEDICA w Poznaniu w
związku z dynamicznym rozwojem poszukuje
lekarzy w trakcie lub bezpośrednio po ukończeniu
specjalizacji z okulistyki - oferujemy atrakcyjne
warunki pracy.
kontakt: Lilianna Sasin, tel. 601 366 085

Lekarz stomatolog
poszukuje pracy na
terenie Poznania i okolic
tel. 0504 024 117

STOMATOLOGÓW
zatrudnimy
(staż pracy min. 3 lata)
NZOZ –
Stomatologiczny
– DENT
Poznań,
ul. Ogrodowa 3
tel. 0602 233 222

Pediatra po II
stopniu specjalizacji
poszukuje pracy
tel. 061 662 03 22
wieczorami

Ortop Poliklinika
(P-ń, Kosińskiego 16)
prof. Marka Napionka
poszukuje do współpracy
doświadczonego
lekarza radiologa
ultrasonografisty do pracy
na aparacie Accuvix XQ f-y
Medison przystosowanego do
wykonywania pełnego zakresu
badań USG.
Kontakt: Ewa Filipiak
061 649 63 95
email: biuro@ortopedia.biz.pl

Dyrekcja Zakładu Opieki Zdrowotnej
Poznań-Jeżyce Szpital im. Fr. Raszei
zatrudni lekarza z II stopniem specjalizacji
w zakresie radiologii na dyżury medyczne.
Oferty prosimy składać w sekretariacie
szpitala pod adresem:
Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań-Jeżyce
ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań
tel. 061 841 74 70

Dyrektor Szpitala
Specjalistycznego w Pile
zatrudni lekarza –
specjalistę w dziedzinie
okulistyki
067 210 62 15

EMERYTKA – SPEC.
CHORÓB WEWN.
PODEJMIE PRACĘ NA
TERENIE POZNANIA
TEL. 061 823 37 23

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital
w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego”
Sp. z o.o. 62-041 Puszczykowo, ul. Kraszewskiego 11
zatrudni specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii
narządów ruchu na stanowisko
ORYDYNATORA ODDZIAŁU ORTOPEDYCZNEGO.
Istnieje możliwość uzyskania mieszkania w Domu Pracowniczym.
Oferty proszę składać w Biurze Zarządu Spółki.

DO WYNAJĘCIA
ELEGANCKI GABINET LEKARSKI
Poznań, ul. Dolna Wilda 16
tel. 061 833 77 90
0608 307 149

NZOZ w Nowych
Skalmierzycach zatrudni
lekarza stomatologa do pracy
prywatnie i w ramach NFZ.
Kontakt: Maria Karolewska
062 762 13 88

WITRYNA INTERNETOWA WIL

www.wil.org.pl

Aktualne informacje o pracach Izby
Bieżące sprawy pogrupowane tematycznie
Zmiany w przepisach
Przegląd prasy
Newsletter
Serwis stomatologiczny
Giełda ogłoszeń (praca, sprzęt)

The screenshot shows the homepage of the WIL website. At the top, there is a navigation bar with links for 'rejestracja', 'przypomnienie hasła', 'kontakt', and 'strona główna'. Below this, the date 'Niedziela, 21 stycznia 2007 r. Agnieszki' and login fields are visible. The main content area is divided into several columns:

- Left Column:** A vertical menu with links to 'Aktualności', 'Organy Izby', 'Delegatury', 'Komisje', 'Biuletyn WIL', 'Kontakt', 'Sieć GSM - WIL', 'Ślaski', 'Fundacja WIL', 'O nas', and 'Zdrowie Publiczne'. Below the menu is the 'BIP' logo.
- Second Column:** A section titled 'Serdecznie witamy' with a welcome message. Below it are two featured articles: 'Samozatrudnienie' and 'Podwyżki 2006-2007'. Further down is a 'Na naszych stronach' section with a list of topics including 'Dyktury - ustawa, dyrektywa i 'lex Miś'', 'Wymiana danych z Funduszem', 'Samozatrudnienie', and 'Archiwum Protestu 2006'. Below that is a 'Giełda ogłoszeń' section with the text 'szukam pracy, dam pracę, sprzedam - kupię sprzęt...'. At the bottom of this column is an 'Aktualizowane serwisy' section with a link to 'Zdrowie Publiczne'.
- Third Column:** A section titled 'Aktualności' containing several news items: 'Współ w zespół - postowie z ministrem poprawiają ustawę...', 'OZZL-Do Lekarzy w Polsce...', 'Sieć GSM Wielkopolskiej Izby Lekarskiej...', 'Prywatne kliniki kontra szpitale...', 'Hilfe für Polen- nabór na stypendia...', 'Monopolizacja przez certyfikaty- stanowisko Izabelnej Rady...', 'Trochę legislacji na koniec roku...', and 'Rozliczenia z IFZ w 2007...'. Each item has a 'więcej' link.
- Right Column:** A section titled 'Stałe serwisy' with links to 'Rejestri uchwał', 'Prawo, Kontrakty', 'Kształcenie', and 'Stomatolodzy'. Below this is a 'w serwisach' section with links to 'Nowe ustawy o podwyżkach Rozp. MZ-dane do ntz', 'Rozp. MZ w specjalizacji', 'Rozp. MZ dokumentacja zoz', and 'XXIV Okr. Zjazd WIL'. Further down is a 'legislacja: (7)' section with links to 'ustawa o izbach lek.' and 'ustawa o zoz'. Below that is a 'przezytanet' section with links to 'Piękny jak chirurg.', 'Krytycznie o polisach', and 'Telemedycyna w Wlkp.'. At the bottom of this column is a 'Redakcja' section with the email 'redakcja@wil.org.pl' and a 'najbliższe...' section with the text 'posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej 23 lutego 2007' and 'g.14.30 siedziba WIL'.

At the bottom of the page, there is a footer with navigation links: 'Aktualności | Biuletyn WIL | Delegatury | Fundacja WIL | Komisje | O nas | Organy Izby | Sieć GSM - WIL | Zdrowie Publiczne | Kontakt | Ślaski'. The footer also includes 'Created by Akedo' and 'Copyright © 2005 wil.org.pl'.